

Jack Morgan, DPM, FACFAS
Benjamin Scherer, DPM
Miguel A. Rodriguez, DPM
500 N Garfield Ave., Suite 108
Monterey Park, CA 91754
Office (626) 288-2760 Fax (626) 571-6211

Interrogador Paciente Nuevo

A. Información General

Nombre: _____ Edad: _____ Estatura: _____ Peso: _____ SSN# _____ - _____ - _____
Fecha de Nacimiento (mm/dd/yyyy) _____ / _____ / _____ Numero de Contacto: (_____) _____ - _____
Dirección: _____
Email: _____ Fuente de referencia: _____
Medico Primario: _____ Telefono: (_____) _____ - _____ Fax: (_____) _____ - _____
Farmacia: _____

B. Historial Medico/Quirúrgico

- | | | | | |
|--|--|--|---|--|
| ☐ Abuso de Alcohol | ☐ Trastorno Autoinmune | ☐ Asma | ☐ Coagulo Sanguineo (DVT/PE) | ☐ Enfermedad de arterias coronarias |
| ☐ Trastorno Hemorrágico | ☐ Insuficiencia Cardiaca Congestiva | ☐ Diabetes | ☐ Depresión | ☐ COPD/Emphysema |
| ☐ Abuso de Drogas | ☐ Reflujo Gastrico /GERD/Ulcera | ☐ Fibromialgia | ☐ Gota | ☐ Ataque Cardiaco |
| ☐ Enfermedad Cardiaca | ☐ Presion Arterial Alta | ☐ Hepatitis | ☐ VIH/SIDA | ☐ Colesterol Alto |
| ☐ Enfermedad Renal | ☐ Lesion de la Medula Espinal | ☐ Enfermedad Mental | ☐ Esclerosis Multiple | ☐ Apnea Obstructiva del Sueño |
| ☐ Osteoporosis | ☐ Enfermedad Vascular Periferica | ☐ Polio | ☐ Artritis Reumatoide | ☐ Fiebre Reumática |
| ☐ Derrame Cerebral/TIA | ☐ Trastorno Convulsivo | ☐ Enfermedad del hígado | ☐ Enfermedad tiroidea | ☐ Tuberculosis |

Pro favor marque las casillas de cualquier problema que haya tenido:

☐ Cancer – Tipo: _____ ☐ Otro: _____

Alguna vez ha tenido cirugia? ☐ Si ☐ No

Por Favor marque las casillas de cualquier cirugia anterior que haya tenido:

- | | | | | |
|--|---|---|------------------------------------|--|
| ☐ Muelas de Juicio | ☐ Apendicectomia | ☐ Liberación del túnel Carpiano | ☐ Cataratas | ☐ Vesicula |
| ☐ Bypass Cardiaco/stent | ☐ Histerectomia | ☐ Reemplazo Coyuntura | ☐ LASIK/PRK | ☐ Marcapasos /Desfibrilador |
| ☐ Cirugia Espinal | ☐ Amigdalectomia | ☐ Cirugia Artroscopica - tipo: _____ | | |

☐ Otra: _____

Ha tenido problemas con anestesia? ☐ Si ☐ No Favor Describa: _____

Historia Familiar de Hipertermia maligna? ☐ Si ☐ No Favor Describa: _____

C. Medicamentos Actuales / Suplementos (Por favor enumere todos los que tome)

Medicamento	Dosis	Frecuencia	Medicamento	Dosis	Frecuencia

D. Alergias

Es alergico a algún medicamento? ☐Si ☐No

☐Penicilina ☐Sulfa ☐Yodo ☐Latex ☐Tinte de Contraste ☐Cinta Adhesiva ☐Other_____

Que reaccion(es) tuvo?_____

Alergias alimentarias?_____

E. Historia Social

Cómo evalua su salud general? ☐Excelente ☐Bien ☐Justo ☐Pobre

Cuál es su estado laboral? ☐Desempleado ☐Deshabilitado ☐Retirado ☐Estudiante ☐Ama de casa

Cuál es su ocupación?_____

Bebe Alcohol? ☐Si ☐No Qué Cantidad?_____

Usa productos de tabaco? ☐Si ☐No

En el pasado ha usado productos de tabaco? ☐Si ☐No ☐Cigarillos ___paquetes/día ☐Pipa/Cigarro ☐Tabaco de mascar

