

Fecha _____

Apellido _____ Nombre _____

Numero De Seguro _____ - _____ - _____ Fecha De Nacimiento _____ / _____ / _____

Edad _____ Estado Civil S/C/ D/ V Genero: Hombre/Mujer

Domicilio _____

Ciudad _____ Estado _____ Codigo Postal _____

Numero De Telefono: (____) _____ - _____ Celular/Casa/Trabajo

Numero De Telefono Secundario: (____) _____ - _____ Celular/Casa/Trabajo

Correo Electronico: _____

Empleador _____ Ocupacion _____

Direccion _____ Telefono _____

Medico De Atencion Primaria: _____

Numero De Telefono: _____

A quien desea asignar como su persona de contacto en caso de emergencia?

Nombre: _____

Numero De Telefono: (____) _____ - _____

Relacion que tienen con usted: _____

Asegurado:Nombre/Primero _____ Apellido _____

No. Seguro Social: _____ - _____ - _____ Fecha de Nacimiento: _____ / _____ / _____

Firma _____ Fecha _____

Cuestionario De Salud

Nombre _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____

Estatura _____ Peso _____ Medida de Zapato _____

Tipo de Problema del Pie _____

Cuanto Tiempo con el Problema _____

A recibido Tratamiento para este problema _____

<u>Historia de Enfermedades:</u>	<u>Alguna Vez a Tenido?</u>	<u>Explique Abajo</u>
----------------------------------	-----------------------------	-----------------------

Artritis/Bursitis	NO/SI	_____
-------------------	-------	-------

Anemia	NO/SI	_____
--------	-------	-------

Problemas de Espalda	NO/SI	_____
----------------------	-------	-------

Diabetis	NO/SI	_____
----------	-------	-------

Embolia	NO/SI	_____
---------	-------	-------

Cancer	NO/SI	_____
--------	-------	-------

Tiroides	NO/SI	_____
----------	-------	-------

Ulceras de Estomago	NO/SI	_____
---------------------	-------	-------

Hepatitis/Enfermedad de Hgado	NO/SI	_____
-------------------------------	-------	-------

VIH/Sida	NO/SI	_____
----------	-------	-------

Asma/Problema Respiratorios	NO/SI	_____
-----------------------------	-------	-------

Presion Alta	NO/SI	_____
--------------	-------	-------

Colesterol Alto	NO/SI	_____
-----------------	-------	-------

Fiebre Reumatica	NO/SI	_____
------------------	-------	-------

Enfermedade del Corazon	NO/SI	_____
-------------------------	-------	-------

Tarda Para Sanar Despues de una Herida	NO/SI	_____
--	-------	-------

Desorden De Sangre	NO/SI	_____
--------------------	-------	-------

Golpe en la Cabeza	NO/SI	_____
--------------------	-------	-------

Otra Enfermedad	NO/SI	_____
-----------------	-------	-------

Cirugias en General: _____

Bebidas Alcoholicas: Nunca / Raramente / Moderado / Diariamente

Fuma Tabaco: NO/SI Paquetes al Dia: _____ Años: _____

Fumo Antes: NO/SI _____

Recibe Vacuna del Flu: NO/SI _____

MEDICAMENTOS QUE TOMA ACTUALMENTE:

ALERGIAS A MEDICINA:
