

¿Usted es paciente por primera vez?

Fecha: \_\_\_\_\_

Hora de entrada: \_\_\_\_\_

**FAVOR DE IMPRIMIR**

**FORMULARIO DE REGISTRO**

**LLENA TODOS LOS CASILLEROS**

**Información del paciente**

Nombre: \_\_\_\_\_ Número de Seguro Social: \_\_\_\_\_ Sexo: M F  
 Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Nombre anterior: \_\_\_\_\_  
 Ciudad de nacimiento: \_\_\_\_\_ País de origen: \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_ Apartado postal: \_\_\_\_\_  
 Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_  
 Teléfono fijo de casa: \_\_\_\_\_ Teléfono celular: \_\_\_\_\_ Teléfono de trabajo: \_\_\_\_\_  
 Idioma: \_\_\_\_\_ Requiere intérprete:  Sí  No Estado civil: \_\_\_\_\_ Religión: \_\_\_\_\_  
 Raza: \_\_\_\_\_ Etnicidad:  Hispano/Latino  No hispano/latino  Se desconoce  Sin respuesta  
 Proveedor de cuidado primario/ Doctor de cabecera: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_  
 ¿Está involucrado un abogado en el cuidado de su salud?  Sí  No

Igual como Paciente

**Parte responsable**

Parte responsable: \_\_\_\_\_ Número de Seguro Social: \_\_\_\_\_  
 Domicilio: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Relación con el paciente: \_\_\_\_\_  
 Empleador: \_\_\_\_\_ Domicilio de la empresa: \_\_\_\_\_ Teléfono de oficina: \_\_\_\_\_

**Contactos del paciente**

Nombre: \_\_\_\_\_ Número de Seguro Social: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
 Domicilio: \_\_\_\_\_  
 Nombre: \_\_\_\_\_ Relación con el paciente: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
 (Que no viva con el paciente)

**Información del empleador**

Empleador del paciente: \_\_\_\_\_ Domicilio del empleador: \_\_\_\_\_  
 Estado del empleo:  Tiempo completo  Medio tiempo  Estudiante Teléfono del empleador: \_\_\_\_\_

**Información de la compañía de seguros médicos**

Compañía de seguros primaria: \_\_\_\_\_ ID de miembro: \_\_\_\_\_ No. de grupo: \_\_\_\_\_  
 Fecha de entrada en vigor: \_\_\_\_\_ Nombre del suscriptor: \_\_\_\_\_ Número de Seguro Social: \_\_\_\_\_  
 Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Domicilio del suscriptor: \_\_\_\_\_ Empleador del suscriptor: \_\_\_\_\_  
 Número de empleados:  1-19  20-99  100+ Teléfono: \_\_\_\_\_ Relación con el paciente: \_\_\_\_\_  
 Compañía de seguros secundaria: \_\_\_\_\_ (si aplica) ID de miembro: \_\_\_\_\_ No. de grupo: \_\_\_\_\_  
 Fecha de entrada en vigor: \_\_\_\_\_ Nombre del suscriptor: \_\_\_\_\_ Número de Seguro Social: \_\_\_\_\_  
 Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Domicilio del suscriptor: \_\_\_\_\_ Empleador del suscriptor: \_\_\_\_\_  
 Número de empleados:  1-19  20-99  100+ Teléfono: \_\_\_\_\_ Relación con el paciente: \_\_\_\_\_

**Para lesiones relacionadas al trabajo**

Fecha de la lesión: \_\_\_\_\_ Compañía de seguros de accidentes/lesiones: \_\_\_\_\_ No. autorización/reclamo: \_\_\_\_\_

**¿Cómo se enteró de nuestra clínica?**

Referencia de su médico de cuidados primarios de la salud  Recomendación verbal  Una postal que llegó a casa  
 Página de internet  Artículo en el periódico  Anuncio en el periódico  Anuncio en la radio  Sección Amarilla  
 ¿Podemos ponernos en contacto con usted vía correo electrónico para enviarle promociones especiales o para solicitar información acerca de nuestros servicios?  Sí  No

Fecha: \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_

PACIENTE: \_\_\_\_\_

<u>ALERGIAS</u>	<u>Reacción</u>
Aspirina	_____
Codeína	_____
Morfina	_____
Otras alergias	_____
Sulfas	_____
Tétanos	_____
Colorantes	_____
Penicilina	_____
Otro	_____

<u>MEDICAMENTOS ACTUALES</u> (Incluyendo vitaminas, hierbas, pastillas de dieta, medicamento de venta libre, etc.)		
<u>Nombre del medicamento</u>	<u>Concentración</u>	<u>Dosis</u>
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

