



7125 Hoffner Ave, Ste 102 , Orlando FL 32822.

Phone : 407-203-1880

ramosmd@internalmedhl.com

Información del Paciente

Nombre : _____ Fecha de Nacimiento: _____
Primer segundo Apellido

Telefono casa : _____ Celular : _____ Sexo: [] H [] M

Dirección: _____
Ciudad, Estado Zip Code

Dirección Postal: _____
(Si es diferente a la física)

Email: _____ Status: [] Solter@ [] Divorciad@ [] Casad@
[] Viud@ [] Separad@ [] Partner

(Solo Mujeres)=Embarazada [] Si [] No , Cuantos Hij@ ? _____

Lenguaje: [] Inglés [] Español , Otros: : _____ Raza: [] Hispanic [] Not Hispanic

Ocupación del Paciente : _____ Empleador : _____
: _____ () _____
Dirección Teléfono

Contacto de Emergencia :

Nombre : _____ Relación: : _____
Telefono : _____

¿Cómo supo de nosotros ?

[] Amigo [] Familiar [] Paciente [] Internet [] Social Media [] Doctor/ Enfermera [] Other: _____

INFORMACIÓN DEL SEGURO MÉDICO.

[] NO SEGURO MÉDICO

SEGURO PRIMARIO

Member ID: _____ Insurance Name: _____
Principal Subscriber Name: _____ Relationship to Patient: _____
Subscriber Date of Birth: _____ Phone Number : _____

SEGURO SECUNDARIO (SI APLICA)

Member ID: _____ Insurance Name: _____
Principal Subscriber Name: _____ Relationship to Patient: _____
Subscriber Date of Birth: _____ Phone Number : _____

INFORMACIÓN DE FARMACIA

Nombre:

Dirección:

Telefono :

OFFICE PERSONAL ONLY:

B/P= _____ / _____ HR= _____ OXG= _____ TEMP= _____ WT= _____

Internal Medicine & Healthy Lifestyle

7125 Hoffner Ave, Ste 102, Orlando FL 32822.

Phone : 407-203-1880

ramosmd@internalmedhl.com

Nombre Paciente : _____

CUESTIONARIO DE SALUD PARA PACIENTE NUEVO

Estatura : _____ Peso : _____

ALERGIAS : ☐ NO ☐ SI . SI ES SÍ, favor completar lo siguiente :

Medicina	Reaccion	General	Reaccion
<i>Aspirin</i>		<i>Latex</i>	
<i>Erythromycin</i>		<i>Adhesive</i>	
<i>NSAIDs</i>		<i>Other</i>	
<i>Penicilina</i>			
<i>Sulfa</i>			

HISTORIA SOCIAL :

¿Usted fuma ? SI ☐ Cuantos al dia ? =	
☐ No ☐ Ex- Fumador Cuando lo dejo ? =	
¿Toma alcohol ? ☐ SI ☐ No / Si es Si , Tipo =	
Cuantos al dia? =	
Usa drogas ilegales ☐ Si , ☐ No. / Si es Sí , ¿Qué tipo de sustancias?	
Ejercicio? ☐ Si ☐ No. ,Tipos :	Frecuencia:
¿Toma café ? ☐ Si ☐ No	
Cantidad por dia =	

HISTORIA MÉDICA PASADA :

☐ Trastorno hemorrágico o de la coagulación	☐ AIT (ataque isquémico transitorio)	☐ Infarto de miocardio (ataque al corazón)	☐ Hipertensión / Presión arterial alta
☐ Enfermedad de la arteria coronaria	☐ Infarto	☐ Diabetes - Insulina ☐ si ☐ no	☐ Hipercolesterolemia
☐ Enfermedades de la tiroide	☐ Osteoporosis	☐ Enfermedades renales	☐ Apnea del sueño. Si es así, ¿usa CPAP? _____
☐ Embolia pulmonar	☐ Bronquitis crónica	☐ Asma	☐ COPD
☐ GERD/ Reflujo	☐ Úlcera Gastrica	☐ Enfermedades intestinales	☐ Enfermedades degenerativas del disco
☐ Artritis Reumatoide	☐ Psoriasis	☐ Osteoartritis	☐ Osteoporosis
☐ Depresión	☐ Ansiedad	☐ Cancer Type: _____	☐ HIV
☐ Hepatitis	☐ Infección de las articulaciones	Otras::	Otras:

