

Información del paciente

Apellido: _____ Nombre: _____ Inicial: ____ Fecha de nacimiento: ____/____/____

Estado marital: Casado____ Soltero____ Divorciado____ Viudo____ Separado____ Sexo: Hombre____ Mujer____

Dirección: _____ Apt # _____ Ciudad _____ Código Postal _____

Número de Seguro Social ____ - ____ - ____ **Contacto primario** (____) ____ - ____ celular / casa /trabajo

Número alterno (____) ____ - ____ Correo Electronico _____

***Cómo le gustaría ser contactado para recordarle de sus citas? (marque por lo menos uno)**

Texto ____ Correo de voz ____ E-mail (correo electrónico) ____

Podemos enviar mensajes de TEXTO sobre resultados de laboratorios, prescripciones, referidos, medicamentos y otros mensajes en general. Quiere que nos comuniquemos con usted de esta manera?

____ NO ____ SI a que numero celular (____) ____ - ____ .

Información de seguro

Compañía de seguro _____ # de póliza _____ # de grupo _____

Tiene seguro secundario? ____ No ____ Sí (Por favor entregue su tarjeta a la persona que le está asistiendo)

Contacto de emergencia

Nombre: _____ # de teléfono _____

Información de su Farmacia

Nombre de farmacia: _____ # de teléfono _____

Dirección: _____ Ciudad _____ Código postal _____

Farmacia de envío por correo: _____ # de teléfono _____

Uso privado de información

Hay alguien a quien podamos contactar o con quien podamos compartir información médica en nombre del paciente?

Sí ____ No ____ (si tiene a alguien, indique el nombre)

PF-200 Acknowledgement of Receipt of Notice of Privacy Practices

Our practice reserves the right to modify the privacy practices outlined in the notice.

I have reviewed this office's Notice of Privacy Practices, which explains how my medical information will be used and disclosed by E.S.Romanelli,MD,PA. I understand I am entitled to receive a copy of your Notice of Privacy Practices.

Nombre del paciente (letra de molde)

Firma

Fecha

Firma de la personal representando al paciente

Relación al paciente



Historial Medico

Apellido: _____ Nombre: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____

Alergias a medicamentos: _____ **Reacción:** _____

Alergias: Huevos _____ Cinta _____ IPV Dye _____ Mariscos _____ Otra _____

Enfermedades de niñez: Ninguna _____ ADD _____ Asma _____ Eczema _____
 Alergias nasales _____ Otra _____

Enfermedades (Adulto)	Fecha de diagnosis	Hospitalizaciones (Año : Enfermedad)
Artritis	____/____/____	_____
Asma	____/____/____	_____
Desorden emocional	____/____/____	_____
Cáncer de: _____	____/____/____	_____
Derrame cerebral	____/____/____	Cirugías
Depresión	____/____/____	_____
Diabetes	____/____/____	_____
Colesterol elevado	____/____/____	_____
Ardor estomacal	____/____/____	_____
Diabetes gestacional	____/____/____	Medicamentos Recetados
Glaucoma	____/____/____	_____
Dolores de cabeza	____/____/____	_____
Ataque al corazón	____/____/____	_____
Enfermedades del corazón	____/____/____	_____
Paro cardiaco	____/____/____	_____
Alta presión	____/____/____	Medicamentos naturales o sin receta
Problemas de la tiroides	____/____/____	_____
Pulmonía	____/____/____	_____
Osteoporosis	____/____/____	_____
Otra: _____	____/____/____	_____

Mantenimiento de salud/preventiva

¿Cuándo fue la última vez que se hizo los siguientes exámenes?

Colesterol	____/____/____	Vacuna del "flu"	____/____/____
Próstata/Examen rectal	____/____/____	Vacuna del tétano	____/____/____
Examen de próstata	____/____/____	Hepatitis B(3 dosis)	____/____/____
Mamograma	____/____/____	Prueba de tuberculosis	____/____/____
Dexa Scan/Osteoporosis	____/____/____	¿Qué examen del colon fue hecho?	
Papanicolaou	____/____/____	Flex Sigmoidoscopy	Fecha: ____/____/____
Vacuna para la pulmonía	____/____/____	Colonoscopia	Fecha: ____/____/____
Examen del colon	____/____/____	Tarjetas de excremento	Fecha: ____/____/____

Continúa al reverso

Historial Social

Estado marital _____

Ocupación _____

Consumo de Alcohol

Nunca / Nunca fui bebedor _____

Fui bebedor en el pasado _____

Bebo socialmente _____

¿Cuántos tragos (o cerveza) bebe al día? _____

¿Cuántos días a la semana bebe? _____

Consumo de Tabaco

Nunca _____

Actualmente fumo _____

¿Cuántas cajetillas fuma al día? _____

¿Cuántas cajetillas fuma a la semana? _____

Vivió con un(a) fumador(a) _____

Yo deje de fumar hace _____ años / meses

Si dejo de fumar, ¿cuántas cajetillas fumaba al día y por cuantos años?

_____ cajetillas al día por _____ años.

Consumo de drogas ilegales

Nunca / Ningún uso de drogas _____

Marihuana _____

Cocaína _____

Uso de droga intravenoso _____

Narcóticos _____

Anfetaminas _____

Esteroides _____

¿Frecuencia?

Frecuentemente _____

Infrecuentemente _____

Raramente _____

¿Hace ejercicio?

Si _____ No _____

¿Con que frecuencia?

Frecuentemente _____

Infrecuentemente _____

Raramente _____

Historial Familiar**Historial Materno**

Saludable _____

Falleció debido a _____

Diabetes _____

Desarrollada a la edad de _____

Presión arterial alta _____

Cáncer de _____

Desarrollada a la edad de _____

Derrame cerebral _____

Depresión _____

Desorden emocional _____

Glaucoma _____

Colesterol elevado _____

Osteoporosis _____

Problemas con la tiroides _____

Ataque al corazón _____

Enfermedades del corazón _____

Historial Paterno

Saludable _____

Falleció debido a _____

Diabetes _____

Desarrollada a la edad de _____

Presión arterial alta _____

Cáncer de _____

Desarrollada a la edad de _____

Derrame cerebral _____

Depresión _____

Desorden emocional _____

Glaucoma _____

Colesterol elevado _____

Osteoporosis _____

Problemas con la tiroides _____

Ataque al corazón _____

Enfermedades del corazón _____

Algún otro familiar con enfermedades significativas

Parentesco: _____

Enfermedad: _____