**HISTORIAL MÉDICO ANTERIOR:** Favor de indicar si ha experimentado alguno de los siguientes problemas e indique la fecha de

	<u>inicio:</u> Fecha de inicio		Fecha de inicio		Fecha de inicio
<input type="checkbox"/> Alcoholismo	_____	<input type="checkbox"/> Diabetes mellitus	_____	<input type="checkbox"/> Leucemia	_____
<input type="checkbox"/> Anemia	_____	<input type="checkbox"/> Dermatitis	_____	<input type="checkbox"/> Enfermedad hepática	_____
<input type="checkbox"/> Artritis	_____	<input type="checkbox"/> Enfisema	_____	<input type="checkbox"/> Meningitis	_____
<input type="checkbox"/> Ansiedad	_____	<input type="checkbox"/> Enfermedad de reflujo gastroesofágico	_____	<input type="checkbox"/> Infarto miocárdial	_____
<input type="checkbox"/> Arritmia	_____	<input type="checkbox"/> Glaucoma	_____	<input type="checkbox"/> Enfermedad del nervio/músculo	_____
<input type="checkbox"/> Asma	_____	<input type="checkbox"/> Enfermedad cardíaca	_____	<input type="checkbox"/> Osteoporosis	_____
<input type="checkbox"/> Discrasia sanguínea	_____	<input type="checkbox"/> Soplo cardíaco	_____	<input type="checkbox"/> Neumonía	_____
<input type="checkbox"/> Transfusión sanguínea	_____	<input type="checkbox"/> Hepatitis	_____	<input type="checkbox"/> Problema Psiquiátrico	_____
<input type="checkbox"/> Bronquitis	_____	<input type="checkbox"/> Herpes	_____	<input type="checkbox"/> Fiebre reumática	_____
<input type="checkbox"/> Cáncer	_____	<input type="checkbox"/> VIH/SIDA	_____	<input type="checkbox"/> Convulsiones	_____
<input type="checkbox"/> Insuficiencia cardíaca congestiva	_____	<input type="checkbox"/> Hipertensión	_____	<input type="checkbox"/> Anemia drepanocítica	_____
<input type="checkbox"/> Trastorno de coagulación	_____	<input type="checkbox"/> Enfermedad intestinal inflamatoria	_____	<input type="checkbox"/> Enfermedad de transmisión sexual	_____
<input type="checkbox"/> Comoción o lesión cerebral	_____	<input type="checkbox"/> Ictericia	_____	<input type="checkbox"/> Enfermedad de la tiroides	_____
<input type="checkbox"/> Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	_____	<input type="checkbox"/> Enfermedad renal	_____	<input type="checkbox"/> Tuberculosis	_____
<input type="checkbox"/> Enfermedad pulmonar crónica	_____	<input type="checkbox"/> Cálculos renales	_____	<input type="checkbox"/> Úlceras	_____
<input type="checkbox"/> Otras enfermedades o lesiones serias:	_____			<input type="checkbox"/> Varicosidades /Flebitis	_____

**CIRUGÍAS / HOSPITALIZACIONES-** Favor de revisar si se ha sometido a cirugía u hospitalización para lo siguiente:

	<u>Año</u>		<u>Año</u>		<u>Año</u>
<input type="checkbox"/> Apendectomía	_____	<input type="checkbox"/> Cirugía cosmética	_____	<input type="checkbox"/> Cirugía de la próstata	_____
<input type="checkbox"/> Cirugía cerebral	_____	<input type="checkbox"/> Cirugía ocular	_____	<input type="checkbox"/> Cirugía del intestino delgado	_____
<input type="checkbox"/> Injerto de bypass de la arteria coronaria	_____	<input type="checkbox"/> Cirugía de fractura	_____	<input type="checkbox"/> Cirugía de la columna vertebral	_____
<input type="checkbox"/> Colectomía	_____	<input type="checkbox"/> Reparación de la hernia	_____	<input type="checkbox"/> Prótesis de la válvula	_____
<input type="checkbox"/> Cirugía del colón	_____	<input type="checkbox"/> Prótesis articular	_____	<input type="checkbox"/> Vasectomía	_____
<input type="checkbox"/> Cesárea	_____	<input type="checkbox"/> Histerectomía	_____	<input type="checkbox"/> Amigdalectomía	_____
<input type="checkbox"/> Otros:	_____				

PACIENTE: \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

**ANTECEDENTES FAMILIARES-** Favor de indicar si sus familiares (padres, abuelos, hijos, hermanos, tíos, tías) han presentado alguna de las siguientes enfermedades:

