



Office: +347 378-8010  
Fax Us: +347-378-8010

## NUEVO PACIENTE CONSUMO FORMULARIOS

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento : \_\_\_\_\_ Dirección : \_\_\_\_\_

Número de teléfono:

¿Cómo se enteró de nosotros ? \_\_\_\_\_

¿Cómo le gustaría que le llame el proveedor médico ?  
\_\_\_\_\_

Por favor lista cómo tú querías como a ser contactado para prueba resultados :  Hogar  Celúla

Trabajar  Correo electrónico Estado civil :  Soltero  Casado  Divorciado  Viuda

Por favor lista su principal razón para haciendo un cita:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Alergias/Medicamentos Reacciones** (Por favor lista droga y el reacción):  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Por favor lista actual médico problemas** : (Lista condiciones tú son actualmente ser tratado para)  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Por favor lista otro médico proveedores OMS son también actualmente tratando tú :**  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



**Office:** +347 378-8010  
**Fax Us:** +347-378-8010

**Pasado médico historia :** ( *Por favor lista todo hospitalizaciones, importante enfermedades y cirugías* )

---

---

---

**OMS vidas con tú, en su hogar ?** ( *Cónyuge, niños, suegros, significativo otros, etc....* )

---

---

---

**Ocupación :**

---

**Qué son su ¿ Aficiones ?**

---

---

---

**Lugar de nacimiento :**

---

**Educación :**

---

---

**Tener tú recientemente viajado afuera el EE.UU ?** ( *Si Sí, dónde ?* )

---

---

---

**Hacer tú conseguir regular ejercicio ?** ( *Si Sí, describir* )

---

---

Hacer tú tener puesto su cinturón de seguridad ?  Siempre  Generalmente

Ocasionalmente  Historial de nunca fumar

Nunca fumé

Fumador anterior (edad que empezó) \_\_\_\_\_ (edad que dejó) \_\_\_\_\_ ¿En promedio, cuántos paquetes al día? \_\_\_\_\_

Fumador actual (edad de inicio) \_\_\_\_\_

En promedio, ¿cómo? muchos paquetes a ¿día?\_\_

Hacer tú beber vino, cerveza, o otro alcohólico bebidas ?  Sí  No  Socialmente

Si *Sí*, cómo muchos veces en el último año tener su consumado 4 o más bebidas en uno ocasión ? \_\_\_\_\_

Tener tú alguna vez tenía a bebida problema ?  Sí  No

Cómo muchos tazas de café o con cafeína bebidas hacer tú consumir a diario ? \_\_\_\_\_

Hacer tú usar: marihuana, cocaína, o cualquier otro calle medicamentos/recetas no prescrito para tú ?

Sí  No (Dejar blanco si tú quería preferir a conversar este con el médico proveedor)

### Familia Historia

\* Por favor ser seguro a incluir: cáncer, diabetes, alto sangre presión, accidentes cerebrovasculares, tuberculosis y otras enfermedades importantes\*

	Edad si Viviendo	Edad en Muerte	Salud Problemas/Causa de muerte
<b>Madre</b>			
<b>Padre</b>			
<b>Hermanos/Hermanas:</b>			
<b>Niños:</b>			



**Office:** +347 378-8010

**Fax Us:** +347-378-8010


1022 Nostrand Ave  
Brooklyn, NY 11225



**Pasado Médico Historia :**

**Por favor controlar si tú tener alguna vez tenía el siguiente :**

	Sí	No		Sí	No
Hipertensión			Pancreatitis		
Diabetes			Riñón Problemas		
Cáncer			Anormal Papilla Frotis		
Corazón Murmullo			Alto Anuncio de servicio público (hombres solo)		
Corazón Problemas			Convulsiones		
Asma			Depresión/Ansiedad		
Enfisema/EPOC			Ataque		
Positivo piel prueba para tuberculosis			Sangre Problemas		
Tuberculosis			Tiroides Problemas		
Sangre Coágulos			Artritis		
Amianto exposición			Radiación tratos a cabeza/cuello		
Ulceras			ETS		
Pólipos de colon			Infección por VIH		
Vesícula biliar Problemas			<b>Otro ( Lista ):</b>		
Hepatitis/ictericia					
Hígado Problemas					

