

# REGISTRO DEL PACIENTE

(Por favor escriba en letra de molde)

## Información del Paciente

Fecha \_\_\_\_\_

Número de Seguro Social o Identificación del Paciente \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
(Mes/Día/Año)

Nombre del Paciente \_\_\_\_\_  
Apellidos Primer Nombre Inicial del 2<sup>do</sup> Nombre

Dirección \_\_\_\_\_  
Número y Nombre de la Calle # de apartamento Ciudad Estado Código Postal

Dirección electrónica: \_\_\_\_\_ Sexo:  M  F Edad \_\_\_\_ Menor

Teléfono de casa (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Celular (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo(\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Ext. \_\_\_\_\_

¿Cuál es la mejor hora y lugar para contactarlo? \_\_\_\_\_

## Seguro Dental:

¿Quién es responsable por esta cuenta? \_\_\_\_\_ Relación con el paciente \_\_\_\_\_

Nombre de la Compañía de seguro dental \_\_\_\_\_ Grupo # \_\_\_\_\_

## Estado civil:

Casada(o)  Viuda(o)  Soltera(o)  Separada(o)  Divorciada(o)  Compañeros por \_\_\_\_ años

Ocupación \_\_\_\_\_ Empleador/ Escuela \_\_\_\_\_

Dirección de Empleador / Escuela \_\_\_\_\_

Teléfono del empleador/ Escuela (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

## Información de Esposo(a):

Nombre de Esposo(a) \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
(Mes/Día/Año)

Número de Seguro Social \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_

Empleador / Negocio \_\_\_\_\_ Teléfono (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

## Información del Menor

Nombre de Padre/Madre o Guardián \_\_\_\_\_ Seguro Social # \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_

Dirección de Padre/Madre/ Guardián \_\_\_\_\_  
Calle # de apto. Ciudad Estado Código Postal

Teléfono de Casa (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Celular # (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Empleador \_\_\_\_\_ Teléfono del Empleador (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

**En caso de una Emergencia llamar a:** Nombre \_\_\_\_\_

Relación con el paciente \_\_\_\_\_ Teléfono de casa (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Celular (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Teléfono del Trabajo (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Ext. \_\_\_\_\_

# Historia de Salud

Nombre de su médico \_\_\_\_\_ Fecha de su último examen físico \_\_\_\_\_  
(Physician's name) (Date of Last Physical)

¿Alguna vez ha padecido alguna de las siguientes? (marque en la casilla la que aplique):

- |                                                                                        |                                                                                                                           |
|----------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Anemia                                                        | <input type="checkbox"/> Fiebre escarlatina (Scarlet fever)                                                               |
| <input type="checkbox"/> Accidente cerebrovascular (Stroke)                            | <input type="checkbox"/> Hepatitis tipo _____                                                                             |
| <input type="checkbox"/> Amigdalitis (tonsillitis)                                     | <input type="checkbox"/> Herpes                                                                                           |
| <input type="checkbox"/> Artritis, Reumatismo (Arthritis)                              | <input type="checkbox"/> Pies o tobillos hinchados (swollen feet or ankles)                                               |
| <input type="checkbox"/> Válvulas artificiales en el corazón (Artificial Heart valves) | <input type="checkbox"/> Hipertensión (High blood pressure)                                                               |
| <input type="checkbox"/> Articulaciones artificiales (Artificial joints)               | <input type="checkbox"/> Tensión o presión baja (low blood pressure)                                                      |
| <input type="checkbox"/> Cáncer                                                        | <input type="checkbox"/> Pérdida de peso inexplicable (weight loss unexplained)                                           |
| <input type="checkbox"/> Dependencia química (chemical dependency)                     | <input type="checkbox"/> Problemas de espalda (Back problems)                                                             |
| <input type="checkbox"/> Desmayos o mareos (Fainting or dizziness)                     | <input type="checkbox"/> Problemas circulatorios (Circulatory problems)                                                   |
| <input type="checkbox"/> Diabetes                                                      | <input type="checkbox"/> Problemas de la Tiroides (Thyroid problems)                                                      |
| <input type="checkbox"/> Diarrea crónica (Chronic diarrhea)                            | <input type="checkbox"/> Problemas del corazón (heart problems)                                                           |
| <input type="checkbox"/> Dieta especial (special diet)                                 | <input type="checkbox"/> Problemas de los nervios (Nervous problems)                                                      |
| <input type="checkbox"/> Dolor en la mandíbula (jaw pain)                              | <input type="checkbox"/> Problemas de los senos paranasales (sinus trouble)                                               |
| <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza (Headaches)                                 | <input type="checkbox"/> Quimioterapia (Chemotherapy)                                                                     |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad de la sangre (Blood disease)                       | <input type="checkbox"/> Respiración entre cortada (Shortness of breath)                                                  |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad en los riñones (Kidney disease)                    | <input type="checkbox"/> Sangrado anormal con extracciones o cirugía<br>(Bleeding abnormally with extractions or surgery) |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad en el hígado (Liver disease)                       | <input type="checkbox"/> Sarpullido en la piel (Skin rash)                                                                |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad respiratoria (respiratory disease)                 | <input type="checkbox"/> Tratamientos con Cortisona (Cortisona Treatments)                                                |
| <input type="checkbox"/> Enfermedades venéreas (Venereal Disease)                      | <input type="checkbox"/> Tratamiento con radiación (Radiation treatment)                                                  |
| <input type="checkbox"/> Enfisema (Emphysema)                                          | <input type="checkbox"/> Tos persistente o con sangre (Cough, persistent or bloody)                                       |
| <input type="checkbox"/> Epilepsia (Epilepsy)                                          | <input type="checkbox"/> Tuberculosis                                                                                     |
| <input type="checkbox"/> Ganglios del cuello hinchados (swollen neck glands)           | <input type="checkbox"/> Tumor o un crecimiento en la cabeza o cuello<br>(Tumor or growth on head or neck)                |
| <input type="checkbox"/> Glaucoma                                                      | <input type="checkbox"/> Úlcera (Ulcer)                                                                                   |
| <input type="checkbox"/> Fiebre reumática (Rheumatic fever)                            | <input type="checkbox"/> ¿Usa lentes de contacto? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>                 |

**Mujeres:** ¿Está embarazada? (Are you pregnant?) Si  No  Fecha probable de parto (Due Date) \_\_\_\_\_

¿Está amamantando? (Are you nursing) Si  No  ¿Toma pastillas anticonceptivas? (taking birth control pills) Si  No

## Medicamentos

Haga una lista de los medicamentos que esté tomando actualmente y su diagnóstico:

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

Nombre de la farmacia y número de Teléfono: \_\_\_\_\_

## Alergias

- |                                                                 |                                                             |
|-----------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Aspirina (Aspirin)                     | <input type="checkbox"/> Anestesia local (Local Anesthetic) |
| <input type="checkbox"/> Pastillas para dormir (Sleeping pills) | <input type="checkbox"/> Penicilina (Penicillin)            |
| <input type="checkbox"/> Yodo (Iodine)                          | <input type="checkbox"/> Sulfas                             |
| <input type="checkbox"/> Látex                                  | <input type="checkbox"/> Otro _____                         |