

Nombre \_\_\_\_\_ Apodo \_\_\_\_\_ Como se entero de nosotros \_\_\_\_\_  
 Direccion \_\_\_\_\_ Ciudad/Estado \_\_\_\_\_ Codigo Postal \_\_\_\_\_  
 Numero de celular \_\_\_\_\_ Numero de casa \_\_\_\_\_ Seguridad Social \_\_\_\_\_  
 Correo Electrónico \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Sexo  Masculino  Femenina  
 Contacto de Emergencia \_\_\_\_\_ Numero # \_\_\_\_\_  
 Estado Civil  Soltero(a)  Casado(a)  Otro Hijos  Si  No Cuantos ? \_\_\_\_\_  
 Estado de Empleo  Empleado(a)  Estudiante  Otro  Retirado(a)  Trabajador Independiente  
 Profesión \_\_\_\_\_ Empleador \_\_\_\_\_ Numero de empleador \_\_\_\_\_  
 ¿Tienes seguro?  Si  No Nombre de seguro \_\_\_\_\_  
 ¿Asegurada primario(a)?  Si  No, primario y relación con uno mismo \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_  
 Medico(a) de familia \_\_\_\_\_ Numero \_\_\_\_\_

### Medicamentos actuales, COMPLETO:

Medicación RX / sin receta	Dosis
1)	
2)	
3)	
4)	
5)	

### Condiciones médicas conocidas:

- 1) \_\_\_\_\_
- 2) \_\_\_\_\_
- 3) \_\_\_\_\_
- 4) \_\_\_\_\_
- 5) \_\_\_\_\_

### Lista de alergias de medicamentos, comida y / o ambiental:

- 1) \_\_\_\_\_ 3) \_\_\_\_\_
- 2) \_\_\_\_\_ 4) \_\_\_\_\_

¿Sufres de alergias estacionales?  Si  No Si es sí, ¿has tenido pruebas de alergia antes?  Si  No

¿Sufres de sensibilidad alimentaria?  Si  No Si es sí, ¿has tenido pruebas de sensibilidad alimentaria antes?  Si  No

### Historia Familiar: Verifique cualquier condición que USTED o SU FAMILIA hayan tenido o hayan tenido en el pasado **\*\* (P) Paciente o (F) por**

<input type="checkbox"/> Alcoholismo (P or F)	<input type="checkbox"/> Hipertension (P or F)	<input type="checkbox"/> Carrera (P or F)
<input type="checkbox"/> Anemia (P or F)	<input type="checkbox"/> Nefropatia (P or F)	<input type="checkbox"/> Intento de suicidio (P or F)
<input type="checkbox"/> Asma (P or F)	<input type="checkbox"/> Enfermedad del hígado (P or F)	<input type="checkbox"/> Enfermedad de tiroides (P or F)
<input type="checkbox"/> Cancer/Tumor (P or F)	<input type="checkbox"/> Hepatitis (P or F)	<input type="checkbox"/> Enfermedad del corazon (P or F)
<input type="checkbox"/> Diabetes (P or F)	<input type="checkbox"/> Enfermedad pulmonar (P or F)	<input type="checkbox"/> Ulceras (P or F)
<input type="checkbox"/> Abuso de drogas (P or F)	<input type="checkbox"/> Artritis Reumatoide (P or F)	<input type="checkbox"/> HIV o Enfermedes inmunes (P or F)
<input type="checkbox"/> Depresion (P or F)	<input type="checkbox"/> Osteoarthritis (P or F)	<input type="checkbox"/> Colesterol alto (P or F)
<input type="checkbox"/> Epilepsia/convulsiones (P or F)	<input type="checkbox"/> Osteoporosis (P or F)	<input type="checkbox"/> Otra cosas _____

### Historia de salud pasada: Por favor marque cualquier condición que tenga ahora o haya tenido en el pasado

<b>General</b> <input type="checkbox"/> Perdida de peso <input type="checkbox"/> Fatiga <input type="checkbox"/> Fiebre <b>MSK</b> <input type="checkbox"/> Dolor Articulaciones <input type="checkbox"/> Rigidez <input type="checkbox"/> Dolor Muscular <input type="checkbox"/> Articulaciones Inflamadas <b>Psiquiatrica</b> <input type="checkbox"/> Ansiedad <input type="checkbox"/> Depresion	<b>GU</b> <input type="checkbox"/> Disfuncion Erectil <input type="checkbox"/> Vejiga permeable <input type="checkbox"/> Sangre en la Orina <input type="checkbox"/> Urinacion frecuente <b>ENT</b> <input type="checkbox"/> Dificultad escuchando <input type="checkbox"/> Zumbidos de oidos <input type="checkbox"/> Vertigo <input type="checkbox"/> Problema sinusal <input type="checkbox"/> Dolor de garganta crónico	<b>Hematología</b> <input type="checkbox"/> Moretones Facilmente <input type="checkbox"/> Sanfrado Facil <b>Endocrina(o)</b> <input type="checkbox"/> Perdida de cabello <input type="checkbox"/> Aumento de peso <b>Respiratoria(o)</b> <input type="checkbox"/> Tos <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> Difficult Breathing	<b>Cardiovascular</b> <input type="checkbox"/> Soplo cardíaco <input type="checkbox"/> Dolor en el pecho <input type="checkbox"/> Palpitaciones <input type="checkbox"/> sin aliento <input type="checkbox"/> Desmayo <input type="checkbox"/> Tobillos hinchados <b>Solo mujeres</b> <input type="checkbox"/> Mamografía anormal <input type="checkbox"/> Papanicolaou anormal <input type="checkbox"/> Embarazada <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Sí, que tan lejos? _____	<b>GI</b> <input type="checkbox"/> Acidez <input type="checkbox"/> Nausea <input type="checkbox"/> Estreñimiento <input type="checkbox"/> Diarrea <input type="checkbox"/> Dolor abdominal <b>Ojos</b> <input type="checkbox"/> Lentes <input type="checkbox"/> Dolor en los ojos <input type="checkbox"/> Vision doble	<b>Skin</b> <input type="checkbox"/> Erupcion <input type="checkbox"/> Comozon <input type="checkbox"/> Lesions <b>Neurologica(o)</b> <input type="checkbox"/> Perdida de fuerza <input type="checkbox"/> Entumecimiento <input type="checkbox"/> Temblores <input type="checkbox"/> Pérdida memoria <input type="checkbox"/> Dolor de cabeza Frecuencia _____
--	---	---	---	--	--

