

**INFORMACION DEL PACIENTE**

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Correo Electrónico: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

Sexo:  M,  F Seguro: \_\_\_\_\_ # de miembro: \_\_\_\_\_

A nombre de quien está el seguro? Quien es la persona primaria? \_\_\_\_\_

Cuál es la relación suya con esta persona? \_\_\_\_\_ Tiene la misma dirección?  Si,  No

Si no, cual el la dirección de esa persona? \_\_\_\_\_

Contacto de Emergencia: \_\_\_\_\_ Médico de Cabecera? \_\_\_\_\_

Historia Medica? Medicamentos: \_\_\_\_\_ Alergias: \_\_\_\_\_

Alta Presión  Alzhéimer \_\_\_\_\_

Diabetes  Parkinson \_\_\_\_\_

Cáncer  Riñones \_\_\_\_\_

Tiroides  Ulceras gástricas \_\_\_\_\_

Infarto cardiaco  Pancreatitis Cirugías Previas con fechas aproximadas: \_\_\_\_\_

Reumatismo  infarto cerebral \_\_\_\_\_

Enfermedad vascular  Lupus \_\_\_\_\_

Enfermedad psiquiátrica \_\_\_\_\_

Colesterol alto \_\_\_\_\_

Historia Social: Casado / Soltero / Divorciado / Separado / Cohabitando Historia Familiar:

Hijos: No / Si: Cuantos y Edad: \_\_\_\_\_ Madre: Viva / Fallecida \_\_\_\_\_

Empleado / Incapacitado / Desempleado / Retirado / Estudiante Padre: Vivo / Fallecido \_\_\_\_\_

Fumador / No fuma / Ex fumador, cuanto tiempo fumo? \_\_\_\_\_ Hermano: Vivo / Fallecido \_\_\_\_\_

Alcohol: Nunca / Social / Diariamente Hermano: Vivo / Fallecido \_\_\_\_\_

Drogas: Nunca / Ocasional / Diariamente / Marihuana recetada Hermana: Viva / Fallecido \_\_\_\_\_

CUESTIONARIO DE DOLOR:

Localización	Intensidad: 0-10 0-no dolor 10- dolor severo	Duración: Aproximada fecha de inicio	Clase de dolor: Agudo, pesado, ardiente, pulsante, etc.	Frecuencia: Constante, frecuente, ocasional, intermitente	Empeora con? Caminar, estar de pie, acostado, levantando peso	Mejora con? Descanso, medicina, hielo, calor, masaje, parches
Cuello						
Dolor de cabeza						
Espalda media						
Espalda baja						
Trapeacios						
Hombros						
Codo						
Muñeca o mano						
Cadera						
Rodilla						
Tobillo						
Pie						
Otra cosa						

Trauma: Si / No, Especifique: \_\_\_\_\_

Radia su dolor: Si / No, Especifique: \_\_\_\_\_

El Dolor limita su actividad? No / Si: \_\_\_\_\_

Ha tenido rayos X o Escaneos? No / Si: \_\_\_\_\_

Ha visto un ortopédico u otro especialista para este problema? No / Si: \_\_\_\_\_

Ha tenido cirugía de la columna o inyecciones? No / Si: \_\_\_\_\_

Seguro Primario: \_\_\_\_\_ Autorización: Yo he revisado la información de este formulario y esta precisa. Entiendo que esta información va a ser usada por la Doctora para determinar el tratamiento adecuado. Si hay algún cambio en mi estado medico yo le aviso a la Doctora. Yo autorizo que mi seguro le pague a la Doctora todos los beneficios debidos a mí por los servicios rendidos. Yo autorizo esta firma en todos los reclamos entregados al seguro. Yo autorizo que toda información necesaria sea proveída al seguro para asegurar pago de tales reclamos. Yo entiendo que yo soy responsable por todos los pagos sea o no sean pagos por mi seguro.

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

Esta póliza es mía     Esta póliza es de mí:  Esposo/a  Papa  Mama, Y  tienen la misma dirección

Tienen otra dirección: \_\_\_\_\_