

Apellido del Paciente \_\_\_\_\_ Primer Nombre \_\_\_\_\_ Inicial del Segundo Nombre \_\_\_\_\_  
SS # \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Sexo: F M  
Direccion \_\_\_\_\_ Apt.# \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_  
Estado \_\_\_\_\_ Codigo Postal \_\_\_\_\_ Condado \_\_\_\_\_ # Telefonico de la Casa \_\_\_\_\_  
# del Trabajo \_\_\_\_\_ # de Celular \_\_\_\_\_ Correo Electronico \_\_\_\_\_  
Empleador \_\_\_\_\_ Direccion de Empleo \_\_\_\_\_  
Nombre de su Dr. Primario \_\_\_\_\_ # Telefonico de su Dr. Primario \_\_\_\_\_  
Fax de su Dr. Primario \_\_\_\_\_ Direccion de su Dr. Primario \_\_\_\_\_  
Idioma \_\_\_\_\_ Raza \_\_\_\_\_ Etnicidad \_\_\_\_\_  
Contacto de emergencia \_\_\_\_\_ # Telefonico \_\_\_\_\_

**SEGURO MEDICO PRIMARIO**

Nombre del Seguro \_\_\_\_\_ # de Póliza del Paciente \_\_\_\_\_  
Nombre del Grupo (Sí aplicable) \_\_\_\_\_ # del Grupo \_\_\_\_\_  
Nombre del Titular de la Póliza \_\_\_\_\_  
# SS de Titular de Póliza \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento del Titular de la Póliza \_\_\_\_\_

**SEGURO MEDICO SEGUNDARIO**

Nombre del Seguro \_\_\_\_\_ # de Póliza del Paciente \_\_\_\_\_  
Nombre del Grupo (Sí aplicable) \_\_\_\_\_ # del Grupo \_\_\_\_\_  
Nombre del Titular de la Póliza \_\_\_\_\_  
# SS de Titular de Póliza \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento del Titular de la Póliza \_\_\_\_\_

**OTOTRO PLAN DE SEGURO**

Esta visita esta cubierta por el seguro de compensación del trabajador? \_\_\_\_\_  
Seguro por accidente automobilista? \_\_\_\_\_

Yo certifico que esta informacion es verdadera y correcta al maximo de mi conocimiento. Yo le notificare de algun cambio sobre toda la informacion dada. Yo autorizo la entrega de cualquier informacion necesaria para el proceso de un reclamo de Seguro y pido que el pago de mis beneficios sea hecho al Doctor al menos que mi cuenta sea pagado por completo.

**Yo he recibido Ear, Nose & Throat Associates of New York, P.C. notificacion de practica privada.**

**Firma del Responsable de la Cuenta** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

**MOTIVO PRINCIPAL DE SU VISITA?** el oído \_\_\_\_\_

la nariz \_\_\_\_\_ la garganta \_\_\_\_\_

**NOMBRE DE SU FARMACIA** (Direccion y/o # Telefono)

Entiendo que mi historia de medicación puede obtenerse utilizando intercambio electrónico de información y que esta información de salud protegida puede proporcionar información valiosa para la salud. Por la presente autorizo P.C. de oído, nariz & garganta Associates de Nueva York, para acceder a mi historial de medicación sin limitación o exclusión anterior como es requerido o razonablemente conveniente para revelar, procesar, recuperar, transmitir y ver los efectos de la transmisión de una receta electrónica, expedida por un proveedor autorizado por ley para prescribir, según sea necesario para mi cuidado y tratamiento.

**MEDICAMENTOS QUE ESTA TOMANDO** (Recetada o No):  Ninguna

Medicamento	Dosis	Medicamento	Dosis	Medicamento	Dosis
1. _____	_____	4. _____	_____	7. _____	_____
2. _____	_____	5. _____	_____	8. _____	_____
3. _____	_____	6. _____	_____	9. _____	_____

**ALERGIA A MEDICAMENTOS:**  Ninguna

**FUMA Y HISTORIA SOCIAL**

¿Expuesto al humo del Tabaco?  Sí  No  Anterior Cantidad diaria? \_\_\_\_\_ fecha que dejo de fumar? \_\_\_\_\_  
¿Expuesto al humo de segunda mano?  Sí  No

¿Consumo alcohol?  Sí  No Tipo: \_\_\_\_\_ ¿Cantidad diaria? \_\_\_\_\_  
¿Consumo Cafeina?  Sí  No Tipo: \_\_\_\_\_ ¿Cantidad diaria? \_\_\_\_\_

**HISTORIAL DE LA FAMILIA:**  Ninguna

ADD/ADHD <input type="checkbox"/>	Depresión <input type="checkbox"/>	Migrañas <input type="checkbox"/>
Alcoholismo <input type="checkbox"/>	Retrazo del Desarrollo <input type="checkbox"/>	Enfermedad de la Arteria Coronaria <input type="checkbox"/>
Alergias <input type="checkbox"/>	Diabetes <input type="checkbox"/>	Obesidad <input type="checkbox"/>
Enfermedad de Alzheimer <input type="checkbox"/>	Eczema <input type="checkbox"/>	Osteoarthritis <input type="checkbox"/>
Asma <input type="checkbox"/>	Deficiencia de Audición <input type="checkbox"/>	Osteoporosis <input type="checkbox"/>
Enfermedad de la Sangre <input type="checkbox"/>	Hipertensión <input type="checkbox"/>	Trastorno Convulsivo <input type="checkbox"/>
Enfermedad de la Arteria Coronaria <input type="checkbox"/>	Síndrome del Intestino Irritable <input type="checkbox"/>	Enfermedad de la Tiroides <input type="checkbox"/>
Cancer Tipo: _____ <input type="checkbox"/>	Enfermedad Renal <input type="checkbox"/>	Enfermedad Vascular Periférica <input type="checkbox"/>
Ataque Cerebral <input type="checkbox"/>	Enfermedad Mental <input type="checkbox"/>	Otro: _____ <input type="checkbox"/>

**HISTORIAL MEDICO:** ¿HA SIDO DIAGNOSTICADO CON ALGUNO DE LO SÍGUIENTE?  Ninguna

Trastorno de Adaptacion-Ansiedad <input type="checkbox"/>	Reflujo Gastrico <input type="checkbox"/>	Engrdecimiento de la Prosteta <input type="checkbox"/>
Anemia <input type="checkbox"/>	Glaucoma <input type="checkbox"/>	Inflamacion de las Amigdalas <input type="checkbox"/>
Asma <input type="checkbox"/>	Deficiencia de Audición <input type="checkbox"/>	Insuficiencia Renal <input type="checkbox"/>
Bronquitis <input type="checkbox"/>	Hepatitis <input type="checkbox"/>	Problema de los Senos Nasales <input type="checkbox"/>
Cancer Tipo: _____ <input type="checkbox"/>	Hernia <input type="checkbox"/>	Apnea al Sueño <input type="checkbox"/>
Cataratas <input type="checkbox"/>	Alta Presion (Hypertension) <input type="checkbox"/>	Problemas de la Tiroide (Baja) <input type="checkbox"/>
Infeccion de los Oidos (Otitis Media) <input type="checkbox"/>	Calculos en los Riñones <input type="checkbox"/>	Problemas de la Tiroide (Alta) <input type="checkbox"/>
EPOC (Enfermedad Pulmonar) <input type="checkbox"/>	Depresión <input type="checkbox"/>	Tinnitus <input type="checkbox"/>
Enfermedad de la Arteria Coronaria <input type="checkbox"/>	Migrañas <input type="checkbox"/>	Trastorno de Adaptacion-Ansiedad <input type="checkbox"/>
Diabetes Tipo: _____ <input type="checkbox"/>	Mononucleosis <input type="checkbox"/>	Tuberculosis <input type="checkbox"/>
Alto Colesterol <input type="checkbox"/>	Alergia Nasal <input type="checkbox"/>	Vertigo <input type="checkbox"/>
Emfisema <input type="checkbox"/>	Polipos Nasal <input type="checkbox"/>	Other: _____ <input type="checkbox"/>

