

Woodlands Internists, PA

Nadeem Jamil M.D.
Chris Sparkman M.D.
Jaya Goel M.D.
Jennifer Schmoker RN, FNP
Bernita Chance RN, FNP

Nombre: _____ Apellido: _____

Fecha de nacimiento: _____ Sexo: (M o F) Estado Civil: (S , C , D o- V)

Numero de Seguro Social: _____ Correo Electronico: _____

Direccion: _____

Numero de telefono en el hogar: _____ Celular: _____

Empleador: _____ Numero de telefono en el trabajo: _____

Contacto en caso de emergencia: _____

Parentesco con el paciente: _____ Numero de Telefono: _____

Informacion de seguro medico

Compania principal de seguro: _____ Numero de poliza: _____

Numero de grupo: _____Codigo del plan: _____

Nombre del titular: _____ Fecha de nacimiento: _____

Empleador: _____ Numero de telefono: _____

CIRUGIAS Y FECHAS:

CUANDO FUE SU ULTIMO:

MAMOGRAMA (35 YRS)	AUTO EXAMEN DE SENO	AUTO EXAMEN TESTICULAR
--------------------	---------------------	------------------------

HISTORIAL DE VACUNAS:

DIFTERIA/TETANUS	VACUNA DE LA GRIPE	VACUNA DE NEUMONIA
------------------	--------------------	--------------------

HISTORIAL MEDICO FAMILIAR (CIRCULE SI o NO) ALGUN FAMILIAR SUYO HA TENIDO (MADRE, PADRE, HERMANOS):

CANCER <i>SI NO</i>	PROBLEMAS DE CORAZON <i>SI NO</i>
DIABETES <i>SI NO</i>	PRESION ALTA <i>SI NO</i>

HA PADECIDO ALGO DE LO SIGIENTE: (CIRCULE SI o NO)

<i>S N</i> PRESION ALTA	<i>S N</i> ARTRITIS	<i>S N</i> ULCERA DIGESTIVA	<i>S N</i> CONVULSIONES
<i>S N</i> DIABETES	<i>S N</i> NEUMONIA	<i>S N</i> PROBLEMAS DE LA VESICULA BILIAR	<i>S N</i> SENSACION DE ADORMECIMIENTO/HORMIGUEO
<i>S N</i> GLAUCOMA	<i>S N</i> SOPLO DE CORAZON	<i>S N</i> HEPATITIS/ICTERICIA	<i>S N</i> DESMAYOS
<i>S N</i> DOLOR DE CABEZA	<i>S N</i> TARDA EN CERRAR LAS HERIDAS	<i>S N</i> SANGRE EN EL EXCREMENTO	<i>S N</i> SEDIENTO CON MUCHA FRECUENCIA
<i>S N</i> ENFERMEDAD / LESIONES EN LOS OJOS	<i>S N</i> ANEMIA	<i>S N</i> HEMORROIDES	<i>S N</i> HA CONSIDERADO EL SUICIDO
<i>S N</i> INFECCIONES EN LOS OIDOS	<i>S N</i> FLEBITIS	<i>S N</i> CAMBIO EN EL HABITO DE DEFECAR	<i>S N</i> DIFICULTAD AL EMPEZAR ORINAR
<i>S N</i> ASMA	<i>S N</i> MORETONES ANORMAL	<i>S N</i> RETORCUIONES/DOLOR ABDOMINAL	<i>S N</i> PROBLEMAS DE LA PROSTATA
<i>S N</i> DOLOR DE PECHO	<i>S N</i> SANGRAMIENTO ANORMAL	<i>S N</i> PROBLEMAS DE RINON/ PIEDRAS EN EL RINON	<i>S N</i> DOLOR O INFLAMACION DE LOS TESTICULOS
<i>S N</i> FALTA DE RESPIRACION	<i>S N</i> CANCER	<i>S N</i> ENFERMEDAD DE LA TIROIDES	<i>S N</i> SANGRE EN LA ORINA
<i>S N</i> SANGRAMIENTO EXCESSIVO DESPUES DE CIRUGIA O EXTRACCION DE DIENTES		<i>S N</i> DIFICULTAD PARA DORMIRSE	<i>S N</i> OTRO: _____

GINECOLOGIA:

FECHA DE SU MENSTRUACION	NUMERO DE EMBARAZOS
FECHA DE SU PAPANICOLAO	ALGUN ABORTO

Fuma o ha fumado alguna vez? *SI No* Numero de Cigarrillos por dia _____ # Anos _____
 Toma bebidas Alcoholicas? *SI No* # Numero por semana _____ Usa drogas? *SI No*

Nombre: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Farmacia de Pedidos por correo

Nombre de Farmacia			Telefono		
Direccion		Cuidad, Estado		Codigo Postal	

Farmacia Local

Nombre de Farmacia			Telefono		
Direccion		Cuidad, Estado		Codigo Postal	

Alergias a medicamentos

--	--	--	--	--	--

Medicinas Actuales: Nombre de Medicina	Dosis	Cada Cuanto

*Si esta tomando medicinas que no caben en esta hoja, pida otra forma.