

INFORMACION DEL PACIENTE

APELLIDO: _____ NOMBRE: _____ SEGUNDO NOMBRE: _____

DIRECCIÓN: _____

CIUDAD: _____ ESTADO: _____ CÓDIGO: _____

TELÉFONO DE LA CASA: () _____ FAX DE LA CASA: () _____

TELÉFONO DEL TRABAJO: () _____ #DE CELLULAR / COMPAÑÍA: _____

MÉTODO PREFERIDO DE CONTACTO: _____ **CORREO ELECTRÓNICO:** _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____ EDAD: _____ SEXO: _____ SEGURO SOCIAL: _____

ESTADO CIVIL: _____ **RAZÓN DE SU CONSULTA:** _____

EMPLEADOR: _____ OCUPACIÓN: _____

CONTACTO DE EMERGENCIA: _____ TELÉFONO: () _____ RELACIÓN CON EL PACIENTE: _____

QUIÉN ES SU DOCTOR PRIMARIO: _____ TELÉFONO: () _____

POR QUIÉN FUE REFERIDO: _____

DADO DE ALTA Y ASIGNACIONES

Comprendo que soy responsable financieramente de todos los cargos incluyendo honorarios de abogados y cortes. En caso de que esta cuenta no sea cancelada, será referida a una compañía de recaudadores.

FIRMA REQUERIDA:

PACIENTE / PADRES / RESPONSABLE: _____ **FECHA:** _____

MARQUE LA RESPUESTA QUE CORRESPONDA. SI NO SABE LA RESPUESTA CORRECTA, ESCRIBA "NO LO SÉ" EN EL RENGLÓN PROVISTO.

¿Actualmente se está atendiendo con un médico? _____ SÍ NO

¿Con quién? _____ ¿Cuándo? _____ ¿Por qué? _____

¿Cuándo se realizó un examen físico completo por última vez? _____ Estatura: _____ Peso: _____

¿Está tomando algún medicamento, sustancia o vitamina? (En caso afirmativo, mencionarlos) _____ SÍ NO

¿Es alérgico a algún medicamento o alimento? (En caso afirmativo, mencionarlos) _____ SÍ NO

¿Usted o algún miembro de su familia han tenido algún problema importante con anestesia? (En caso afirmativo, explicar) _____ SÍ NO

¿Es alérgico a algún metal o al látex? (encerrar con un círculo)..... SÍ NO

¿Está embarazada o sospecha que podría estarlo? SÍ NO

¿Usa algún medicamento anticonceptivo? SÍ NO

¿Alguna vez recibió tratamiento o le han dicho que podría tener una enfermedad o afección cardíaca? (En caso afirmativo, mencionarlas)
 SÍ NO

¿Tiene presión arterial alta o baja? (encerrar con un círculo) SÍ NO

¿Tiene un marcapasos o una prótesis valvular implantada? SÍ NO

¿Alguna vez tuvo fiebre reumática? SÍ NO

¿Utilizó ACUTANE? (En caso afirmativo, mencionar cuándo:) _____ SÍ NO

¿Alguna vez tomó las pastillas para adelgazar PHEN-FEN o FENTERMINA? SÍ NO

¿Alguna vez tuvo una enfermedad grave o se le realizó previamente a una cirugía? (En caso afirmativo, mencionarlas) ... SÍ NO

¿Alguna vez le realizaron CIRUGÍA PLÁSTICA? (En caso afirmativo, mencionarla) _____ SÍ NO

¿Alguna vez le realizaron radioterapia, quimioterapia por un tumor, crecimiento u otra afección? SÍ NO

¿Tiene algún trastorno hematológico como anemia, leucemia o trastornos por inmunodeficiencia? SÍ NO

¿Alguna vez sangró excesivamente después de un corte o lesión? SÍ NO

¿Tiene reflujo ácido, hernia de hiato, úlceras o dificultad para tragar? (encerrar con un círculo) SÍ NO

¿Tiene algún problema renal o hepático? (encerrar con un círculo) SÍ NO

¿Es usted diabético? SÍ NO

¿Tiene asma? (En caso afirmativo, cuándo fue el último episodio:) SÍ NO

(En caso afirmativo, ¿fue internado? ¿Cuándo?) _____ SÍ NO

¿Tiene epilepsia o trastornos convulsivos? SÍ NO

¿Tiene antecedentes de apnea del sueño? SÍ NO

(En caso afirmativo, ¿usa un dispositivo CPAP?) _____ SÍ NO

¿Es usted VIH positivo? SÍ NO

¿Tuvo o tiene un resultado positivo en el examen de Hepatitis? SÍ NO

¿Tiene o ha tenido T.B. (Tuberculosis)? SÍ NO

¿Fuma, mastica, aspira o utiliza otras formas de tabaco, incluyendo cigarrillos? (En caso afirmativo, ¿Cuánto?) _____ SÍ NO

¿Consume bebidas alcohólicas? (En caso afirmativo, ¿con qué frecuencia?) _____ SÍ NO

¿Utiliza habitualmente marihuana, cocaína u otra sustancia ilegal? SÍ NO

¿Ha realizado algún tratamiento psiquiátrico? SÍ NO

¿Aceptaría una transfusión de sangre en caso de emergencia? SÍ NO

¿Tiene alguna enfermedad, afección o problema no mencionado? (En caso afirmativo, mencionarlos) SÍ NO

CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN QUE ANTECEDE ES COMPLETA Y EXACTA

FIRMA DEL PACIENTE/RESPONSABLE: _____

FECHA: _____