

REGISTRO PACIENTE DE INFORMACIÓN

NOMBRE DEL PACIENTE _____ APPellido _____ NOMBRE _____ INICIAL _____ FECHA _____

DIRECCIÓN _____ CALLE _____ CIUDAD _____ ESTADO _____ CÓDIGO POSTAL _____

FECHA DE NACIMIENTO _____ EDAD _____ NÚMERO EL SEGR0 SOCIAL _____

NÚMERO DE TELÉFONO EN CASA _____ TELÉFONO CELULAR _____

NÚMERO DE TELÉFONO DE TRABAJO _____

EL NOMBRE DE LA FARMACIA Y NÚMERO DE TELÉFONO _____

CONTACTO DE EMERGENCIA / EL PARTIDO RESPONSIBLE SI BAJO 18 AÑOS _____

NÚMERO DE TELÉFONO EN CASA _____ NÚMERO DE TELÉFONO DE TRABAJO _____

C QUIÉN LE ENVIO A ESTA OFICINA? _____

VERIFIQUE POR FAVOR (SI APLICABLE) CUARTO DE EMERGENCIA ___ FAMILIA ___ AMIGO ___ COPAÑIA VESEGUROS ___
PÁGINA AMARILLAS ___ INTERNET ___

C SI TUO USTED NUESTRA PRÁCTICA DE UNA BÚSQUEDA DE TELARANA DE INTERNET? SÍ ___ NO ___

C DESCARGÓ USTED FORMAS DE NUESTRO SITIOWEB? SÍ ___ NO ___ C ES USTED UN PACIENTE ANTERIOR? SÍ ___ NO ___

MÉDICO FAMILIAR _____ DIRRECCIÓN _____

NÚMERO DE TELÉFONO _____ C ESEA USTED QUE SU MÉDICO FAMILIAR RECIBIR UN INFORME DE ESTA VISITA? SÍ ___ NO ___

C ES POSIBLE QUE ESTE EMBARAZADA? SÍ ___ NO ___ C ESTA MAMANDO A UN BEBÉ? SÍ ___ NO ___

HISTORIA CLINICA: _____

LA CIRUGÍA Y SE APROXIMA LAS FECHAS: _____

MEDICINAS: LA PRESCRIPCIÓN Y SOBRE LAS MEDICINAS CONTRARIAS, LAS HIERBAS Y LAS VITAMINAS _____

ALERGIAS: ALERGIAS A MEDICINAS, LOS ALIMENTOS, LOS POLENES, ETC. _____

C HACE/ LE HIZO FUMA O UTILIZA TABACO SIN HUMO? SÍ ___ NO ___

PAQUETES / DÍA _____ DURACIÓN _____ C CUANDO PARADO (SI APLICABLE) _____

C USA USTED EL ALCOHOL? SÍ ___ NO ___ FRECUENCIA _____

C HAN TENIDO USTED O ALGUN PARIENTE EL SIGUIENTE? POR FAVOR PONGA EN UNA LISTA "MÍ" O RELACION EN LA LINEA

ALERGIA	NO ___	SÍ ___	PROBLEMAS DE CORAZÓN	NO ___	SÍ ___
SANGRÍA DE HISTORIA	NO ___	SÍ ___	HIPERTENSIÓN	NO ___	SÍ ___
CANCER	NO ___	SÍ ___	DOLORES DE CABEZA DE MIGRAÑA	NO ___	SÍ ___
DIABETES	NO ___	SÍ ___	ÚLCRAS PÉPTICAS	NO ___	SÍ ___
AUDIENCIA DE PÉRDIDA	NO ___	SÍ ___	HEPATITIS / HIV	NO ___	SÍ ___

RAZÓN PRIMARIA DE VISITA DE HOY: _____

C QUÉ ESTUDIOS HA TENIDO USTED RELACIONADO CON ESTA VISITA? _____

LOS ESTUDIOS FUNCIONARON EN: _____

