

DR. TODD S. WEISER, DRA.
CYNTHIA S. CHIN, DR.
SEAN J. KWON

Westchester Thoracic
2 Longview Ave, Suite 500
White Plains, Nueva York
10601 T: 914-849-7655
Tel.: 914-849-7692

Información demográfica del paciente

Apellido del paciente _____ Nombre _____

Inicial del segundo nombre _____

Numero de seguro social _____ Fecha de nacimiento _____ Edad _____ Sexo F M

Dirección _____ Apt. # _____ Ciudad _____ Estado _____

Código postal _____

Raza:

- Indio americano/nativo de Alaska
- Negro/afroestadounidense
- Asiático
- Nativo de Hawái/de las islas del Pacífico
- Blanco
- No deseo responder

Etnia: Hispano/latino No hispano/latino No deseo responder Idioma que prefiere:

Estado civil: Soltero/a Casado/a Divorciado/a Viudo/a Separado/a

Situación estudiantil Tiempo completo Medio tiempo

Teléfono particular _____ Teléfono durante el día

Correo electrónico _____ Teléfono celular

Empleador _____ Ocupación _____

¿Está jubilado/a?

Dirección de la empresa

Contacto de emergencia _____ / _____ Teléfono

Nombre

Relación

Nombre *del médico de cabecera*: _____

Teléfono: _____

Nombre del médico que hace la derivación: _____ Teléfono: _____

Nombre de la farmacia: _____ Teléfono: _____

Dirección de la farmacia: _____

Cobertura del seguro *primario*: _____

Nombre del titular de la póliza: _____ Número del seguro social: _____

Fecha de nacimiento: _____

Cobertura del seguro *secundario*: _____

Nombre del titular de la póliza: _____ Número del seguro social: _____

Fecha de nacimiento: _____

Esta visita está cubierta por: Seguro de no responsabilidad Seguro de accidente de trabajo

Certifico que esta información es verdadera y correcta a mi leal saber y entender. Notificaré cualquier cambio en la información anterior. Autorizo la divulgación de cualquier información médica necesaria para procesar una reclamación al seguro y solicitar que el pago de prestaciones se realice al médico a menos que mi cuenta haya sido pagada íntegramente.

Firma de la persona responsable _____

Fecha _____

Nombre de la persona responsable _____ Relación _____

Formulario de antecedentes del paciente

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Motivo de la visita: _____

Indique todos los medicamentos que está tomando en este momento **Actualmente no tomo ningún medicamento**

Nombre del medicamento

Dosis

Frecuencia de la toma

Nombre del medicamento

Dosis

Frecuencia de la toma

Alergias (por ej., a medicamentos, látex, huevo)

Alérgeno

Tipo de reacción

Alérgeno

Tipo de reacción

Sin alergias conocidas

Revisión de los sistemas

CONSTITUCIÓN RESPIRATORIA GENITOURINARIA

No

Sí

Escalofríos

No

Sí

Tos

No

Sí

Dolor al orinar

No

Sí

Fatiga

No

Sí

Dificultad para respirar

No

Sí

Frecuencia al orinar

No

Sí

Fiebre

No

Sí

Tos con sangre

No

Sí

Incontinencia urinaria

No

Sí

Sudoración nocturna

No

Sí

Sibilancias

No

Sí

Menor cantidad

No

Sí

Aumento de peso

CARDIOVASCULAR

No

Sí

Micción nocturna

No

Sí

Pérdida de peso

No

Sí

Tobillos/pies hinchados

No

Sí

REPRODUCTIVO

Cabeza, ojos, oídos, nariz y garganta

No

Sí

Palpitaciones

No

Sí

Impotencia

No

Sí

Dolor de oídos

No

Sí

Desmayos

No

Sí

Sofocos

No

Sí

Dolor en los ojos

No

Sí

Calambres en las piernas al caminar

No

Sí

Disminución de la libido

No

Sí

GASTROINTESTINAL ENDOCRINO

Pérdida de audición

No

Sí

Secreción nasal

No

Sí

Dolores abdominales

No

Sí

Intolerancia al frío

No

Sí

Presión sinusal

No

Sí

Sangre en heces

No

Sí

Intolerancia al calor

No

Sí

Dolor de garganta

No

Sí

Estreñimiento

No

Sí

Sed excesiva

No

Sí

Visión doble

No

Sí

Diarrea

No

Sí

Bocio

No

Sí

Visión borrosa

No

Sí

Acidez estomacal

No

Sí

NEUROLÓGICO

Zumbido de oídos

No

Sí

Náuseas

No

Sí

Mareos

No

Sí

Hemorragias nasales

No

Sí

Vómitos

No

Sí

INMUNITARIO

Dificultad para tragar

No

Sí

Cambios en los hábitos intestinales

Alergias:

