



INFORMACION DE ADULTOS

Nombre: _____ Fecha: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono (casa): _____ (trabajo): _____

Correo Electrónico: _____

Edad: _____ Fecha de nacimiento _____ Sexo: Hombre/mujer

Educación: _____

Casado: ____ Separado: ____ Divorciado: ____ Viudo(a): ____ Soltero: ____ Con Pareja: ____

Vivo con: Cónyuge ____ Pareja ____ Padres ____ Hijos(as) ____ Amigos ____ Solo ____

Ocupación: _____ Horas por semana: _____

Nombre y Dirección del Empleador: _____

Como se enteró de la Clínica RoseSprings? _____

Otro miembro de su familia ha sido paciente en esta clínica? _____

Contacto de emergencia: _____ Relación: _____

Teléfono: _____ Dirección: _____

REVISION DEL CUIDADO DE LA SALUD

El éxito del cuidado de la salud y medicina de prevención solo con posibles cuando el médico tiene una comprensión completa del paciente física, mental y emocionalmente. Sus respuestas a las siguientes preguntas me van a ayudar a comprender sus verdaderos deseos. Su tiempo, sinceridad y honradez en contestar estas preguntas me van a ayudar mucho en poder asistirlo en sus necesidades de salud.

Porqué decidió venir a esta clínica?



Esta usted actualmente recibiendo asistencia médica? Si / No

Si sí, en donde y de quien? _____

Si no, cuando fue la ultima vez que recibió asistencia médica, a donde y de quien?

Cuál fue la razón? _____

Cuales son sus problemas de salud más importantes? Haga una lista en el orden de importancia.

- 1) _____
- 2) _____
- 3) _____
- 4) _____
- 5) _____
- 6) _____
- 7) _____

Tiene alguna enfermedad contagiosa en este momento? Si / No

Si sí, cuál es? _____

HISTORIA DE FAMILIA

Hay historia en su familia de cualquiera de las siguientes? (Ponga un círculo y di quien)

Cáncer	Diabetes	Problemas del corazón
Presión alta	Problema de riñones	Epilepsia
Artritis	Glaucoma	Tuberculosis
Ataque cerebral	Anemia	Enfermedad Mental
Asma	Fiebre del Heno	Urticaria

Alguna otra información pertinente de su historia de familia?

Antecedentes familiares? _____

ENFERMEDADES DE LA INFANCIA

Ponga un círculo en las enfermedades que tuvo de niño:

Fiebre reumática	Difteria	Fiebre escarlatina	Varicela
Rubeola	Sarampión	Paperas	



HOSPITALIZACIONES/OPERACIONES/RADIOGRAFIAS

Que hospitalizaciones, operaciones, rayos X, CAT scans, EEG, electrocardiogramas ha tenido usted?

_____ año _____ año _____
 _____ año _____ año _____
 _____ año _____ año _____

ALERGIAS

Es usted hipersensible o alérgico a:

Alguna medicina? _____
 Comida? _____
 Situación ambiental or químicos? _____

MEDICINAS

Usted toma o usa algo de lo siguiente (ponga un círculo):

- | | | | |
|---------------------------------|-------------------------|-----------------------|---------------------------|
| Laxantes | Medicinas para el dolor | Anti-ácidos | Cortisona |
| Antibióticos | Tranquilizantes | Pastillas para dormir | Medicina para la tiroides |
| Píldora de control de natalidad | | Reemplazo de hormonas | |

Por favor escriba cualquier medicina de receta o sin receta, vitaminas o suplementos que esta tomando:

1) _____ 5) _____
 2) _____ 6) _____
 3) _____ 7) _____
 4) _____ 8) _____

GENERAL

Altura: _____ Peso: _____ Peso hace un año: _____
 Peso más alto: _____ Cuando: _____
 Cuando tiene más energía durante el día? _____ Energía mas baja? _____
 Intereses y pasatiempos: _____
 Hace Ejercicio: Si / No Que tipo y que tan seguido: _____
 Ve Televisión: Si / No Cuantas horas a la semana? _____ Lee: Si / No Cuantas horas? _____
 Practica religión o espiritualidad? Si / No Si si, cual? _____



Pérdida de olfato? Y N P

RESPIRATORIO

Tos? Y N P
 Espujo? Y N P
 Asma? Y N P
 Resollamiento? Y N P
 Bronquitis? Y N P
 Tos con sangre? Y N P
 Pulmonía? Y N P
 Pleuritis? Y N P
 Dificultad en respirar? Y N P
 Falta de aire? Y N P
 “ “ cuando está acostado? Y N P
 Dolor al respirar? Y N P
 Emphysema? Y N P
 Tuberculosis? Y N P

