

Room Number _____



Fecha: _____

DOB: _____

ID #: _____

Ins/PP

Nombre del Paciente: _____

Cual es su queja principal de hoy?:

Pasado Medico Historia (Marque lo que corresponda):

- | | | | |
|---|---|---|--|
| <input type="radio"/> Diabetes | <input type="radio"/> Asthma | <input type="radio"/> Enfermedad Pulmonar | <input type="radio"/> Problemas de espalda |
| <input type="radio"/> Enfermedad Cardiaca | <input type="radio"/> Convulsiones | <input type="radio"/> Ulceras | <input type="radio"/> Enfermedad Hepatica |
| <input type="radio"/> Migranas | <input type="radio"/> Alergias Estacionales | <input type="radio"/> Reflujo Gastrico | <input type="radio"/> Insuficiencia Renal |
| <input type="radio"/> Cancer | <input type="radio"/> Ansiedad/Depresion | <input type="radio"/> Alta Presion | <input type="radio"/> Otros (lista abajo) |

Otras condiciones: _____

Por favor escriba sus medicamentos (incluya dosis y frecuencia). Si usted tiene una lista, por favor proporcione esta lista a la recepcion para que puedan hacer una copia.

- | | | |
|---|---|---|
| • | • | • |
| • | • | • |
| • | • | • |

Alergias?: _____

Vacunas al día (sólo para niños)? ____ Si ____ No

Historia quirúrgica pasado:

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="radio"/> Appendicectomia | <input type="radio"/> Procedimiento Ortopédica | <input type="radio"/> Histerectomía |
| <input type="radio"/> Colectectomia | <input type="radio"/> Cirugía de la espalda | <input type="radio"/> Neurocirugía |
| <input type="radio"/> Cirugia de Corazon | <input type="radio"/> Amigdalectomía / Adenoidectomía | <input type="radio"/> Otros (lista abajo) |

Otras cirugias: _____

Historia Social: Fuma? __ Si __ No Alcohol? __ Si __ No Illicit Drugs? __ Si __ No
En caso afirmativo a fumar, ¿cuántos cigarrillos / día? En caso afirmativo al alcohol, con qué frecuencia? Si sí a las drogas, cuáles?

Ocupación: _____

Historia Familiar: Cualquier historia familiar de cáncer, derrame cerebral, enfermedades de la sangre, enfermedades del corazón, o cualquier otras enfermedades médicas graves?

Madre: _____

Padre: _____

Hermanos/as: _____

PARA MUJERS SOLAMENTE:

Con el fin de proteger a un bebé nonato a partir de la recepción de la radiación, ExpressMD Urgent Care solicita a todas las mujeres en edad fértil (de aproximadamente 12 a 55) para completar las siguientes preguntas. Si tiene alguna razón para creer que podría estar embarazada, necesitamos saber antes de recibir cualquier prueba que implica la radiación. La siguiente información que usted nos proporcione será confidencial y no será compartida con nadie fuera de esta clínica.

Al llenar esta parte, usted acepta que ha leído y comprendido la información anterior y dar su autorización para que una radiografía u otro procedimiento nuclear.

Esta embarazada? ____ Si ____ No

¿Cuál fue la fecha de inicio de su último período menstrual?: ____/____/____

¿Está usted o su pareja utilizando cualquier tipo de control de la natalidad? ____ Si ____ No

¿Ha tenido una histerectomía? ____ Si ____ No

Primary Care Physician:

Name: _____ Location: _____

Phone Number: _____ Fax Number: _____

USO DE LA OFICINA / TECH ONLY

Vitals- BP: / HR= T= O₂sat= % RR= Wt(lbs)= Ht=