No

Sí

Ronquera

No

Sí

Ictericia

No

Sí

Fiebre del heno

No

Sí

Úlceras bucales

No

Sí

Hemorragia rectal

No

Sí

Ambiental

No

Sí

Estacional

No

Sí

Leche/lactosa

No

Sí

Otros alimentos

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____

Historia clínica

Problema médico
Fecha de diagnóstico
o edad de inicio

Problema médico
Fecha de diagnóstico o edad de inicio

Anemia

Depresión

Asma

Diabetes

Insuficiencia cardíaca congestiva

Colesterol alto

EPOC

Triglicéridos altos

Cáncer (actual o anterior)

Hepatitis

Ubicación:

Hipertensión arterial

Sarcoidosis

Apnea del sueño

Tuberculosis

ERGE

Nefropatía

Cardiopatía

VIH

Otros datos clínicos:

Antecedentes quirúrgicos

Por favor, enumere todos los procedimientos quirúrgicos previos:

**Año del procedimiento
quirúrgico
Cirujano**

Sin antecedentes quirúrgicos

Antecedentes familiares

Padre

Madre

Hermana(s)

Hermano(s)

Hijos

Nada Desconocido/Adoptado/a

¿Vive?

Sí No

Sí No

Sí No

Sí No

Sí No

Edad al morir:

Sí No

Sí No

Sí No

Sí No

Sí No

Enfermedad de la sangre

Sí No

Sí No

Sí No

Sí No

Sí No

Cáncer

Sí No

Sí No

Sí No

Sí No

Sí No

¿De qué tipo?

Diabetes

Sí No

Sí No

Sí No

Sí No

Sí No

Colesterol alto

Sí No

Sí No

Sí No

Sí No

Sí No

Hipertensión arterial

Sí No

Sí No

Sí No

Sí No

Sí No

Obesidad

Sí No

Sí No

Sí No

Sí No

Sí No

Accidente cerebrovascular

Sí No

Sí No

Sí No

Sí No

Sí No

Enfermedad vascular periférica (EVP)

Sí No

Sí No

Sí No

Sí No

Sí No

Cardiopatías

Sí No

Sí No

Sí No

Sí No

Sí No

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Antecedentes sociales

Antecedentes de consumo de tabaco (todos los pacientes mayores de 13 años):

Si existen antecedentes de consumo de tabaco:

Años de consumo: _____

Consumo por día: _____

Edad en la que dejó de fumar: _____

Nunca ha fumado

Fumador habitual (todos los días)

Ex fumador

Fumador ocasional (algunos días)

Se desconoce si es fumador

Se desconoce si es actualmente fumador

Ocupación: _____

Indique cualquier exposición a sustancias peligrosas (por ej., asbesto):

¿Consumo alcohol? No Sí Solía hacerlo Frecuencia: _____ Cantidad: _____

¿Consumo cafeína? No Sí Tipo: _____ Cafeína por día: _____

Riesgo de caídas:

¿Se ha caído en los últimos 30 días? Sí No En caso afirmativo, indique el número de caídas: _____

¿La(s) caída(s) ha(n) provocado lesiones? Sí No

¿Utiliza algún dispositivo de asistencia (bastón, andador, etc.)? En caso afirmativo, indique cuál

¿Siente que necesita ayuda para caminar hoy? Sí No

Seguridad:

¿Últimamente se ha sentido afectado/a física o emocionalmente? Sí No

Voluntades anticipadas:

¿Tiene algún documento de voluntad anticipada? Sí No

(por ej., testamento vital, poder notarial, órdenes de no reanimar [DNR])

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Indique (rodee con un círculo) su escala de dolor actual en relación con su situación actual:

¿Cómo prefiere que nos pongamos en contacto con usted?

Teléfono del hogar: Teléfono celular Teléfono del trabajo/durante el día Portal del paciente

Domicilio Otro _____

Nombre del cardiólogo: _____ Teléfono: _____

Nombre del endocrinólogo: _____ Teléfono: _____

Nombre del gastroenterólogo: _____ Teléfono: _____

Nombre del neumólogo: _____ Teléfono: _____

Nombre del oncólogo radioterapeuta: _____ Teléfono: _____

Nombre del oncólogo: _____ Teléfono: _____

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

Firma del representante del paciente: _____ Relación: _____