

Bienvenido Al Centro De Salud Del Dr. Santiago

Fecha: _____/_____/_____

Nombre: _____
Apellido Nombre M

Dirección: _____
Apt Ciudad Estado Código Postal

Celular #: (_____) _____ Compañia de Celular: _____

Casa #: (_____) _____

Trabajo #: (_____) _____ Ext _____

E-mail: _____

Fecha de Nacimiento: _____/_____/_____ Edad: _____

Estado Civil: () Soltero(a) () Casado(a) () Divorciado(a) () Separado(a) () Viudo(a)

SS #: _____

¿Quién le recomendó este consultorio? _____

Ocupación: _____

Compañia De Seguro: _____

Nombre del Asegurado: _____ Relación: () Proprio () Esposo(a) () Padres () Otro

Fecha de Nacimiento del Asegurado: _____/_____/_____ SS #:del Asegurado: _____

Por favor indique abajo la intensidad y la frecuencia de sus síntomas: En el caso de ninguna opción, deje en blanco.

Intesidad: 1 a 3 = Poco 4 a 6 = Fuerte 7 a 10 = Muy Fuerte
Frecuencia: D. = Diaria F = Frecuente (3-6 días) O. = Ocasional (1-2 días)
Ejemplo 10/D = Dolor de Cabeza Muy Fuerte Todo los días

____/____ Dolor de Cabeza	____/____ Dolor en el Hombro D	____/____ Dolor en la Cadera D
____/____ Dolor de Mandibula D	____/____ Dolor en el Hombro Iz	____/____ Dolor en la Cadera Iz
____/____ Dolor de Mandibula Iz	____/____ Dolor en el Codo D	____/____ Dolor en la Rodilla D
____/____ Dolor del Cuello	____/____ Dolor en el Codo Iz	____/____ Dolor en la Rodilla Iz
____/____ Dolor de Espalda Arriba	____/____ Dolor en el Pulso/Mano D	____/____ Dolor en la Tobillo / Pie D
____/____ Dolor de Espalda Abajo	____/____ Dolor en el Pulso/Mano Iz	____/____ Dolor en la Tobillo / Pie Iz
____/____ Dolor del Pecho	____/____ Dolor / Calambre en el Brazo D	____/____ Dolor / Calambre en la Pierna D
____/____ Dolor del Estómago	____/____ Dolor / Calambre en el Brazo Iz	____/____ Dolor / Calambre en la Pierna Iz

____/____ Dolor de la menstruación	____/____ Desmayo	____/____ Pies fríos
____/____ Nerviosismo	____/____ Perdida de balance	____/____ Manos frías
____/____ Irritación/ Tensión	____/____ Ruido en los oídos	____/____ Estreñimiento
____/____ Depresión	____/____ Calor en el Rostro	____/____ Diarrea
____/____ Fatiga	____/____ Perdida de olfato	____/____ Fiebre
____/____ Perdida de Memoria	____/____ Perdida del gusto	____/____ Siente la cabeza pesada
____/____ Mareos	____/____ Sudores fríos	____/____ Problemas al dormir
	____/____ Falta de Aire	____/____ La luz le molesta a los ojos

____/____ Sinositis	____/____ Alergia	____/____ Asma	____/____ Problemas Digestivos
---------------------	-------------------	----------------	--------------------------------

Describe acerca de su problema primario:

- ¿Cual es su principal problema de salud? _____
- ¿Cuándo comenzó? () Hoy Cuantos Días atrás? _____ Semanas? _____ Meses? _____ Años? _____
- ¿Cómo comenzó? () Accidente () Repentino () Gradualmente
- ¿Cómo Sucedió? _____ () No Se
- ¿Dónde estaba usted cuando sintió por primera vez el dolor? () Casa () Trabajo () No me acuerdo () Otro
- ¿Ha tenido este problema antes? () No () Si, Cuándo? _____
- ¿Usted tiene el problema? () Diario Si es sí, que porcentaje: () 100% () 75% () 50% () 25% del Tiempo
() 3-6 Días por Semana () 1-2 Días por Semana o Menos
- ¿A que hora del día es el problema peor? () No () En la Mañana () Tarde () Noche () Durmiendo
- ¿Cómo es el Dolor? () Aguda () Adolorido () Punsante () Pesado () Adormecido () Picante () Caliente () Fría

10. ¿Qué le agrava el problema?

() Doblarse	() Pararse	() Sentarse	() Permanecer en una misma posición	() Sexo	() Deportes
() Virarse	() Acostarse	() Caminar	() Levantarse	() Cojer algo	() Ejercicios
() Llevar peso	() Dormir	() Correr	() Subir escaleras	() Conducir	() Moverse

11. ¿Qué puede hacer para aliviar el dolor?

