



**INFORMACION DEL PACIENTE**

Apellido del Paciente: \_\_\_\_\_ Primer Nombre: \_\_\_\_\_ Inicial: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Seguro Social#: \_\_\_\_\_

Mujer \_\_\_\_\_ Hombre \_\_\_\_\_ Transsexual \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_ Apt #: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Codigo Postal: \_\_\_\_\_ # de Tel: \_\_\_\_\_

Numero de Celular: \_\_\_\_\_ Correo Electronico: \_\_\_\_\_

Metodo de contacto: (Favor de marcar todos los que le corresponden): Tel de Casa: \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_

Correo Electronico \_\_\_\_\_

Estado Civil (Favor de marcar uno): Soltero/a \_\_\_\_\_ Casado/a o Pareja de Hecho \_\_\_\_\_ Separado/a \_\_\_\_\_  
Divorciado/a \_\_\_\_\_ Viudo/a \_\_\_\_\_

Raza:(Favor de marcar los que le corresponden): Caucasico/a \_\_\_\_\_ Indio Americano/a \_\_\_\_\_  
Negro/Afro Americano/a \_\_\_\_\_ Asiatico/a \_\_\_\_\_ Nativo de Hawaiian o otras islas del Pacifico \_\_\_\_\_

Etnicidad: (Favor de marcar uno): Latino/a \_\_\_\_\_ No Latino/a \_\_\_\_\_ Disminucion \_\_\_\_\_

Como se entero de Nosotros (Encierra en un circulo): Referecia de Doctor Familia o Amigo/a Internet Otra Marena

Contacto de Emergencia: \_\_\_\_\_ # de Telefono: \_\_\_\_\_ Relacion: \_\_\_\_\_

Estaba referido por otro centro/doctor?

Nombre de Doctor/Centro: \_\_\_\_\_ # de Telefono: \_\_\_\_\_

**INFORMACION SEGURO DE SALUD**

**Seguro Primario:** (Si acaso tiene un seguro secundario, favor de presentar todas tarjetas de seguro en recepcion)

Persona Responsable de Seguro: \_\_\_\_\_ Relacion al Paciente: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Seguro Social: \_\_\_\_\_ # de Telefono: \_\_\_\_\_

Nobre de Seguranza: \_\_\_\_\_ # de Poliza: \_\_\_\_\_ # de Grupo: \_\_\_\_\_

Domicilio de Compania de la Aseguranza: \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Codigo Postal: \_\_\_\_\_ # de Telefono: \_\_\_\_\_

La mayoría de Compañías de Seguros requieren presentar reclamaciones de servicios al paciente. Por esta razón, solicitamos a todos nuestros pacientes que llenen por completo y firmen el formulario de registro en una base anual para mantener nuestros registros al día. Gracias por su cooperación. La información anterior es verdad al mejor de mi conocimiento. Autorizo a mis beneficios del seguro que se paguen directamente al médico. Entiendo que soy financieramente responsable de cualquier balance. Autorizo Desert Star Family Planning o compañía de seguros para liberar cualquier información requerida para procesar mis reclamos.

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

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

\_\_\_\_\_  
Firma del Padre o tutor legal, si procede.

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

**Office Use Only**

Type of Identification/Number: \_\_\_\_\_ Staff initials: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_



