Alejandro Posada, MD

FORMUARIO DE REGISTRACION

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Apellido | Nombre | | | | | Segundo Nombre | | | | | |
| SEXO Masculino □ Femenino □ | | Fecha de nacimiento | | | | | | | Estado CIvil | | |
| Dirección | | | Ciudad | | | | | Estado | | ZIP | |
| Teléfono Hogar | | Teléfono Móvil | | | | Teléfono del Trabajo | | | | | |
| Email | | | |  | | | | | | | |
| Como se enteró de nuestra oficina  Internet\_\_\_ Otro paciente\_\_\_ Compañía de seguros\_\_\_ Amigo/Pariente\_\_\_ Médico\_\_\_ | | | | | | | | | | | |
| Raza  Indio Americano □ Asiático/Oriental □ Afro Americano □ Blanco □ Otro □ | | | | | | | | | | | |
| Médico Primario | | | | | | | | | | | |
| Apellido del médico | | | | | Nombre del médico | | | | | | |
| Telefono del Medico | | | Direccion del médico | | | | | | | | |
| Farmacia | | | | | | | | | | | |
| Nombre de la farmacia | | | Teléfono de la farmacia | | | | | | | | |
| Dirección de la farmacia | | | | | | | | | | | |
| Información del empleador | | | | | | | | | | | |
| Ocupación | | | Nombre del empleador | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |
| Razón para su visita | | | | | | | | | | | |
| ¿Dónde es el problema? (hombro, rodilla, etc.) / ¿Qué lado? (derecho, izquierdo) | | | | | | | | | | | |
| ¿Cuándo comenzó su problema? (Por favor, indique la fecha aproximada) | | | | | | | | | | | |
| Si tuvo una lesión, por favor descríbala (incluya la fecha de la lesión). | | | | | | | | | | | |
| Explique su problema: | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | SI | | | | NO |
| ¿Es este caso se va a participar en un litigio (demanda)? | | | | | | |  | | | |  |
| ¿Se trata de una lesión de compensación de trabajadores? | | | | | | |  | | | |  |
| ¿Ha tenido rayos-x? | | | | | | |  | | | |  |
| ¿Ha tenido una resonancia magnética? | | | | | | |  | | | |  |

HISTORIA MÉDICA

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Historia de cirugía | | | | | | | | | | | |
| Cirugía | | | Razón | | | | | Año | | | |
| 1. | | |  | | | | |  | | | |
| 2. | | |  | | | | |  | | | |
| 3. | | |  | | | | |  | | | |
| 4. | | |  | | | | |  | | | |
| ALLERGIAS Y efectos secundarios de medicamentos | | | | | | | | | | | |
| 1. | | | | | | | | | | | |
| 2. | | | | | | | | | | | |
| 3. | | | | | | | | | | | |
| 4. | | | | | | | | | | | |
| 5. | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |
| Historia Medica | | | | | | | | | | | |
|  | SI | | NO | |  | SI | NO | |  | SI | NO |
| Alergias |  | |  | | Diabetes |  |  | | Enfermedad pulmonar |  |  |
| Anemia |  | |  | | Complicaciones de diabetes |  |  | | Problemas mentales |  |  |
| Ansiedad |  | |  | | Endocrinológicos |  |  | | Parkinson |  |  |
| Artritis |  | |  | | Ojos |  |  | | Nervios |  |  |
| Autoinmune |  | |  | | Gastritis/Ulcera |  |  | | Osteoporosis/osteopenia |  |  |
| Dolor Espalda |  | |  | | Reflujo gástrico |  |  | | Obesidad/Sobrepeso |  |  |
| Problemas den al sangre |  | |  | | Dolores de cabeza/migraña |  |  | | Neumonía |  |  |
| Intestinales |  | |  | | Pérdida auditiva |  |  | | Cáncer próstata |  |  |
| Enf coronaria |  | |  | | Arritmia cardíaca |  |  | | Promb columna |  |  |
| Insuficiencia cardiaca |  | |  | | Prob corazón |  |  | | Derrame cerebral |  |  |
| Bronquitis/enfisema |  | |  | | Hipertensión |  |  | | Prom. Tiroides |  |  |
| Cáncer |  | |  | | Colesterol alto |  |  | | Tuberculosis |  |  |
| Demencia |  | |  | | Insuficiencia Renal |  |  | | Problemas urinarios |  |  |
| Depresión |  | |  | | Prom. Del Hígado |  |  | | Enfermedades virales |  |  |
| Otras | | | | | | | | | | | |
| Historia Medica Familiar | | | | | | | | | | | |
| Parentesco | | Edad en que ocurrió la enfermedad | | | | | | Problema medico | | | |
| 1. | |  | | | | | |  | | | |
| 2. | |  | | | | | |  | | | |
| 3. | |  | | | | | |  | | | |
| 4. | |  | | | | | |  | | | |
| MEDICAMENTOS QUE ESTA TOMANDO | | | | | | | | | | | |
| Nombre del medicamento | | | | Dosis | | | | Frecuencia con que lo toma | | | |
|  | | | |  | | | |  | | | |
|  | | | |  | | | |  | | | |
|  | | | |  | | | |  | | | |
|  | | | |  | | | |  | | | |
|  | | | |  | | | |  | | | |
|  | | | |  | | | |  | | | |
|  | | | |  | | | |  | | | |
|  | | | |  | | | |  | | | |
| HISTORIA SOCIAL | | | | | | | | | | | |
| Usted fuma? Si fuma, cuánto fuma? | | | | | | | | | | | |
| Usted toma cafeína? Si toma, cuánto toma? | | | | | | | | | | | |
| Utiliza drogas recreacionales/ drogas de la calle? | | | | | | | | | | | |
| Tiene historia de abuso de drogas? | | | | | | | | | | | |

Firma del paciente \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_