

## INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Fecha: \_\_\_\_\_ N.º del seguro social: \_\_\_\_\_

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Apellido Sufijo Nombre Inicial del segundo nombre

Dirección postal permanente: \_\_\_\_\_

Calle Ciudad/Estado Código postal

Dirección física: \_\_\_\_\_

(Si no coincide con la dirección postal) Calle Ciudad/Estado Código postal

Teléfono de la casa: \_\_\_\_\_ Teléfono celular: \_\_\_\_\_

Sexo:  M  F Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Identidad de género:  Hombre  Mujer transgénero  No binario/*Queer*  Otros  
transgénero

Nombre del empleador: \_\_\_\_\_ Teléfono del empleador: \_\_\_\_\_

Dirección del empleador: \_\_\_\_\_

Calle/Postal Ciudad/Estado Código postal

Tiempo completo  Tiempo parcial  Retirado  Sin empleo  Independiente  En servicio militar activo

Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_

Médico de atención primaria: \_\_\_\_\_

Ciudad del PCP: \_\_\_\_\_ Teléfono del PCP: \_\_\_\_\_

Estado civil: \_\_\_\_\_

Raza: \_\_\_\_\_ Origen étnico:  Hispano  No hispano

Farmacia que prefiere y ubicación: \_\_\_\_\_

## INFORMACIÓN SOBRE LA DERIVACIÓN

### ¿Cómo lo derivaron a nosotros?

Médico  Sala de emergencias  Familiar/Amigo  Empleador  Sitio web  TV  Periódico  Radio  
/ Atención de urgencia

Si lo derivó un médico o un centro médico, indique el nombre: \_\_\_\_\_

Ciudad del médico/centro: \_\_\_\_\_ Teléfono del médico/centro: \_\_\_\_\_

## INFORMACIÓN SOBRE EL SEGURO

**Compañía de seguros principal:** \_\_\_\_\_

Nombre completo del suscriptor: \_\_\_\_\_

Dirección del suscriptor: \_\_\_\_\_  
(Si no coincide con la del paciente) Dirección Ciudad/Estado Código postal

Sexo del suscriptor:  M  F Fecha de nacimiento del suscriptor: \_\_\_\_\_ N.º del seguro social del suscriptor: \_\_\_\_\_

Relación del suscriptor con el paciente: \_\_\_\_\_

Empleador del suscriptor: \_\_\_\_\_ Teléfono del empleador: \_\_\_\_\_

Dirección del empleador del suscriptor: \_\_\_\_\_

**Compañía de seguros secundaria:** \_\_\_\_\_

Nombre completo del suscriptor: \_\_\_\_\_

Dirección del suscriptor: \_\_\_\_\_  
(Si no coincide con la del paciente) Dirección Ciudad/Estado Código postal

Sexo del suscriptor:  M  F Fecha de nacimiento del suscriptor: \_\_\_\_\_ N.º del seguro social del suscriptor: \_\_\_\_\_

Relación del suscriptor con el paciente: \_\_\_\_\_

Empleador del suscriptor: \_\_\_\_\_ Teléfono del empleador: \_\_\_\_\_

Dirección del empleador del suscriptor: \_\_\_\_\_

## INFORMACIÓN DE LOS PADRES

(Si se trata de un menor de edad)

**Nombre del padre:** \_\_\_\_\_  
Apellido Sufijo Nombre Inicial del segundo nombre

Teléfono de la casa del padre: \_\_\_\_\_ Teléfono celular del padre: \_\_\_\_\_

Dirección postal del padre: \_\_\_\_\_  
(Si no está anotado como suscriptor) Calle Ciudad/Estado Código postal

Fecha de nacimiento del padre: \_\_\_\_\_ N.º del seguro social del padre: \_\_\_\_\_

Correo electrónico del padre: \_\_\_\_\_

Empleador del padre: \_\_\_\_\_  
(Si no está anotado como suscriptor)  
Dirección del empleador: \_\_\_\_\_

**Nombre de la madre:** \_\_\_\_\_  
Apellido Nombre Inicial del segundo nombre

Teléfono de la casa de la madre: \_\_\_\_\_ Teléfono celular de la madre: \_\_\_\_\_

Dirección postal de la madre: \_\_\_\_\_  
(Si no está anotada como suscriptora) Calle Ciudad/Estado Código postal

Fecha de nacimiento de la madre: \_\_\_\_\_ N.º del seguro social de la madre: \_\_\_\_\_

Correo electrónico de la madre: \_\_\_\_\_

Empleador de la madre: \_\_\_\_\_  
(Si no está anotado como suscriptor)  
Dirección del empleador: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Médico de atención primaria/de cabecera: \_\_\_\_\_

