

**Cuestionario del paciente** (por favor escriba claramente) Solo para uso de oficina: Nuevo \_\_\_ Reactivado \_\_\_ PI \_\_\_

**Sección 1:**

Nombre (Nombre) \_\_\_\_\_ (Apellido) \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

Número de Seguro Social \_\_\_\_\_ Sexo Masculino  Femenino  Fecha de Nacimiento : \_\_\_\_\_

Estado civil  Soltero  Casado  Viudo  Divorciado  Separado Nombre del cónyuge \_\_\_\_\_

Preferencia de idioma :  Inglés  Español  Otro: \_\_\_\_\_ Origen étnico (Italiano, Español, etc.): \_\_\_\_\_

Raza  Caucásico  Afroamericano  Hispano  Asiático  Medio Oriente  Isleño del Pacífico  Nativo americano

Número de teléfono de casa \_\_\_\_\_ Número de teléfono de celular \_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico : \_\_\_\_\_

¿Le gustaría suscribirse al blog del Dr. Proodian con artículos útiles sobre salud y bienestar?  Sí  No

Nombre del padre/tutor: \_\_\_\_\_ Relación con el paciente: \_\_\_\_\_

Padre/tutor Teléfono: \_\_\_\_\_ Padre/tutor dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_

Nombre de contacto de emergencia: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

¿Cómo fue referido a nuestra oficina? \_\_\_\_\_

Su ocupación \_\_\_\_\_ Empleador \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

Persona que posee seguro de salud primaria, si no es usted: Nombre \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_ Empleador: \_\_\_\_\_ Compañía de seguros: \_\_\_\_\_

Persona que tiene seguro de salud secundaria, si no es usted: Nombre \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_ Empleador: \_\_\_\_\_ Compañía de seguros: \_\_\_\_\_

¿Tiene una HSA/FSA (Cuenta de Ahorros de Salud o Gastos Flexibles)?  Sí  No Si es así, ¿quién administra? \_\_\_\_\_

¿Tienes un marcapasos?  Sí  No ¿Estás embarazada?  Sí  No

Su altura: \_\_\_\_\_ ft. \_\_\_\_\_ inches Peso: \_\_\_\_\_ lbs.

¿Fumas?  Sí  No Si no, ¿ha dejado de fumar en los últimos 24 meses (2 años)?  Sí  No

¿Te han diagnosticado lo siguiente?  Diabetes tipo 1  Diabetes tipo 2  Hipertensión

Si tiene 65 años o más, ¿recibió una vacuna contra la neumonía?  Sí  No En caso afirmativo, ¿cuándo? \_\_\_\_\_

Si tiene entre 50 y 75 años de edad, ¿recibió la prueba de detección de cáncer colorrectal adecuada, como colonoscopia, sangre fecal prueba o sigmoidoscopia?  Sí  No En caso afirmativo, ¿cuándo? \_\_\_\_\_

**Sección 2:**

**Medicamentos**

<u>Fecha iniciada</u>	<u>Medicación</u>	<u>Dosis</u>
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

## Alergias a la medicación

Medicina

Reacción

### Historial médico familiar:

- Cáncer     Diabetes     Enfermedad del corazón     Carrera     Depresión     Incautación  
 Hepatitis     Alcoholismo     Alta presión sanguínea     Enfermedad de tiroides     Otro: \_\_\_\_\_

## **Sección 3:**

### ¿Has tenido o tienes alguna de las siguientes condiciones?

#### Dolor musculoesquelético

- Osteoporosis/Osteopenia  
 Escoliosis  
 Dolor muscular  
 Brazo entumecido / hormigueo  
 Pierna entumecida / hormigueo  
 Dolor de cuello  
 Dolor de espalda medio  
 Dolor lumbar  
 Dolor de hombro  
 Dolor de codo  
 Dolor de mano / muñeca  
 Dolor de cadera  
 Dolor de rodilla  
 Dolor en el tobillo / pie  
 Dolor en las articulaciones: ¿dónde?  
\_\_\_\_\_  
 Otro \_\_\_\_\_

#### Gastrointestinal

- Síndrome de intestino irritable  
 Enfermedad inflamatoria intestinal  
 Crohn's  
 Colitis ulcerosa  
 Gastritis o enfermedad de úlcera péptica  
 ERGE (reflujo)  
 Enfermedad celíaca  
 Otro \_\_\_\_\_

#### Cardiovascular

- Ataque al corazón  
 Accidente cerebrovascular  
 Colesterol elevado  
 Hipertensión (presión arterial alta)  
 Otro \_\_\_\_\_

#### Inflamatorio / Autoinmune

- Síndrome de fatiga crónica  
 Enfermedad autoinmune  
 Artritis reumatoide  
 Lupus SLE  
 Enfermedad de inmunodeficiencia  
 Mala función inmune (frecuente Infecciones)  
 Alergias alimentarias  
 Alergias ambientales  
 Sensibilidades químicas múltiples  
 Alergia al látex  
 Otro \_\_\_\_\_

