

Padilla Family Medicine

HISTORIA DE SALUD PARA ADULTOS

Fecha: _____ Nombre: _____

Problemas Medicos Presentes: _____

Problemas Medicos: Previos o Cronicos: _____

Hospitalizaciones y Cirugias Previas: _____

Lista De Medicamentos, Dosis y Frecuencia: _____

Alergias: _____

Historia Medica de Familia: _____

Tiene sus vacunas al corriente? _____

Quando fue su ultimo examen fisico? _____

(Mujeres) Quando fue su ultimo papanicolao? _____

Mamografia? Anticonceptivo? _____

(Pacientes >50) Ha tenido una colonoscopia? _____

(Hombres >50) Su ultimo examen de prostate? _____

Historia de Habitos Sociales y Salud:

Fuma Cigarrillos? Si No Cuanto y por cuanto tiempo? _____

Si usted fumaba, hace cuanto tiempo dejo de fumar? _____

Consumo bebidas alcoholicas? Si No _____

Que tan seguido? Que cantidad? _____

Ha tratado de dajar de fumar or tomar? Si No _____

Usa drogas ilegales? Si No _____

Usa el cinturon de seguridad al subir a un auto? Si No _____

Hace ejercicio regularmente? Si No _____

Cuida su Dieta? Describa: _____

Estado civil? Soltero(a) Casado(a) Viudo(a) _____

Divorciado(a) Separado(a) _____

Practica metodos seguros de sexo? Si No N/A _____

Tiene Hijos? Edades? _____

A que trabajo se dedica? Es estudiante? Que Estudia? _____

Desea obtener informacion sobre directivas anticipadas? Si No _____

HOJA DE INFORMACION SOBRE EL PACIENTE

PADILLA FAMILY MEDICINE

Apellido:		Primer Nombre:		Segundo Nombre:	
Direccion:			Cuidad:		
Estado:	Codigo Postal:	Telefono:	# Celular:	Fecha de Nacimiento:	Sexo: M o F
# De Seguro Social:		Correo Electronico:		Estado Civil: (C S D V)	
Direccion De Empleo:			Telefono de Empleo:		
# Licencia de Manejar:					
Medico Previo					
Quien Lo Refirio:			Mejor Numero para Localizar:		
CONTACTO DE EMERGENCIA					
Nombre:					
Relacion Al Paciente:			Numero de Telefono:		
INFORMACION DE ASEGURANZA PRIMARIA					
Nombre de Aseguranza:			Numero de Telefono:		
(FAVOR DE PROVEER TARJETAS DE ASEGURANZA MEDICA Y LICENCIA A LA RECEPCIONISTA)					
INFORMACION DE ASEGURANZA SECUNDARIA					
Nombre de Aseguranza:			Numero de Telefono:		
<p>Al firmar la presente doy autorizacion a la(s) compania(s) de aseguranza mencionadas el pagar todos los cargos de servicios medicos que me sean rendidos. Comprendo que sere responsable de todos los cargos que no sean cubiertos por mi compania de aseguranza. Autorizo se envie informacion medica necessaria a la aseguranza mencionada. En adiccion mi firma da consentimiento a los procedimientos necesarios, incluyendo servicios y tratamientos de emergencia. Lo que incluye pero no limita a procedimientos de laboratorio, rayos-x, tratamientos, procedimientos medicos, quirurgicos, anestesia o servicios rendidos al paciente dentro de instrucciones especificas y generales del medico o su designado.</p>					
Firma del Paciente:				Fecha:	