Médico que lo derivó a esta clínica: \_\_\_\_\_

Problema quirúrgico/Lesión/Enfermedad: \_\_\_\_\_

Parte del cuerpo afectada: \_\_\_\_\_

Fecha en la que comenzó el problema actual: \_\_\_\_\_

¿Lo han evaluado o tratado por este problema en otro lado?  Sí  No Si la respuesta es "Sí", ¿dónde? \_\_\_\_\_

Explique cómo sucedió el problema/la lesión/enfermedad: \_\_\_\_\_

**ANTECEDENTES MÉDICOS**

Lo están tratando actualmente por:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Lo trataron en el pasado por:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**MEDICAMENTOS**

Recetados: (Incluya la frecuencia y la dosis o adjunte una lista)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

De venta libre/Herbarios:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**ANTECEDENTES DE OPERACIONES**

Mencione todas las operaciones anteriores:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**ALERGIAS**

Mencione las alergias/reacciones a los medicamentos: \_\_\_\_\_

¿Es alérgico al látex?  Sí  No

¿Vive solo?  Sí  No

¿De qué trabaja? \_\_\_\_\_

¿Conlleva su trabajo un esfuerzo extenuante?  Sí  No

¿Bebe alcohol?  Sí  No

¿Usa productos de tabaco?  Sí  No

¿Usó productos de tabaco en el pasado?  Sí  No

Si la respuesta es "Sí", ¿cuánto? \_\_\_\_\_

¿Cada cuánto?/¿Cuántos? \_\_\_\_\_

**ANTECEDENTES FAMILIARES**

Mencione los antecedentes médicos relevantes en su familia (p. ej.: cáncer/anemia/sangrado [o trastornos de coagulación/derrame cerebral]):

Madre: \_\_\_\_\_ Padre: \_\_\_\_\_

Hijos: \_\_\_\_\_ Hermanos: \_\_\_\_\_

**ESPIRITUAL**

Preferencia religiosa: \_\_\_\_\_

Si necesitara una intervención quirúrgica, ¿le gustaría que el cirujano rezara con usted antes de la operación?  Sí  No

## REVISIÓN POR SISTEMAS

### GENERAL

- Fiebre
- Escalofríos
- Pérdida de peso \_\_\_\_\_ (¿Cuánto?/¿En cuánto tiempo?)
- Aumento de peso \_\_\_\_\_ (¿Cuánto?/¿En cuánto tiempo?)
- Cansancio/Sentirse mal

### OJOS

- Problemas en la vista
- Dolor en los ojos

### OÍDOS, NARIZ Y GARGANTA (ENT)

- Congestión nasal
- Ronquera
- Problemas para tragar (comida atorada en la garganta)

### CARDÍACO

- Frecuencia cardíaca irregular/Palpitaciones
- Dolor en el pecho
- Coágulos de sangre
- Dolor en las piernas al caminar
- Hinchazón en las piernas

### RESPIRATORIO

- Falta de aire (Si la respuesta es “Sí”, ¿cuándo? \_\_\_\_\_ )
- Tos
- Sibilancias
- Dificultad para respirar cuando está acostado
- Usa oxígeno en el hogar
- Usa una máquina de presión positiva continua en la vía aérea (CPAP)
- Apnea del sueño

### GASTROINTESTINAL

- Dolor abdominal (Si la respuesta es “Sí”, ¿dónde? \_\_\_\_\_ )
- Náuseas
- Vómitos
- Constipación
- Acidez
- Heces negras/como alquitrán
- Sangre en las heces

### GENITOURINARIO

- Dolor pélvico (Si la respuesta es “Sí”, ¿cuándo? \_\_\_\_\_ )
  - Ardor al orinar
  - Incontinencia
- Para hombres  Disfunción eréctil
- Para mujeres  Sangrado vaginal anormal  
 Está embarazada  
 Dolor excesivo en el período  
 Dolor excesivo en el período

### HEMOLINFÁTICO

- Ganglios linfáticos agrandados
- Ganglios linfáticos doloridos
- Sangrados/moretones habituales

### MUSCULOESQUELÉTICO

- Dolor en las articulaciones
- Dolores musculares
- Debilidad en las extremidades
- Problemas para caminar

### NEUROLÓGICO

- Confusión
- Convulsiones
- Dolores de cabeza
- Mareos
- Síncopes
- Temblor
- Dificultad para hablar

### PIEL/MAMAS

- Lesiones/Heridas en la piel
- Cambio en un lunar
- Dolor de mamas
- Bulto en una mama

### PSIQUIÁTRICO

- Ansiedad
- Depresión
- Pensamientos suicidas
- Alucinaciones
- Problemas emocionales

### ENDOCRINO

- Sofocos
- Cambios en la voz
- Sudor excesivo
- Aumento de la sed
- Aumento en la frecuencia urinaria