

INFORMACIÓN SOBRE EL PACIENTE

Nombre del paciente:	
Nombre preferido	Fecha de nacimiento
Género del paciente: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	No. de Seguro Social:
Si el paciente es menor de edad, nombre(s) de el/los padre(s)/tutor(es):	
Estado civil: <input type="checkbox"/> Divorciado/a <input type="checkbox"/> Legalmente separado/a <input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Unión libre <input type="checkbox"/> Soltero/a <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/> Viudo/a <input type="checkbox"/> Otro	
Domicilio:	
Ciudad, estado, código postal:	Teléfono celular: ()
Teléfono del trabajo: ()	Teléfono de casa: ()
Dirección de correo electrónico	
Método preferido de comunicación: <input type="checkbox"/> Correo <input type="checkbox"/> Teléfono <input type="checkbox"/> Correo electrónico <input type="checkbox"/> MyChart	

INFORMACIÓN SOBRE EL CONTACTO DE EMERGENCIA

Nombre:	Teléfono celular:
Relación con el paciente:	Teléfono de casa:

INFORMACIÓN SOBRE EL SEGURO MÉDICO

Compañía de seguro médico primario:	Nombre del titular:	
Relación del paciente con el titular:	Fecha de nacimiento del titular:	Género del titular: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Desconocido
Compañía de seguro médico secundario (si es aplicable):	Nombre del titular:	
Relación del paciente con el titular:	Fecha de nacimiento del titular:	Género del titular: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Desconocido

INFORMACIÓN ADICIONAL

¿Por qué solicitamos esta información?	NOAH es un Centro de Salud Calificado por el Gobierno Federal (FQHC por sus siglas en inglés); se nos solicita llevar seguimiento y reportar datos de nuestros pacientes. Toda la información se mantiene privada. Gracias por completar toda la información en este formulario.
¿Cuál es la mejor descripción del problema por el cual se atenderá al paciente hoy?	
Idioma preferido:	

¿Está usted sin hogar?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	¿Es usted veterano?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Es usted trabajador agrícola?	<input type="checkbox"/> Trabajador agrícola migrante		<input type="checkbox"/> No es trabajador agrícola migrante		
	<input type="checkbox"/> Trabajador agrícola de temporada		<input type="checkbox"/> El paciente se negó		
Etnicidad:	<input type="checkbox"/> Hispano		<input type="checkbox"/> No es Hispano		
Raza:	<input type="checkbox"/> Indio Americano		<input type="checkbox"/> Asiático		<input type="checkbox"/> Negro/afroamericano
	<input type="checkbox"/> Caucásico		<input type="checkbox"/> Nativo hawaiano		<input type="checkbox"/> Islas del Pacífico
	<input type="checkbox"/> Más de una raza		<input type="checkbox"/> Otra		<input type="checkbox"/> El paciente se negó
¿Cómo se enteró de nosotros?	<input type="checkbox"/> Sitio web de NOAH		<input type="checkbox"/> Compañía de seguro		<input type="checkbox"/> Evento
	<input type="checkbox"/> Referencia médica		<input type="checkbox"/> Tarjeta postal		<input type="checkbox"/> Familia o amigo
	<input type="checkbox"/> Volante o folleto		<input type="checkbox"/> Directorio en línea		<input type="checkbox"/> Redes sociales
Orientación sexual:	<input type="checkbox"/> Heterosexual (no lesbiana ni homosexual)			<input type="checkbox"/> Bisexual	
	<input type="checkbox"/> Lesbiana/homosexual			<input type="checkbox"/> No lo sé	
Identidad de género:	<input type="checkbox"/> Hombre		<input type="checkbox"/> Mujer transgénero (hombre a mujer)		<input type="checkbox"/> Otro
	<input type="checkbox"/> Mujer		<input type="checkbox"/> Hombre transgénero (mujer a hombre)		<input type="checkbox"/> Prefiero no revelar
<input type="checkbox"/> Otra cosa					

Tamaño de la familia (¿cuántas personas viven en su hogar?):

Ingresos estimados:

Mensual

Anual

POLÍTICA DE INCUMPLIMIENTO DE CITAS

Es importante que mantenga todas sus citas. Por favor comuníquese con nosotros lo antes posible si no puede asistir a su cita. Solicitamos un aviso previo de por lo menos 24 horas si va a cancelar o cambiar su cita. Tres (3) citas perdidas dentro de seis (6) meses resultarán en que se le coloque en estado de solo citas para el mismo día. No presentarse de manera consecutiva puede resultar en que se le retire de NOAH.

Al firmar a continuación, declaro que la información en este formulario es verdadera y correcta a mi mejor entender. También se me ha informado y entiendo la Política de incumplimiento de citas de NOAH.

Firma del paciente/tutor

Fecha

Formulario de antecedentes médicos

Nombre legal completo: _____ Fecha de nacimiento: _____

¿Cómo prefiere que le llamen? _____

Alergias: _____

Nombre de la farmacia y calles principales: _____ Teléfono: _____

Medicamentos: por favor enumere todos los medicamentos, vitaminas o medicinas sin receta médica que toma actualmente.

