



## FORMULARIO DE ADMISIÓN DEL PACIENTE

---

### INFORMACIÓN DEL PACIENTE

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

Fecha de nacimiento: \_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ Edad: \_\_ Género: M / F Estatura: \_Peso: \_\_

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

Número De Seguro Social: \_\_\_\_\_

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

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

Trabajo: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Numero De Contacto Preferido: Casa Trabajo Celular

Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

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

Relación con el Paciente: \_\_\_\_\_

Indique los nombres de las personas que quiere que tratemos como su representante personal. Estas personas tendrán los mismos derechos de acceso a sus registros médicos como usted.

\_\_\_\_\_  
Nombre

\_\_\_\_\_  
Relación

\_\_\_\_\_  
Nombre

\_\_\_\_\_  
Relación

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



**REFERENTE A SU SALUD:**

¿Cuáles son sus objetivos para su consulta de bienestar hoy? *Por favor enumere en Prioridad del 1-4*

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

**MEDICAMENTOS Y SUPLEMENTOS (QUE ESTÁ TOMANDO ACTUALMENTE)**


**ALERGIAS**

Medicamentos/Suplementos/Alimenticios/Ambiente Reacciones: (erupciones en la piel, náusea, dificultad para respirar, shock anafiláctico)

**CONSUMO DE ALCOHOL**

¿Cuántas Bebidas Alcohólicas toma Por Semana? *1 bebida = 5 onzas de vino, 12 onzas de cerveza, 1.5 onzas de licor.*

- Ninguna       1-3       4-6       7-10 > 10

**CONSUMO DE TABACO**

¿Cuántos Años? \_\_\_\_\_ ¿Cuántos paquetes al Día?: \_\_\_\_\_

**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 MÉDICA Y CIRUGÍAS:**

DIAGNÓSTICO FECHA DE INICIO O RESOLUCIÓN

CIRUGIAS FECHA

**HISTORIA MEDICA FAMILIAR**

Por favor mencione cualquier condición o enfermedad (Cánceres, Presión Arterial Alta/Baja, Diabetes, Enfermedades Autoinmunes, Enfermedades del Corazón, Enfermedades de la Sangre, Asma, Depresión, Abuso de Sustancias, Enfermedad Celíaca, Síndrome del Intestino Irritable etc....)

Miembro de la Familia	Diagnóstico Edad que Comenzó Si falleció, a qué edad
Madre	
Padre	
Hermano	
Hermana	
Abuela Paterno	
Abuelo Paterno	
Abuela Materno	
Abuelo Materno	