

Copper Queen Community Hospital

Dr. Suzanne Daly

32746'G0J k j y c{'; 4'Rcmqo kpcu.'C\ ': 7837"

Phone: (520) 335-6730 Fax: (335) 335-6855

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Telephono: _____ Telephono mobil: _____

Direccion: _____ Ciudad/Estado/Postal: _____

Seguro Social: _____ Sexo: _____

Correo Electronico: _____

Empleo: _____ Ocupacion: _____

Estado Civil: Casado(a) Soltero(a) Viudo(a) Divorciado(a)

Nobre de esposo(a): _____

Contacto de Emergencia: _____

Telephono#: _____

Nobre(s) de persona(s) al que da permiso hablar con respecto a su informacion medica:

Doctor Cabezera: _____ **Farmacia:** _____

Referido por: _____

Seguro Medico Primario: _____

Numero de poliza: _____ Numero de grupo: _____

Persona responsable de seguro: _____

Fecha de nacimiento: _____ Seguro Social: _____

Relacion al paciente: _____

Seguro Medico Secundario: _____

Numero de poliza: _____ Numero de grupo: _____

Persona responsable de seguro: _____

Fecha de nacimiento: _____ Seguro Social: _____

Relacion al paciente: _____

Copper Queen Community Hospital Dr. Suzanne Daly

Phone: (520) 335-6730 Fax: (520)335-6855

Nombre _____ Fecha de Nacimiento: _____

Razon por la que esta aqui hoy: _____

Alergia a medicamento(s)? No Si, favor anotelos:

Alergia a: Leche Soya Huevo Nada

Por favor anote todas sus medicinas, vitaminas y hierbas:

<u>Nombre de Medicina</u>	<u>Dosis</u>	<u>Frecuencia</u>

Cirugias Previas (incluya la fecha)

Vesicula _____ Utero/histerectomia _____ Apendice _____

Corazon(tipo) _____ Intestino _____ Otro(s) _____

Historia Medica Personal (marque todos los que apliquen)

Colonoscopia: Cuando _____ Resultados: Polipos _____ Cancer de colon _____ Otro _____

Endoscopia: Cuando _____ Resultados: IBS _____ Ulceras (donde?) _____ Otro _____

Enfermedad de Hgado(que tipo) _____ Cancer de: _____ Crohn's _____

Ronchas, donde? _____ Acides/Reflujo _____ Colitis Ulcerosa _____ Diverticulosis

Llagas en la boca Presion Alta Anemia Piel y Ojos amarillos

Diabetes Artritis Tobillos hinchados Enfermedad de Tiroide Hypo o Hyper

Enfermedad de los Rinones Otro(s) _____

Tiene lo siguiente

Si No

Dolor de pecho Que tan seguido _____

Asma/Silba

Marcapasos

Oxigeno/CPAP

Arritmias/Desfibrilador _____

Falta de Aliento _____

Bajo nivel de azucar: Si _____ No _____

Convulsiones: Si _____ No _____ Dano neurologico: Si _____ No _____

Paralisis: Si _____ No _____ Derrame Cerebral: Si _____ No _____

Ansiedad/Depresion: Si _____ No _____ Nivel de estres? Bajo _____ Moderado _____ Alto _____

Por favor marque cualquier sintoma digestivo reciente que le aplique:

__ Dolor de estomago __ Nausea __ Reflujo __ Vomito __ Diarrea __ Estrenimiento

__ Sangre en el excremento __ Sangre en el recto __ Aumento de peso __ lbs

__ Perdida de peso __ lbs __ Hemorroids __ Dificultad al tragar

Historia familiar: Desconocido _____

Padre: Edad(si vivo)____ Edad cuando fallecio? _____ Causa de fallecimiento _____

Madre: Edad(si viva)____ Edad cuando fallecio? _____ Causa de fallecimiento _____

Historia familiar	Quien? de parte de Madre	Quien? de parte de Padre
Polipos de colon		
Colitis Ulcerosa		
Enfermedad del higado		
Diabetes		
Cancer de colon		
Cancer de estomago		
Piedras en la vesicula		
Crohn's		
IBS Que tipo?		
Pancreatitis		
Otro tipo de cancer _____		

Historia Social:

Bebe alcohol: __ No __ Si, Cuanto? _____ Dejo? Cuando: _____

Fumas?: __ Nunca __ Si, Cuanto? _____ Dejo? Cuando? _____

Usa drogas rcreativas? __ No __ Si, por favor anote _____

Occupacion: _____ Hijos?cuantos? _____