



ARIZONA

MEDICAL CENTER, P.L.L.C.
Healthcare With a Human Touch

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____

Sexo: M / F Alergias o intolerancia a la medicina () Si () No

Lista de alergias a medicamentos	Reacciones alergicas al medicamento

Nombre de los medicamentos que toma actualmente, su dosis, y cuantas veces al dia.

Por favor, marque las condiciones que usted ha tenido en el pasado:

- ☐ **CVS**
- ☐ Fiebre reumatica
- ☐ Colesterol Alto
- ☐ Insuficiencia Cardiaca
- ☐ Congestiva
- ☐ Ataque Cardiaco
- ☐ Presion arterial alta
- ☐ Angina
- ☐ Frecuente dolor en el pecho
- ☐ Latido irregular del corazon
- ☐ Soplo cardiaco
- ☐ Enfermedad valvular del Corazon
- ☐ Coagulos sanguineos en las venas
- ☐ Arterias bloqueadas en el cuello
- ☐ Arterias bloqueadas en las piernas

☐ **Linfatico/ Hematologicas**

- ☐ Diabetes
- ☐ Tiroides hiperactiva
- ☐ Tiroides poco activa
- ☐ Anemia
- ☐ Tiroides
- ☐ Transfusion Sanguinea

☐ **Respiratorio**

- ☐ Apnea del sueño
- ☐ Bronquitis Frecuente
- ☐ Enfisema
- ☐ Neumonia
- ☐ Asma
- ☐ Coagulos en los pulmones
- ☐ Tuberculosis

☐ **Piel/Pecho**

- ☐ Acne
- ☐ Eczema/ Psoriasis
- ☐ Fibroquista
- ☐ Mamografia abnormal
- ☐ Ronchas
- ☐ Urticaria
- ☐ Lunar

☐ **Extremidades**

☐ **Musculoesqueleticas**

- ☐ Artritis reumatoide
- ☐ Osteoartritis
- ☐ Dolor en Articulaciones
- ☐ Gota (Podagra)
- ☐ Fracturas en huesos
- ☐ Osteoporosis
- ☐ Osteopenia
- ☐ Fibromialgia
- ☐ Dolor de cuello (discos hern)
- ☐ Dolor de espalda (Hernia de disco)

☐ **HEENT**

- ☐ Gafas / Contacto
- ☐ Glaucoma
- ☐ Cataratas
- ☐ Perdida de la audicion
- ☐ Infecciones de oido frecuentes
- ☐ Zumbido en los oidos
- ☐ Alergias
- ☐ Infecciones frecuentes en los senos
- ☐ Ulceras bucales

☐ **Neurologia/ Psiquiatria**

- ☐ Convulsiones
- ☐ TIA/ ataque leve al corazon
- ☐ Embolio
- ☐ Entumecimiento
- ☐ Debilidad
- ☐ Perdida de la memoria
- ☐ Migranas
- ☐ Depresion
- ☐ Ansiedad
- ☐ Ataques de panica
- ☐ Atento de suicidio
- ☐ Abuso fisico
- ☐ Abuso sexual
- ☐ Enfermedad mental
- ☐ Mareo
- ☐ Vertigo
- ☐ Enfermedades del nervio
- ☐ Insomnio

☐ **GI/GU**

- ☐ Acidez
- ☐ Ulceras estomacales
- ☐ Piedras biliares
- ☐ Sangre en el escremento
- ☐ Hepatitis
- ☐ Diarrea/ estrenimiento
- ☐ Hemorroides
- ☐ Dolor abdominal
- ☐ Polipos en el colon
- ☐ Infecciones de la vejiga
- ☐ Prostata
- ☐ Incontinencia urinaria
- ☐ Piedras renales

Generales:

- ☐ Perdida de peso abnormal _____ # de embarazos
- ☐ Aumento de peso abnormal _____ Cuantos hijos
- ☐ Cancer/ Tumor _____ Abortos Involuntarios

- ☐ Colitis ulcerosa
- ☐ Infecciones transmitidas sexualmente
- ☐ HVI

Otros problemas medicos: _____



Indique cualquier cirujia que a tenido en los ultimos diez años:

