

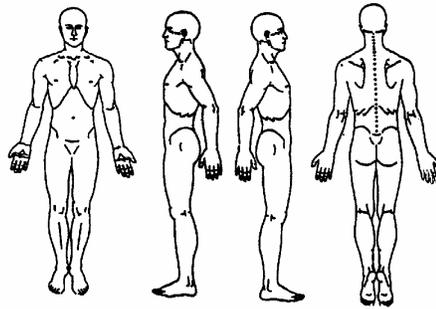
# Información de su Historia de Salud

Esta Información es confidencial. Si no creemos que su problema va a responder favorablemente, no podríamos aceptar su caso. Lo referiremos a alguien que le podrá ayudar. Para poder entender su problema de salud. Favor de completar esta forma. Gracias.

Fecha \_\_\_\_\_ Social Security # \_\_\_\_\_  
Nombre \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_  
Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_  
Edad \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Estado civil C S V D Niños \_\_\_\_\_  
Ocupación \_\_\_\_\_ Empleado por \_\_\_\_\_  
Dirección de empleo \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_  
Nombre del Esposo(a) \_\_\_\_\_ Ocupación \_\_\_\_\_  
Empleado Por \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_  
Nombre de un familiar cercano \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

## Indique dolores, Heridas, y duración

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_
5. \_\_\_\_\_
6. \_\_\_\_\_



## Otros doctores consultados por estos problemas;

Nombre de Hospital \_\_\_\_\_ Fecha de Consulta \_\_\_\_\_  
Diagnóstico \_\_\_\_\_ Tratamiento \_\_\_\_\_  
Recomendaciones \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha de Consulta \_\_\_\_\_  
Diagnóstico \_\_\_\_\_ Tratamiento \_\_\_\_\_  
¿Por cuanto tiempo ha visto al doctor? \_\_\_\_\_ Frecuencia \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha de Consulta \_\_\_\_\_  
Diagnóstico \_\_\_\_\_ Tratamiento \_\_\_\_\_  
¿Por cuanto tiempo ha visto al doctor? \_\_\_\_\_ Frecuencia \_\_\_\_\_

Doctor de familia \_\_\_\_\_ Fecha del ultimo examen \_\_\_\_\_

## INFORMACION MONETERIO:

Compania de Seguro (Primero) \_\_\_\_\_  
Numero de Poliza \_\_\_\_\_ ID# \_\_\_\_\_ Asegurado \_\_\_\_\_

Compania de Seguro (Secundario) \_\_\_\_\_  
Numero de Poliza \_\_\_\_\_ ID# \_\_\_\_\_ Asegurado \_\_\_\_\_

Nombre del Abogado \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_  
Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

**¿Que cirugías ha tenido Usted?**

Tipo/Fecha/Doctor/Observaciones\_\_\_\_\_

---

---

---

**Lista de accidentes o caídas serias:(auto, trabajo, casa, tiempo libre, deportes u otro - circule uno)**

Qué/Cuándo/Síntomas/Tratamiento/Resultados\_\_\_\_\_

---

---

---

**Lista de huesos rotos:**

Qué/Cuándo/Observaciones\_\_\_\_\_

---

---

---

**Lista de medicaciones y/o suplementos de dieta que Usted ingiere:**

Que tipo/Frecuencia/Doctores/efectos secundarios perjudiciales/observaciones\_\_\_\_\_

---

---

---

**Lista De Enfermidades:**

(Por Ejemplo: Alta Precion, Diabetes, Ataque de Corozon, Ataque de Cerebro, Asma, Ulceras, Cancer, Artritis, Depression)\_\_\_\_\_

---

---

---

**Lista De Actividades De Trabajo Y Casa**

---

---

---

---