Nombre del medicamento	Dosis	¿Qué tan frecuente lo toma?	¿Para qué es el medicamento?

Por favor indique todas las condiciones/problemas médicos adecuadas que se le han tratado:

<input type="checkbox"/> TDA/TDAH	<input type="checkbox"/> Cáncer	<input type="checkbox"/> ERGE	<input type="checkbox"/> Migrañas
<input type="checkbox"/> Rinitis alérgica	<input type="checkbox"/> Cataratas	<input type="checkbox"/> Glaucoma	<input type="checkbox"/> Infarto de miocardio
<input type="checkbox"/> Anemia	<input type="checkbox"/> CHF	<input type="checkbox"/> Soplo cardiaco	<input type="checkbox"/> Úlceras pépticas
<input type="checkbox"/> Ansiedad	<input type="checkbox"/> EPOC	<input type="checkbox"/> VIH/SIDA	<input type="checkbox"/> Convulsiones
<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Enfermedad de las arterias coronarias	<input type="checkbox"/> Hiperlipidemia	<input type="checkbox"/> ETS
<input type="checkbox"/> Artritis	<input type="checkbox"/> Depresión	<input type="checkbox"/> Hipertensión	<input type="checkbox"/> Accidente cerebrovascular
<input type="checkbox"/> Trastorno bipolar	<input type="checkbox"/> Diabetes Mellitus Tipo 1	<input type="checkbox"/> Hipertiroidismo	<input type="checkbox"/> Abuso de sustancias
<input type="checkbox"/> Coágulos sanguíneos	<input type="checkbox"/> Diabetes Mellitus Tipo 2	<input type="checkbox"/> Hipotiroidismo	<input type="checkbox"/> Fiebre del valle
<input type="checkbox"/> Transfusión de sangre	<input type="checkbox"/> Enfisema	<input type="checkbox"/> Enfermedad renal	<input type="checkbox"/> Otro

Si es menor de 18 años:

Método de nacimiento: _____ Edad gestacional: _____ Método de alimentación: _____

Estatura al nacer: _____ Peso al nacer: _____ Circunferencia de la cabeza al nacer: _____

Antecedentes quirúrgicos: Por favor indique cualquier cirugía que se le ha realizado.

<input type="checkbox"/> Apendectomía	<input type="checkbox"/> Cirugía de colon	<input type="checkbox"/> Cirugía del ojo	<input type="checkbox"/> Reemplazo de articulación	<input type="checkbox"/> Amigdalectomía
<input type="checkbox"/> Aumento de senos	<input type="checkbox"/> Endoprótesis vascular de arteria coronaria	<input type="checkbox"/> Cirugía de fractura	<input type="checkbox"/> Cirugía de la columna vertebral	<input type="checkbox"/> Ligadura de trompas
<input type="checkbox"/> Derivación cardiaca	<input type="checkbox"/> Cirugía cosmética	<input type="checkbox"/> Reparación de hernia	<input type="checkbox"/> Cirugía de la tiroides	<input type="checkbox"/> Reemplazo de válvula
<input type="checkbox"/> Colectomía (extirpación de la vesícula biliar)	<input type="checkbox"/> Cesárea	<input type="checkbox"/> Histerectomía	<input type="checkbox"/> Otra:	<input type="checkbox"/> Otra:

Antecedentes familiares:	Artritis reumatoide	Cáncer	Diabetes	Migrañas	Accidente cerebrovascular	Enfermedad de la tiroides	EPOC	Enfermedad del corazón	Otro
Madre									
Padre									
Hermanos									
Hijos									

¿Alguna vez ha fumado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Es actualmente fumador de todos los días? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Año que empezó a fumar: _____	¿Actualmente es fumador de solo algunos días? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Fumaba antes? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Fecha que dejó de fumar: _____	¿Qué tipo?: <input type="checkbox"/> Cigarros <input type="checkbox"/> Puros <input type="checkbox"/> Pipa <input type="checkbox"/> Cigarro electrónico/de vapor con nicotina
---	---	--	---

¿Bebe bebidas alcohólicas actualmente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No actualmente <input type="checkbox"/> Nunca	De ser así, ¿qué tan seguido bebe seis o más bebidas en una sola ocasión? <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Cada mes <input type="checkbox"/> Menos que mensualmente <input type="checkbox"/> Cada semana <input type="checkbox"/> Diario o casi a diario	Por favor calcule _____ copas de vino cuanto bebe por _____ tragos de licor semana: _____ botes de cerveza _____ bebidas preparada
---	--	---

¿Usa drogas recreacionales? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No De ser así, ¿qué tipo? _____	Estado civil: <input type="checkbox"/> Soltero/a <input type="checkbox"/> Viudo/a <input type="checkbox"/> Divorciado/a <input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Separado/a legalmente <input type="checkbox"/> Pareja
¿Tiene una vida sexual activa? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No actualmente <input type="checkbox"/> Nunca	Con: <input type="checkbox"/> Hombres <input type="checkbox"/> Mujeres <input type="checkbox"/> Ambos ¿Utiliza un método de anticonceptivo/protección/barrera? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Qué tipo?: _____