## Historia Medica

Imprime Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

**Historia Medica:** Ha tenido algunos de los siguientes (favor de completar las dos columnas) **(Pasado/Ahora/Nunca)**

P	A	N		P	A	N	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Anemia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Accidente Cerebrovascular
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Anciedad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Convulsiones o Epilepsia
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas de Sangre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedades Intestinales (ex. SII, enfermedad de Crohn, Celiaca)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Transfusión de Sangre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad de Tiroides
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tramiosis Venosa Profunda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Infección de la Vejiga
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Embolia Pulmonar (EP) o Trastornos de Coagulación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad de Celulas Falciformes
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	El uso de medicamentos esteroides a largo plazo (ex. prednisona).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Depresión
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Herpes Genital Ultimo Brote: ____/____/____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Anormalidades Uterinas/Fibromas
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cancer – que tipo? _____				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cardiovasculares: Latidos Irregulares, dolor severo en el pecho que se resuelve con antiácidos, enfermedades o ataques de corazón, o problema grave de válvulas cardíacas.				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pecho/Seno: Bulto, constante dolor o secreción del pezón – describa: _____				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	La Clamidia, la gonorrea, la enfermedad inflamatoria pélvica (EIP) u otra ITS				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Presión arterial elevada				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Endocrino: sed excesiva o sudores fríos				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Gastrointestinales: Náuseas progresivas o dolor abdominal intenso, cambios en las deposiciones				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Genitourinario: Secreción anormal– describa: _____				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Genitourinario: picazón o irritación de la zona genital				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Genitourinario: dolor o sangrado con la actividad sexual				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Genitourinario: Dolor/ardor o sangrado al orinar				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Genitourinario: Dolor intenso con períodos que pueden incluir náuseas, vómitos o interferir con la escuela/trabajo				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad Renal o insuficiencia renal o insuficiencia suprarrenal crónica				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Linfático: Glandulas inflamadas o dolorosas en la ingle				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Boca: Bultos o úlceras en la boca - describa: _____				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Neurológico: Migraña o un aumento/cambio en los dolores de cabeza				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Psicosocial: Dificil para dormir, comer, ir al trabajo/escuela por más de 3 semanas				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Respiratoria: Dificil respirar con el ejercicio, asma, problemas respiratorios, otras enfermedades pulmonares (ex. Apnea del sueño), uso del inhalador				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Piel: Erupciones o lesiones, golpes, llagas – describa: _____				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Otros problemas médicos graves, enfermedades hospitalizaciones, cirugías, transfusiones de sangre o la exposición a productos de sangre- favor de explicar: _____				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Calquier problema médico ACTUAL/CURSO siendo gestionado por otro proveedor de atención médica o cualquier cirujías mayores PROXIMOS PREVISTAS- favor de explicar: _____				
			Nombre Y Teléfono de Proveedor: _____				



P A N

Cualquier Cirujias pasadas? Favor de explicar: \_\_\_\_\_

Cualquier hospitalizacion(s)? cuando, para que y la fecha: \_\_\_\_\_

**Historia Social**

P A N

Fuma cigarillos/ cigarros o masca tabaco: si acaso si, que tanto fuma/masca al dia? \_\_\_\_\_

Toma alcohol? Si acaso si, con que frecuencia y cuanto? \_\_\_\_\_

Alguna vez ha usado calle o medicamentos intravenosos u otras sustancias? Si acaso si, favor de indicar: \_\_\_\_\_

Se siente seguro/a en Casa?  No  SI ..... **Nosotros Podemos Ayudar!**

Tiene preocupaciones con respeto al la **Violencia Domestica**?  No  Si ..... **Nosotros Podemos Ayudar!**

Tiene alguna alergia a medicamentos, metals, latex (incluyendo reductores de antibioticos/dolor) mariscos o soluciones antisépticos (yodo, alcohol)  No  Si

Si acaso si, favor de indicar alergia y reaccion: \_\_\_\_\_

Esta tomando algun medicamento(s) (con o sin receta), medicamentos a base de hierbas, vitaminas o suplementos minerales?  No  Si Si acaso si, favor de indicar: \_\_\_\_\_

**Solo pacientes de sexo Femenino- Favor de completar las 3 secciones**

**HISTORIA MENSTRUAL**

Cuando fue el primer dia de su ultima menstruacion? \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Edad cuando comenzo su period? \_\_\_\_

Su ultima menstruacion fue normal?  No  Si si acaso no, favor de explicar: \_\_\_\_\_

Tiene algun problema con su menstruacion?  No  Si si acaso si, favor de explicar: \_\_\_\_\_

Mes/Año de papanicolau: \_\_\_\_/\_\_\_\_

Alguna vez ha tenido un papanicolau, colposcopia, crioterapia, o LEEP?  No  Si

**HISPTRIA de ANTICONCEPTIVOS**

Esta interesada de comenzar un anti-conceptivo hoy?  No  Si si acaso si, que metodo: \_\_\_\_\_

Que metodo de anti-conceptivo esta usando hoy? \_\_\_\_\_

Algun problema con este metodo?  No  Si si acaso si, favor de explicar: \_\_\_\_\_

Que metodos ha usado en el pasado? \_\_\_\_\_

Algun problema con los metodos que ha usado anterior?  No  Si Si acaso si, favor de explicar: \_\_\_\_\_

**HISTORIAL de EMBARAZOS**

# de Embarazos: \_\_\_\_ Partos Vaginales \_\_\_\_ Cesarias \_\_\_\_ Abortos Involuntarios \_\_\_\_ Abortos \_\_\_\_ Ectopico(trompa) \_\_\_\_

Cuando hizo su fin ultimo embarazo? \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Algunas compllicaciones? \_\_\_\_\_

Esta amamantando?  No  Si

Firma de Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**For Office Only**

Staff Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_