

DX:

TX:

FORMATO DE NUEVO PACIENTE



Nombre: _____ **Fecha** ___/___/___

Apellidos Nombre(s)

Dirección: _____

Calle Ciudad Estado CP

Tel Casa: _____ **Cel:** _____ **Trabajo:** _____

Fecha Nacimiento: ___/___/___ **Email:** _____ **Sexo:** M F

DD MM AAAA

Médico Familiar: _____ **Dr. que lo(a) envió(a):** _____

Contacto de Emergencia: _____ **Parentesco:** _____

Tel Casa: _____ **Cel:** _____ **Trabajo:** _____

POR FAVOR DÍGANOS CÓMO SUPO DE NOSOTROS O A QUIÉN LE AGRADECEMOS POR RECOMENDARNOS.

<input type="checkbox"/> Ya he sido su paciente	<input type="checkbox"/> Recomendación del Doctor	<input type="checkbox"/> Club de Salud / Profesional
<input type="checkbox"/> Recomendación de Otro Paciente	<input type="checkbox"/> Los encontré en Internet	<input type="checkbox"/> Revista: _____
<input type="checkbox"/> Recomendación de Familiar /Amigo	<input type="checkbox"/> Anuncio	<input type="checkbox"/> Los ví en este Evento: _____

INFORMACIÓN MÉDICA

Historia de su condición actual:

1. Fecha en qué se lastimó o inició el dolor: _____
2. Tratamientos previos para esta misma condición: _____
3. Enliste los episodios previos con dolor similar: _____
4. Dónde se localizó el dolor en el momento de lastimarse: _____
5. Dónde se localiza su dolor el día de hoy: _____
6. Mayor molestia el día de hoy: _____
7. Qué hace para que sus síntomas mejoren?: _____
8. Qué hace que sus síntomas empeoren?: _____
9. El dolor lo despierta durante la noche?: Sí No Cuántas veces? _____ En qué posición se encuentra más cómodo(a)? _____
10. Se siente descansado al despertar? Sí No
11. Escala de dolor (0 = sin dolor; 10 = sala de emergencia) Ahora: _____ Peor: _____ Mejor: _____
12. Patrón de dolor (0 = sin dolor, 10 = sala de emergencia) AM: _____ Mediodía: _____ PM: _____
13. Califique su estrés (0 = no estrés, 10 = max estrés) Casa: _____ Trabajo: _____

Historial Médico / de Cirugías:

1. Problemas de Salud actuales y pasados:
 Corazón Pulmones Diabetes Estómago Neurológicos Cáncer Musculo esqueléticos
 Osteoporosis Incontinencia Otros(s) _____
2. Salud General: Excelente Buena Regular Mala
3. Cirugías Previas: _____
4. Accidentes de Auto: _____
5. Caídas:
 1. Ha sufrido caídas en el último año? Si No
 2. Cuántas? _____
 3. Cómo fue la caída? _____
 4. Tuvo alguna lesión? Si No
6. Presión Arterial bajo control? Si No Si respondió que sí, favor de indicar cómo la mantiene bajo control _____
7. Tiene marcapasos?: Si No Si respondió sí, en que fecha le realizaron el procedimiento? _____

Hábitos sociales/Historia/Medio Ambiente:

1. Fumador (a): Si No Paquetes por día _____
2. Alcohol: Si No Cantidad: _____
3. Cafeína: Si No Cantidad: _____
4. Ingesta de agua (vasos/lts): _____

Firma Paciente / Responsable de paciente: _____ Fecha ____/____/____