

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

Farmacia de Pedidos por correo		
Nombre de Farmacia	Telefono	
Direccion	Cuidad, Estado	Codigo Postal

Farmacia Local

Farmacia Local		
Nombre de Farmacia	Telefono	
Direccion	Cuidad, Estado	Codigo Postal

Alergias a medicamentos

Alergias a medicamentos

Medicinas Actuales: Nombre de Medicina

Dosis

Cada Cuanto

Medicinas Actuales: Nombre de Medicina	Dosis	Cada Cuanto

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