

Nombre Completo: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____ Sexo (M/F): _____ # de Seguridad Social _____

Estado Civil: Soltero(a) Casado(a) Teléfono: (Celular) _____ (Casa) _____

Dirección: _____ (Apt/Lot #) _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Zip: _____

1) Nombre del Contacto de Emergencia: _____ Relación: _____

Número de Teléfono de Contacto de Emergencia: _____

2) Nombre del Contacto de Emergencia: _____ Relación: _____

Número de Teléfono de Contacto de Emergencia: _____

INFORMACIÓN DE SEGUROS

PARA UNA FACTURACIÓN EXACTA, ASEGÚRESE DE PROPORCIONAR TODA LA INFORMACIÓN SOBRE LA POLÍTICA DE SEGURO ACTIVO, INCLUIDOS MEDICARE Y MEDICAID, SI ES APLICABLE.

	Nombre del Seguro	Número de Miembro/Póliza	Información del Suscriptor
Seguro Primario			<input type="checkbox"/> Yo <input type="checkbox"/> Nombre: Fecha de Nac.:
Seguro Secundario			<input type="checkbox"/> Yo <input type="checkbox"/> Nombre: Fecha de Nac.:
Seguro Terciario			<input type="checkbox"/> Yo <input type="checkbox"/> Nombre: Fecha de Nac.:

Número de Medicare: _____ Número de Florida Medicaid: _____

PAST MEDICAL HISTORY: Please check the conditions you have now or have been diagnosed with.

<input type="checkbox"/> Abuso	<input type="checkbox"/> Enfermedad Hemorrágica	<input type="checkbox"/> Epilepsia	<input type="checkbox"/> Problemas Intestinales	<input type="checkbox"/> Tuberculosis
<input type="checkbox"/> PAP Anormal	<input type="checkbox"/> Transfusión de Sangre	<input type="checkbox"/> Enfermedad Genética	<input type="checkbox"/> Nefropatía	<input type="checkbox"/> Úlcera Estomacal
<input type="checkbox"/> Anemia	<input type="checkbox"/> Coágulos de Sangre	<input type="checkbox"/> Glaucoma	<input type="checkbox"/> Enfermedad pulmonar	
<input type="checkbox"/> Ansiedad/Nervios	<input type="checkbox"/> Cáncer	<input type="checkbox"/> Gota	<input type="checkbox"/> Osteoporosis	
<input type="checkbox"/> Artritis	<input type="checkbox"/> Colesterol Alto	<input type="checkbox"/> Migrañas	<input type="checkbox"/> Accidente en Serie	
<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Dolor Crónico	<input type="checkbox"/> Cardiopatía	<input type="checkbox"/> Enfermedad Sexual	
<input type="checkbox"/> Alergias	<input type="checkbox"/> Depresión	<input type="checkbox"/> Hepatitis	<input type="checkbox"/> Ataque Cardíaco	
<input type="checkbox"/> Alcoholismo / Abuso de Drogas	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Hipertensión	<input type="checkbox"/> Enfermedad de Tiroides	

Emed Primary Care

Complete solo las secciones para los diagnósticos que tiene o ha tenido anteriormente.

Ansiedad / Depresión (marque todo lo que corresponda)	Artritis
<ul style="list-style-type: none"> • <input type="checkbox"/> Agitación • <input type="checkbox"/> Sentirse abrumado • <input type="checkbox"/> Insomnio • <input type="checkbox"/> Palpitaciones • <input type="checkbox"/> Culpa • <input type="checkbox"/> Desesperanza • <input type="checkbox"/> Pérdida de interés • <input type="checkbox"/> Fatiga 	<ul style="list-style-type: none"> • Ubicación: _____ • ¿Actualmente en medicamentos? • ¿Nivel de dolor de 10? • ¿Dolor en las articulaciones? • ¿Inflamación de articulaciones? • ¿Debilidad articular? • ¿Rigidez matutina? • ¿Fiebres?
Asma	Alergias
<ul style="list-style-type: none"> • Síntomas: • Agravado por: • Aliviado por: • (Marque uno) Leve / moderado / severo • Frecuencia de episodios _____ • Tiempo transcurrido desde el diagnóstico _____ • ¿Actualmente en medicamentos? Si o No • (Marque uno) Controlado / No controlado 	<ul style="list-style-type: none"> • Síntomas: • Agravado por: • Aliviado por: • Cuánto tiempo experimentan los síntomas • Frecuencia de episodios. • ¿Actualmente en medicamentos? Si o No • (Marque uno) Controlado / No controlado
Colesterol alto (verifique cualquier síntoma actual)	Diabetes (verifique cualquier síntoma actual)
<ul style="list-style-type: none"> • <input type="checkbox"/> Entumecimiento • <input type="checkbox"/> Hormigueo • <input type="checkbox"/> Dolor de cabeza • <input type="checkbox"/> Fatiga • <input type="checkbox"/> Visión borrosa • <input type="checkbox"/> dolor en el pecho • <input type="checkbox"/> Falta de aliento • <input type="checkbox"/> Hinchazón de tobillo • <input type="checkbox"/> mareos 	<ul style="list-style-type: none"> • <input type="checkbox"/> Tipo 1 o Tipo 2 • <input type="checkbox"/> Fatiga • <input type="checkbox"/> Frecuencia urinaria • <input type="checkbox"/> Hambre frecuente • <input type="checkbox"/> Sediento • <input type="checkbox"/> Visión borrosa • <input type="checkbox"/> Mareos • <input type="checkbox"/> Pérdida de peso • <input type="checkbox"/> Entumecimiento
Enfermedad cardíaca (verifique cualquier síntoma actual)	Presión arterial alta (verifique cualquier síntoma actual)
<ul style="list-style-type: none"> • <input type="checkbox"/> ¿Fumador actual? • <input type="checkbox"/> ¿Historia de diabetes? • <input type="checkbox"/> ¿Mareos • <input type="checkbox"/> ¿Colocación previa del stent? • <input type="checkbox"/> ¿Dolor en el pecho? • <input type="checkbox"/> ¿Debilidad? • <input type="checkbox"/> ¿Dolor de cabeza? 	<ul style="list-style-type: none"> • <input type="checkbox"/> Dolor en el pecho • <input type="checkbox"/> Dolor de cabeza • <input type="checkbox"/> Visión borrosa • <input type="checkbox"/> Mareos • <input type="checkbox"/> Falta de aliento
Problemas intestinales (verifique cualquier síntoma actual)	Hipotiroidismo (verifique cualquier síntoma actual)
<ul style="list-style-type: none"> • <input type="checkbox"/> Dolor abdominal • <input type="checkbox"/> Anorexia • <input type="checkbox"/> Náuseas • <input type="checkbox"/> Vómitos • <input type="checkbox"/> Diarrea • <input type="checkbox"/> Estreñimiento • <input type="checkbox"/> Indigestión 	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Toma medicamentos actualmente? Si o No • <input type="checkbox"/> Aumento de peso • <input type="checkbox"/> Piel seca • <input type="checkbox"/> Estreñimiento • <input type="checkbox"/> Sensibilidad al frío • <input type="checkbox"/> Menstruaciones irregulares • <input type="checkbox"/> Depresión • <input type="checkbox"/> Pérdida de cabello

