

**INFORMACION DE SALUD  
CONFIDENCIAL**

Pro Health & Rehab

Fecha de Hoy: \_\_\_\_\_

Chart Number: \_\_\_\_\_

**Información Personal**

Nombre: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Apt: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Teléfono de Casa: ( ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Numero de Seguro Social: \_\_\_\_\_

Teléfono de Celular: ( ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Genero:  Masculino  Femenino

Teléfono Adicional: ( ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Estado Civil:  Soltero(a)  Casado(a)  Divorciado(a)

Correo Electrónico: \_\_\_\_\_  Separado(a)  Viudo(a)

Nombre de su Cónyuge: \_\_\_\_\_ Edad de su(s) hijo(s): \_\_\_\_\_

Quien lo Refirió?  Letrero del Edificio  Paginas Amarillas  Medico Primario  Seguro  Abogado  Internet  
 Familia/Amigo  \_\_\_\_\_

**Empleador**

Nombre del Empleador: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Teléfono de Trabajo: ( ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Numero de Fax: ( ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

**Contacto en caso de Emergencia:**

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_ Numero de Teléfono: ( ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

**Modo de Pago?**  Yo Pagar  Seguro Medico  Medicare  
 Seguro de Auto  Worker's Comp  Otro: \_\_\_\_\_

Nombre del Seguro: \_\_\_\_\_

**Quien es el portador encargado de la póliza?**

Health ID Card No: \_\_\_\_\_

Si mismo  Cónyuge  Padres

Group No: \_\_\_\_\_

Nombre de Persona Asegurada: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Medico Primario: \_\_\_\_\_

Tel del Medico Primario: ( ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

**Accidente de Auto (Información del Seguro de Auto)**

Fecha del Accidente: \_\_\_\_\_ Donde Ocurrió el Accidente? \_\_\_\_\_

Donde estabas en el Auto:  Conductor  Pasajero delantero  Pasajero trasero

Nombre de Su Seguro: \_\_\_\_\_ Numero de Reclamo \_\_\_\_\_

Nombre de Seguro del Otro Carro: \_\_\_\_\_ Numero de Reclamo \_\_\_\_\_

Tiene Abogado?  Si  No Nombre de Abogado: \_\_\_\_\_

La información que presento es verdadera. Autorizo que los beneficios de mi seguro sean pagados directamente ProHealth & Rehab. Entiendo que soy económicamente responsable por cualquier balance. También autorizo a ProHealth & Rehab o la Compañía de seguros a facilitar cualquier información requerida para procesar mis cuentas.

X \_\_\_\_\_  
Firma del Paciente/Guardian

\_\_\_\_\_  
Fecha

**HISTORIA CLINICA**

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Accidente Carro.  Accidente Trabajo D.O.A: \_\_\_\_\_

**QUEJA PRINCIPAL**

**Localización Dolor:**  Cabeza  Cuello  Mitad espalda  Cintura  Pecho  Costillas  Hombro Der.  Hombro Izq.  
 Mano / Muñeca Der.  Mano / Muñeca Izq.  Rodilla Der.  Rodilla Izq.  Tobillo / Pie Der.  Tobillo / Pie Izq.  
 Abdomen.  Mandíbula Der.  Mandíbula Izq.

Explique: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Frecuencia:**  Constante.  Ocasional.  Intermitente  Frecuente.

**Progresión del Dolor:**  Igual  Empeorando  Mejorando  Fluctuando

**Característica:**  Molestia  Agudo  Quema  Sordo  Pulsátil.  Cuchillo  Espasmo  Irradia Pierna / Brazo

**Severidad:** Escala de Dolor: Marque con una X el número que corresponda a tu dolor

Sin Dolor	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Dolor Intenso
	-----Leve-----			-----Moderado-----			-----Severo-----					

**Síntomas Adicionales**  Mareo  Nausea  Ansiedad  Perdida Olfato  Irritabilidad  Depresión  Confusión  
 Dolor detrás de ojos  Dificultad Respiratoria  Dificultad al Dormir  Perdida Sabor  Visión Borrosa  Concentración  
dificultosa  Ruidos en Oídos  Adormecimiento de Brazos Der o Izq. ?  Adormecimiento de Piernas Der o Izq.?

