

Practica:

Fecha:

Nombre: _____ **Fecha de Nacimiento:** _____
Sexo: H M **Estado Civil:** Soltería Casado Vivdo Divorciado **SS#:** _____
E-mail: _____ **Nombre de Pareja** _____
Nombre de emergencia: _____ **Numero de Teléfono:** _____
Dirección: _____ **Ciudad:** _____ **Estado:** _____ **CodigoPostal:** _____
Numero de Teléfono #: _____ **Cell #:** _____ **Otro Numero #:** _____
Trabajo: _____ **Número de teléfono:** _____
Dirección de Trabajo: _____ **Ciudad:** _____ **Estado:** _____ **Código Postal:** _____

Primero Seguro: _____

Seguro Información:

Nombre de Identificación: _____ Reacción: Cónyuge Hijo Auto Otro
Numero de teléfono #: _____ Sexo: Masculino Femenina Día de Nacimiento: ___/___/___
Dirección: _____
Numero de identificación: _____ Grupo: _____ Trabajo: _____

Segundo Seguro: _____

Seguro Información:

Nombre de identificación: _____ Reacción: Cónyuge Hijo Auto Otro
Numero de teléfono #: _____ Sexo: Hombre Mujer Día de Nacimiento: ___/___/___
Dirección: _____
Numero de identificación: _____ Grupo: _____ Trabajo: _____

Como te enteraste sobre nuestra oficina? Doctor Internet Guía telefónica Familia Amigo

Otro: _____

Cuál es la razón por su visita? _____

Resultado Dr un accidente o trabajo? Si No

Desde cuando tiene la molestia? 1 2 3 4 5 6 7 días semanas meses años

Que tratamientos ha intentado? _____

Cuál es su nivel de dolor (I no tiene dolor y 10 es terrible) ___/10

Calidad del dolor es: en llamas siempre sordo agudo punzante hormigueo Otro: _____

Por Favor Leer y Firma

La información anterior es correcta y lo mejor de mi conocimiento. Tengo entendido que a lo largo de mi tratamiento, yo soy responsable de notificar al médico y/o el Personal Medicado toda as actualizaciones de la información anterior.

Firma: _____

Fecha: _____

Historia y Física

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____

- Historia Medico:** Alcohólico Trastornos de la sangre Prob Circulación Musculo esquelético Respiración
 Hígado Apnea del sueño La Gota Alergias Enfermedades del corazón Asma
 Supo de Corazón Estomago Depresión Ansiedad Enfermedad mental Enfermedad renal
 Coagulo de sangre Colesterol alto Presión arterial alta Cáncer Hepatitis
 Neuropatía _____ Enfermedad de la tiroides _____ Diabetes (tipo 1, tipo 2)
 Artritis _____ Otro _____ SIDA CVA
Está embarazada? Si No **Estas amamantando?** Si No Disorders piel Cerrar el hogar

- Antecedentes Quirúrgicos** Nada Apendicetomía Cesárea Angioplastia Derivación Cataratas Colectomía
Alguna vez has tenido algún procedimiento quirúrgico en el pie o el tobillo o anywhere otra parte del cuerpo? Si No
En caso afirmativo, bajando por: _____
Tienes algunas articulaciones artificiales? Si (donde? _____) No Tiene un valve Corazón artificial? Si No

Historia Social

- Fuma? Si No En caso afirmativo, cautas cajetillas al día? 1 2 3 4 5 Por cuánto tiempo? _____
Bebe alcohol? Si, todo los días (5-7 días en el semana) Si Socialmente No/ Casi nunca
Abuso de Sustancias: Si, yo tengo un problema en este momento. Por favor especifique: _____
 Si tuve un problema de abuso de sustancias en el pasado. Por favor especifique: _____
 Nunca he tenido un problema de abuso de sustancias
Cual es su trabajo? _____ Afecta a la mayoría de pie o sentado
Usted hace ejerció periódicamente? No hace ejercicio periódicamente Si hace ejercicio periódicamente

Historia de Familia Hay algún pariente consanguíneo con la siguiente historia clínica (Por favor especifique quien):

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Alzheimer _____ | <input type="checkbox"/> Depresión _____ |
| <input type="checkbox"/> Artritis _____ | <input type="checkbox"/> Diabetes _____ |
| <input type="checkbox"/> Trastornos de la coagulación _____ | <input type="checkbox"/> Enfisema _____ |
| <input type="checkbox"/> Coagulo de Sangre _____ | <input type="checkbox"/> Enfermedades del corazón _____ |
| <input type="checkbox"/> Cáncer _____ | <input type="checkbox"/> Presión arterial Alta _____ |
| <input type="checkbox"/> Las Cataratas _____ | <input type="checkbox"/> Neurológica _____ |
| <input type="checkbox"/> Problemas de circulación _____ | <input type="checkbox"/> Golpes _____ |
| <input type="checkbox"/> Otro: _____ | |