Emed Primary Care

Historia social:

Uso de Tabaco: Nunca Dejo de Fumar Actualmente;

- ¿Cuántos Cigarrillos/día? _____
- ¿Qué tan pronto después de levantarte tienes tu primer cigarrillo? _____
- ¿Está listo(a) para dejar de fumar? _____

Uso de Alcohol: Nunca Dejo de Fumar Actualmente;

- ¿Con qué frecuencia bebe alcohol? _____

Uso ilegal de drogas: Nunca Dejo de Fumar Actualmente

Mantenimiento de Salud:

Exámenes de detección: indique el AÑO en que completó este procedimiento por última vez

Colesterol _____ Mamografía _____ Prueba de Papanicolaou _____

Colonoscopia _____ Antígeno específico de la Próstata _____ Escaneo DEXA _____

Vacunas: Neumonía _____ Tétanos _____ Gripe _____

Emed Primary Care

General

- Pérdida o aumento de peso
- Fatiga
- Fiebre o escalofríos
- Debilidad
- Problemas para dormir

Orejas, Nariz, Garganta, Boca

- Disminución de la audición
- Tinnitus (zumbido en los oídos)
- Dolor de oído
- Drenaje del oído
- Epistaxis (Hemorragia Nasal)
- Dolor sinusal
- Dolor de garganta
- Ronquera
- Candidiasis Oral
- Boca Seca
- Dolor de Muelas/Dientes
- Dolor con tragar
- Rigidez
- Secreción nasal

Respiratoria

- Tos
- Espujo
- Sibilancias
- Tosiendo Sangre
- Falta de aliento
- Dolor con respiración
- Asma

Vascular

- Dolor en la pantorrilla al caminar
- Calambres en las piernas

Psiquiátrica

- Depresión
- Ansiedad
- Dificultad concentrarse
- Paranoia
- Tristeza
- Mania
- Estado Mental Alterado

Cardiovascular

- Hipertensión
- Hiperlipidemia
- Dolor o molestias en el pecho
- Estaqueidad
- Palpitaciones
- Shortness of breath with activity
- Dificultad para respirar acostado abajo
- Hinchazón
- Despertar repentinamente del sueño con falta de aire

Gastrointestinal

- Dolor abdominal / calambres
- Dificultad para tragar
- Acidez estomacal / indigestión
- Cambio en el apetito
- Escreta negra
- Náuseas/ Vómitos
- Diarrea
- Vómitos de Sangre
- Sangrado rectal
- Cambio en los hábitos intestinales
- Estreñimiento

Genitourinary

- Frecuencia de orina
- Sangre en la orina
- Incontinencia
- Disuria
- Nocturia
- Hematuria
- Poliuria
- Dolor o ardor al orinar
- Dificultad con la erección
- Descarga vaginal
- Dolor vaginal
- Menopausia

Musculoesquelético

- Dolor muscular or articular
- Rigidez
- Dolor de Espalda
- Empeorar con la actividad
- Hinchazón articular
- Disminución del rango de movimiento
- Artritis
- Debilidad
- Calambre musculares

Neurológica

- Cambios en la vista, el olor, la audición o el gusto
- Dolor de cabeza
- Desmayo
- Convulsiones
- Debilidad
- Problemas con el equilibrio
- Entumecimiento / Hormigueo
- Temblor
- Pérdida de memoria
- Problemas del habla

Otro