- | | | | |
|---|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Angioplastia | <input type="checkbox"/> Trauma Relacionados | <input type="checkbox"/> Estomago | <input type="checkbox"/> Ligadura de Tropas |
| <input type="checkbox"/> Arteria Carotida | <input type="checkbox"/> Espalda/Cuello | <input type="checkbox"/> Hernia Inguinal | <input type="checkbox"/> Cesaria |
| <input type="checkbox"/> Otros Vascular | <input type="checkbox"/> Cadera | <input type="checkbox"/> Colonoscopia | <input type="checkbox"/> Histerectomia |
| <input type="checkbox"/> Bypass Coronario | <input type="checkbox"/> Rodilla | <input type="checkbox"/> Vesicula Biliar | <input type="checkbox"/> Ovario Removido |
| <input type="checkbox"/> Pecho/ Pulmon | <input type="checkbox"/> Tunel Carpiano | <input type="checkbox"/> Apendectomia | <input type="checkbox"/> Pechos |
| <input type="checkbox"/> Amigdalectomia | <input type="checkbox"/> Seno | <input type="checkbox"/> Prostata | <input type="checkbox"/> Tiroides |
| <input type="checkbox"/> Neurocirugia | <input type="checkbox"/> Oreja | <input type="checkbox"/> Vejiga | <input type="checkbox"/> Otro |

Direcciones medicas por anticipado/testamento en vida/resucitar hacer todo lo posible /no resucitar

Lista de todos los medicos que actualmente esta viendo:

Si es visitante de invierno indique su doctor primario:

Porfavor, indique la ultima ves que a tenido alguno de los siguientes examenes o servicios:

- | | | | |
|---|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Vacuna de la gripa | <input type="checkbox"/> Vacuna Hepatitis B | <input type="checkbox"/> Analisis de Sangre | <input type="checkbox"/> Coloscopia |
| <input type="checkbox"/> Vacuna para neumonia | <input type="checkbox"/> Electrocardiograma | <input type="checkbox"/> Prueba de tuberculosis | <input type="checkbox"/> Papanicolaou |
| <input type="checkbox"/> Vacuna del tetano | <input type="checkbox"/> Rayos-X/Pecho | <input type="checkbox"/> Cancer del colon examen | <input type="checkbox"/> Angiografia |
| <input type="checkbox"/> Vacuna del hepatitis A | <input type="checkbox"/> Ecocardiograma | <input type="checkbox"/> Ultimo period menstrual | <input type="checkbox"/> Cardiaca |
| <input type="checkbox"/> MMR | <input type="checkbox"/> Densidad de los huesos | <input type="checkbox"/> Examen de mama | <input type="checkbox"/> Prueba de Esfuerzo |

Edad Problemas de Salud Significativos		Edad		Problemas de Salud	
Padre: Vivo / Muerto	Hipertension, Cancer, Diabetes, Enfermedades Del corazon	Hijos	M F		
Madre: Viva / Muerta	Hipertension, Cancer, Diabetes, Enfermedades Del corazon		M F		
Parientes	M F	Abuelo	Vivo Muerto		
	M F	Abuela	Vivo Muerto		
Numero de Hijos:	Hijas:		Hermanos:		Hermanas:

Historial Social

Tabaco:	Consume Tabaco? () Si () No				
	0 Cigarrillos- pks/dias	0 Masticable- #/ Dia	0 Tubo- # / Dia	0 Cigarros # / Dia	
Alcohol:	Bebe Alcohol? () Si () No				
	En caso afirmativo, Que Tipo: 0 Cerveza 0 Vino 0 Liquor				
Drogas:	Utiliza drogas recreacionales o depresivas? () Si () No				
	Alguna vez se a administrado drogas ilegales con una inyeccion () Si () No				
Estado matrimonial	0 Casado/a	0 Soltero/a	0 Separado/a	0 Divorciado/a	0 Viudo/a
Ocupacion Ejercicio	0 Nada	0 Moderado	0 Occasional	0 Regular	
Caffeina	0 Nada	0 Cafe	0 Te	0 Soda	
Sexo	Es sexualmente activo (a)? () Si () No				

Firma del paciente: _____

Fecha: _____