



## FORMULARIO DE ADMISIÓN DEL PACIENTE

### INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Fecha de Hoy: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_  
Apellido Primer Nombre Inicial

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_ Genero:  M  F Estatura: \_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_

Estado Civil:  Soltero(a)  Casado(a)  Divorciado(a)  Viudo(a)

Numero De Seguro Social: \_\_\_\_\_ Numero de Licencia: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_  
Calle Ciudad Estado Código Postal

Teléfono de Casa: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Celular: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Trabajo: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Numero De Contacto De Su Preferencia:  Casa  Trabajo  Celular

Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

Si, me gustaría recibir material informativo y actualizaciones de la clínica. Solo se usara dentro de The Healing Sanctuary para fines clinicos.

Como escucho de nosotros?  Amigo(a)  Familia  Redes Sociales  Periodico  Otro

Método de Comunicación Preferido: \_\_\_\_\_

Contacto de Emergencia: \_\_\_\_\_ Teléfono de Emergencia: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_  
Calle Ciudad Estado Código Postal

Relación con el Paciente: \_\_\_\_\_

### INFORMACIÓN DEL EMPLEADOR

Nombre del Empleador del Paciente: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_

Numero de Contacto: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_



## INFORMACIÓN DE SEGURO MÉDICO

### Proveedor de Seguro Primario:

Compania de seguro: \_\_\_\_\_

Numero de Telefono: ( \_\_\_ ) \_\_\_\_\_

Cantidad de Copago: \_\_\_\_\_

Numero de Poliza: \_\_\_\_\_

Numero de Grupo: \_\_\_\_\_

Nombre del Titular de la Póliza: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento del Titular : \_\_ / \_\_ / \_\_

Número de Seguro Social del Titular: \_\_\_\_\_

Fecha efectiva: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

### Proveedor de Seguro Secundario (si aplica)

Compania de seguro: \_\_\_\_\_

Numero de Telefono: ( \_\_\_ ) \_\_\_\_\_

Cantidad de Copago: \_\_\_\_\_

Numero de Poliza: \_\_\_\_\_

Numero de Grupo: \_\_\_\_\_

Nombre del Titular de la Póliza: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento del Titular : \_\_ / \_\_ / \_\_

Número de Seguro Social del Titular: \_\_\_\_\_

Fecha efectiva: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Indique los Nombres de las Personas que Quiere que Tratemos Como su Representante personal. Está Persona Tendrá los Mismos Derechos de Acceso a sus Registros Médicos como Usted.

\_\_\_\_\_

Nombre

\_\_\_\_\_

Relacion

\_\_\_\_\_

Nombre

\_\_\_\_\_

Relacion

Reconozco que he Tenido la Oportunidad de Revisar el Aviso de Prácticas de Privacidad de The Healing Sanctuary

\_\_\_\_\_

Firma del Paciente

### CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO

Doy mi Consentimiento Para que los Proveedores y Empleados de The Healing Sanctuary, Realicen Exámenes, Diagnósticos y Atención Médica, Incluyendo Servicios de Oficina, Extracciones de Sangre, Inyecciones e Imágenes así como También Ultrasonidos, Índice de Líquido Amniótico.

\_\_\_\_\_

(Firma del Paciente o Padre/Guardián del Menor)

\_\_\_\_\_

Fecha



## CUESTIONARIO DE SALUD

Fecha de Hoy: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_ Genero: \_\_\_\_ Altura: \_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_

Estado Civil: Soltero(a)  Casado(a)  Divorciado(a)  Viudo(a)

Farmacia de Su Preferencia: \_\_\_\_\_

### REFERENTE A SU SALUD

Cuales son sus Objetivos Para su Consulta de Bienestar el Dia de Hoy? Por favor Enumere en Prioridad del 1 al 4

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_

### MEDICAMENTOS Y SUPLEMENTOS QUE ESTÁ TOMANDO ACTUALMENTE


### ALERGIAS

Medicamentos/Suplementos/Alimentos/Ambiente:	Reacciones: (erupciones en la piel, nausea, dificultad para respirar, shock anafilactico)

CONSUMO DE ALCOHOL	CONSUMO DE TABACO
--------------------	-------------------

<p><b>Cuántas Bebidas Alcohólicas toma Por Semana?</b></p> <p>1 bebida = 5 onzas de vino, 12 onzas de cerveza, 1.5 onzas de licor</p> <p style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> Ninguna           <input type="checkbox"/> 1-3           <input type="checkbox"/> 4-6           <input type="checkbox"/> 7-10           <input type="checkbox"/> &gt; 10       </p>	<p><b>Desde Hace Cuanto Tiempo?</b> _____</p> <p><b>Cuántos Paquetes al Dia?:</b> _____</p>
--	---



SALUD (continuación)

**HISTORIA DE REPRODUCCIÓN**

Edad de su Primer Periodo Menstrual: \_\_\_\_\_ Fecha de su Último Periodo: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

Fecha de su Último Papanicolaou: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ Fecha de su Último Mamograma: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

Fecha de su Última Colonoscopia: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ Fecha de su Último Escaneo de Densidad Ósea: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

**HISTORIA DE REPRODUCCIÓN**

Está Usando Algún Método Anticonceptivo?  Si  No

Cual?  Pastillas  Tubal  Vasectomia  Condones  Depo-Provera  IUD  Diagrama

Tiene Algún Dolor Durante las Relaciones Sexuales?  Yes  No

HISTORIA MÉDICA Y CIRUGÍAS

DIAGNOSTICO	FECHA DE INICIO O RESOLUCIÓN

CIRUJIAS	FECHA

\* Use Una Hoja Adicional si lo Requiere\*.

HISTORIA PRENATAL

FECHA	# DE SEMANAS	HORAS EN LABOR	PESO AL NACER	SEXCO	METODO (VAGINAL, CESAREA PINZAS)	COMPLICACIONES



## HISTORIA MEDICA FAMILIAR

Mencione Cualquier Condición o Enfermedad (es Decir Cánceres, Presión Arterial Alta, Diabetes, Enfermedades Autoinmunes, Enfermedades del Corazón, Enfermedades de la Sangre, Asma, Depresión, Abuso de Substancias, Enfermedad Celíaca, Síndrome del Intestino Irritable etc..)

Miembro de la Familia	Diagnostico	Edad que Comenzo	Si fallecio, a qué edad
Madre			
Padre			
Hermano			
Hermana			
Abuela Paterna			
Abuelo Paterno			
Abuela Materna			
Abuelo Materno			

## PROVEEDORES MEDICOS QUE HA VISTADO

--