

LAREDO MINOR EMERGENCY CLINIC

CUIDADO COMPLETO DE LA FAMILIA

Melchor P. Cárdenas, MD

INFORMACION DEL PACIENTE

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____
Dirección: _____ Masculino: () Femenina: ()
Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____ # de Seguro Social: _____
Teléfono: (____) _____ Cell: (____) _____
Estado Civil: () Soltero(a) () Casado(a) () Divorciado(a) () Viudo(a) () Separado(a) Raza: () Hispano o Latino
() Afro Americano () Raza Asiática () Otro _____
Lenguaje: () Inglés () Español
Mano Dominante: () Derecha () Izquierda
Correo Electrónico (E-Mail): _____

CONTACTO DE EMERGENCIA

Nombre: _____ Parentesco: _____
Dirección: _____ Teléfono: (____) _____

NOMBRE COMPLETO DE PADRES/GUARDIAN

Nombre: _____ Parentesco: _____
Nombre: _____ Parentesco: _____

INFORMACION DE ASEGURANSA

() Medicaid () Medicare () W/C () Seguridad Privada () Sin Seguro

REFERIDO POR: _____

RESPONSABILIDAD FINANCIERA

Reconozco que voy hacer responsable por cualquier cuenta que no esté cubierto por mi seguridad.

AUTORIZACION

Yo autorizo la liberación de cualquier información médica necesaria para el proceso de reclamo a la a seguridad y requisitos de pago de los beneficiarios a mi o al partido quien acepta la asignatura.

Firma Del Paciente: _____ Fecha: _____

CUESTIONARIO DE ALERGIAS

APELLIDO _____ NOMBRE _____

FDN (M/D/A): _____ / _____ / _____

¿CREE USTED QUE SUFRE DE ALERGIAS? SI NO

¿HA PADECIDO USTED DE ALGUNO DE ESTOS PROBLEMAS O SINTOMAS?

(SELECCIONE TODOS LOS QUE APLIQUEN)

- HINCHAZON O RONCHAS EN EL CUERPO QUE TAN SEGUIDO? _____
- PROBLEMAS RESPIRATORIOS, ASMA O RONQUERA EN EL PECHO? SI NO
- ¿HA SIDO DIAGNOSTICADO CON ASMA? SI NO A QUE EDAD? _____
 - o CONSIDERA QUE SU ASMA ES: SEVERA _____ MODERADA _____ LEVE _____
- SENSACION DE OLORES O SABORES EN SU FOSA NASAL DESCRIBA: _____
- PROBLEMAS EN LA PIEL: IRRITACION, COMEZON DESCRIBA: _____
 - o TIENE ANIMALES DOMESTICOS EN CASA QUE TIPO: _____
- SINUSITIS, DOLOR/PRESION DE CABEZA O EN LA FRENTE DESCRIBA: _____
- MUCOSIDAD, COMEZON EN LA NARIZ, ESTORNUDOS, O NARIZ TAPADA
 - o QUE TAN SEGUIDO? _____
- SANGRADO NASAL QUE TAN SEGUIDO? _____
- RONQUERA O QUE SE LE VAYA LA VOZ QUE TAN SEGUIDO? _____
- OJOS LLOROSOS O CON COMEZON? QUE TAN SEGUIDO? _____
- COMEZON EN LOS OIDOS O GARGANTA QUE TAN SEGUIDO? _____
- VOMITO QUE TAN SEGUIDO? _____
 - o CUANDO Y COMO OCCURE EL PROBLEMA? _____
- INFECCIONES FRECUENTES QUE TAN SEGUIDO? _____
- REACCIONES A COMIDAS DESCRIBA: _____
- REACCIONES A MEDICAMENTOS DESCRIBA: _____
- REACCIONES A PICADURAS DE INSECTOS DESCRIBA: _____

¿TOMA O HA TOMADO MEDICAMENTO PARA TRATAR LOS SINTOMAS MENCIONADOS? SI NO

¿CUANDO FUE LA ULTIMA VEZ QUE USTED TOMO ESOS MEDICAMENTOS? _____

¿HA TENIDO UN EXAMEN DE ALERGIAS DE LA PIEL O DE SANGRE? SI NO

SI, CUANDO _____ NOMBRE DEL DOCTOR _____

¿LE RECETARON MEDICAMENTO PARA LAS ALERGIAS? SI NO SPECIFIQUE: _____

¿LE HAN PUESTO INYECCIONES PARA LAS ALERGIAS? SI NO CUANDO? _____

1. ¿SUFRE USTED DE ATAQUES AGUDOS E INCONTROLABLES DE ASMA? SI NO
2. ¿SUFRE USTED DE REDUCCION EN SU FUNCION PULMONAR? SI NO
3. ¿HA SIDO HOSPITALIZADO POR UN ATAQUE DE ALERGIAS AGUDO? SI NO CUANDO _____
4. ¿HA SUFRIDO DE UN ATAQUE ANAFILACTICO DEBIDO A UNA REACCION ALERGICA? SI NO
HACE CUANTO TIEMPO _____
5. ¿SUFRE DE ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR? SI NO QUE TIPO _____
6. ¿ESTA BAJO TRATAMIENTO MEDICO CON MEDICINAS BETA-BLOQUEADORAS? SI NO

(SI USTED CONTESTO QUE SI A CUALQUIERA DE LAS PREGUNTAS DEL 1-6 SE LE REQUERIRA QUE VEA A UN DOCTOR ANTES DE LA PRUEBA DE ALERGIAS YA QUE PUEDE SER CONTRAINDICADO EN SU ESTADO MEDICO.)

FOR OFFICE USE ONLY

PROVIDER: _____ ADDRESS _____

REVIEWED BY: _____ DATE: _____

BLOOD TEST DONE TODAY? YES NO SPECIMEN SENT TO: _____

NOTES: _____