() Nada	() Descansar	() Sentarse	() Caminar	() Hielo	() Usar Soporte
() Acostarse	() Dormir	() Quedarse de pie	() Moverse	() Caliente	() Medicamentos

12. En consecuencia del problema, usted se siente: () Ninguna () Deprimido () Ansioso () Aburrido () Triste
() Cansad () Nervioso/a () Irritado () Tenso

13. ¿Qué actividades son limitadas debido a este problema?

() Nada	()	() Acostarse	() Mayoría de los movimientos	() Cuidar de animales
() Cargar peso	() Agachar	() Dormir	() Movimientos repetitivos	() Cargar niños
() Jalar	() Sentarse	() Trabajos de jardín	() Cambiar de posición	() Cuidar del patio
() Empujar	() Caminar	() Vida social	() Subirse en algo	() Concentrarse
() Cargar	() Correr	() Conducir	() Praticar deportes	() Orinar
() Alcanzar algo	() Saltar	() Trabajar	() Usar computadora	() Tomar baño
() Torcerse	() Descansar	() Ejercicios	() Queaceres domesticos	() Lavarse los dientes
() Virar	() Escribir	() Llimpiar	() Cuidar de niños	() Rasurarse
() Doblar	() Cosinar	() Comer	() Ir al baño	() Vestirse
() Gatear	() Leer	() Sexo	() Cuidar de un familiar	() Ponerse las medias
() Arrodillarse	() Estar en pie		() Toser/estornudar	() Vestir los pantalones

14. ¿Cómo le interfiere en su estilo de vida?

A. ¿Cuándo su problema está más fuerte se le hace mas duro su trabajo?

- () Usted es menos productivo en su trabajo () Difruta menos de su trabajo
() Tiene que tomar mas descanso () Su jefe le dijo algo de su problema?

B. ¿Cuándo su problema está peor, eso afecta su relacionamento con familiares y amigos?

- () Soy menos dibertido con ellos () Ayuda menos en casa
() Hay cosas que no puedo hacer con ellos . Quién se desecciona más: () Usted o () Ellos

C. ¿Cuándo su problema está peor de que manera afecta su sueño?

- () Se demora para dormir () Se despierta cansado
() Se despierta mas veces en la noche () Se despierta mas temprano que de costumbre

D. ¿Cuándo sus problema está mas fuerte le limita a hacer su pasatiempo Favorito / Intereses / Depórtes?

- () Si () No ¿Cómo que? _____

15. Marque las opciones que usted ha tratado para salir del problema.

() Aspirina	() Medicamentos	() Masajes	() Usa Soporte	() Medico de familia	() Neurologista
() Tylenol	() Estiramiento	() Cremas	() Quiropractico	() Terapia Física	() Inggnorar el Dolor
() Advil	() Ejercicios	() Caliente/frío	() Acupuntura	() Ortopedista	() Esperar que se vaya

- ¿Usted se siente frustrado por haber intentado las opciones encima y no haber tenido ningún alivio? () Si () No
¿Nombre de los encima medicos? _____

16. ¿Por causa de su problema se siente mas viejo de lo que usted es? () Si () No ¿Si es asi, cuántos años? _____
17. ¿En caso que este problema no fuera resuelto piensa que podria empeorar? () Si () No

Traumas o accidentes anteriores que podian ser la causa de este problema:

- 1 accidente de automovil Accidente de Trabajo Caída de una Silla Se golpeó la cabeza en la piscina
 2 o mas accidentes Lesiones Deportivas Resbalarse y Caerse Cargar peso sobre la cabeza
 Accidente de Motocicleta Caída de Caballo Esquiando En una pelea
 Accidente de Bicicleta Caída de Escalera Surfearo Otro

¿Usted piensa que alguno de los traumas de arriba podrian haber atribuido a su problema actual? () Sí () No

Por favor digame sobre su historial de salud actual y anterior:

Coloque A () para Actual o P () para condiciones Pasadas y ya resueltas.

