

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

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

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

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

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.

**Sección 2:**

**Medicamentos**

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

**Alergias a la medicación**

<u>Medicina</u>	<u>Reacción</u>
_____	_____
_____	_____

**Historial médico familiar:**

Cáncer	Diabetes	Enfermedad del corazón	Carrera	Depresión	Incautación
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 y 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 y 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 y fecha

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

### Sección 4:

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