



**ADULT MEDICINE INSTITUTE  
& DIAGNOSTIC CENTER**  
*Dedicated To Total Body Care*

**FORMULARIO DE REGISTRO DE PACIENTES**

Nombre del Paciente: Apellido \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_ 2do. Nombre \_\_\_\_\_  
# De Seguro Social: \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ SEXO: (circule uno) masculino/femenino  
Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_  
Tel. De Casa: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Celular: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Otro: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
Empresa: \_\_\_\_\_ Tel. De Empresa: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Ext: \_\_\_\_\_  
Contacto De Emergencia: \_\_\_\_\_ # De Tel: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Médico: Dr. Vazquez

**COBERTURA DE SEGURO**

PRIMARIO: Compañía de Seguros \_\_\_\_\_

SECUNDARIO: Compañía de Seguros \_\_\_\_\_

**AUTORIZACIÓN PARA SERVICIOS Y/O DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD**

Por la presente autorizo a la evaluación médica, pruebas y / o tratamiento dado a mí por el personal de Adult Medicine Institute and Diagnostic Center. También entiendo que Adult Medicine Institute and Diagnostic Center puede usar o revelar información protegida de salud necesarios para llevar a cabo el tratamiento, pago u operaciones de atención médica. Yo autorizo la divulgación de cualquier información acerca de mí (o mi hijo) la asistencia sanitaria, asesoramiento y tratamiento suministrado con el fin de evaluar y administrar las solicitudes de prestaciones de seguros. También autorizo el pago de beneficios del seguro de que mi seguro pague directamente al Dr. Vazquez y se comprometo a pagar el saldo restante una vez que mi plan de seguros ha procesado mi reclamo.

X \_\_\_\_\_  
Firma del paciente o padre/acudiente si es menor de edad.

Fecha: \_\_\_\_\_

Yo \_\_\_\_\_ he recibido la notificación de las prácticas de privacidad de Adult Medicine Institute  
Nombre Legible  
and Diagnostic Center, hoy: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_.

X \_\_\_\_\_  
Firma del paciente o padre/acudiente si es menor de edad.

Fecha: \_\_\_\_\_

## Cuestionario de Historial de Salud

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Hoy: \_\_\_\_\_

Fecha De Nacimiento: \_\_\_\_\_ Fecha del Último Examen Físico: \_\_\_\_\_

¿Cuál es la razón para esta visita? \_\_\_\_\_

Por favor liste los medicamentos que está tomando actualmente: \_\_\_\_\_

Por favor liste las alergias que Ud. tenga: \_\_\_\_\_

**Síntomas:** Marque los síntomas que tiene o ha tenido en el año pasado.

**General**

- Escalofríos
- Depresión
- Mareo
- Desmayos
- Fiebre
- Olvido
- Dolor de Cabeza
- Pérdida de Sueño
- Nerviosismo
- Entumecimiento
- Sudores

**Músculos/Huesos**

- Brazos
- Cadera
- Espalda
- Piernas
- Cuello
- Manos
- Hombros

**Genito-Urinario**

- Dolor al Orinar
- Sangre en la Orina
- Micción Frecuente
- Incontinencia

**Gastrointestinal**

- Poco Apetito
- Hinchazón
- Cambios Intestinales
- Estreñimiento
- Diarrea
- Hambre Excesiva
- Sed Excesiva
- Gas
- Hemorroides
- Indigestión
- Náusea
- Sangrado del Recto
- Dolor de Estómago
- Vómito
- Sangre en el Vómito

**Cardiovascular**

- Dolor de Pecho
- Hipertensión
- Pulso Cardíaco Irregular
- Presión Arterial Baja
- Mala Circulación
- Latidos Rápidos
- Hinchazón de Tobillos
- Venas Varices

**Ojos, Oreas, Nariz, Garganta**

- Sangrado de encías
- Visión Borrosa
- Ojos Bizcos
- Dificultad Para Tragar
- Visión Doble
- Dolor de Oreja
- Descarga de Oreja
- Fiebre del Heno
- Ronquera
- Pérdida de la Audición
- Sangrado de la Nariz
- Tos Persistente
- Zumbido en los Oídos
- Problemas de Sinusitis
- Viendo destellos
- Viendo halos

