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 oficinaInternet\_\_\_ Otro paciente\_\_\_ Compañía de seguros\_\_\_ Amigo/Pariente\_\_\_ Médico\_\_\_ |
| RazaIndio 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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_