#### Metabólico / Endocrino

- Diabetes tipo 1  
 Diabetes tipo 2  
 Hipoglucemia  
 Síndrome metabólico  
 Hipotiroidismo  
 Hipertiroidismo  
 Problemas endocrinos  
 Infertilidad  
 Aumento de peso  
 Pérdida de peso  
 Fluctuaciones frecuentes de peso  
 Bulimia  
 Anorexia  
 Trastorno de la alimentación (no específico)  
 Otro \_\_\_\_\_

#### Cáncer

- Escriba \_\_\_\_\_  
 Escriba \_\_\_\_\_  
 Escriba \_\_\_\_\_

#### Sistemas genitales v urinarios

- Piedras de riñón  
 Gota  
 Infecciones frecuentes de levadura  
 Disfunción eréctil o sexual

#### Enfermedades respiratorias

- Asma  
 Sinusitis crónica  
 Bronquitis  
 Enfisema  
 Neumonía  
 Tuberculosis  
 Apnea del sueño  
 Otro \_\_\_\_\_

#### Enfermedades de la piel

- Eczema  
 Psoriasis  
 Acné  
 Melanoma  
 Cáncer de piel: Tipo \_\_\_\_\_

#### Neurológico / Estado de ánimo

- Depresión  
 Ansiedad  
 Trastorno bipolar  
 Dolores de cabeza  
 Migrañas  
 ADD / ADHD  
 Problemas de memoria  
 Enfermedad de Parkinson  
 Esclerosis múltiple  
 Otros problemas neurológicos  
\_\_\_\_\_

#### Pruebas preventivas v fecha de la última prueba

- Examen físico completo \_\_\_\_\_  
 Densidad ósea \_\_\_\_\_  
 Colonoscopia \_\_\_\_\_  
 Prueba de esfuerzo cardíaco \_\_\_\_\_  
 EBT Heart Scan \_\_\_\_\_  
 EKG \_\_\_\_\_  
 Prueba de hemocultivo: prueba de heces para sangre \_\_\_\_\_  
 MRI \_\_\_\_\_  
 Tomografía computarizada \_\_\_\_\_  
 Endoscopia superior \_\_\_\_\_  
 Serie GI superior \_\_\_\_\_  
 Ultrasonido \_\_\_\_\_

#### Cirugías v fecha

- Apendicectomía \_\_\_\_\_  
 Histerectomía \_\_\_\_\_  
 Vesícula biliar \_\_\_\_\_  
 Hernia \_\_\_\_\_  
 Amigdalectomía \_\_\_\_\_  
 Cirugía dental \_\_\_\_\_  
 Reemplazo articular de rodilla / cadera \_\_\_\_\_  
 Cirugía del corazón  
Tipo \_\_\_\_\_  
Fecha \_\_\_\_\_  
 Otro: Tipo \_\_\_\_\_  
Fecha \_\_\_\_\_

#### Hospitalización (últimos 5 años)

- Motivo \_\_\_\_\_  
Fecha \_\_\_\_\_  
Motivo \_\_\_\_\_  
Fecha \_\_\_\_\_  
Motivo \_\_\_\_\_  
Fecha \_\_\_\_\_

## Sección 4:

### Encuesta de Neurología y Podología

Sus respuestas a las siguientes preguntas nos ayudarán a desarrollar una imagen más completa de su salud general.

Indique qué condiciones se consideran a usted:

#### Neurología

- Mareos
- Movimientos espontáneos o tics
- Temblores o temblores
- Espasmo muscular persistente
- Mal equilibrio
- Ídas Caídas inexplicables últimamente
- Problemas para mantener tu atención
- Dolores de cabeza frecuentes
- Lesión traumática en la cabeza
- Conmoción cerebral
- Doble visión
- Problemas con la memoria
- Problemas con el control de la vejiga
- Dificultades para lograr o mantener la excitación sexual
- Obsesionarse con rituales o hábitos
- Aprendizaje o trastorno del comportamiento
- La enuresis
- Trastorno convulsivo

#### Podología

- Juanetes
- Dedos en martillo
- Pies planos
- Dolor en el pie
- Dolor en el talón
- Dolor en el tobillo
- Inestabilidad de tobillo
- Uña encarnada
- Tendinitis o dolor de Aquiles
- Artritis en tus pies
- Cirugía previa del pie
- Esguinces recurrentes de tobillo
- Fascitis plantar
- Escoliosis
- Dolor sacroilíac

\* \* \* \* \*

El paciente, al firmar a continuación, afirma que ha leído todas las páginas de este documento, comprende su contenido, ha tenido todos sus preguntas respondidas, si las hay, y atestiguan la exactitud de la información específicamente allí.

**Verificación del embarazo (solo pacientes mujeres). Inicial:** \_\_\_\_\_ Estoy embarazada \_\_\_\_\_ No estoy embarazada

**Consentimiento para el tratamiento de menores (para padres/tutores de menores de 18 años). Por favor inicial:**

Por la presente autorizo a Natural Healthcare Center, sus empleados, agentes y/o contratistas ya quien él/ella puede designar como asistente para administrar el tratamiento que se considera necesario para mi hijo o tutor. Iniciales: \_\_\_\_\_

**Nombre en letra de molde :** ( sí mismo  padre o tutor legal): \_\_\_\_\_

**Firma:** ( sí mismo  padre o tutor legal): \_\_\_\_\_

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