

Formularios De Registro

<p><u>INFORMACION PACIENTE</u></p> <p>Fecha _____</p> <p>Paciente _____</p> <p>Dirección _____</p> <p>_____ Ciudad estado código postal</p> <p>Celular _____ Compañia Celular _____</p> <p>Correo electrónico _____</p> <p><input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer Edad ____ Fecha de nacimiento _____</p> <p><input type="checkbox"/> soltero <input type="checkbox"/> casado <input type="checkbox"/> viudo <input type="checkbox"/> separado <input type="checkbox"/> divorcado</p> <p>Paciente SS# _____</p> <p>ocupación _____</p> <p>dirección del empleador _____</p> <p>teléfono del empleador _____</p> <p>nombre del cónyuge _____</p> <p>fecha de nacimiento del cónyuge _____</p> <p>ocupación del cónyuge _____</p> <p>empleador del cónyuge _____</p> <p>CONTACTO DE EMERGENCIA _____</p> <p>NÚMERO DE EMERGENCIA _____</p> <p>RELACIÓN _____</p> <p><u>¿A quién podemos dar las gracias por remitirle?</u></p>	<p><u>SEGURO</u></p> <p>¿Quién es el responsable de esta cuenta? _____</p> <p>Relación a paciente _____</p> <p>Compañía de seguros _____</p> <p>ID de seguro _____</p> <p>Seguro segundo <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No</p> <p>Nombre de suscriptor _____</p> <p>Fecha de nacimiento _____</p> <p>Relación con el paciente _____</p> <p>Compañía de seguros _____</p> <p>ID de seguro _____</p> <p>CESIÓN Y LIBERACIÓN</p> <p>Yo, el abajo firmante, certifico que yo (o mi dependiente) tengo cobertura de seguro con _____ y asigno directamente al Dr. Peña todos los beneficios del seguro, si alguno, de otra manera pagable a mi por los servicios rendidos. Entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos sean o no pagados por el seguro. Yo autorizo al doctor a liberar toda la información necesaria para asegurar el pago de los beneficios. Autorizo el uso de esta firma en todas las presentaciones del seguro.</p> <p>Traducción realizada con la versión gratuita del traductor www.DeepL.com/Translator</p> <p>X _____</p> <p>Firma del responsable</p> <p>Relación _____ fecha _____</p> <p><u>INFORMACIÓN DE ACCIDENTES</u></p> <p>¿Esta condición se debe a un accidente? <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no</p> <p>Fecha _____ Tipo de accidente <input type="checkbox"/> Auto <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Otro</p> <p>Nombre del abogado (si procede) _____</p>
<p><u>ESTADO DEL PACIENTE</u></p> <p>Motivo de la visita _____</p> <p>¿Cuándo aparecieron sus síntomas? _____</p> <p>¿Esta condición está mejorando - empeorando - permaneciendo igual?</p> <p>¿Interfiere con su: El trabajo El sueño La rutina diaria El ocio</p> <p>Actividades o movimientos que son dolorosos de realizar Sentado De pie Caminando Agachado Tumbado _____</p> <p>Califique la gravedad de su dolor en una escala del 1 (menos dolor) al 10 (dolor intenso)</p>	

Historial familiar

Por favor, indique si alguien de su familia inmediata ha tenido alguna vez alguna de las siguientes enfermedades. Padres, abuelos, hermanos, hijos: Encierre en un círculo todo lo que corresponda: cáncer, enfermedad cardíaca, derrame cerebral, presión arterial alta, diabetes, problemas de espalda.

HISTORIA DE SALUD Nombre del paciente: _____

Por favor marque para indicar si ha tenido alguno de los siguientes:

	pasado		actual	pasado		actual	pasado		actual
SIDA/VIH	___	___	Enfisema	___	___	Problema de próstata	___	___	
Adicción	___	___	Desmayo	___	___	Prótesis	___	___	
Alcoholismo	___	___	Fatiga	___	___	Atención psiquiátrica	___	___	
Alergias	___	___	Fracturas	___	___	Artritis reumatoide	___	___	
Vacunas contra la alergia	___	___	Vesícula biliar	___	___	Escoliosis	___	___	
Anemia	___	___	Glaucoma	___	___	Convulsiones	___	___	
Anorexia	___	___	Bocio	___	___	Sensible a la luz	___	___	
Apendicitis	___	___	Gota	___	___	Dificultad para respirar	___	___	
Artritis	___	___	Enfermedades del corazón	___	___	Problemas de sinusitis	___	___	
Asma	___	___	Hemorroides	___	___	Problemas para dormir	___	___	
Eructos	___	___	Hepatitis	___	___	Malestar estomacal	___	___	
Trastorno hemorrágico	___	___	Hernia	___	___	Apoplejía	___	___	
Bulto en el pecho	___	___	Hernia de disco	___	___	Intento de suicidio	___	___	
Bronquitis	___	___	Herpes	___	___	Problema de tiroides	___	___	
Bulimia	___	___	Hipertensión arterial	___	___	Amigdalitis	___	___	
Cáncer	___	___	Colesterol alto	___	___	Tuberculosis	___	___	
Cataratas	___	___	Indigestión	___	___	Tumores, crecimientos	___	___	
Dolores de pecho	___	___	Irritabilidad	___	___	Úlceras	___	___	
Varicela	___	___	Enfermedad renal	___	___	Infección vaginal	___	___	
Colitis	___	___	Calambres en las piernas	___	___	Enfermedad venérea	___	___	
Estreñimiento	___	___	Enfermedad del hígado	___	___	Vómitos	___	___	
Depresión	___	___	Pérdida de equilibrio/vértigo	___	___	Dolor de cabeza / migraña	___	___	
Diabetes	___	___	Pérdida del olfato	___	___	Dolor de cuello	___	___	
Diarrea	___	___	Pérdida del gusto	___	___	Cuello rígido	___	___	
Dificultad para orinar	___	___	Sarampión	___	___	Dolor de hombro/brazo	___	___	
Mareo/Vértigo	___	___	Pérdida de la memoria	___	___	Alfileres / Agujas Brazos/Manos	___	___	
Anillo en los oídos	___	___	Aborto involuntario	___	___	Debilidad en Brazos/Manos	___	___	
Enfisema	___	___	Mononucleosis	___	___	Dolor de Codo	___	___	
Desmayo	___	___	Esclerosis múltiple	___	___	Dolor de Muñeca/Mano	___	___	
Fatiga	___	___	Espasmos musculares	___	___	Adormecimiento en los dedos	___	___	
Fracturas	___	___	Paperas	___	___	Manos/Pies Fríos	___	___	
Vesícula biliar	___	___	Nerviosismo	___	___	Dolor de espalda	___	___	
Glaucoma	___	___	Osteoporosis	___	___	Alfileres y agujas en las piernas/pies	___	___	
Bocio	___	___	Marcapasos	___	___	Dolor de Rodilla	___	___	
Gota	___	___	Enfermedad de Parkinson	___	___	Debilidad en las piernas	___	___	
Dificultad para orinar	___	___	Pinzamiento de un nervio	___	___	Adormecimiento de los pies/dedos de los pies	___	___	
Mareo/Vértigo	___	___	Neumonía	___	___	Hinchazón de las articulaciones/artritis	___	___	
Anillo en los oídos	___	___	Polio	___	___				

EJERCICIO	ACTIVIDAD DE TRABAJO	HÁBITOS
<input type="checkbox"/> Ninguno	<input type="checkbox"/> Sentado	<input type="checkbox"/> Paquetes de tabaco/día _____
<input type="checkbox"/> Moderado	<input type="checkbox"/> De pie	<input type="checkbox"/> Bebidas alcohólicas/Semana _____
<input type="checkbox"/> Diario	<input type="checkbox"/> Trabajo ligero	<input type="checkbox"/> Tazas de café/bebidas de cafeína/día _____
<input type="checkbox"/> Intenso	<input type="checkbox"/> Trabajos pesados	<input type="checkbox"/> Motivo de alto nivel de estrés

¿Está usted embarazada? Sí No Fecha de vencimiento _____

Lesiones/cirugías que ha tenido Descripción Fecha

Caidas _____

Lesiones en la cabeza _____

Rotura de huesos _____

Dislocaciones _____

Cirugías _____

Medicamentos Alergias Vitaminas/Hierbas/Suplementos