**Firma del Responsable de la Cuenta** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

**Nombre de Paciente:** \_\_\_\_\_ **Fecha de Nacimiento:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

**HISTORIAL DE CIRUGÍAS:** ¿Has tenido alguna de las siguientes cirugías?

Ninguna

ENT CIRUGÍAS:  Sí es sí, indique que clase:

Oído \_\_\_\_\_

Nariz \_\_\_\_\_

Garganta \_\_\_\_\_

Abdominal

Cabeza o Facial

de Corazón

del Cuello

Espalda Media/Baja

Estómago

Hepatica

Pierna o Brazo

Pulmonar

Renal

Neurocirugía

**ALERGIAS GENERAL:**  Ninguna

¿Tiene alguna alergia?  Sí  No En caso afirmativo, escribe cual: \_\_\_\_\_

¿Tiene alguna alergia de la comida?  Sí  No En caso afirmativo, escribe cual: \_\_\_\_\_

¿Has tenido una prueba de alergia?  Sí  No

¿Has tomado las vacunas antialérgicas?  Sí  No

¿Sí es sí, sigues tomándolas?  Sí  No

¿Cuánto alivio de las vacunas antialérgicas?

mínimo  parcial  significativo

**REVISION DE SISTEMAS:** Marque donde aplique

**Problemas de la Sangre o**

**Nódulo Linfaticos**

- Sí No
- Sangra Facil
- Forma Moretones Facilmente

**Problemas del Cerebro o**

**Sistema Nervioso**

- Sí No
- Debilidad de los Ojos
- Dolor de la Cabeza
- Adormecimiento
- Convulsiones

**Problemas de los oidos**

- Sí No
- Mareo
- Drenaje
- Dolor de Oido
- Expuesto a Ruido Alto
- Perdida de Audicion
- Infeccion
- Picazon
- Zumbido/Ruido en el Oido

**Problemas de los ojos**

- Sí No
- Visión Doble
- Picazón en los Ojos
- Enrojecimiento

**Problemas general de salud**

- Sí No
- Fatiga
- Fiebre
- Sudor Nocturo
- Perdida de Peso
- Aumento de Peso

**Problemas de las Glandulas y Hormonas**

- Sí No
- Intolerancia al Calor
- Intolerancia al Frio
- Crecimiento Cuello Bocio

**Problemas del Corazon o Circulacion**

- Sí No
- Perdida del Sentido
- Dolor de Pecho
- Soplo al Corazón
- Palpitaciones Irregulares
- Hinchazón de los Tobillos

**Problemas Respiratorio o Pulmonar**

- Sí No
- Tos
- Corto de Respiración
- Respirar con Dificultad/ Resollar

**Problemas de la Boca Y Garganta**

- Sí No
- Dificultad para Tragar
- Voz Ronca
- Apnea del Sueño
- Ronca al Dormir
- Dolor de Garganta
- Granos/Ulceras en la Boca

**Músculoesqueletal:**

- Sí No
- Dolor de Pierna

**Problemas de Nariz o De Sinusitis**

- Sí No
- Congestión
- Dolor Facial
- Respira por la Boca
- Sangramiento de Nariz
- Goteo Nasal Posterior
- Goteo Nasal
- Estornudos

**Problemas de Piel**

- Sí No
- Alergia al Contacto
- Picazón a la Piel
- Erupión

**Problema Estomacal**

- Sí No
- Dolor Abdominal
- Estreñimiento
- Diarrea
- Ardor de Estómago
- Nausia
- Vomito

Firma del Responsable de la Cuenta \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre de Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_