

FORMULARIO DE INFORMACIÓN DEL PACIENTE

(ESCRIBA EN LETRA DE IMPRENTA)

FECHA: ___/___/___

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ FECHA DE NACIMIENTO: ___/___/___ EDAD: _____ SEXO: M F

Apellido Nombre Inicial

DOMICILIO: _____ CIUDAD/ ESTADO: _____ CÓDIGO POSTAL: _____

TELÉFONO DE CASA #: (____)____ - _____

TELÉFONO CELULAR #: (____)____ - _____

E-MAIL: _____

IDIOMA PRINCIPAL: _____

CONTACTO DE EMERGENCIA: _____ RELACIÓN: _____ TELÉFONO #: (____)____ - _____

MÉDICO DE CABECERA: _____ TELÉFONO: _____

FARMACIA: _____ UBICACIÓN: _____ TELÉFONO #: (____)____ - _____

¿QUIÉN LE REMITIÓ A NOSOTROS? _____

INFORMACIÓN SOBRE SEGUROS

NOMBRE DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS PRINCIPAL: _____

IDENTIFICACIÓN DEL SEGURO # _____ GRUPO# _____

DOMICILIO: _____ CIUDAD/ ESTADO: _____ CÓDIGO POSTAL: _____ TELÉFONO #: (____)____ - _____

NOMBRE DEL ASEGURADO: _____ FECHA DE NACIMIENTO _____ EMPLEADOR _____

NOMBRE DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS SECUNDARIA: _____

IDENTIFICACIÓN DEL SEGURO # _____ GRUPO# _____

DOMICILIO: _____ CIUDAD/ ESTADO: _____ CÓDIGO POSTAL: _____ TELÉFONO #: (____)____ - _____

NOMBRE DEL ASEGURADO: _____ FECHA DE NACIMIENTO _____ EMPLEADOR _____

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

FECHA DE NACIMIENTO: ___/___/___

ENUMERE TODOS LOS MEDICAMENTOS QUE TOMA ACTUALMENTE (INCLUYA RECETAS, MEDICAMENTOS SIN RECETA Y SUPLEMENTOS A BASE DE HIERBAS):

NOMBRE	DOSIS	¿CON QUÉ FRECUENCIA TOMA?
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

INDIQUE TODAS LAS CIRUGÍAS ANTERIORES:

TIPO DE CIRUGÍA	FECHA	TIPO DE CIRUGÍA	FECHA
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

ENUMERE TODAS LAS HOSPITALIZACIONES ANTERIORES (QUE NO SEAN POR CIRUGÍA):

MOTIVO DE LA HOSPITALIZACIÓN	FECHA	MOTIVO DE LA HOSPITALIZACIÓN	FECHA
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

HISTORIA SOCIAL

ESTADO CIVIL: SINGLE CASADOS ASOCIADO SEPARADO DIVORCIADO VIUDA

CONSUMO DE ALCOHOL: NUNCA YA NO SE UTILIZA HISTORIAL DE ABUSO DE ALCOHOL

USO ACTUAL -TIPO _____ RARO OCASIONAL MODERADO DIARIO

CONSUMO DE TABACO: NUNCA QUIT - ¿HACE CUÁNTO TIEMPO? _____ HUMO ___ PAQUETES/DÍA POR ___ AÑOS

CONSUMO DE DROGAS RECREATIVAS: NUNCA QUIT - ¿HACE CUÁNTO TIEMPO? _____

TIPO _____

USO ACTUAL -TYPE _____ RARO OCASIONAL MODERADO DIARIO

EMPLEADOR: _____ OCUPACIÓN: _____ ¿CUÁNTO

TIEMPO PASA DE PIE EN EL TRABAJO? 10% 25% 50% 75% 100%

EJERCICIO: NUNCA RARO OCASIONAL SEMANAL VARIAS VECES POR SEMANA DIARIO

TIPOS DE EJERCICIO: _____

FAMILY HISTORY

¿TIENE ANTECEDENTES FAMILIARES DE: DIABETES: TIPO 1 O TIPO 2 CÁNCER ENFERMEDADES DEL

CORAZÓN HIPERTENSIÓN ARTERIAL STROKE ENFERMEDAD ARTERIAL CORONARIA

ENFERMEDAD TIROIDEA ARTRITIS REUMATOIDE

OTROS _____

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

FECHA DE NACIMIENTO: ___/___/___

SU HISTORIAL MÉDICO

ALERGIAS: MEDICAMENTOS _____

ANESTESIA _____ ALIMENTOS _____

CINTA LATEX MARISCOS YODO OTROS _____

NINGUNO CONOCIDO

¿HA PADECIDO ALGUNA DE LAS SIGUIENTES ENFERMEDADES?