- | | | | |
|---|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> AIDS /CIDA | <input type="checkbox"/> Dependencia quimica | <input type="checkbox"/> Presión alta | <input type="checkbox"/> Polio |
| <input type="checkbox"/> Alcolismo | <input type="checkbox"/> Depreción | <input type="checkbox"/> Presión baja | <input type="checkbox"/> Problemas de próstata |
| <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Problema del riñón | <input type="checkbox"/> Problemas psiquiátricos |
| <input type="checkbox"/> Anorexia | <input type="checkbox"/> Efisema | <input type="checkbox"/> Problema del higado | <input type="checkbox"/> Reumatismo |
| <input type="checkbox"/> Apendicitis | <input type="checkbox"/> Epilepsia | <input type="checkbox"/> Migraña | <input type="checkbox"/> Derrame cerebral |
| <input type="checkbox"/> Artritis | <input type="checkbox"/> Problemas cardiacos | <input type="checkbox"/> Aborto espontaneo | <input type="checkbox"/> Intento de suicidio |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Hepatitis | <input type="checkbox"/> Escleriosis multiple | <input type="checkbox"/> Tiroide |
| <input type="checkbox"/> Desorden de sangre | <input type="checkbox"/> Hernia | <input type="checkbox"/> Osteoporosis | <input type="checkbox"/> Tumores |
| <input type="checkbox"/> Quistes en los senos | <input type="checkbox"/> Hernia de disco | <input type="checkbox"/> Marcapasos | <input type="checkbox"/> Úlceras |
| <input type="checkbox"/> Bronquitis | <input type="checkbox"/> Colesterol alto | <input type="checkbox"/> Parkinson | <input type="checkbox"/> Infección vaginal |
| <input type="checkbox"/> Bulimia | <input type="checkbox"/> Presión alta | <input type="checkbox"/> Nervio preso | <input type="checkbox"/> Enfermedad veneria |
| <input type="checkbox"/> Cancer, dónde _____ | <input type="checkbox"/> Fracturas, dónde _____ | <input type="checkbox"/> Neumonía | <input type="checkbox"/> Obesidad |

Por favor digame sobre su Salud y Habitos sociales:

Hijos? ()Si ()No # de hijos _____	() Bebe menos de 8 vasos de agua por dia	Desyauno Diario ()Si () No
() Gestante de ___ Semanas () Comenzando la Menopausia	() Bebe 8 o ma vasos de agua diariamente	Toma Vitaminas ()Si () No
¿Bebida alcolica? ()Si ()No ()poco ()moderado ()diario	() Va al baño diariamente	() Duerme Mal
¿Cigarros? ()Si ()No ()poco ()moderado ()diario	() Tiene problemas para ir al baño	() Duerme Bién
¿Cafeina? ()Si ()No ()poco ()moderado ()diario	() Come tres veces al dia	Pratica Ejercicios ()Si ()No

Por favor digame sobre las medicinas que esta tomando:

<input type="checkbox"/> Ninguna	<input type="checkbox"/> Calmante	<input type="checkbox"/> Anti-inflamatorio	<input type="checkbox"/> Colesterol	<input type="checkbox"/> Tranquilizantes
<input type="checkbox"/> Aspirina	<input type="checkbox"/> Presión alta	<input type="checkbox"/> Analgesicos	<input type="checkbox"/> Antibiotico	<input type="checkbox"/> Anti-acido
<input type="checkbox"/> Pilduras para dormir	<input type="checkbox"/> Anti-depresivo	<input type="checkbox"/> Quimoterapia	<input type="checkbox"/> Esteroides	<input type="checkbox"/> Codeina

¿Algún tipo de alergia? _____

Cirurgias anteriores: () Ninguna

- Apendicitis, ¿Cuándo? _____ Amigdalitis, ¿Cuándo? _____
 Vasectomia, ¿Cuándo? _____ Cesária, ¿Cuándo? _____
 Otra: _____ ¿Cuándo? _____

Hospitales y fechas que ha estado interno: ()Nunca: Motivo: _____ ¿Cuándo? _____
 Motivo: _____ ¿Cuándo? _____ Motivo: _____ ¿Cuándo? _____

¿Hay algún motivo que le impida de recibir tratamiento? Por ejemplo:

- Nada Transporte Horario de Trabajo.

Historia de salud familiar

1. Marque con una “A” para un problema de salud Actual.
2. Marque con una “P” para un problema de salud en el Pasado.
3. En el caso de ninguna opción, deje en blanco.

Condición	Papá	Mamá	Esposo(a)	Hermano/a	Hermano/a	Hijo/a	Hijo/a	Hijo/a
Ninguna:								
Artritis								
Asma								
Problema de Espalda								
Bursitis								
Cancer								
Estreñimiento								
Diabetis								
Problema de Disco								
Problema Emocional								
Enfisema								
Epilepsia								
Dolor de Cabeza								
Problemas del Corazón								
Presión Sanguinea Alta								
Insomnia								
Problema de Riñones								
Problema de Hgado								
Migraña								
Nerviosismo								
Nervio (preso)								
Escoliosis								
Sinositis								
Problema de Estomago								

Yo entiendo y garantizo que la información provehida en este formulario fue completado correctamente con mi mejor conocimiento y entiendo mi responsabilidad para informar a esta oficina algún cambio de mi información provehida. Autorizo al personal para realizar servicios nesarios durante los diagnósticos y tratamientos.

Nombre del Paciente
(letra Imprenta)

Firma

Fecha

Nombre del Representate
(letra Imprenta)

Relación

Firma

Fecha

Agradecemos su colaboración por llenar este formulario. ¡Ahora vamos a tratarlo!