

Happy Doc Family Medicine

Lara Knudsen, MD MPH

Información sobre el paciente

Nombre del paciente: _____
Fecha de nacimiento: _____ Sexo: _____
Dirección de su casa: _____ Ciudad _____ Código postal _____
1^{er} N° de teléf. que prefiere: _____ celular/casa/trabajo (marque uno con un círculo)
2^{do} N° de teléf. que prefiere: _____ celular/casa/trabajo (marque uno con un círculo)
Dirección de correo electrónico: _____
Nombre de su esposo/a o su pareja: _____
Nombres de su/s hijo/s: _____
Compañía donde trabaja: _____ Su cargo: _____
¿Cómo se enteró de la clínica Happy Doc Family Medicine? _____

Persona responsable (Por favor llene esta parte solamente si está asegurado por medio de otra persona)

Nombre de la persona principal asegurada: _____
Fecha de nacimiento de la persona principal asegurada: _____
Parentesco con el paciente: _____ Compañía donde trabaja: _____
Dirección de su casa: _____
N° de teléf. de su casa: _____ N° de teléf. del trabajo: _____

Información del seguro médico

(Por favor proporcione solamente la información de su seguro médico principal. El mandar a cobrar al seguro secundario es su responsabilidad.)

Nombre de la compañía de seguro: _____ N° de teléf.: _____
N° de identificación del asegurado: _____ N° de grupo: _____

Contactos de emergencia

1. Nombre: _____ Parentesco: _____
Números teléfono: _____
2. Nombre: _____ Parentesco: _____
Números teléfono: _____

Autorizo que la Dra. Knudsen se encargue médica y/o quirúrgicamente del tratamiento del paciente nombrado anteriormente y que le proporcione el tratamiento que considere necesario para beneficiar al paciente. Estoy de acuerdo con hacerme responsable por cualquier cargo por los servicios y materiales provistos por la clínica Happy Doc Family Medicine para el paciente antes nombrado. Autorizo que la clínica Happy Doc Family Medicine le cobre al seguro médico en mi nombre.

Firma del paciente o la persona responsable por el paciente

Fecha

Happy Doc Family Medicine

Lara Knudsen, MD MPH

Información sobre su salud

Nombre: _____

Historial médico pasado

Por favor liste todos los problemas médicos, enfermedades graves, accidentes u hospitalizaciones que haya tenido en el pasado (aparte de aquellas hospitalizaciones debidas a operaciones):

Historial quirúrgico pasado

Por favor liste todas las operaciones que le hayan practicado, incluyendo el año y el lugar:

Historial obstétrico y ginecológico (para las mujeres solamente)

¿A qué edad tuvo su primer período? _____ ¿En qué fecha tuvo su último período?

¿Ha estado embarazada anteriormente? Sí/ No

Número de partos: _____

Número de abortos: _____

Número de abortos espontáneos: _____

Medicinas y suplementos que toma actualmente (por favor incluya el nombre, la dosis, la frecuencia)

Alergias a fármacos [medicinas] (por favor liste el nombre del fármaco y la reacción que tuvo)

Historial familiar

¿Ha sufrido algunos de los miembros de su familia de los siguientes problemas médicos? Si la respuesta es sí, escriba quién es esa persona.

Diabetes: No/ Sí _____ Alta presión sanguínea: No/ Sí _____
Alto colesterol: No/ Sí _____ Problemas cardíacos: No/ Sí _____
Derrame cerebral: No/ Sí _____ Problemas de la tiroides: No/ Sí _____
Cáncer: No/ Sí _____ Convulsiones: No/ Sí _____
Depresión/ansiedad: No/ Sí _____ Problemas con alcohol/drogas: No/ Sí _____
Otras enfermedades: No/ Sí _____

Historial social

¿Con quién vive usted? _____
¿Tiene relaciones sexuales? Sí/ No
¿Su/s pareja/s íntima/s es o son hombre/s, mujer/es, ambos? (marque uno con un círculo)
¿Está usando algún anticonceptivo? Sí/ No De ser así, ¿qué tipo de anticonceptivo? _____
¿Trabaja fuera del hogar actualmente? Sí/ No De ser así, ¿en qué trabaja? _____
¿Cuáles son sus pasatiempos? _____
¿Tiene alguna afiliación religiosa o espiritual? _____
¿Qué cantidad de alcohol bebe? (Nº de bebidas por semana) _____
¿Alguna vez ha fumado cigarrillos con regularidad o usado algún producto que contenga nicotina? Sí/ No
 ¿Qué cantidad por día? _____ ¿A qué edad empezó? _____
 ¿Es fumador actualmente? Sí/ No
¿Usa alguna droga aparte de los fármacos recetados para usted? Sí/ No
 De ser así, ¿qué drogas usa y con qué frecuencia? _____
¿Ha usado drogas en el pasado? Sí/ No
 De ser así, ¿cuándo usó drogas y qué tipo de drogas usó? _____
¿Tiene armas de fuego en su casa? Sí/ No

¿Cuáles metas tiene para su salud?

¿Cuál es el propósito de su vida?

¿Hay algo más que quiera compartir conmigo ahora?

