



No. de paciente: \_\_\_\_\_  
 EV: \$ \_\_\_\_\_ ESP: \$ \_\_\_\_\_ Total: \$ \_\_\_\_\_  
 Plan Médico: \_\_\_\_\_ ¿OV? \_\_\_\_\_

- East Medical Building, Canóvanas (787) 221-8828
- La Rambla Plaza, Ponce (787) 221-3978
- Bayamón Shopping Center, Bayamón (787) 221-3971

## Historial Confidencial del Paciente

Fecha: \_\_\_\_\_

**\*\*Por favor, utilice letra de molde**

Nombre: _____			Apellido paterno: _____			Apellido materno: _____		
E-mail: _____			Teléfono: _____			2 <sup>do</sup> Tel.: _____		
Edad: _____		Fecha de nacimiento (mes/ día/año): ____ / ____ / ____				Estado Civil: _____		
Sexo: <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino		Cantidad de hijos: _____			Seguro Social: xxx - xx - _____			
Dirección: _____								
Ciudad: _____			Estado: _____			Código Postal: _____		
Lugar de trabajo: _____						Ocupación: _____		
¿Quién le refirió a nuestra oficina o cómo se enteró de nosotros? _____								

Indique las razones por las que nos visita:	
1. _____	Fecha en que comenzó: _____
2. _____	Fecha en que comenzó: _____
3. _____	Fecha en que comenzó: _____
Doctores que ha visitado recientemente y sus especialidades:	
Nombre: _____	Especialidad: _____
Nombre: _____	Especialidad: _____
Describa todas las hospitalizaciones, cirugías u operaciones que usted haya tenido y las fechas:	
1. _____	Fecha (año): _____
2. _____	Fecha (año): _____
3. _____	Fecha (año): _____
Liste otras molestias de salud que usted padezca: _____	

<b>¿Tiene usted...?</b>	<input type="checkbox"/> dolor	<input type="checkbox"/> adormecimiento	<input type="checkbox"/> hormigueos	<input type="checkbox"/> molestia
<b>Su dolor es...</b>	<input type="checkbox"/> ardor	<input type="checkbox"/> punzante	<input type="checkbox"/> constante	<input type="checkbox"/> intermitente
<b>Siente el dolor si está...</b>	<input type="checkbox"/> sentado	<input type="checkbox"/> de pie	<input type="checkbox"/> caminando	<input type="checkbox"/> acostado
<b>Siente</b>	<input type="checkbox"/> calambres	<input type="checkbox"/> quemazón	<input type="checkbox"/> rigidez	<input type="checkbox"/> inflamación

Marque si padece de lo siguiente:		Por favor, marque "x" todo lo que corresponda.	
<input type="checkbox"/> asma	<input type="checkbox"/> discos herniados	<input type="checkbox"/> indigestión	
<input type="checkbox"/> resfriados	<input type="checkbox"/> ciática	<input type="checkbox"/> estreñimiento	
<input type="checkbox"/> vértigo (mareos)	<input type="checkbox"/> escoliosis	<input type="checkbox"/> déficit de atención	
<input type="checkbox"/> alergias	<input type="checkbox"/> problemas ortopédicos	<input type="checkbox"/> dolor de crecimiento	
<input type="checkbox"/> zumbido en oídos	<input type="checkbox"/> artritis	<input type="checkbox"/> dolor de rodillas	
<input type="checkbox"/> desmayos	<input type="checkbox"/> bursitis	<input type="checkbox"/> incontinencia urinaria	
<input type="checkbox"/> entumecimiento	<input type="checkbox"/> pérdida de fuerza	<input type="checkbox"/> dolor de coyunturas	
<input type="checkbox"/> inflamaciones	<input type="checkbox"/> hiperactividad	<input type="checkbox"/> insomnio	
<input type="checkbox"/> sinusitis	<input type="checkbox"/> adormecimiento	<input type="checkbox"/> migraña	
<input type="checkbox"/> calambres	<input type="checkbox"/> dolor de cabeza	<input type="checkbox"/> cáncer	
<input type="checkbox"/> falta de memoria	<input type="checkbox"/> dolor de oídos	<input type="checkbox"/> fracturas	
<input type="checkbox"/> dolor de cuello	<input type="checkbox"/> joroba	<input type="checkbox"/> depresión / nerviosismo	
<input type="checkbox"/> dolor de hombros	<input type="checkbox"/> neuritis / neuropatía	<input type="checkbox"/> alta presión	
<input type="checkbox"/> dolor de espalda	<input type="checkbox"/> diabetes	<input type="checkbox"/> problemas cardiacos	