Diagnóstico	Relaciones	Vive	Diagnóstico	Relaciones	Vive
<input type="checkbox"/> Abuso de alcohol	_____	Sí / No	<input type="checkbox"/> Enfermedad cardíaca	_____	Sí / No
<input type="checkbox"/> Artritis	_____	Sí / No	<input type="checkbox"/> Colesterol alto	_____	Sí / No
<input type="checkbox"/> Asma	_____	Sí / No	<input type="checkbox"/> Hipertensión	_____	Sí / No
<input type="checkbox"/> Defecto de nacimiento	_____	Sí / No	<input type="checkbox"/> Enfermedad renal	_____	Sí / No
<input type="checkbox"/> Cáncer	_____	Sí / No	<input type="checkbox"/> Incapacidad de aprendizaje	_____	Sí / No
<input type="checkbox"/> Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	_____	Sí / No	<input type="checkbox"/> Enfermedad mental	_____	Sí / No
<input type="checkbox"/> Depresión	_____	Sí / No	<input type="checkbox"/> Retraso mental	_____	Sí / No
<input type="checkbox"/> Diabetes	_____	Sí / No	<input type="checkbox"/> Aborto involuntario/Parto de feto muerto	_____	Sí / No
<input type="checkbox"/> Abuso de drogas	_____	Sí / No	<input type="checkbox"/> Apoplejía/Derrame	_____	Sí / No
<input type="checkbox"/> Muerte prematura	_____	Sí / No	<input type="checkbox"/> Pérdida de la vista	_____	Sí / No
<input type="checkbox"/> Pérdida de la audición	_____	Sí	Otro:	_____	Sí / No
Otros: _____					Sí / No

**ANTECEDENTES SOCIALES**

Consumo de alcohol:  SI  NO  
 No. por semana: \_\_\_\_\_ copas de vino \_\_\_\_\_ Latas de cerveza: \_\_\_\_\_ Tragos de licor: \_\_\_\_\_ Bebidas que contienen 0.5 oz. de alcohol

¿Es usted sexualmente activo?  sí  No Pareja:  MUJER  HOMBRE

Método anticonceptivo/Protección: \_\_\_\_\_ Abstinencia \_\_\_\_\_ Coito interrumpido: \_\_\_\_\_ Condón: \_\_\_\_\_ Diafragma: \_\_\_\_\_ Implante: \_\_\_\_\_ Inyección: \_\_\_\_\_ Rellenos: \_\_\_\_\_ Dispositivo intrauterino: \_\_\_\_\_ Anticonceptivos orales: \_\_\_\_\_ Parche: \_\_\_\_\_ post menopáusico: \_\_\_\_\_ ritmo: \_\_\_\_\_ espermicidas: \_\_\_\_\_ esponja: \_\_\_\_\_ cirugía: Otro: \_\_\_\_\_ Ninguno

Consumo de drogas:  SI  NO Tipo: \_\_\_\_\_ Consumo/semana: \_\_\_\_\_

Consumo de cigarro- ¿Usted fuma actualmente?  SI  NO Cajetillas/día \_\_\_ 0.25 \_\_\_ 0.5 \_\_\_ 1 \_\_\_ 1.5 \_\_\_ 2 \_\_\_ 3  
 Años: \_\_\_ 0.5 \_\_\_ 1 \_\_\_ 2 \_\_\_ 3 \_\_\_ 4 \_\_\_ 5 \_\_\_ 10 \_\_\_ 15 Fecha que se dejó de fumar: \_\_\_\_\_  
 Tabaco sin humo: \_\_\_\_\_ Listo para dejar el cigarrillo: \_\_\_ Sí \_\_\_ No  
 Asistió a terapia: \_\_\_ Sí \_\_\_ No

¿Consumo cafeína?  SI  NO  
 ¿Practica ejercicio?  SI  NO ¿Qué tipo de ejercicio? \_\_\_\_\_ ¿qué tan frecuente? \_\_\_\_\_ veces/semana

Estado civil  soltero (a)  casado (a)  viudo (a)  divorciado (a)  separado (a)

Nombre del esposo: \_\_\_\_\_ Número de hijos: \_\_\_\_\_ Años de educación: \_\_\_\_\_

Ocupación: \_\_\_\_\_

**MANTENIMIENTO DE LA SALUD**

Colonoscopia:	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> NO	Año: _____	Vacuna contra la influenza/gripe:	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> NO	Año: _____
Densitometría ósea (DEXA)	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> NO	Año: _____	Vacuna contra la neumonía	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> NO	Año: _____
Evaluación del Antígeno Prostático Específico (PSA)	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> NO	Año: _____	Vacuna contra el tétanos	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> NO	Año: _____
Mamografía	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> NO	Año: _____		<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> NO	Año: _____

