

OGUNRO HAND TO SHOULDER CENTER
OLAYINKA OGUNRO, M.D./CHARITY SHADE OGUNRO, M.D.
OLABISI OGUNRO, D.O.

INFORMACION DEL PACIENTE
ESTA FORMA TIENE QUE SER LLENADA CORECTAMENTE
NOTA: EL PACIENTE ES RESPONSIBLE DE SUS CUENTAS MEDICAS

PORFAVOR ESCRIBA EN LETRA DE MOLDE

Nombre del Paciente: _____ SS#: _____

Soltero(a) _____ Casado(a) _____ Separado(a) _____ Viudo(a) _____

Dirreccion: _____ Ciudad _____ Estado _____ Codigo _____

Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____ Sexo: _____ Telefono: _____

Cuanto Pesa: _____ Altura: _____ Nombre y Numero de Farmacia: _____

Numero de Celular: _____ Correo Electronico: _____

Raza: Blanco, Hispanos, Asiaticos, AfroAmericanos, Otro _____ Raza: _____

Nombre de Empleador y Direccion: _____

Ciudad: _____ Estado: _____Codigo Postal: _____

Posicion: _____ Telefono: _____

Nombre de Esposo(a): _____ Nombre de Empleador: _____

Si es menor de edad el nombre de los padres: _____

Nombre de un Familiar: _____ Telefono: _____

Nombre del Asegurador: _____

Nombre del Seguro Medico: _____ SS#: _____

Numero de Poliza: _____ Numero de Grupo: _____

Numero de Licencia: _____ Referido por: _____

Accidente de Trabajo: Si _____ O No _____

Numero de Caso: _____ Fecha de Accidente: _____

Cual es la parte del cuerpo que le duele?: _____

*****IMPORTANTE***PORFAVOR DE NO COPIAR ESTA PARTE DE INFORMACION DEL PACIENTE.**

Revisión de los sistemas Enfermedad actual, incluya fechas y tratamiento previo: _____

Historia familiar: _____

Problemas de salud que haiga tenido en el pasado(Diabetes,Hypertension,VIH,Corazon,Ulceras Gastricas, etc: _____

Cirugias: _____

Tiene algun problema de salud de la sangre (i.e. HIV, Hepatitis C, Sifilis)

(Porfavor marque todo lo que corresponda)

General: escalofrios, fiebre, fatiga, sudores nocturnos y perdida de peso

HEENT: problemas de audicion del odio/ nariz/ dolor de garganta, congestion, agua en la nariz, sangrado nasal, ronquera y problemas dentales

Cardiovascular: dolor en el pecho, palpitaciones, aumento del ritmo cardiac, ortonea y edema

Respiratorio: tos, disnea y tos con sangre

Gastrointestinales: dolor abdominal, acidez estomacal, estreñimiento, diarrea y cambios en las heces

Urinario: urgencia, orina frecuente, orina dolorosa, sangre en la orina, despierta por la noche para orinar, incontinencia, piedras, infeccion

Vascular: edema de la pierna, calambres en las piernas, vwnas varicosas,thrombosis/embolia

Musculosqueletico: debilidad muscular, dolor, rigidez articular, inestabilidad, rojez, hinchazon, gota, except en areas de sintomas

Neurologico: perdida de sensibilidad, entumecimiento, estremecimiento, temblores, debilidad, paralisis, desmayo, apagones, convulsions

Endocrino: intolerancia al calor/frio, sudor excesivo, polifagia, sed excesiva

Historia Personal:

Uso de Drogas: Si: _____ No: _____ Cuanto: _____

Usted Fuma: Si: _____ No: _____ Cuanto: _____

Toma Alcohol: Si: _____ No: _____ Cuanto: _____

Que Medicinas esta Tomando: _____

Esta tomando pastillas para adelgazar, vitaminas o hierbas: _____

Es alergico(a) a un medicamento: _____

Examen de Salud – Usted tiene algun problema del: corazon, pulmones, riñones, estomago O los nervios:(porfavor circule lo que aplica a usted)

Usa su mano: Derecha _____ O Izquierda _____ Cuantos años a estado con esta compañia?: _____

Que tipo de trabajo hace?: _____

Describe en detalles su trabajo (por ejemplo) maquina de escribir, doblarce, empujar, jalar, levantar (cuantas libras): _____

Cuantos años a estado con esta compañia?: _____

Yo autorizo que mi seguro medico le page los beneficios al doctor y entiendo que soy responsable de las cosas que no cubra la aseguranza. Tambien autorizo que la oficina pueda mandar informacion de mi espediente a la aseguranza si es necesario.

Firma del Paciente

Fecha