

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: _____