



MR#: _____

Nombre (Apellido, Primero): _____ Fecha: _____

Alergias conocidas (Alimentos, Medicamentos, Otros): _____

Por favor, marque el cualquiera de los siguientes problemas que está experimentando actualmente

General

- Depresión
- Mareos
- Desmayos
- Fatiga
- Dolores de cabeza
- Enfermedad Mental
- Temblores
- Aumento de Peso/Pérdida
- Trauma de la cabeza/Lesión

Músculos/Huesos/Articulaciones

- Dolor crónico
Dónde: _____
Cuánto Tiempo: _____
- Hernia de Disco
- Fractura/Luxación
- Artritis
- Deformidad de la Columna
- Dolor en Articulaciones
- Otra: _____

Cardiovascular

- Alta Presion
- Baja Presion
- Palpitaciones
- Marcapasos
- Trastorno de Coagulación
- Colesterol alto
- Derrame Cerebral
- Problemas de Circulación
- Anemia
- Arteriosclerosis
- Otra: _____

Respiratorio

- Dolor de Pecho
- Tos Cronica
- Respiración Dificultosa
- Infección Respiratoria
- Las Sibilancias
- Asthma
- Bronchitis
- Enfisema
- Neumonía
- Otra: _____

Gastrointestinal

- Úlcera / Hemorragia en Tracto Digestivo Superior
- Hemorragia Digestiva Baja
- Hemorroides
- Frecuente Diarrea
- Estreñimiento
- Dolor Abdominal
- Sangre/Alquitranado Heces
- Vómitos
- Náuseas
- Otro: _____

Genitourinario

- Infección del tracto urinario
- Infección de Vejiga
- Piedra en el Riñón
- Dolor al orinar
- Mayor Frecuencia de Orinar
- Cambio en flujo/Fuerza de Orinar
- Otra: _____

Hábitos	No	Si
Fumar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Paquete/Día _____
Alcohol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Bebidas/Semana _____
Ejercicio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Horas/Semana _____
Dormir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Horas/Semana _____
Sentado Prolongada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Horas/Semana _____
Alimento Salado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dieta saludable	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Otras condiciones
<input type="checkbox"/> Alcoholismo
<input type="checkbox"/> Cáncer
<input type="checkbox"/> Varicela
<input type="checkbox"/> Herpes Labial
<input type="checkbox"/> Diabetes
<input type="checkbox"/> Epilepsia
<input type="checkbox"/> Bocio
<input type="checkbox"/> Enfermedad de transmisión sexual

Comentarios (una explicación adicional de cualquiera de los anteriores): _____

Hospitalizaciones (Incluir cirugías, rehabilitaciones de drogas/alcohol)

Fecha Hospital Motivo Médico

Fecha	Hospital	Motivo	Médico

Historia de Familia

- Padre: Vivo Fallecido
- Problemas Médicos: _____
- Madre: Viva Fallecida
- Problemas Médicos: _____
- Hermanos: Vivo _____ Fallecidos _____
- Historia Desconocida
 - Condiciones medicas en la familia de su pareja _____

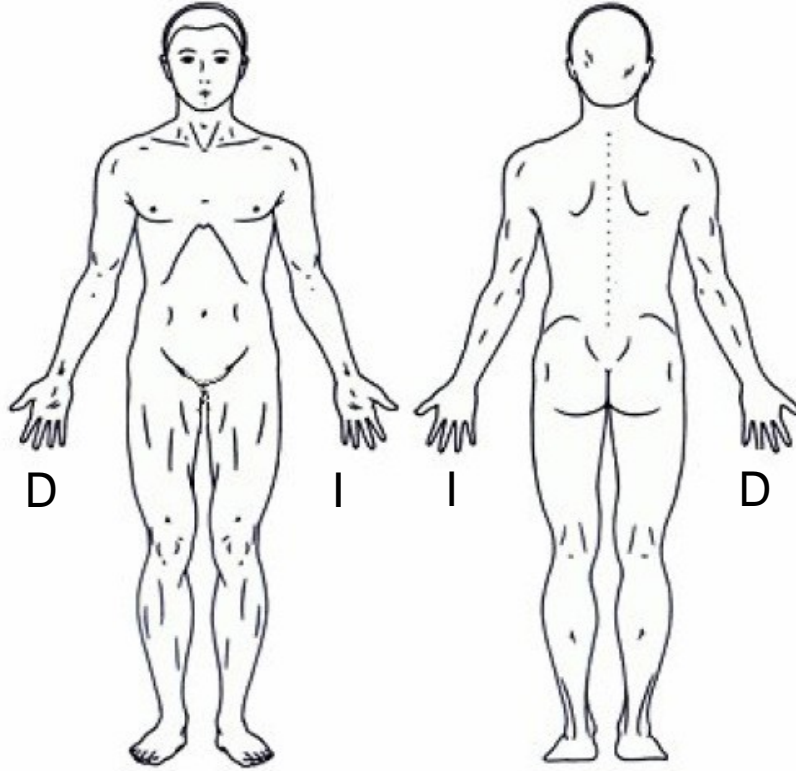
Historia Femenino

- Colicos Menstruales: Leve Moderado Grave
- ¿Estás embarazada? No Si Meses: _____
- Último periodo menstrual: _____
- Historia de Embarazo: Hijos _____
- Nacimientos Vivos _____ Nacido Muerto _____
- Aborto Natural _____ Abortos _____



Queja Presente y razón de la búsqueda de atención: _____
 ¿Cuánto tiempo ha tenido este problema?: _____
 ¿Es esto un problema que cada vez es peor? No Si
 ¿Has visto a alguien más con respecto a esta queja? _____
 Si es así, ¿Quién? _____
 ¿Ha recibido algunas pruebas médicas para estas condiciones (radiografías, análisis de sangre, etc.)? ¿Otro? _____ No Si
 ¿Tiene algún otro problema de salud adicional que tenga y le gustaría que lo traten aquí?: _____

Por favor, marque la ubicación de su queja que presenta en el cuerpo describe a continuación



Sin Dolor

Peor Dolor
Posible

Por favor marque su nivel de dolor en la escala anterior

¿Hay algo más que le gustaría que sepamos que nos puede ayudar con su visita? _____

Por la presente certifico que las declaraciones y respuestas dadas en este formulario son exactas al leal saber y entender que es mi responsabilidad informar a esta oficina de cualquier cambio en mi salud.

Firma del Paciente: _____ Fecha: _____

Uso solo Para Oficina:

I have reviewed this medical intake form with the patient _____ Date: _____
 Signature, title