**SALUD DE LA MUJER**

Edad a la que inició su período	Embarazos	Total	Embarazos	Total
_____	Plazo completo	_____	No. de hijos vivos	_____
Edad del primer nacimiento	Parto prematuro (37 semanas)	_____	Extrauterino/ectópico o tubárico	_____
Edad/Año de menopausia	Malpartos o Abortos involuntarios	_____	Cesáreas de nacimientos vivos	_____
Último Papanicolaou	Abortos de elección	_____	Vaginal de nacimientos vivos	_____

PACIENTE: \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

Favor de encerrar en un círculo alguna de las siguientes condiciones que esté experimentando recientemente.

**Ojos:**

Visión borrosa  
Visión doble  
Ver Halos  
Dolor ocular  
Lagrimo  
Picazón  
Lentes de armazón/Lentes de contacto

Fecha del último examen: \_\_\_\_\_

**Oídos:**

Dificultad auditiva  
Zumbido o ruido  
Dolor de oído/infecciones frecuentes  
Mareo por movimiento o cinetosis  
Drenaje o secreción  
Uso de aparatos auditivos

**Boca:**

Problemas de dientes/encía  
Llagas frecuentes  
Hinchazón o protuberancias  
Usa dentaduras postizas

**Nariz y garganta**

Hemorragia nasal frecuente  
Problemas de sinusitis  
Congestión nasal  
Dolor de garganta frecuente  
Voz ronca  
Ronquido

**Piel:**

Erupciones  
Llagas  
Cambio molar  
Protuberancias/bultos o hinchazón  
Moretones y sangrados con facilidad  
Comezón

**Sistema nervioso:**

Convulsiones  
Entumecimiento/hormigueo  
Temblores/agitación  
Desmayos  
Cambio en la escritura  
Dificultad para hablar  
Pérdida de la fuerza muscular

**Sistema musculoesquelético:**

Dolor muscular/articulaciones  
Articulaciones inflamadas  
Debilidad  
Hormigueo  
Discapacidad  
Fracturas

**Endócrino:**

Cambios en el peso  
Hambre constante  
Tendencia al cambio brusco de temperatura  
Resequedad de la piel o cabello  
Cambio en la pigmentación de la piel

**Sistema cardiovascular:**

Dolor de pecho  
Mareo  
Corazón acelerado  
Falta de aliento o ahogo  
Pies o tobillos hinchados  
Calambres en piernas  
Ritmo cardíaco irregular  
Mala circulación

**Sistema respiratorio:**

Sibilancias  
Tos frecuente  
Tos con flema  
Tos con sangre  
Sudoración excesiva  
Sentarse incorporado para dormir  
Dificultad para respirar

**Sistema digestivo:**

Indigestión frecuente  
Acidez  
Eructos frecuentes  
Estómago inflado  
Pérdida del apetito  
Náuseas o vómitos  
Escupir sangre  
Estreñimiento  
Diarrea  
Heces negras/grises/con sangre  
Dolor rectal  
Sangrado rectal  
Cambio en heces

**Sistema urinario:**

Micción frecuente  
Ardor o dolor  
Problemas para empezar a orinar  
Mojar la cama  
Goteo/ incontinencia  
Orina café/negra/con sangre

**Cabeza y cuello:**

Dolores de cabeza frecuentes  
Migrañas o jaquecas  
Dolor de cuello  
Protuberancias/bultos o hinchazón  
Dificultad para deglutir o tragar

**General:**

Siempre cansado  
Problemas para dormir  
Llanto constante  
Depresión  
Perspectivas desalentadoras  
Contempla el suicidio  
Ponerse furioso a menudo  
Problemas para relajarse  
Ansiedad  
Problemas familiares/laborales  
Cambio con la memoria/concentración  
Dificultades/problemas sexuales

**Genitales masculinos:**

Micción nocturna  
Protuberancias anormales en el escroto  
Testículos adoloridos  
Impotencia  
Ardor/Secreción  
Múltiples parejas sexuales  
Tipo de contracepción: \_\_\_\_\_

**Genitales femeninos:**

Periodos irregulares  
Sangrado anormal  
Flujo vaginal  
Cólicos fuertes  
Bochornos  
Hormonas-Menopausia  
Sangrado postmenopáusico  
Bultos o nódulos en los senos  
Realizar autoexamen de senos  
Se sometió a la histerectomía

**Otros:**

\_\_\_\_\_