Internal Medicine & Healthy Lifestyle

7125 Hoffner Ave, Ste 102 , Orlando FL 32822.

Phone : 407-203-1880

ramosmd@internalmedhl.com

HISTORIA FAMILIAR :

Condiciones	Padre	Madre	Abuelo Materno	Abuelo Paterno	Abuela Materno	Abuela Paterno	Hermano	Hermana	Hijo	Hija
Cancer - Tipo										
Enfermedad del corazón										
Diabetes										
Depresión										
Psiquiátrico										
Alta presión sanguínea										
Colesterol										
Asma										
Enfermedad pulmonar										
Glaucoma										
Enfermedad del riñón										

HISTORIAL QUIRÚRGICO (INCLUYENDO EL AÑO):

HOSPITALIZACIÓN / VISITA DE URGENCIA (LOS ÚLTIMOS 3 MESES) :

MEDICAMENTOS ACTUALES:

Medicamento	Dosis	Frecuencia	Medicamento	Dosis	Frecuencia

Internal Medicine & Healthy Lifestyle

7125 Hoffner Ave, Ste 102 , Orlando FL 32822.

Phone : 407-203-1880

ramosmd@internalmedhl.com

REVIEW OF SYSTEMS :

<u>GENERAL:</u> ☐ Buena salud general ☐ Pérdida de apetito ☐ Debilidad ☐ Mareos ☐ Fiebre ☐ Fatiga ☐ Sentirse cansado todo el tiempo ☐ Aumento de peso más de 10 libras ☐ Pérdida de peso más de 10 libras <u>PIEL:</u> ☐ Erupciones ☐ Fácilmente abollado <u>MUSCULOESQUELÉTICO:</u> ☐ Dolor en las articulaciones ☐ Dolor muscular/Debilidad ENDOCRINO: ☐ Problemas tiroideos ☐ Cambios en el apetito ☐ Diabetes <u>SANGRE:</u> ☐ Coágulo sanguíneo ☐ Sangrado prolongado ☐ Sangrado espontáneo ☐ Nódulo linfático agrandado	<u>HEENT:</u> ☐ Cambios en la audición ☐ Visión borrosa ☐ Cambios en la visión ☐ Lentos ☐ sinusitis ☐ Dolor/masa en el cuello ☐ Dificultad para tragar <u>RESPIRATORIO:</u> ☐ Tos persistente ☐ Dificultad para respirar ☐ Sibilancias <u>CARDIOVASCULAR:</u> ☐ Dolor de pecho ☐ palpitaciones ☐ Latido del corazón irregular ☐ Soplo cardíaco <u>PSICOLOGÍA:</u> ☐ Ansiedad ☐ Cambio en el patrón de sueño ☐ Depresión ☐ Problemas de memoria	<u>GASTROINTESTINAL:</u> ☐ Diarrea ☐ Estreñimiento ☐ Náuseas vómitos ☐ Dolor abdominal ☐ Sangre en las heces <u>NEUROLÓGICO:</u> ☐ Mareos ☐ Temblor ☐ Entumecimiento ☐ Dolores de cabeza/Migraña ☐ Convulsiones/ataques <u>GENITOURINARIO:</u> ☐ Sangre en la orina ☐ Dolor al orinar ☐ Mayor frecuencia de micción por la noche ☐ Problemas de erección ☐ Cálculos renales <u>Obstetricia/ginecología (solo mujeres):</u> ☐ El embarazo _____ ☐ Abortos _____ ☐ Cirugías _____
--	---	--

EXAMEN DE SALUD PREVENTIVO:

EXÁMENES :

FECHA / AÑO :

LUGAR :

Mamografía (mujer)		
Papanicolaou (femenino)		
Colonoscopia / Detección sigmoidea		
Examen de la vista		
Laboratorios de sangre		
PSA-Prostata (masculino)		
Densidad ósea (DEXA)		
Stress test / EKG		

VACUNAS:

FECHA/AÑO:

VACUNAS:

FECHA/AÑO:

Tetanus		Zoster (shingles vaccine)	
Hepatitis		Covid Vaccine	
Tuberculosis (PPD) test			
Flu shot			
Pneumonia			