Firma del paciente \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_ Dr Initials \_\_\_\_\_

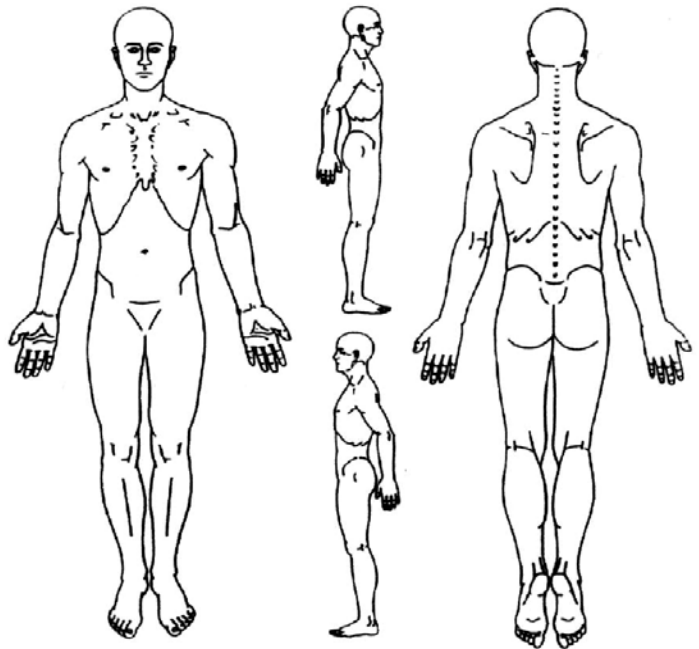
**Primera queja principal:** \_\_\_\_\_ Cuando Comenzo? \_\_\_\_\_ Gradual / Súbito  
 Círculo el nivel actual de dolor de su queja: \_\_\_\_\_ Círculo el porcentaje del día que experimenta la queja:  
 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100  
 Leve Severo **Como calificaria el dolor en ese momento? (1 – 10)** \_\_\_\_\_

**Segunda queja principal:** \_\_\_\_\_ Cuando Comenzo? \_\_\_\_\_ Gradual / Súbito  
 Círculo el nivel actual de dolor de su queja: \_\_\_\_\_ Círculo el porcentaje del día que experimenta la queja:  
 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100  
 Leve Severo **Como calificaria el dolor en ese momento? (1 – 10)** \_\_\_\_\_

**Tercera queja principal:** \_\_\_\_\_ Cuando Comenzo? \_\_\_\_\_ Gradual / Súbito  
 Círculo el nivel actual de dolor de su queja: \_\_\_\_\_ Círculo el porcentaje del día que experimenta la queja:  
 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100  
 Leve Severo **Como calificaria el dolor en ese momento? (1 – 10)** \_\_\_\_\_

Usando las letras a continuación, muestre dónde está experimentando todas sus quejas actuales:

- A: dolor
- B: ardor
- C: calambres
- D: dolor sordo
- F: rigidez
- N: entumecimiento
- R: palpitante
- S: dolor
- T: hormigueo
- X: dolor agudo
- SP: dolor de disparo
- RP: irradiando dolor



¿Alguna vez ha tenido pruebas para su condición actual?  MRI  Rayos X  CT  Otro \_\_\_\_\_  
 ¿Tienes un marcapasos?  Sí  No  
 ¿Bebes alcohol?  Sí  No En caso afirmativo, cuál es la frecuencia \_\_\_\_\_  
 ¿Actualmente fuma tabaco de algún tipo?  Sí  Ex fumador  Nunca ha sido fumador  
 En caso afirmativo, ¿con qué frecuencia fuma? \_\_\_\_\_  
 ¿Cuándo fue su último examen físico? \_\_\_\_\_  
 ¿Cuándo fue la última vez que le hicieron análisis de sangre?  Dentro de un año  Más de un año  No estoy seguro  
 ¿Alguna cirugía?  Sí  No En caso afirmativo, enumere: \_\_\_\_\_

Nombre del paciente (en letra de imprenta) \_\_\_\_\_

Firma del paciente \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_ Dr. Initials \_\_\_\_\_