

**Informacion del Paciente**

Apellido \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ M \_\_\_\_\_

Direccion \_\_\_\_\_

Cuidad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Sexo: Hombre Mujer Edad \_\_\_\_\_

Estado Civil: Soltero / Casado / Divorciado / Otros \_\_\_\_\_

Telefono de la Casa \_\_\_\_\_

Telefono celular \_\_\_\_\_

Telefono del Trabajo \_\_\_\_\_

Correo electronico \_\_\_\_\_

Ocupacion (o grado) \_\_\_\_\_

Empleadores \_\_\_\_\_

Pareja (o padres) nombre \_\_\_\_\_

**Informacion sobre el seguro**

Nombre del suscriptor \_\_\_\_\_

**Revision de sistemas**

**Marque todas las que aplican:**

**Cardiovasculares:**

Colesterol alto  Ataque al corazon

Presion arterial alta/baja  Murmullo

Otros: \_\_\_\_\_

**Constitucional:**

Fatiga  Malestar

Fiebre  Cambios de peso

Otros: \_\_\_\_\_

**Sistema Endocrino:**

Hipotiroideos  Diabetes

Intolerancia Caliente/Fria  Hipertiroidismo

Otros: \_\_\_\_\_

**Gastrointestinales:**

Reflujo Acido  Indigestion

Nauseas/Vomitos  Ardor de estomago

Otros: \_\_\_\_\_

**Genitourinario**

**HEENT**

Tramitismo cranial  Oido

Disminucion de la audicion  Dolor sinusal

Alergias estacionales  Dificultad para tragar

Otros: \_\_\_\_\_

**Hematologicas**

Facilidad de hematomas  Anemia

Sangrado excesivo  Cancer (cualquiera)

Otros: \_\_\_\_\_

**Dermatologicas**

Erupcion  Bulto

Picazon  Sequedad

Otros: \_\_\_\_\_

**Musculoskeletal**

Arthritis  Debilidad Muscular

Dolor de espalda/articulacion  Rigidez

Otros: \_\_\_\_\_

**Neurologicos**

Alzheimer  Movimiento

Migranas  Tremblores

Exclerosis multiple  Convulsiones

Otros: \_\_\_\_\_

**Psiquiatrico**

Depresion  Perdida de memoria

Ataques de panico  Bipolar

Ansiedad  Esquizofrenia

Otros: \_\_\_\_\_

**Respiratoria**

EPOC  Dificultad respiratoria

Neumhyonia  Bronquitis Cronica

Asma  Tuberculosis

Otros: \_\_\_\_\_

**NINGUNO DE LOS ANTERIORES**

**Proveedor De Atencion Primordial:**

**Medicamentos**

**Alergias y medicamentos:**

**Como se entero de nosotros?**