

Cuestionario Para Paciente Nuevo

Información del paciente

Patient I.D. _____

Por Favor Escriba

Nombre _____ Fecha _____ SS# _____

Dirección Completo _____

Hombre Mujer Casado Soltero Viuda Divorciado Separado

Fecha de nacimiento _____ Teléfono _____ Celular _____

Teléfono de Trabajo _____ E-mail _____

Empleador _____ Ocupación _____ #años _____

Dirección de Empleador _____

Contacto de Emergencia _____ Teléfono _____ Relación _____

Como se dio cuenta de nosotros? _____

Nombre de Doctor Primario _____ Podemos contactar los? Si / No

Información de Seguridad – Si tiene seguridad, por favor denos una copia del la tarjeta

Esta visita es debido a: Accidente de Auto / Herida de Trabajo / Otro _____

Síntomas

Queja Principal _____ Que tan malo? _____ Que tan seguido? _____

Cuando empezó? _____ Empeorando? _____ Mejorando? _____

Qué actividad le molesta más? _____

Cuando se siente mejor? _____ Cuando se siente peor? _____

Valora su dolor - (0 es no dolor – 10 es lo peor posible) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Que otras formas de tratamiento ha tratado?(Hielo, Calor, Tylenol, etc.) _____

Resultados? _____

Historia de Salud – Circula todos que apliquen

SIDAS/ VIH	Alergias	Anemia	Anorexia	Apendicitis	Artritis	Asma	Sangrando
Tumor mamario	Bronquitis	Bulimia	Cáncer	Cataratas	Varicela	Depresión	Diabetes
Enfisema	Epilepsia	Fracturas	Glaucoma	Bocio	Gonorrea	Gota	Prob. de Corazón
Hepatitis	Hernia	Hernia discal	Herpes	Colesterol	Sarampión	Osteoporosis	
Prob. de Riñón	Prob. de Hígado	Tumores	Fiebre tifoidea	Ulcera	V. D.	Tos Ferina	
Migrañas	Aborto Espontaneo	Mono	M. S.	Paperas	Párkinson	Polio	Marcapasos
Neumonía	Próstata	Prótesis	Implantes	Reumatoide	ACV	Tiroides	
Tonsilitis	Tuberculosis	Fatiga Crónica	Alta Presión	Fibromyalgia	Otro _____		

Mujeres – Cuantos Hijos? _____ Embarazada? SI/NO Fecha de periodo _____

Dando Pecho? SI/NO Está tomando control de natalidad? SI/NO

Cirugías y fechas? _____

Escriba todos los medicamentos que toma _____

Qué tipo de ejercicio hace? _____

Que suplementos toma? _____

Cuanto fuma por día? _____ Toma por semana? _____

* Según yo sepa, lo susodicho es correcto y comprendo que dar información incorrecta puede ser peligroso. Yo autorizo a esta oficina para liberar cualquier información relacionada con mi tratamiento a terceros pagadores o de otros proveedores de atención médica. Yo autorizo y solicito a mi compañía de seguros para pagar directamente a esta oficina los beneficios. Entiendo que el pago puede ser menor que el costo real de los servicios y seré responsable de cualquier saldo debido a esta oficina.

Firma de Paciente _____ **Fecha** _____