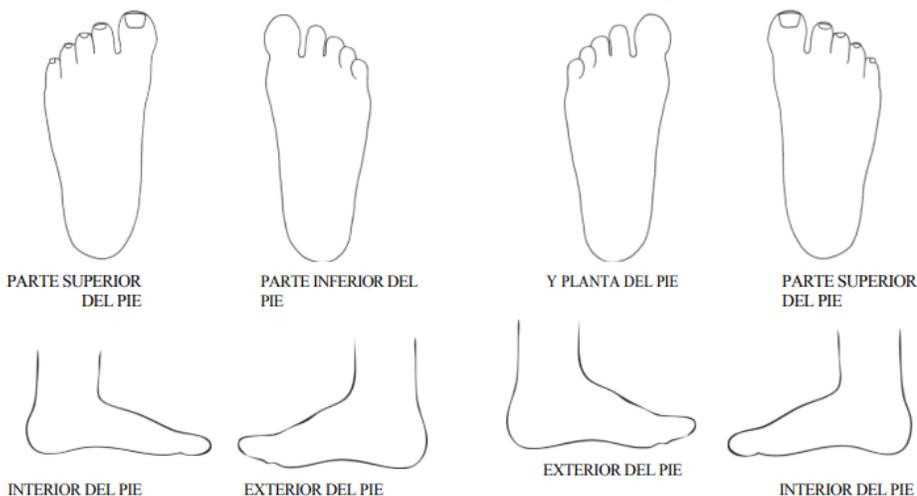
REFLUJO ÁCIDO	S	N	FIBROMYALGIA	S	N	NEUROPATÍA	S	N
ANEMIA	S	N	GOUT	S	N	ORIFICIOS ABIERTOS	S	N
ARTRITIS	S	N	HEART ATTACK	S	N	NEUMONÍA	S	N
ASTMA	S	N	ENFERMEDAD CARDÍACA/FALLO CARDÍACO	S	N	POLIO	S	N
PROBLEMAS DE ESPALDA	S	N	HEPATITIS	S	N	FIEBRE REUMÁTICA	S	N
INFECCIONES DE VEJIGA	S	N	HIV+/AIDS	S	N	ANEMIA DREPANOCÍTICA	S	N
HEMORRAGIAS ANOR	S	N	HIPERTENSIÓN ARTERIAL	S	N	TRASTORNO CUTÁNEO	S	N
COÁGULOS DE SANGRE	S	N	ENFERMEDAD RENAL	S	N	SUEÑO APNEA	S	N
TRANSFUSIÓN DE SANGRE	S	N	ENFERMEDAD HEPÁTICA	S	N	ÚLCERAS DE ESTÓMAGO	S	N
BRONQUITIS/ENFISEMA	S	N	PRESIÓN ARTERIAL BAJA	S	N	STROKE	S	N
CÁNCER	S	N	MIGRAÑAS	S	N	ENFERMEDAD TIROIDEA	S	N
DIABETES: TIPO 1 O TIPO 2 (MARQUE CON UN CÍRCULO)	S	N	PROLAPSO DE LA VÁLVULA MITRAL	S	N	TUBERCULOSIS	S	N
Otras condiciones								

PROBLEMA ACTUAL

¿QUÉ PROBLEMA CONCRETO LE TRAE HOY A NUESTRA CONSULTA? _____

¿DÓNDE SE LOCALIZA EL DOLOR/PROBLEMA? POR FAVOR MARQUE EN LAS FOTOS DE ABAJO.

RAÍZ IZQUIERDA PIE DERECHO



NOMBRE DEL PACIENTE: _____

FECHA DE NACIMIENTO: ___/___/___

¿CUÁNTO TIEMPO HACE QUE EMPEZÓ ESTE PROBLEMA? _____ DÍAS / SEMANAS / MESES / AÑOS

SU DOLOR O PROBLEMA: COMIENZAN DE REPENTE SE DESARROLLAN GRADUALMENTE CON EL TIEMPO

¿CÓMO DESCRIBIRÍA SU DOLOR? SIN DOLOR SHARP DULL ACHING QUEMANDO RADIACIÓN

PICANTE ATAQUES OTROS _____

¿CÓMO CALIFICARÍA SU DOLOR EN UNA ESCALA DE 0 A 10? (MARQUE CON UN CÍRCULO)

(SIN DOLOR) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (PEOR DOLOR POSIBLE)

DESDE QUE COMENZÓ SU DOLOR O PROBLEMA, ¿HA: PERMANECIDO IGUAL EMPEORADO

MEJORADO

¿QUÉ EMPEORA SU DOLOR O PROBLEMA? CAMINAR ESTAR DE PIE ACTIVIDADES DIARIAS

DESCANSAR ZAPATOS DE VESTIR TACONES ALTOS ZAPATOS PLANOS CUALQUIER ZAPATO

CERRADO CORRER OTRO _____

¿QUÉ HACE QUE TU DOLOR O PROBLEMA MEJORE? _____

¿QUÉ TRATAMIENTOS HA RECIBIDO PARA ESTE PROBLEMA? _____

¿CÓMO HA AFECTADO ESTE PROBLEMA A SU ESTILO DE VIDA O A SU CAPACIDAD PARA TRABAJAR?

¿ESTE PROBLEMA FUE CAUSADO POR UNA LESIÓN? SÍ (DESCRIBA) _____ NO

EN CASO AFIRMATIVO, ¿FUE UNA LESIÓN RELACIONADA CON EL TRABAJO? SÍ NO

A MI LEAL SABER Y ENTENDER, HE RESPONDIDO CON EXACTITUD A LAS PREGUNTAS DE ESTE FORMULARIO. ENTIENDO QUE PROPORCIONAR INFORMACIÓN INCORRECTA PUEDE SER PELIGROSO PARA MI SALUD. ENTIENDO QUE ES MI RESPONSABILIDAD INFORMAR AL MÉDICO Y AL PERSONAL DEL CONSULTORIO DE CUALQUIER CAMBIO EN MI ESTADO DE SALUD.

NOMBRE EN LETRA DE IMPRENTA DEL PACIENTE,

PADRE O TUTOR FIRMA DEL MÉDICO

SI NO ES EL PACIENTE, RELACIÓN CON EL PACIENTE

FECHA

FIRMA

FECHA