



2921 N. 23<sup>rd</sup> St ~ McAllen, TX 78501  
(956)687-7878

Fecha \_\_\_\_\_

Correo Electrónico \_\_\_\_\_

### REGISTRO DE PACIENTE

Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Cell/Otro: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código: \_\_\_\_\_

Dirección de Envío: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código: \_\_\_\_\_

S.S.#: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Numero de licencia: \_\_\_\_\_

Nombre de Pariente/Tutor: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

**Seguro Principal:**  No  Si – Por favor de proveer copia de tarjeta de seguro.

Nombre de Empleo: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Domicilio de Empleo: \_\_\_\_\_

Nombre de Esposo/a: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Empleo de Esposo/a: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Contacto de Emergencia: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

¿A quien le damos las gracias por referirnos? \_\_\_\_\_

Propósito de su visita:  Emergencia  Herida Nueva  Herida vieja  Dolor  Revisión de salud

Siente dolor ahorita?  No  Si—Donde le duele? Derecho \_\_\_\_\_ Izquierdo \_\_\_\_\_ Arriba \_\_\_\_\_ Abajo \_\_\_\_\_

Ha tenido este problema (o algún problema similar) antes?  No  Si

En una sécala del 1-10 donde ubica su molestia? \_\_\_\_\_ Como es el dolor?  Agudo  Suave

Describe su dolor:  Latido  Fuerte  Constante

¿Le duele todo el tiempo, o le duele y se le quita?  Todo el tiempo  Comienza y se quita

¿Cuántas veces al día le comienza a doler y se le quita, y cuanto tiempo le dura cada ocurrencia?

\_\_\_\_\_ Veces por \_\_\_\_\_  minutos  horas

¿El dolor sigue una clase de forma?  No  Si

¿No lo/a deja dormir?  No  Si

¿Hay algo que le causa más dolor?  No  Si

¿Hay algo que le alivia el dolor?  No  Si

¿Ha tomado aspirina o alguna otra medicina?  No  Si

¿Le ayuda esa medicina?  No  Si

### Historial de Salud

Por favor marque si usted ha tenido o ha sido tratado/a de uno de lo siguiente:

	SI	NO		SI	NO		SI	NO
Murmuración del Corazón			Ulceras/Colitis			Desorden Emocional		
Cirugía del Corazón /Marcapaso			Culebrilla			Desmayos/Ataques/Epilepsia		
Cáncer			Fiebre Reumática			Glaucoma		
Válvulas Artificiales			Quimioterapia			Enfermedad del Hígado (Hepatitis)		
Ataque del Corazón/Embolia			Enfermedad del Riñón			VD (Sífilis, Gonorrea)		
Enfisema/Asma			Problemas de Sinusitis			Tuberculosis		
Anemia/Diabetes			Problemas Respiratorios			HIV+/AIDS/ARC		
Huesos artificiales/Coyuntura/Implantes			Presión de la sangre anormal			Alcohol/ Abuso de drogas		
Artritis			Defecto Congénito del Corazón			Mitral Prolapso		
Dolor frecuente del Cuello			Dolor de la Espalda			Severa Dolor de Cabeza		

Por favor haga una lista de cirugías con las fechas o cualquier otra enfermedad que no esta listada en la pagina previa: \_\_\_\_\_

Previos accidentes con la fecha en que ocurrio: \_\_\_\_\_

¿Esta tomando algún suplemento o vitamina?  No  Si ¿Hace ejercicio?  No  Si \_\_\_\_\_ horas por semana

¿Fuma?  No  Si ¿Cuanto fuma? \_\_\_\_\_ ¿Cuanto tiempo? \_\_\_\_\_

¿Usa?:  Alza de Zapato  Suelas  Soportes ¿Esta usted a dieta?  No  Si-¿Desde cuando? : \_\_\_\_\_

Salud General:  Excelente  Bien  Mas o menos  Malo

Nombre y Número de Doctor Familiar: \_\_\_\_\_

Fecha de ultimo examen físico: \_\_\_\_\_ ¿Algún cambio mayor en el ano pasado?  No  Si

Tiene usted algún problema no listado arriba?  No  Si \_\_\_\_\_

Tiene alergia a:  Penicilina  Anestesia local  Codeína  Látex Otra \_\_\_\_\_

Liste otras alergias que no estén mencionadas: \_\_\_\_\_

Por favor liste las medicinas que usted esta tomando ahorita: (Y para que las toma)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**PARA MUJERES:** ¿Esta tomando pastillas anticonceptivas?  No  Si  
 ¿Esta amamantando?  No  Si ¿Esta embarazada?  No  Si – Cuantas semanas? \_\_\_\_\_

**Usando los diagramas, circule las áreas afectadas:**

¿Ha sido usted tratado por algún medico para esta condición?  No  Si

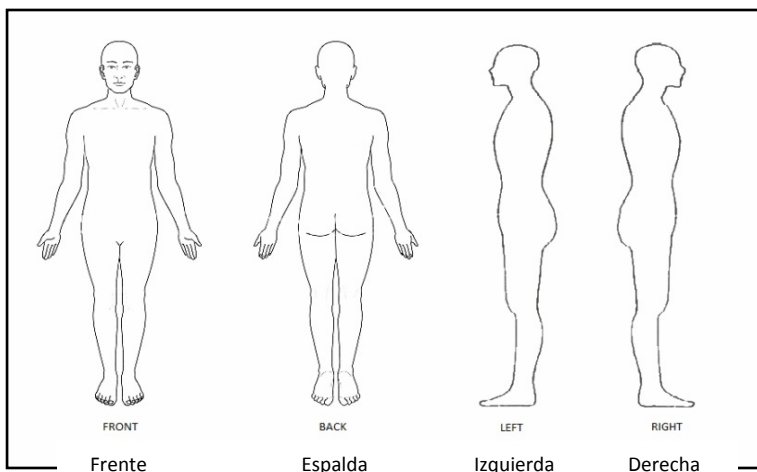
¿A cual condición? \_\_\_\_\_

Alguna ves fue tratado/a por un Quiropráctico?

No  Si

Clínica o Nombre del Doctor: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_



**ASIGNACION DE BENEFICIOS DE SEGURO y PERMISO DE TRATAMIENTO**

Por el presente autorizo el pago de beneficios de seguro de otro modo pagadero a mi, directamente al doctor; además, autorizo a que se me de tratamiento en este consultorio.

También autorizo dar a conocer cualquier información conveniente al cuidado de mi salud, consulta y tratamiento proporcionado, con el propósito de evalúa y administrar para asegurar los beneficios del seguro.

He leído una copia del Aviso de Privacidad y he tenido la oportunidad de objetar el dar a conocer mi información protegida de salud.

Doy permiso para que una copia de esta autorización sea usada como original.

Firma de Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Si es menor de 18 anos firma del pariente/tutor