

Formulario Registro Pacientes

Información del Paciente

Nombre	Segundo Nombre	Apellido	(Como aparece en su tarjeta de seguro)
Número de Seguro Social	Fecha de Nacimiento	Edad	Sexo
Dirección del paciente	Ciudad	Estado	Código Postal
Número residencia	Teléfono móvil	Correo electrónico	
Referido por	Doctor Primario	Telefono Doctor Primario	Fax
Farmacia	Dirección de la Farmacia	Teléfono de Farmacia	Fax

Información Trabajo/Escuela del Paciente

Trabajo/Escuela	Ocupación	Teléfono Trabajo/Escuela	
Dirección Trabajo/Escuela	Ciudad	Estado	Código Postal

Contacto en caso de Emergencia

Nombre de contacto	Teléfono	Relación	
--------------------	----------	----------	--

Información de Seguro Médico

Seguro Médico Primario

Nombre de Seguro Médico	Plan		
Número de Seguro	Número de Grupo	Empleador/Escuela de asegurado	
Nombre Asegurado (Como aparece en la tarjeta)	Relación con paciente	Teléfono de asegurado	
Dirección de asegurado	Ciudad	Estado	Código Postal
Número de Seguro Social	Fecha Nacimiento		

Seguro Médico Secundario

Nombre de Seguro Médico	Plan		
Número de Seguro	Número de Grupo	Empleador/Escuela de asegurado	
Nombre Asegurado (Como aparece en la tarjeta)	Relación con paciente	Teléfono de asegurado	

Como Escuchó Sobre Nosotros?

- Amigo/Familiar Búsqueda en Internet Seguro Medico Doctor
 Nuestra Página ZocDoc YELP! Otros _____

Firma del paciente o Tutor

Fecha

Historial Médico

Padece o ha padecido de ?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> SIDA/HIV | <input type="checkbox"/> Colesterol |
| <input type="checkbox"/> Artritis | <input type="checkbox"/> Problemas Riñones |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Lupus |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad Autoinmune | <input type="checkbox"/> Síndrome Sjogren's |
| <input type="checkbox"/> Cancer | <input type="checkbox"/> Ulcera/Gastrítis |
| <input type="checkbox"/> Problemas respiratorios | <input type="checkbox"/> Infartos |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Tiroides |
| <input type="checkbox"/> Heart Disease | <input type="checkbox"/> Otros |
| <input type="checkbox"/> Hepatitis | |

Historial Médico en Familia

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> SIDA/HIV | <input type="checkbox"/> Colesterol |
| <input type="checkbox"/> Artritis | <input type="checkbox"/> Problemas Riñones |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Lupus |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad Autoinmune | <input type="checkbox"/> Degeneración Macular |
| <input type="checkbox"/> Ceguera | <input type="checkbox"/> Problemas en la Retina |
| <input type="checkbox"/> Cancer | <input type="checkbox"/> Síndrome Sjogren's |
| <input type="checkbox"/> Cataratas | <input type="checkbox"/> Ulcera/Gastrítis |
| <input type="checkbox"/> Problemas de Córnea | <input type="checkbox"/> Estrabismos |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Infarto |
| <input type="checkbox"/> Glaucoma | <input type="checkbox"/> Tiroides |
| <input type="checkbox"/> Problemas de Corazón | <input type="checkbox"/> Otros |

Medicina

Qué medicina está actualmente tomando ?

Nombre _____	Dosis _____	Frecuencia _____
Nombre _____	Dosis _____	Frecuencia _____
Nombre _____	Dosis _____	Frecuencia _____
Nombre _____	Dosis _____	Frecuencia _____
Nombre _____	Dosis _____	Frecuencia _____
Nombre _____	Dosis _____	Frecuencia _____
Nombre _____	Dosis _____	Frecuencia _____
Nombre _____	Dosis _____	Frecuencia _____
Nombre _____	Dosis _____	Frecuencia _____
Nombre _____	Dosis _____	Frecuencia _____

Hábitos Sociales

Ha Usted fumado ?

Si No # años _____ # paq./día _____

Usted consume bebidas alcohólicas?

Si No # tragos/semana _____

Usted maneja?

Si No

Usted fumado en la actualidad?

Si No #años _____ # paq./día _____

Usted utiliza droga recreacional?

Si No Tipo? _____ # Veces/semana _____

Tiene dificultad mientras conduce por la noche

Si No

Estado Civil

Soltero Casado Divorciado Viudo

Firma del paciente o Tutor

Fecha

Usted vive ?

Sólo Familiares Asilo de anciano

Alergias

No conocimiento de ninguna alergia

Es usted alérgico a:

Si No

- | | |
|--|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Antibioticos | <input type="checkbox"/> Iodina |
| <input type="checkbox"/> Aspirina | <input type="checkbox"/> Latex |
| <input type="checkbox"/> Medicina para dolor | <input type="checkbox"/> Anestiasias |
| <input type="checkbox"/> Codeina | <input type="checkbox"/> Mariscos |

Describa que tipo de reacción.

Tiene otro tipo de Alergiass? Yes No

Nombre _____ Reacción _____

Nombre _____ Reacción _____

Hospitalizaciones y Cirugías

Razón _____ Fecha _____

Razón _____ Fecha _____

Razón _____ Fecha _____

Problemas de Visión

Ha sido diagnosticado con?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Cataratas | <input type="checkbox"/> Problema Retina |
| <input type="checkbox"/> Problemas Córnea | <input type="checkbox"/> Estrabismos |
| <input type="checkbox"/> Glaucoma | <input type="checkbox"/> Uveítis |
| <input type="checkbox"/> DegeneraciónMacular | <input type="checkbox"/> Otro |
| <input type="checkbox"/> Glaucoma | |

Cirugías o lesión en los ojos

Si No

Razón _____ Fecha _____

Razón _____ Fecha _____

Razón _____ Fecha _____

Usted utiliza lentes?

Si No

Usted utiliza lentes de contactos?

Si No

Que marca de contactos utiliza?

Graduación OD _____ Radio _____ Diámetro _____

Graduación OS _____ Radio _____ Diámetro _____