Revisión de los Sistemas (Marque la casilla si actualmente tiene alguno de los síntomas o el checó "Ninguno")

- Cardiovascular** dolor en las piernas cuando caminar fiebre presión de dolor en el pecho inflamación de las piernas
 manos o pies fríos desmayos palpaciones enfermedad vascular problema en las válvulas **Ninguno**
- Genitourinario** sangre en la orina vacilación incontinencia aumento de la urgencia
 disminución de la frecuencia micción excesiva enfermedad renal cálculos renales **Ninguno**
- Gastrointestinal** dolor abdominal acidez estomacal sangre en las heces vómitos úlceras estreñimiento
 diarrea dificultad para tragar apíté disminución aumento del apetito **Ninguno**
- Tegumentario** hongos en los pies anomalías de las uñas queladas picazón piel seca y escamosa **Ninguno**
- Hematológica** úlceras inferior de la pierna células falciformes anemia anticoagulantes trastornos de la coagulación
 Ninguno
- Neurológica** hormigueo debilidad convulsiones entumecimiento dolores de cabeza temblores parálisis
 Ninguno
- Musculo esqueléticos** dolor de espalda hinchazón de las articulaciones debilidad muscular dolor muscular dolor de cuello
 la ciática rigidez de las articulaciones dolor en las articulaciones inestabilidad de la articulación artritis
 Ninguno
- Respiratoria** dolor en el pecho sibilancias COPD tos ronquidos enfisema **Ninguno**

Por Favor Leer y Firma

La información anterior es correcta a lo mejor de mi conocimiento. Tengo entendido que a lo largo de mi tratamiento, soy responsable de notificar al médico y/o el Personal medicaos todas as actualizaciones de la información anterior.

Firma: _____

Fecha: _____

Practica:

Fecha:

Nombre: _____ **Fecha de Nacimiento:** _____

Etnicidad: Hispanos o latinos No Hispano o Latino Se Negó a Especificar

Rasé: Asiático Indio Americano o nativo de Alaska Negro o Africano Americano Blanco
 Isleño hawaiano pacifíco nativo Se Negó Especificar

Idioma Preferido: _____ Se Negó Especificar

Farmacia: _____ **Numero de teléfono de farmacia:** _____

Dirección de Farmacia: _____ Ciudad estado, código postal: _____

Medico de atención primera: _____ Numero de teléfono: _____ fecha visto: _____

Dirección: _____

Refiriéndose medico: _____ Numero de teléfono _____ fecha visito: _____

Direction: _____

Preferencias de información de privacidad

Quieres ser excluido de la información publica? Si No Pueden enviar un correo a su casa? Si No

Podemos llamar al número de teléfono en el archivo Si No Podemos dejar un mensaje Si No

Va a permitir use le enviemos la entrega basada en internet de recordatorios y boletines Si No

En caso afirmativo por favor proporcione su email: _____

Con quien podemos dejar un mensaje? Esposa Esposo Hija Hijo Otro: _____

Nombre(s): _____

El Consumo de tabaco

Hábitos cotidiana Fumador, el estado actual no conoce

Fumar algunos días Fumador Empedernido No se

Ex nunca Fumador menos Se negó especificar

Signo Vitales

Presión arterial: _____ / _____

Altura: _____ Peso: _____

Medicamentos Actuales

Medicamentos no conocidos Yo tomo los siguientes medicamentos:

Nombre: _____

Nombre: _____

Nombre: _____

Nombre: _____

Nombre: _____

Use el reverso de este formulario si necesita más espacio

Alergias

Alergias no conocidas Sin alergias medicamentosas

Nombre: _____ Reacción: _____

Nombre: _____ Reacción: _____

Nombre: _____ Reacción: _____

Nombre: _____ Reacción: _____

Nombre: _____ Reacción: _____

Use el reverso de este formulario si necesita más espacio

Ultima vacuna contra la gripe: _____ **¿Ha recibido una vacuna contra la neumonía?** Si No

¿Se ha caído en los últimos 12 meses? Si No **¿Fue herido por la caída ? ?** Si No

¿Ha completado cualquier Directivas Avanzada? Si No

POR FAVOR LEA Y FIRME:

La información en mi formulario(s) de admisión es correcta y lo mejor de mi conocimiento . Entiendo que a lo largo de mi tratamiento, yo soy responsable de notificar al médico y / o el personal médico de cualquier y todos los cambios a la información que aparece arriba. (Asignación de Beneficios) : Yo autorizo el pago de beneficios médicos a la práctica antes mencionado . (Divulgación de información) : Autorizo la divulgación de cualquier información médica necesaria para procesar este reclamo. (HIPAA Privación) : Reconozco que he recibido mi HIPAA Privacidad Aviso de Prácticas . (Historial de medicamentos) : Autorizo a la oficina del doctor para recuperar mi historial de medicamentos

Firma: _____ Fecha: _____

Rev 2/6/2014