

FUQUA FAMILY PRACTICE AND URGENT CARE

10655 FUQUA #C HOUSTON, TX 77089 PHONE: 713-941-1566 FAX: 713-941-1577

INFORMACION DEL PACIENTE

Fecha: _____

¿Cual es la razon por su visita de hoy? _____

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____

Raza: (Indio Americano o Alaska), (Asiatico), (Negro o Afroamericano), (Hispano o Latino), (Nativo de Hawaii), (Blanco).

Etnicidad (Hispano o Latino), (No Hispano o Latino), (Paciente se nego)

Seguro Social: _____ Sexo: () F () M Estatus: () Casado/a () Viudo/a ()

Divorciado/a () Soltero/a

Direccion: _____ Ciudad: _____

Estado/Codigo Postal _____ Correo Electronico: _____

Telefono de Casa: _____ Telefono Celular: _____

Mejor tiempo para contactarlo: _____ Ocupacion: _____

Empleador/ Nombre de Escuela y Numero de telefono: _____

Nombre de su Esposo: _____ Numero de telefono: _____

EN CASO DE EMERGENCIA NOMBRE CONTACTO : _____ NUMERO: _____

INFORMACION DEL SEGURO:

Quien es responsable por esta cuenta? _____ Relacion con el Paciente: _____

Seguro Social de el Tenedor del Seguro: _____

Fecha de nacimiento de el Tenedor del Seguro: _____

Compania Primaria de Aseguranza _____ Segunda Aseguranza: _____

Numero de Identificacion de Aseguranza: _____

FUQUA FAMILY PRACTICE AND URGENT CARE

10655 FUQUA #C HOUSTON, TX 77089 PHONE: 713-941-1566 FAX: 713-941-1577

Historia de salud: Cheque (X) Los Síntomas Que Usted Tiene Actualmente o Ha Tenido En El Ultimo Año.

General: Escalofríos Fiebre Perdida de peso Deterioro de la salud Debilidad Fatiga

Aumento de peso

Cabeza: Mareos Dolor de cabeza Desmayos Dolor Lesion de cabeza

Ojos: Vision borrosa Vision doble Usa lentes Dolor con luz Sensaciones inusuales Cataratas
 Lagrimeo excesivo Glaucoma Lesiones recientes Perdida de vision Flujo Dolor Infeccion Rojez

Oido, Nariz, Garganta: Flujo nasal Infeccion de la nariz Sinusitis Resfriados frecuentes
 Obstruccion nasal Fiebre de heno Sangreo nasal Goteo retronasal Cambios en la detencion
 Mordedura de la lengua Ronquera Cambio de voz Flujo de el oido Discapicitivad auditiva
 Zumbido en los oidos Infeccion en el oido Aparato del oido Dolor en el oido Sangreo de las encias
 Frecuentes dolores en la garganta Agrandamiento de las amigdalas Bultos en el cuello Ternura en el cuello

Respiratorio: Asma Bronquitis Inflamación de la membrana alrededor del pulmón

Dificultad para respirar Toser Sangre Tos Tuberculosis positivo Esputo Sibilancias Dolor con respiracion profunda Rayos-X recientes Tuberculosis

Cardiovascular: Dolor en el pecho Brazos/piernas frias Soplo cardiatico Historial de ataques al corazon
 Fiebre reumatica Dificultad para respirar mientras duerme Palpitaciones Extremidades descoloridas
 Historia de exámenes al corazon (No ECG) Dolor en las piernas mientras camina Dificultad para respirar cuando se esfuerza Piernas inchadas Venas varicosas Perdida de pelo en las piernas Presion alta
 Electrocardiograma reciente Dificultad para respirar cuando esta acostado/a Inflamación de la vena con coágulo

Psiquiátrico: Depresion Pensamientos perturbadores Perdida de la memoria Trastornos Psiquiatricos
 Cambios de comportamiento Estrés Excesivo Cambios de Humor Desorientacion Alucinaciones
 Nervios

Senos: Descargas Auto Examen grumo/pedazos Ternura Dolor

FUQUA FAMILY PRACTICE AND URGENT CARE

10655 FUQUA #C HOUSTON, TX 77089 PHONE: 713-941-1566 FAX: 713-941-1577

Gastrointestinal: Dolor abdominal Acidez Sangre rectal Heces negras Cambio en el color de las heces Hambre Excesiva Hemorroides Uso de Laxantes Dificultad para tragar Estrenimiento Ictericia Rayos-X abdominales Cambio en la frecuencia de la defecación Cambio en la consistencia de las heces Sed excesiva Hepatitis Nausea Vomito Diarrea Enfermedad del hígado Uso antiácido Cambio de el tamaño de heces Disminución del apetito Enfermedad de la vesícula biliar Infección en el estomago Dolor rectal Vomiteo de sangre