**Piel**

- Moretones con Facilidad
- Urticaria
- Picazón
- Cambio en los Lunares
- Erupción
- Cicatrices
- Llagas que No Sana

**Solo Hombres**

- Tumor Pectoral
- Tumor Testicular
- Descarga del Pene
- Dolor en el Pene
- Problemas de Erección
- Otro \_\_\_\_\_

Problemas de Próstata? Si / No

**Solo Mujeres**

Está Embarazada? Si / No  
Ha tenido Una Mamografía?  
 Si fecha \_\_\_\_\_  
 No

Fecha del último: \_\_\_\_\_

Periodo Menstrual: \_\_\_\_\_

Citología Vaginal: \_\_\_\_\_

Numero de Hijos: \_\_\_\_\_

Abortos Involuntarios? Si / No

Infecciones Vaginales? Si / No

**Condiciones:** Marque las condiciones que tiene o ha tenido

- SIDA
- Alcohólico
- Anemia
- Anorexia
- Apendicitis
- Artritis
- Hemorragia
- Tumor de Seno
- Bronquitis
- Bulimia
- Cáncer
- Cataratas
- Dependencia de Sustancias Químicas

- Varicela
- Diabetes
- Enfisema
- Epilepsia
- Glaucoma
- Bocio
- Gonorrea
- Gota
- Enfermedad del Corazón
- Hepatitis
- Hernia
- Herpes
- Colesterol Alto
- VIH+

- Enfermedad Hepática
- Sarampión
- Migraña
- Fiebre Glandular
- Esclerosis Múltiple
- Paperas
- Marcapasos
- Neumonía
- Polio
- Atención Psiquiátrica
- Fiebre Reumática
- Escarlatina
- Derrame Cerebral
- Intento de Suicidio

- Problemas de Tiroides
- Amigdalitis
- Tuberculosis
- Fiebre Tifoidea
- Úlcera
- Enfermedad Venérea

Firma del Paciente \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_ Firma del Médico \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

HISTORIAL FAMILIAR DE SALUD					
		EDAD	PROBLEMAS DE SALUD		
		EDAD	PROBLEMAS DE SALUD	EDAD	PROBLEMAS DE SALUD
Padre				Hijos	<input type="checkbox"/> M
					<input type="checkbox"/> F
Madre					<input type="checkbox"/> M
					<input type="checkbox"/> F
Familiares	<input type="checkbox"/> M				<input type="checkbox"/> M
	<input type="checkbox"/> F				<input type="checkbox"/> F
	<input type="checkbox"/> M				<input type="checkbox"/> M
	<input type="checkbox"/> F				<input type="checkbox"/> F
	<input type="checkbox"/> M			Abuela	
	<input type="checkbox"/> F			<i>Maternal</i>	
	<input type="checkbox"/> M			Abuelo	
	<input type="checkbox"/> F			<i>Maternal</i>	
<input type="checkbox"/> M			Abuela		
<input type="checkbox"/> F			<i>Paternal</i>		
<input type="checkbox"/> M			Abuelo		
<input type="checkbox"/> F			<i>Paternal</i>		

HISTORIAL PERSONAL DE SALUD		
Enfermedades Infantiles: <input type="checkbox"/> Sarampión <input type="checkbox"/> Paperas <input type="checkbox"/> Rubéola <input type="checkbox"/> Varicela <input type="checkbox"/> Fiebre Reumática <input type="checkbox"/> Polio		
Vacunas y Fecha	<input type="checkbox"/> Tétano	<input type="checkbox"/> Neumonía
	<input type="checkbox"/> Hepatitis	<input type="checkbox"/> Varicela
	<input type="checkbox"/> Influencia	<input type="checkbox"/> Triple (sarampión, rubeola, papera)
Liste problemas médicos que otros doctores le hayan diagnosticado		
Cirugías		
Año	Razón	Hospital
Otras Hospitalizaciones		
Año	Razón	Hospital
Ha tenido alguna vez una transfusión de sangre? <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> N</span>		

Firma del Paciente \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

Firma del Médico \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_