

# Formulario de cambios de salud

Correo electrónico

Fecha de hoy

Como lo requiere la ley, nuestra oficina se adhiere a las políticas y procedimientos escritos para proteger la privacidad de la información sobre usted que creamos, recibimos o mantenemos. Sus respuestas son solo para nuestros registros y se mantendrán confidenciales sujeto a las leyes aplicables. Tenga en cuenta que se le harán algunas preguntas sobre sus respuestas a este cuestionario y es posible que haya preguntas adicionales sobre su salud. Esta información es vital para permitirnos brindarle la atención adecuada. Esta oficina no usa esta información para discriminar.

## INFORMACIÓN PERSONAL

Nombre

Apellido

Inicial

Si está completando este formulario para otra persona, ¿cuál es su relación con esa persona?

Tu nombre

Relación

Teléfono de casa

Teléfono móvil

# INFORMACIÓN MÉDICA Para las siguientes preguntas, marque (X) sus respuestas

¿Está actualmente bajo el cuidado de un médico?.....  Si  No

Nombre del medico  Teléfono

Dirección/Ciudad/Estado/Código postal

¿Goza de buena salud?.....  Si  No

¿Ha habido algún cambio en su salud general durante el último año?.....  Si  No

Si es así, ¿qué condición se está tratando?

Fecha del último examen físico

*Para las siguientes preguntas, marque (X) sus respuestas*

¿Usa sustancias controladas (drogas)?.....  Si  No

¿Usa tabaco (fumar, rapé, mascar, bidis)?.....  Si  No

Si es así, ¿qué interés tiene en parar?  
 MUCHO  POCO  SIN INTERÉS

¿Bebes bebidas alcohólicas?.....  Si  No

En caso afirmativo, ¿cuánto ha bebido en las últimas 24 horas?

**Reemplazo de la articulación:** ¿Ha tenido alguna vez un reemplazo ortopédico total de articulación (cadera, rodilla, codo, dedo)?.....  Si  No

En caso afirmativo, ¿fecha?

En caso afirmativo, ¿ha tenido alguna complicación?

**Alergias:** ¿Es alérgico o ha tenido una reacción a:  Si  No

Anestésicos locales.....  Si  No

Aspirina.....  Si  No

Penicilina u otros antibióticos.....  Si  No

Barbitúricos, sedantes o pastillas para dormir.....  Si  No

Drogas sulfa.....  Si  No

Codeína u otros narcóticos.....  Si  No

¿Ha tenido una enfermedad grave, una operación o ha estado hospitalizado en los últimos 5 años?.....  Si  No

En caso afirmativo, ¿cuál fue la enfermedad o el problema?

¿Está tomando o ha tomado recientemente algún medicamento recetado o de venta libre?.....  Si  No

¿Toma anticoagulantes?.....  Si  No

¿Toma aspirina con regularidad?.....  Si  No

En caso afirmativo, enumere todos. Incluye las vitaminas, las preparaciones naturales o herbales y/o los suplementos dietéticos:

**SOLO MUJERES** Estás:  Si  No

¿Embarazada?.....  Si  No

Numero de semanas

¿Tomando píldoras anticonceptivas o reemplazos hormonales?.....  Si  No

¿Amamantando?.....  Si  No

Si  No

Si  No

Metales.....  Si  No

Látex (goma).....  Si  No

Yodo.....  Si  No

Fiebre del heno/estacional.....  Si  No

Animales.....  Si  No

Alimentos/Otro.....  Si  No

En caso afirmativo, por favor especifique



