

Historial médico paciente

La fecha de hoy [/ /] firma del paciente _____

Título del paciente: (Marque uno) Sr. Sra. Miss Dr. Prof. Rev.

Nombre _____ Nick nombre _____

Apellido sufijo de nombre _____

Dirección 1 _____

Dirección 2 _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Teléfono principal _____ teléfono secundario _____

Teléfono móvil _____

Correo electrónico principal _____ trabajo correo electrónico _____

¿Dirección de correo electrónico que desea que utilicemos para comunicarse con usted? (Marque uno) casa de trabajo Contact

Póngase en contacto con método (Marque uno)

Teléfono principal teléfono secundario móvil casa Email trabajo Email

Fecha de nacimiento [/ /] edad género (Marque uno) masculino femenino sin especificar

Estado Civil (Marque uno) solo Casado otro SSN _____

Estado del empleo (Marque uno)

Empleó FT estudiante estudiante PT otro retiró autónomos

Carrera (Marque uno)

Blanco Black/African American hispanos indio americano/Alaska Native

Asiático Asia India chino Filipino japonés coreano vietnamita nativo hawaiano o de otras islas del Pacífico Samoan Guamés o Chamorro Other elegir no para especificar

Multirracial (Marque uno) Si No desconocido

Etnia (Marque uno) hispanos o latinos no hispanos o latinos elijo no especificar

Idioma preferido (Marque uno)

Inglés español lenguaje de señas americano China francés alemán

Tagalog vietnamita italiano coreano ruso polaco

Árabe portugués japonés francés criollo griego Hindi

Persa Urdu Gujarati armenio elegir no para especificar

Continuó...

Pregunta de verificación (elegir solo una pregunta por la cuestión en círculo, luego dar la respuesta a esa pregunta)

¿Cuál es el nombre de su mascota favorita? En qué ciudad se le nació? Qué escuela le hizo asistir?
 ¿Cuál es tu película favorita? ¿Cuál es el apellido de soltera de su madre? En qué calle lo hiciste crecer? lo que fue la marca de su primer coche? Cuando es tu aniversario? ¿Cuál es su color favorito?
Verification Verificación de respuesta a la pregunta de elegidos: _____

¿Usted actualmente humo del tabaco de cualquier tipo? Si ex fumador nunca había sido un fumador
En caso afirmativo, con qué frecuencia fumas: actual cada día fumador actual a veces fumador
En caso afirmativo, ¿cuál es su nivel de interés en dejar de fumar?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Ningún interés **Muy interesado**

Medicamentos actuales, incluida la dosis si se conoce. Si no hay medicamentos, consulte aquí:

1) _____ 5) _____

2) _____ 6) _____

3) _____ 7) _____

4) _____ 8) _____

Lista de cualquier alergia conocida que han tenido a algún medicamento.

Si no las alergias son conocidas, consulte aquí:

1) _____ 3) _____

2) _____ 4) _____

Breve lista de los principales problemas de salud:: _____

¿Ha cualquier médico diagnosticó le hipertensión actualmente? sí no si sí, describir:: _____

¿Ha cualquier médico diagnosticó le Diabetes actualmente? Si No si sí, ¿qué? Tipo I tipo II

¿Si sí a la Diabetes, fue su trabajo de laboratorio de sangre hemoglobina A1c > 9.0%? no sí no estoy seguro. En caso afirmativo, otros comentarios sobre Diabetes _____

¿Si sí a la Diabetes, fue su trabajo de laboratorio de sangre hemoglobina A1c > 9.0%? no sí no estoy seguro

Para ser realizado por personal de la clínica:

Height: _____ inches **Weight:** _____ pounds **BP:** _____ / _____