

Registración y Historia

Nombre: _____

Dirección: _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Teléfono: _____ Celular #: _____ Otro #: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Seguro Social: _____

Contacto de Emergencia Nombre y Teléfono: _____

Información de Salud

Dónde esta su dolor: _____

Alguna otra queja: _____

Cuanto tiempo ha tenido esta condición: _____ Has tenido esta condición antes? Si / NO

Esta condición afecta tu Trabajo/Vida Familiar/Vida Social, Como: _____

Que agrava tu dolor _____ Que ayuda tu dolor _____

Has visto algún otro Doctor para esta condición? _____ Nombre _____

Has tenido alguna condición medica por la cual estuvistes bajo el cuidado de un Doctor _____

Cual fue la condición _____

Estas tomando medicamentos Si / No Cuales: _____

Te han hecho cirugias en el pasado Si / No Cuando _____ Tipo _____

Fecha del ultimo examen fisico _____ Nombre del Doctor _____ Telefono _____

Fecha de tu ultima menstruacion _____ Estas embarazada Si / No Fecha de parto _____

Fumas Si / No Usa Alcohol Si / No Alguna droga Si / No

Tiene alguna reacción alergica a : (Circule las que apliquen)

Aspirina	Yodo	Sedantes
Pastillas para dormir	Anestésicos locales (ej. Novocain)	Sulfa Drugs
Comidas	Penicilina u otros antibióticos	
Otros, lista _____		

Alguna vez has tenido lo siguiente? (Por favor circule todos los que apliquen)

Anemia	Lesiones cardíacas congénitas	Sensibilidad al látex	Fiebre reumática
Anorexia	Tos – Persistente/sangre	Enfermedad del hígado	Fiebre Scarlet
Artritis	Diabetes	Sarampión	Falta de aliento
Asma	Enfisema	Migrañas/Dolores de cabeza	Sinus Trouble
Problemas en la espalda	Epilepsia	Válvula mitral	Salpullidos
Tendencia a sangrar	Glaucoma	Prolapso	Ataque del corazón
Enfermedad en la sangre	Soplo	Paperas	Problemas de tiroides
Presión Arterial Alta/Baja	Enfermedades del corazón	Esclerosis múltiple	Amigdalitis
Cancer	Hepatitis-Tipo _____	Marcapasos	Tuberculosis (TB)
Adicción (drogas/medicamentos)	Hernia	Neumonía	Úlceras
Quimioterapia	Herpes	Polio	Enfermedades venéreas
Varicela	HIV/AIDS	Problemas de prostata	Síndrome de fatiga crónica
Cuidado psiquiátrico	Problemas circulatorios	Enfermedad de riñón	Problemas respiratorios
Otros: _____			

Información de Lesiones

Por favor responda las siguientes preguntas

Conciente Si / NO Fue tu dolor inmediato Si / NO Policia Si / NO si es Si, hay reporte, # _____ Ambulancia Si / NO
Hospital Si / NO si es Si, Donde _____ Estudios X-Ray / MRI / CT-Scan si es Si, area _____

Accidente en el Trabajo

Día _____ Hora _____ Locación _____ Descripción del accidente _____

Aseguranza: _____ Dirección: _____

Caso # : _____ Ajustador: _____ Teléfono : _____

Empleador/Compañía : _____ Teléfono : _____

Dirección: _____

Accidente de Auto

Día _____ Hora _____ Locación _____ Descripción del accidente _____

Eras el? Conductor / Pasajero (Donde?) _____ / Peatón / ciclista Cinturon Si / No Estaba el auto en movimiento? Si / No

Salieron las bolsas de aire? Si / No Estaba la carretera? Seca / Mojada / Otra Golpeastes tu cuerpo? Si / No Donde? _____

Por donde golperon tu carro: Detras/Frente/Lado Izquierdo/Lado Derecho Tipo de vehiculo _____ # de personas _____

Aseguranza: _____ Dirección: _____ Teléfono: _____

Address _____ Teléfono _____

Número de reclamación _____ Número de póliza _____

Nombre del Asegurado _____ Relación con el paciente _____

Fecha de Nacimiento _____ Seguro Social _____ Teléfono _____

Dirección _____

Otros

Día _____ Hora _____ Locación _____ Descripción: _____

Aseguranza: _____ Dirección: _____

Caso # : _____ Ajustador: _____ Teléfono : _____