



PO Box 397 • 450 Tatone Street, Boardman, OR 97818 • 541-481-7212 • [www.crhclinic.net](http://www.crhclinic.net)

## INFORMACIÓN DEL PACIENTE

FECHA DE HOY \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

APELLIDO \_\_\_\_\_ I.N. \_\_\_\_\_ NOMBRE \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

DOMICILIO DE CASA \_\_\_\_\_

CIUDAD \_\_\_\_\_ ESTADO \_\_\_\_\_ CODIGO POSTAL \_\_\_\_\_

DOMICILIO DE CORREO \_\_\_\_\_

CIUDAD \_\_\_\_\_ ESTADO \_\_\_\_\_ CODIGO POSTAL \_\_\_\_\_

TELEFONO DE CASA (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ TELEFONO DE CELLULAR (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

TELEFONO DE TRABAJO (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

GENERO \_\_\_\_\_ ESTADO CIVIL:  SOLTERO/A  CASADO/A  VIUDO/A  DIVORCIADO/A  
OCUPACION \_\_\_\_\_

GUARDIAN/TUTOR/REPRESENTANTE DEL PACIENTE (si se aplica) \_\_\_\_\_  
RELACION CON EL PACIENTE \_\_\_\_\_

TIENE USTED ALERGIAS A LÁTEX (goma)? SÍ O NO  
POR FAVOR LISTE TODAS LAS ALERGIAS A MEDICAMENTOS \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

POR FAVOR LISTE OTRAS ALERGIAS (AMBIENTAL/ALIMENTOS)  
\_\_\_\_\_

CONTACTO DE EMERGENCIA \_\_\_\_\_ NUMERO DE TELEFONO \_\_\_\_\_

AFILIACIÓN RELIGIOSA \_\_\_\_\_ ¿SERVICIO MILITAR? SÍ O NO AÑOS DE EDUCACIÓN \_\_\_\_\_

LISTE TODOS LOS MEDICAMENTOS QUE ESTE TOMANDO RECIENTEMENTE, ABAJO (CON RECETA O SIN RECETA)  
(INCLUYA REMEDIOS NATURALES, VITAMINAS Y OTROS SUPLEMENTOS)

NO TOMO MEDICAMENTOS

**NOMBRE DE MEDICAMENTOS/CANTIDAD    DOSIS    NOMBRE DE MEDICAMENTOS/CANTIDAD    DOSIS**

NOMBRE DE MEDICAMENTOS/CANTIDAD	DOSIS	NOMBRE DE MEDICAMENTOS/CANTIDAD	DOSIS

Farmacia de Preferencia \_\_\_\_\_ Teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Fax: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_



PO Box 397 • 450 Tatone Street, Boardman, OR 97818 • 541-481-7212 • [www.crhclinic.net](http://www.crhclinic.net)

Domicilio \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

**ANTECEDENTES MÉDICOS** (POR FAVOR MARQUE TODO LO QUE TIENE O HA TENIDO)

<input type="checkbox"/> Enfermedad Cardíaca <input type="checkbox"/> Soplo Cardíaco <input type="checkbox"/> La Hipertensión Arterial <input type="checkbox"/> Infarto <input type="checkbox"/> Derrame Cerebral <input type="checkbox"/> Colesterol Alto	<input type="checkbox"/> Cáncer (tipo) _____ <input type="checkbox"/> Hipotiroidismo <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Enfermedad Renal <input type="checkbox"/> Piedra en el Riñón <input type="checkbox"/> Anemia <input type="checkbox"/> Bocio (enfermedad del tiroides)	<input type="checkbox"/> Epilepsia <input type="checkbox"/> Artritis (tipo) _____ <input type="checkbox"/> VIH/SIDA <input type="checkbox"/> Cataratas <input type="checkbox"/> Enfermedad de la Piel <input type="checkbox"/> Ansiedad <input type="checkbox"/> Depresión
<input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica <input type="checkbox"/> Neumonía <input type="checkbox"/> Tuberculosis <input type="checkbox"/> Embolia Pulmonar <input type="checkbox"/> Fiebre Reumática	<input type="checkbox"/> Hepatitis <input type="checkbox"/> Ictericia(Piel/ojos amarillos/as) <input type="checkbox"/> Úlcera Gástrica <input type="checkbox"/> Colitis <input type="checkbox"/> Enfermedad de Crohn <input type="checkbox"/> Pancreatitis	<b>Otras condiciones médicas (por favor, liste):</b> _____ _____ _____ _____

Último periodo Menstrual	Sí / No Fecha: __/__/__	Normal Anormal
Colonoscopia	Sí / No Fecha: __/__/__	Normal Anormal
Mamografía	Sí / No Fecha: __/__/__	Normal Anormal
Absorciometría de rayos x de energía dual (Densidad de hueso )	Sí / No Fecha: __/__/__	Normal Anormal
Papanicolaou	Sí / No Fecha: __/__/__	Normal Anormal

¿Ha tenido una histerectomía? Sí / No Sí, <u>Sí</u> : (completa o parcial) Fecha: __/__/____ Razón: _____
¿Fuma tabaco? Sí / No    ¿Mastica tabaco? Sí / No Sí, <u>Sí</u> , ¿cuánto y por cuánto tiempo? _____
¿Toma alcohol? Sí / No    Sí, <u>Sí</u> , ¿cuánto? _____ ¿Cualquier otro uso de drogas? Sí / No    Sí, <u>Sí</u> , liste: _____ ¿Café? Sí / No    Sí, <u>Sí</u> , ¿cuánto? _____

**HISTORIAL FAMILIAR**

	EDA	SALUD / CONDICIONES MEDICAS	CAUSA DE FALLECIMIENTO
Padre (Vivo / Fallecido)			
Madre (Viva / Fallecida)			

Otros antecedentes familiares pertinentes: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**HISTORIA DE CIRUGÍA** (Liste tipo, motivo y fecha de cirugías pasadas)

Cirugía/motivo (si corresponde)	Fecha	Cirugía/motivo (si corresponde)	Fecha



PO Box 397 • 450 Tatone Street, Boardman, OR 97818 • 541-481-7212 • [www.crhclinic.net](http://www.crhclinic.net)

**Liste otros proveedores médicos que utiliza de forma regular (es decir, cardiólogo, Salud Mental, riñón, ginecóloga/o, cáncer, etc...)**

---

---

---

---