<b>VACUNAS</b>	Sí	No	<b>PRUEBAS</b>	Sí	No
Tétanos			Heces tarjetas para colon cáncer pruebas		
Influenza (Gripe Disparo)			Colonoscopia		
Influenza (H1N1)			Sigmoidoscopia		
Neumonía			Hueso densidad		
Hepatitis A			Mamografía		
Hepatitis B			Papilla Frotis (Mujer Solo)		
Herpes			Anuncio de servicio público (Hombres Solo)		
Otros:			Examen por ojo médico proveedor		

**\*Por favor controlar si o no tú ACTUALMENTE TENER, o TENÍA en el PASADO POCOS SEMANAS:**

	Sí	No		Sí	No
Fatiga			Náuseas		
Fiebre/escalofríos			Vómitos		
Reciente cambio de peso			Abdominal Dolor		
Dolor de cabeza			Negro Alquitrinado Taburetes		



**Office:** +347 378-8010  
**Fax Us:** +347-378-8010

Visión Problemas			Rectal Sangría		
Doble Visión			Diarrea		
Borroso Visión			Sangre en Orina		

Ojo Dolor			Frecuente Micción		
Ojo Picor			También mucho Orina		
Pérdida de audición			Conseguir arriba en Noche a Orinar		
Oreja Dolor			Dolor con Micción		
Zumbido en Orejas			Excesivo Sed		
Líquido Nariz			Debilidad		
Nariz Sangra			Fácil Moretones		
Nasal Congestión			Músculo Dolores		
Ronquidos			Articulación Dolor		
Ronquera			Articulación Rigidez		
Doloroso Garganta			Hinchazón en Brazos o Piernas		
Boca llagas			Mareo		
Mama Bulto/Dolor			Desmayo		
Pecho Dolor			Memoria Problemas		
Irregular Corazón Derrotar			Entumecimiento		
Golpeteo Corazón Derrotar			Ansiedad/Depresión		
Falta de Aliento			Estrés		
Tos			Problema Durmiendo		
sibilancias			Alucinaciones		
Disminuido Apetito			Seco Piel		
Aumento del apetito			Picor		
Dificultad Tragar			Bulto o Lugar en Piel		
Acidez			Erupción		

<b>HOMBRES SOLO</b>			<b>MUJER SOLO</b>		
	<b>SÍ</b>	<b>NO</b>	Fecha de último menstrual ciclo	<b>SI</b>	<b>NO</b>
Tirante con Micción					
Dolor/bulto en Testículo			Pélvico Dolor		
Descargar de Pene			Anormal Vaginal Sangría		
Próstata Problemas			Vaginal Descargar		
Dificultad con Erección			Sexual Dificultades		
Sexual Dificultades					



Office: +347 378-8010  
Fax Us: +347-378-8010

## GERIÁTRICO CONSUMO

**Por favor Completo si tú son *encima* 65, o si tú tener preocupaciones acerca de el temas listado abajo**

Hacer tú tener médico Durable Fuerza de Abogado para ¿Cuidado de la salud?  Sí  No

( Si es así, por favor traiga una copia ) Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

¿Tiene usted un testamento vital?  Sí  No

( Si Sí, por favor traer a Copiar )

¿Tienes miedo de caer?  Sí  No ¿Te has caído en el último año?  Sí  No

si Sí, por favor decir a nosotros acerca de su último caer:

Fecha : \_\_\_\_\_

¿Cómo se produjo esta caída?

---

---

---

---

Hizo tú ver a médico proveedor o otro profesional para tratamiento después ¿ Utiliza alguna ayuda para caminar como un bastón o ¿CAMINANTE?  Sí  No ¿Conduces ?  Sí  No  es ¿caer?  Sí  No



Office: +347 378-8010  
 Fax Us: +347-378-8010

**Nosotros quería como a saber si tú necesidad ayuda con cualquier de el siguiente y OMS ayuda tú.**

TAREA	NO AYUDA	NECESIDADE S AYUDA	OMS AYUDA
Alimentación Tú mismo			
Conseguir de Cama a Silla			
Conseguir a Baño			
Conseguir Vestido			
Baños			
Usando el Teléfono			
Tomando su Medicamentos			
Preparante Comidas			
Gerente finanzas/chequera			
Haciendo Lavadero			
Tareas de la casa			
Compras para Comestibles			
Conduciendo			
Haciendo Factótum Trabajar			
Escalada a Vuelo de Escaleras			
Conseguir Lugares MAS ALLA DE Caminando Distancia			