

HEALTH INFORMATION UPDATE

INFORMACIÓN DEL PACIENTE				
Apellido	Primer nombre	Inicial segundo		
Número de Seguro Social	Fecha de nacimiento	Fecha		
Dirección	Ciudad	Estado	Código postal	Condado
Teléfono de la casa ()	Teléfono del trabajo ()	Teléfono celular ()		
Contacto en caso de Emergencia	Teléfono ()	Relación con el Paciente		

INFORMACIÓN MÉDICA

Fecha de su última visita _____ Motivo de su visita de hoy _____

Marque todos los que aplican a usted:

<input type="checkbox"/> ADHD	<input type="checkbox"/> Toser sangre	<input type="checkbox"/> Lesión en la cabeza	<input type="checkbox"/> Problemas de la próstata
<input type="checkbox"/> Uso de alcohol	<input checked="" type="checkbox"/> COVID-19	<input type="checkbox"/> Ataque al corazón	<input type="checkbox"/> Radioterapia
<input type="checkbox"/> Anemia	<input type="checkbox"/> Heces oscuras o negras	<input type="checkbox"/> Cateterización cardíaca	<input type="checkbox"/> Sangramiento rectal
<input type="checkbox"/> Ansiedad	<input type="checkbox"/> Depresión	<input type="checkbox"/> Cardiopatías	<input type="checkbox"/> Artritis reumatoide
<input type="checkbox"/> Articulaciones artificiales	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Soplo cardíaco/irregulares	<input type="checkbox"/> Ataques repentinos
<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Diarrea	<input type="checkbox"/> Hepatitis A, B, o C	<input type="checkbox"/> Problemas sexuales
<input type="checkbox"/> Autismo	<input type="checkbox"/> Mareo	<input type="checkbox"/> Alta presión arterial	<input type="checkbox"/> Falta de respiración
<input type="checkbox"/> Enfermedad sanguínea	<input type="checkbox"/> Adicciones a drogas	<input type="checkbox"/> VIH/SIDA (Riesgo de exposición)	<input type="checkbox"/> Anemia de células falciformes
<input type="checkbox"/> Transfusión de sangre	<input type="checkbox"/> Dolor de oído	<input type="checkbox"/> Ictericia	<input type="checkbox"/> Dificultad para dormir
<input type="checkbox"/> Sangre en heces fecales/orina	<input type="checkbox"/> Enfisema	<input type="checkbox"/> Cálculos/enfermedad renales	<input type="checkbox"/> Fumador/Usos de tabaco
<input type="checkbox"/> Cambios en la evacuación	<input type="checkbox"/> Epilepsia	<input type="checkbox"/> Enfermedad hepática	<input type="checkbox"/> Uso de drogas
<input type="checkbox"/> Cáncer	<input type="checkbox"/> Sangramiento excesivo	<input type="checkbox"/> Problemas maritales	<input type="checkbox"/> ETS
<input type="checkbox"/> Cambios en lunares	<input type="checkbox"/> Desmayos	<input type="checkbox"/> Trastornos mentales	<input type="checkbox"/> Accidente cerebral/apoplejía
<input type="checkbox"/> Dolor en el pecho	<input type="checkbox"/> Fracturas	<input type="checkbox"/> Osteoartritis	<input type="checkbox"/> Intento de suicidio
<input type="checkbox"/> Colesterol (alto)	<input type="checkbox"/> Enfermedad de la vesícula	<input type="checkbox"/> Marcapasos	<input type="checkbox"/> Enfermedad de la tiroides
<input type="checkbox"/> Tos crónica	<input type="checkbox"/> Gota	<input type="checkbox"/> Neumonía	<input type="checkbox"/> Tuberculosis (TB)
<input type="checkbox"/> Estreñimiento	<input type="checkbox"/> Fiebre del heno	<input type="checkbox"/> Embarazada <i>actualmente</i> : Fecha de parto: _____	<input type="checkbox"/> Jadeo

¿Tiene dolor o algún problema actualmente? Si No

En caso afirmativo, favor explicar _____

¿Ha sido admitido en un hospital o ha necesitado atención de emergencia durante los últimos dos años? SI No

En caso afirmativo, favor explicar _____

¿Estás ahora bajo el cuidado de un médico? Si No

En caso afirmativo, favor explicar _____

Nombre del médico _____

¿Tiene algún problema de salud que necesite una mayor aclaración? Si No

En caso afirmativo, favor explicar _____

¿Está tomando actualmente algún medicamento, píldora o droga? Si No

Si es así, enumere los medicamentos _____

¿Es alérgico a un anestésico local o alguna droga o alguna vez ha experimentado algún efecto adverso? Si No

En caso afirmativo, describa (es decir, sarpullido, picazón, dificultad para respirar, etc.) _____

Número de Dosis de Vacunas para Covid-19: Ninguna Primera Dosis Segunda Dosis Dosis De Refuerzo x _____

A mi saber y entender, todas las respuestas anteriores y la información proporcionada son verdaderas y correctas. Si alguna vez tengo un cambio en mi salud, informaré a los médicos en la próxima cita sin falta.

Firma del paciente, padre o tutor _____ Fecha _____

Firma del proveedor _____ Fecha _____