Use sustancias recreativas? ☐Si ☐No Tipo/Frecuencia?_____

Hace ejercicio regularmente? ☐Si ☐No Con que frecuencia? ☐1-2/semana ☐3-5/semana ☐>5/semana

F. Historial Medico de la Familia (marque las casillas de cualquier enfermedad que haya ocurrido en parientes de sangre)

☐Artritis ☐trastorno autoinmune ☐trastorno de sangrado / coagulación ☐Enfermedad de huesos ☐Diabetes

☐Enfermedad Mental ☐Enfermedad cardiaca ☐Cancer tipo:_____ ☐Artritis Reumatica

☐Enfermedad Tiroidea ☐Trastorno Convulsivo ☐Oro_____ ☐NINGUNO

G.

Madre: Viva o' Muerta?_____ Padre: Vivo o' Muerto?_____

Hermano: Vivo o' Muerto?_____ Hermana: Viva o; Muerta?_____

G. Revision de los Sistemas (por favor marque las casillas de cualquier síntoma que se haya producido en los últimos 30 días)

Constitucional

Ganancia/perdida peso inesperada ☐Si ☐No

Fiebre reciente o Escalofríos ☐Si ☐No

Sudores nocturnos ☐Si ☐No

Neurologicos

Mareos/Vertigos ☐Si ☐No

Caminar/Caída (s) inestable ☐Si ☐No

Dolor de cabeza ☐Si ☐No

Migraña ☐Si ☐No

Convulsiones ☐Si ☐No

Entumecimiento/Hormigueo ☐Si ☐No

Ojos

Perdida/Cambio Visual ☐Si ☐No

Vision borrosa ☐Si ☐No

Vision doble ☐Si ☐No

Oído, Nariz, Garganta

Perdida/Cambio de Audición ☐Si ☐No

Dolores de oído ☐Si ☐No

Sangrado nasal ☐Si ☐No

Dificultad para tragar ☐Si ☐No

Problemas dentales activos ☐Si ☐No

Audifonos o' Dentadura postiza ☐Si ☐No

Endocrino

Sed Excesiva ☐Si ☐No

Intolerancia al Frio/Calor ☐Si ☐No

Gastrointestinal

Acidez ☐Si ☐No

Cambio en el apetito ☐Si ☐No

Nauseas ☐Si ☐No

Vomitos ☐Si ☐No

Cambio en hábitos intestinales ☐Si ☐No

Heces sangrientas/Alquitranadas ☐Si ☐No

Psiquiatrico

Ansiedad ☐Si ☐No

Depresion ☐Si ☐No

Alucinaciones ☐Si ☐No

Cardiovascular

Dolor de pecho ☐Si ☐No

Palpitaciones ☐Si ☐No

Desmayos ☐Si ☐No

Murmillos ☐Si ☐No

hinchazon de las piernas ☐Si ☐No

Piel

Erupcion en la piel ☐Si ☐No

Llagas o' heridas abiertas ☐Si ☐No

Mala curación ☐Si ☐No

Perdida de cabello anormal ☐Si ☐No

Genitourinarias

Sangre en la orina ☐Si ☐No

Dolor al orinar ☐Si ☐No

Dolor del Costado ☐Si ☐No

Orinar con Frecuencia ☐Si ☐No

Orinar con Urgencia ☐Si ☐No

Hematologicas

Problemas de sangrado ☐Si ☐No

Moretones facilmente ☐Si ☐No

Respiratorio

Falta de aliento ☐Si ☐No

Tos ☐Si ☐No

Dificultad para respirar ☐Si ☐No

Dolor al inhalar ☐Si ☐No

Uso de mascarar CPAP/BiPAP ☐Si ☐No

Uso de Oxigeno ☐Si ☐No

Por la presente autorizo a Miguel A. Rodriguez, DPM; Jack Morgan, DPM y Ben Scherer, DPM a proporcionar a mi compañía de seguros toda la información que dicha compañía pueda solicitar sobre mi enfermedad o' lesion. Por la presente asigno a Miguel A. Rodriguez, DPM; Jack Morgan, DPM y Ben Scherer, DPM todos mis pagos a los que tengo derecho por gastos medicos y/o quirúrgicos relacionados con el servicio reportado por mi enfermedad o; lesion. Entiendo que soy financieramente responsable ante dicho medico por los cargos no cubiertos por esta asignación de beneficios. Una fotocopia de esta asignación/tarea es tan valida como la original.

Firma del Paciente: _____

Fecha: _____