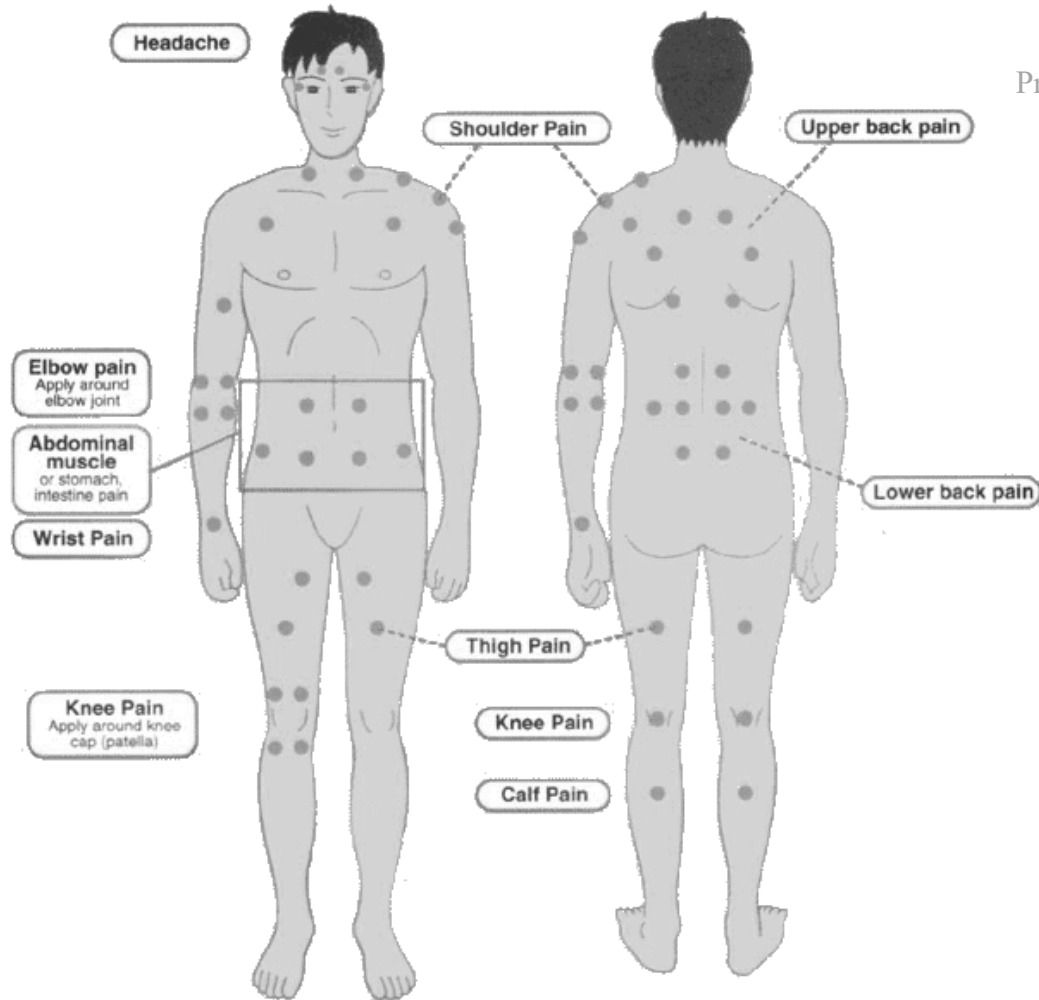
**Lesiones antiguas pueden afectar el estado de salud actual. Por favor, marque "x" todo lo que corresponda.**

<input type="checkbox"/> caídas / accidentes	<input type="checkbox"/> lesiones de cráneo	<input type="checkbox"/> peleas	<input type="checkbox"/> lesiones deportivas
<input type="checkbox"/> fracturas óseas	<input type="checkbox"/> dislocaciones	<input type="checkbox"/> aparatos dentales	<input type="checkbox"/> golpes en la columna

**Otros:**

¿Hace ejercicios?	<input type="checkbox"/> ninguno	<input type="checkbox"/> moderado	<input type="checkbox"/> diario	<input type="checkbox"/> fuerte
Labor diaria:	<input type="checkbox"/> sentado	<input type="checkbox"/> de pie	<input type="checkbox"/> liviana	<input type="checkbox"/> fuerte
Descanso:	<input type="checkbox"/> suficiente	<input type="checkbox"/> poco		
Estrés familiar:	<input type="checkbox"/> mínimo	<input type="checkbox"/> moderado	<input type="checkbox"/> severo	
Estrés laboral:	<input type="checkbox"/> mínimo	<input type="checkbox"/> moderado	<input type="checkbox"/> severo	
<input type="checkbox"/> fuma ____ pqts/día	<input type="checkbox"/> alcohol ____ tragos/semana	<input type="checkbox"/> café/refrescos ____ vasos/día		
Si toma algún medicamento, indique cuáles:				
1. _____	3. _____	5. _____		
2. _____	4. _____	6. _____		
Indique a qué medicamentos y suplementos naturales es alérgico: _____				

**Marque las áreas de su cuerpo donde sienta dolor.** Si su dolor se mueve de un sitio a otro, dibuje una flecha desde donde comienza hasta donde termina.



Presión: \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Pulso: \_\_\_\_

Peso: \_\_\_\_

Estatura: \_\_\_\_

**En una escala del 1 al 10 (donde 1 es leve y 10 lo peor)**

Clasifique la severidad de sus síntomas

Cuello:	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Espalda alta:	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Espalda media:	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Espalda baja:	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Otro _____:	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10