

Información del paciente			
Apellido:	Nombre:	Inicial del segundo nombre:	Fecha de nacimiento:
Estado marital: <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Separado			Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
Dirección:		Número de apartamento:	
Ciudad:	Estado:	Código postal:	
Teléfono casa:	Teléfono celular:	Teléfono trabajo:	
Número de seguro social:		Correo electrónico:	
Podemos enviar mensajes de TEXTO sobre resultados de laboratorios, prescripciones, referidos, medicamentos y otros mensajes en general. ¿Quiere que nos comuniquemos con usted de esta manera? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			

Información de seguro		
Nombre de aseguranza primaria:	Núm. de póliza:	Núm. de grupo:
Nombre de aseguranza secundaria:	Núm. de póliza:	Núm. de grupo:

Contacto de emergencia		
Nombre:	Núm. de tel.:	Relación:

Información de su farmacia			
Nombre:	Número de teléfono:		
Dirección:	Ciudad:	Estado:	Código postal:

Información de su farmacia de envío por correo	
Nombre:	Núm. de tel.:

Uso privado de información – ¿Con quién podemos compartir su información médica?		
Nombre:	Núm. de tel.:	Relación:
Nombre:	Núm. de tel.:	Relación:
Nombre:	Núm. de tel.:	Relación:

_____ Iniciales	Entiendo que debo de acceder al portal del paciente para ver mis resultados de laboratorio, o debo pedir una cita para revisar los resultados con un proveedor.
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	¿Quiere saber más sobre los servicios del medspa de Body by YourClinic? Podemos comunicarnos con usted por llamada telefónica o mensaje de texto.

PF-200 Acknowledgement of Receipt of Notice of Privacy Practices.		
Our practice reserves the right to modify the privacy practices outlined in the notice. I have reviewed this office's Notice of Privacy Practices, which explains how my medical information will be used and disclosed by E.S.Romanelli,MD,PA. I understand I am entitled to receive a copy of your Notice of Privacy Practices.		
Nombre del paciente (Letra de molde):	Firma:	Fecha:
Firma de la persona representando al paciente:		Relación al paciente:



Historial Medico

Apellido: _____ Nombre: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____

Alergias a medicamentos: _____ **Reacción:** _____

Alergias: Huevos _____ Cinta _____ IPV Dye _____ Mariscos _____ Otra _____

Enfermedades de niñez: Ninguna _____ ADD _____ Asma _____ Eczema _____
 Alergias nasales _____ Otra _____

Enfermedades (Adulto)	Fecha de diagnóstico	Hospitalizaciones (Año : Enfermedad)
Artritis	____/____/____	_____
Asma	____/____/____	_____
Desorden emocional	____/____/____	_____
Cáncer de: _____	____/____/____	_____
Derrame cerebral	____/____/____	Cirugías
Depresión	____/____/____	_____
Diabetes	____/____/____	_____
Colesterol elevado	____/____/____	_____
Ardor estomacal	____/____/____	_____
Diabetes gestacional	____/____/____	Medicamentos Recetados
Glaucoma	____/____/____	_____
Dolores de cabeza	____/____/____	_____
Ataque al corazón	____/____/____	_____
Enfermedades del corazón	____/____/____	_____
Paro cardíaco	____/____/____	_____
Alta presión	____/____/____	Medicamentos naturales o sin receta
Problemas de la tiroides	____/____/____	_____
Pulmonía	____/____/____	_____
Osteoporosis	____/____/____	_____
Otra: _____	____/____/____	_____

Mantenimiento de salud/preventiva

¿Cuándo fue la última vez que se hizo los siguientes exámenes?

Colesterol	____/____/____	Vacuna del "flu"	____/____/____
Próstata/Examen rectal	____/____/____	Vacuna del tétano	____/____/____
Examen de próstata	____/____/____	Hepatitis B(3 dosis)	____/____/____
Mamograma	____/____/____	Prueba de tuberculosis	____/____/____
Dexa Scan/Osteoporosis	____/____/____	¿Qué examen del colon fue hecho?	
Papanicolaou	____/____/____	Flex Sigmoidoscopy	Fecha: ____/____/____
Vacuna para la pulmonía	____/____/____	Colonoscopia	Fecha: ____/____/____
Examen del colon	____/____/____	Tarjetas de excremento	Fecha: ____/____/____

Continúa al reverso

Historial Social

Estado marital _____

Ocupación _____

Consumo de Alcohol

Nunca / Nunca fui bebedor _____

Fui bebedor en el pasado _____

Bebo socialmente _____

¿Cuántos tragos (o cerveza) bebe al día? _____

¿Cuántos días a la semana bebe? _____

Consumo de Tabaco

Nunca _____

Actualmente fumo _____

¿Cuántas cajetillas fuma al día? _____

¿Cuántas cajetillas fuma a la semana? _____

Vivió con un(a) fumador(a) _____

Yo deje de fumar hace _____ años / meses

Si dejo de fumar, ¿cuántas cajetillas fumaba al día

y por cuántos años?

_____ cajetillas al día por _____ años.

Consumo de drogas ilegales

Nunca / Ningún uso de drogas _____

Marihuana _____

Cocaina _____

Uso de droga intravenoso _____

Narcoticos _____

Anfetaminas _____

Esteroides _____

¿Frecuencia?

Frecuentemente _____

Infrecuentemente _____

Raramente _____

¿Hace ejercicio?

Si _____ No _____

¿Con que frecuencia?

Frecuentemente _____

Infrecuentemente _____

Raramente _____

Historial Familiar**Historial Materno**

Saludable _____

Falleció debido a _____

Diabetes _____

Desarrollada a la edad de _____

Presión arterial alta _____

Cáncer de _____

Desarrollada a la edad de _____

Derrame cerebral _____

Depresión _____

Desorden emocional _____

Glaucoma _____

Colesterol elevado _____

Osteoporosis _____

Problemas con la tiroides _____

Ataque al corazón _____

Enfermedades del corazón _____

Historial Paterno

Saludable _____

Falleció debido a _____

Diabetes _____

Desarrollada a la edad de _____

Presión arterial alta _____

Cáncer de _____

Desarrollada a la edad de _____

Derrame cerebral _____

Depresión _____

Desorden emocional _____

Glaucoma _____

Colesterol elevado _____

Osteoporosis _____

Problemas con la tiroides _____

Ataque al corazón _____

Enfermedades del corazón _____

Algún otro familiar con enfermedades significativas

Parentesco: _____

Enfermedad: _____
