Por favor, sea lo más detallado posible al completar esta solicitud para que podamos servirle mejo 🞟🞟🞟 Número de gráfico: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

como paciente. Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda, consulte a la recepcionista. 🞟🞟🞟SS#:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

🖉 **POR FAVOR, IMPRIMA en tinta negra o azul.** 🞟🞟🞟 Fecha de hoy: \_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_

DATOS DEL PACIENTE:Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Último) (Primero) (Medio) (Mes / Día/ Ano )

Dirección:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Físico & Envio) (Ciudad, Estado, código postal )

Tel celular #\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Tel casa #\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Tel Trabajo #\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ □ Masculino □ Mujer # de Niños: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Estado civil**: □ Soltero □ Casado □ Otro\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Idioma preferido**:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**RAZA:** □Blanco (caucásico)) □Asiático □Indio Americano/Nativo de Alaska □ Hispano/Latino

□Afroamericano/Negro □Hawaiano nativo/isleño del Pacífico □ Rechazar

**Estado de tabaquismo**: □ Nunca □ Ex fumador □ Ocasional □ Fumador diario Fecha de inicio de fumar:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Contacto de emergencia:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Relación:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Tel #\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Cómo te enteraste de nosotros? □Internet: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ □Ubicación/Señal de la Clínica □Directorio telefónico: \_\_\_\_\_\_\_

□ Persona: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ □ Emisora: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ □ Empleador/DOT □ Periódico: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

OCUPACIÓN:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_EMPLEADOR:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Lbs. requerido para levantar: \_\_\_\_\_\_lbs

HISTORIAL MÉDICO:Por favor, marque la caja correspondiente si ha tenido alguno de los siguientes problemas:

□ Cáncer □ Distrofia muscular □ Fiebre reumática □Diabetes □ Problemas sinusales

□ Poliomielitis □ Esclerosis múltiple □ Escarlatina □ Pérdida del control intestinal □ Asma

□ Tuberculosis □ Convulsiones □ Nerviosismo □ Cólicos menstruales □ Anemia

□ Presión arterial alta □ Epilepsia □ Rubéola □ Trastornos reproductivos □Entumecimiento:

□ Problemas cardíacos □ Conmoción □ Trastornos digestivos □ Mala circulación \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

□ Dolor en el pecho □ Artritis □ Enfermedad venérea □ Trastorno renal □ Otro:

□ Marcapasos □ Reumatismo □ Hepatitis □ Problemas de vejiga \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha del último examen físico: \_\_\_\_\_\_\_\_\_¿Ha sido tratado por un médico por alguna condición de salud en el último año?N/S

Describir la condición:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Alguna vez te han dado un implante metálico? □ Sí □ No ¿Alguna vez te han disparado? □ Sí □ No

Historial de cirugía: Condición: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Fecha:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Fecha:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Historial de accidentes: Trabajo/Auto/Otro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Trabajo/Auto/Otro:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Trabajo/Auto/Otro:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Historia familiar: (Por ejemplo: CÁNCER / DIABETES / PROBLEMAS CARDÍACOS / ENFISEMA / PROBLEMAS DE ESPALDA)

PADRE: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

MADRE: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

HERMANOS: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_