GASTROINTESTINAL

Dificultad en tragar? Y N P
 Cambio en tener sed? Y N P
 Cambio de apetito? Y N P
 Nausea/vómito? Y N P
 Úlcera? Y N P
 Ictericia? Y N P
 Vesícula biliar? Y N P
 Enfermedad el hígado? Y N P
 Hemorroides? Y N P

 Páncreas? Y N P
 Indigestión? Y N P

GASTROINTESTINAL CONTINUA

Dolor abdominal? Y N P
 Gas? Y N P
 Estreñimiento? Y N P
 Evacuación del intestino: que seguido? _____
 Esto ha cambiado? _____
 Defecación negra? Y N P
 Sangre en la defecación? Y N P

Rechinar de dientes? Y N P
 Problemas de encías? Y N P
 Caries dentales? Y N P

CARDIOVASCULAR

Problemas del corazón? Y N P
 Angina? Y N P
 Presión alta/baja? Y N P
 Murmurs del corazón? Y N P
 Coágulos de sangre? Y N P
 Desmayes? Y N P
 Flebitis? Y N P
 Palpitaciones? Y N P
 Dolor del pecho? Y N P
 Fiebre Reumática? Y N P
 Hinchazón de tobillos? Y N P

PIEL

Sarpullido? Y N P
 Acne? Y N P
 Cambio en el color de piel? Y N P
 Protuberancias en la piel? Y N P
 Eczema 0243 urticaria? Y N P
 Picasón? Y N P
 Pérdida de cabello? Y N P

MENTAL/EMOTIONAL

Tratamiento por problemas
 emocionales? Y N P
 Depresión? Y N P
 Anxiety or nervousness? Y N P

MENTAL/ EMOCIONAL CONTINUA

Falta de concentración? Y N P
 Cambios de estado de ánimo? Y N P
 Ha considerado suicidio? Y N P
 Tratar de suicidarse? Y N P
 Tensión? Y N P
 Problemas de memoria? Y N P



REPRODUCTIVO - MUJERES

Edad de la primera menstruación: _____
 Edad en la última menstruación: _____
 Duración del ciclo _____ días
 Duración de menses: _____ days
 Son regulares sus ciclos? Y N P
 Menstruación dolorosa? Y N P
 Flujo excesivo? Y N P
 PMS? Y N P
 Síntomas : _____

Sangra entre ciclos? Y N P
 Cuáguulos? Y N P
 Endometriosis? Y N P
 Quistes en los ovarios? Y N P
 Olor Vaginal? Y N P
 Flujo liquido Vaginal ? Y N P
 Ultimo pap smear: _____
 Pap anormal? Y N P
 Dysplacia cervical? Y N P
 Es sexualmente activo? Y N P
 Orientación Sexual: _____
 Anticonceptivos? Tipo: _____
 Dolor durante intercurso? Y N P
 Gonorrhea? Y N P
 Herpes? Y N P
 Chlamydia? Y N P
 Verrugas genitales? Y N P
 Syphilis? Y N P
 Dificultad de concevir? Y N P
 Número de embarazos: _____
 Número de nacimientos vivos: _____
 Número de perdidas: _____
 Número de abortos: _____
 Se hace exámenes de senos? Y N P
 Dolor de senos? Y N P
 Mazas en los senos? Y N P
 Descargo de pezones? Y N P
 Síntomas de menopausia? Y N P

URINARIO

Aumento de orinar? Y N P
 Inhabilidad de aguantar la orina? Y N P
 Dolor al orinar? Y N P
 Frecuencia en la noche? Y N P
 Infecciones frecuentes? Y N P
 Piedras en los riñones? Y N P

MUSCULOSKELETAL

Dolor en los huesos? Y N P
 Artritis? Y N P
 Huesos rotos? Y N P
 Debilidad? Y N P
 Espasmos musculares? Y N P
 Sciatica? Y N P

SANGRE

Anemia? Y N P
 Sangra facilmente? Y N P
 Manos/pies fríos? Y N P
 Dolor en las piernas? Y N P
 Thrombophlebitis? Y N P
 Venas varicosas? Y N P

REPRODUCTIVO - HOMBRES

Activamente sexual? Y N P
 Orientación sexual: _____
 Aticonceptivos? tipo: _____
 Llagas? Y N P
 Chlamydia? Y N P
 Gonorrhea? Y N P
 Verrugas genitales? Y N P
 Herpes? Y N P
 Syphilis? Y N P
 Hernias? Y N P
 Mazas en los testículos? Y N P
 Dolor en los testículos? Y N P
 Enfermedad de la próstata? Y N P
 Impotencia? Y N P
 Eyaculación prematura? Y N P

Gracias por su tiempo y esfuerzo. Anticipamos proveerle con el mejor cuidado posible. Si hay algo más que usted quiera añadir por favor escríbalo en esta página.