**HISTORIA FAMILIAR**

Marque con una X si alguno de sus familiares (padres, hermanos, tíos, etc.) sufre o sufrió de:

Cancer	<input type="checkbox"/>	Epilepsia	<input type="checkbox"/>	Arthritis	<input type="checkbox"/>	Enfermedad Riñones	<input type="checkbox"/>
Tuberculosis	<input type="checkbox"/>	Demencia	<input type="checkbox"/>	Hemophilia	<input type="checkbox"/>	Hypertension	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>	Gota	<input type="checkbox"/>	Asma	<input type="checkbox"/>	Enfermedad Corazón	<input type="checkbox"/>

**HISTORIA PERSONAL**

Cirugías :  (Describa) \_\_\_\_\_

Hospitalización:  (Describa) \_\_\_\_\_

Medicamentos que está tomando : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Accidente carro: Si  No  Cuando?: \_\_\_\_\_

Alergias: Yes  No  Fuma?: Si  No  Ocasionalmente  Frecuentemente

¿Toma bebidas alcohólicas? Si  No  Ocasionalmente  Frecuentemente

**GENERAL**

Marque el mas apropiado

	<u>Pasado</u>	<u>Presente</u>		<u>Pasado</u>	<u>Presente</u>
Dolor de Cabeza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Accidente Trabajo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hemofilia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad Venerea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas siquiatricos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bulimia / Anorexia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedad Tiroides	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dependencia a las Drogas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Depresion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mareo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	<u>Past</u>	<u>Presente</u>		<u>Pasado</u>	<u>Presente</u>		<u>Past</u>	<u>Presente</u>		<u>Pasado</u>	<u>Presente</u>
Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cancer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Artritis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Anemia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Epilepsy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tuberculosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hepatitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fiebre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Gota	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Vitamins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**PIEL**

Psoriasis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Eczema	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dermatitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Herpes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-----------	--------------------------	--------------------------	--------	--------------------------	--------------------------	------------	--------------------------	--------------------------	--------	--------------------------	--------------------------

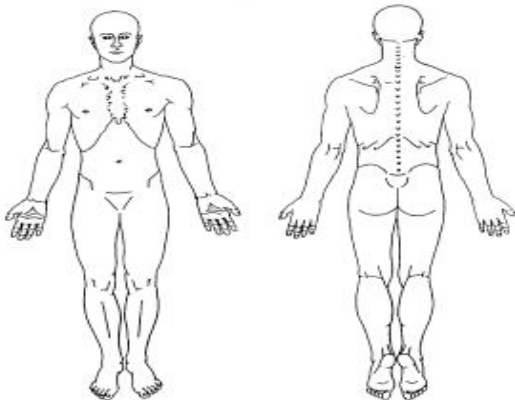
**HISTORIA CLINICA**

<b>EENT</b>	<b><u>Past</u></b>	<b><u>Present</u></b>		<b><u>Past</u></b>	<b><u>Present</u></b>		<b><u>Past</u></b>	<b><u>Present</u></b>
Glaucoma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas visuales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Otitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cataratas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ruido Oidos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sinusitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Conjuntivitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Perdida Audicion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sangrado Nariz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rinitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tos Persistente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ronquera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	<b><u>Past</u></b>	<b><u>Present</u></b>		<b><u>Past</u></b>	<b><u>Present</u></b>
<b>CARDIOVASCULAR - RESPIRATORIO</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>GASTROINTESTINAL - G / U</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hypertension Arterial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad del Hgado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dolor en el Pecho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ulcera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infarto Cardiaco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Perdiada del Apetito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedad Corazon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Flatulencia (Gas)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fiebre Reumatica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Vomito, Nausea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soplo Corazon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolor Abdominal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hinchazon en tobillos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Calculos biliares	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dificultad al respirar /caminar / dormir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hemorroides	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tos Cronica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Constipacion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Expectorando Flema	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hernia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Escupiendo Sangre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ictericia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Neumonia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Calculos Renales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bronquitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Infeccion Urinaria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Sangre en la Orina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Dificultad al Orinar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>REPRODUCTIVO</b>	<b><u>Past</u></b>	<b><u>Present</u></b>	<b>SISTEMA NERVIOSO Y MUSCULOSKELETAL</b>	<b><u>Past</u></b>	<b><u>Present</u></b>
Embarazada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolor en la Cintura	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Menstruaciones Irregulares	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolor en el Cuello	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Test de Papanicolaou Anormal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolor entre las Escapulas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas de la Prostata	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolor en los Brazos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dolor en Testiculo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolor en la Pierna - Ciatica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Marque una X en los lugares del dolor



Espasmos musculares	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pérdida de fuerza en Manos y/o Piernas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Adormecimiento de Brazos y/o Piernas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Perdida de sensibilidad de Brazos y/o Piernas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hernia de Disco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Scoliosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fracturas / desgarros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Osteoporosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pierna mas corta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Previous Sintomas**

- No he tenido síntomas similares a mi condición actual
- He tendido estos síntomas antes pero no me molestaban
- Los síntomas anteriores existían, pero se agravaron

Mis síntomas más recientes ocurrieron: \_\_\_\_\_  meses atrás  
 \_\_\_\_\_  años atrás o en Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Firma:** \_\_\_\_\_

**Fecha:** \_\_\_\_\_