Musculoesqueletico: Artritis Problemas en la espalda Calambres Musculares Limitación del movimiento Dolor en las articulaciones Deformidades Musculares Musculos rígidos Debilidad Gota Articulaciones rígidas Parálisis

Piel: Eczema Facilmente tiene moretones Urticaria Cambio de apariencia en las unhas Cambio de color de piel Comezon Colorante de pelo Grumos en la piel Cambio de textura en las unhas Sequedad Cambio de textura en el pelo Agrandecimiento de un lunar Salpullido

Neurologico: Perdida de conciencia Mareos Dolor de cabeza Parálisis Cosquilleo Apagones Desmayos Perida de memoria Problemas al hablar Temblores Ardor Lesiones en la cabeza Entumecimiento Ataques Pasos inestable

Endocrino: Debilidad Intolerancia al frio Bocio Dolor de el cuello Aumento de peso Urinacion excesiva Intolerancia al calor Sudores Perdida de peso Fatiga Aumento de la Sed Problemas de Tiroides

Hematologica: Anemia Facilmente tiene moretones Inflamación de los ganglios Facilmente sangra Grumos Reacción a la transfusion Coagulos de sangre Exposición a radiación

Alergico/Inmunologica: Tos Comezon en los ojos Nariz mucosa Ojos llorosos Tos mientras se ejercita Comezon en la nariz Estornudar Sibilancias Urticaria Infecciones recurrentes Nariz congestionada Sibilancias con ejercicio

Genitourinario: Despertad para orinar Ardor al orinar Dolor de espalda Infección urinaria Piedras en el rinon Olor fuerte de orina Moja la cama Dificultad para comenzar corriente Orina frecuentemente Dolor al orinar Urgencia Sangre en la orina Orina excesivamente Incontinencia Retención Descoloramiento de la orina

FUQUA FAMILY PRACTICE AND URGENT CARE

10655 FUQUA #C HOUSTON, TX 77089 PHONE: 713-941-1566 FAX: 713-941-1577

Por Favor, Lista Alergias y Reacciones.

Nombre de Medicacion (ex.Penicillin)	Reaccion(ex. Urticaria)
1. _____	_____
2. _____	_____
3. _____	_____

Por Favor, Lista Medicaciones, Dosis, Frecuenciay Razon de Uso.

Nombre de Medicacion (ex.Norvasc)	Dosis(ex.5mg)	Frecuencia(ex.Once daily)	Razon de Uso(ex.Presion Alta)
1. _____	_____	_____	_____
2. _____	_____	_____	_____
3. _____	_____	_____	_____
4. _____	_____	_____	_____
5. _____	_____	_____	_____
6. _____	_____	_____	_____
7. _____	_____	_____	_____
8. _____	_____	_____	_____
9. _____	_____	_____	_____
10. _____	_____	_____	_____

Lista el Historial Medico de Familia.

Familiar: (ex.Padre)	Estatus: Vivo o Fallecido	Enfermedad(ex.Cancer)	Si fallecio, Edad al morir
1. _____	_____	_____	_____
2. _____	_____	_____	_____
3. _____	_____	_____	_____

Lista su Historial Medico.(ex.Diabetes) _____

Lista su Historial de Cirugias.

Cirugia (ex. Cirugia de la rodilla)	Fecha de la Cirugia(ex.2007)
1. _____	_____
2. _____	_____
3. _____	_____
4. _____	_____
5. _____	_____

FUQUA FAMILY PRACTICE AND URGENT CARE

10655 FUQUA #C HOUSTON, TX 77089 PHONE: 713-941-1566 FAX: 713-941-1577

Historial Social

Alguna vez a usado Tabaco? Que tipo,ultima vez que uso,cada cuanto y alguna vez a tratado de parar?

Tipo de Tabaco(ex.Dipping) Ultimo Uso(ex.Today) Cada Cuanto(ex. Petaca/dia) Intento de parar(ex.dos veces)

Usted Toma Alcohol? Que tipo, ultimo uso, numero de bebidas en una sola sesion.

Tipo de alcohol(ex.aguardiente) Ultimo Uso(ex.Viernes pasado) Numero de Bebidas en sesion(ex.Promedio 4)

Usted usa drogas recreativas? Si es asi, ultimo uso,cada cuanto,y que cantidad.

Tipo de droga:(ex.Marijuana) Ultimo Uso:(ex.Martes) Cada Cuanto:(ex.Diario) Cantidad:(ex.1 cigarillo)

1. _____

2. _____

3. _____

Firma:

Al mejor de mi conocimiento, la informacion de arriba es correcta y completa. Yo entiendo que es mi responsabilidad informarle a mi doctor si yo o mi hijo menor de edad alguna vez tiene un cambio de salud.

Firma del paciente, padre, tutor o representate personal

Fecha

Por favor escriba el nombre del paciente, padre, tutor o representate personal

Relacion hacia el paciente

Revisada Por

Fecha