

Historial de salud del paciente

Fecha de hoy Firma del paciente _____

Título del Paciente: (cheque uno) Mr. Mrs. Ms. Miss Dr. Prof. Rev.

Nombre _____ **Nick Name** _____

Apellido _____ **Nombre medio** _____ **Sufijo** _____

Telefono movil _____ **Telefono del hogar** _____

Telefono secundario _____

Correo electronico _____

Modo de contacto (cheque uno)

Telefono movil Telefono del hogar Telefono secundario correo electronico

Nacimiento **Años** _____ **Genero** (cheque uno) Hombre Mujer Indeterminado

Estado civil (cheque uno) Soltero Casado Otro **SSN** _____

Situación laboral (cheque one)

Employed FT Student PT Student Other Retired Self Employed

Raza (cheque one)

Black/African American Caucasian Hispanic American Indian/Alaskan Native
 Asian Asian Indian Chinese Filipino
 Japanese Korean Vietnamese Native Hawaiian or other Pacific Island
 Samoan Guamanian or Chamorro Other _____ I choose not to specify

Origen Etnico (cheque uno) Hispanic or Latino Not Hispanic or Latino I choose not to specify

Idioma preferido (check one)

English Spanish American Sign Language Other _____ I choose not to specify

Direccion de la calle _____

Codigo postal _____ **Ciudad/Estado** _____

Direccion postal _____ **Codigo postal** _____ **Ciudad/Estado** _____

Fue referido a nuestra oficina? Si es asi, por quien?: _____

Seguro de Salud POR FAVOR PROPORCIONE RECEPCIONISTA CON SUS TARJETAS DE SEGURO ID

Informacion del SUScriptor:

Nombre _____ **Nacimiento** _____ **Seguro social** _____ **Relacion** _____

FUERA DE BOLCIO/SIN SEGURO

CONTINUO EN LA PARTE POSTERIOR

Accidente de vehiculo **Dia del accidente:** ____/____/____ **Estado del accidente:** _____

INSURANCE CO: _____
 Ajustador: _____ PHONE: _____ FAX: _____ PIP COVERAGE _____
 Abogado/Firma de Abogados: _____ Telefono: _____ FAX: _____

Fuma tabaco de algun tipo? Si Ex fumador Nunca he sido fumador
En caso afirmativo, con que frecuencia fuma? fumo cada dia actual a veces fumador
En caso afirmativo, cual es su nivel de interes para dejar de fumar?
 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
 Sin interes Muy interesado

Medicamentos actuales, incluyendo frecuencia y dosis si conocen. Si no hay medicamentos actuales, comprobar aqui:

	Start Date		Start Date
1) _____		5) _____	
2) _____		6) _____	
3) _____		7) _____	
4) _____		8) _____	

Haz una lista de las alergias conocidas que hayas tenido a cualquier medicamento. Si no se conocen alergias, compruebe aqui:

- 1) _____ 3) _____
 2) _____ 4) _____

Enumere brevemente sus principals problemas de salud: _____

Algun medico le ha diagnosticado hipertension en la actualidad? Si No

To be performed by clinic staff:

Height: _____ inches **Weight:** _____ pounds **BP:** _____ / _____