

MOTIVO DE LA VISITA DE HOY _____ FECHA: _____

INFORMACION DEL PACIENTE:

Nombre del paciente: _____ Fecha De Nacimiento: ____/____/____ Edad: _____

Sexo: Hombre Mujer Estado Civil: Soltero Casado Divorciado Viudo Otro

Direccion de Envio: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Codigo Postal: _____

Otra direccion: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Codigo Postal: _____

Telefono de Casa: _____ Telefono movil: _____ Telefono de Trabajo: _____

Metodo preferido para recordatorios de citas: Telefono de casa Telefono movil Texto Correo Electronico

Correo Electronico (Imprime Claramente): _____

Nombre de farmacia: _____ Calles que Cruzan: _____ Telefono: _____

INFORMACION REFERENCIAL

Oficina de Referencia: _____ Direccion/Ubicacion: _____

Nombre completo del proveedor de referencia: _____ Telefono: _____

Nombre completo del médico de atención primaria: _____ Telefono: _____

SIN SEGURO

Persona responsable/ Tutor (Si el paciente es menor de edad): _____ Telefono: _____

Seguro Primario: _____ ID/ Número de póliza: _____

Nombre del Titular de la póliza: _____ Número de grupo: _____

Relación con el paciente: _____ Fecha De Nacimiento: ____/____/____

Seguro Secundario: _____ ID/ Número de póliza: _____

Nombre del Titular de la póliza: _____ Número de grupo: _____

Relación con el paciente: _____ Fecha De Nacimiento: ____/____/____

Los Estándares Federales de Privacidad requieren la siguiente información:

Raza: Blanco Afro Americano Asiático Indio Americano / Nativo de Alaska Nativo de Hawai u otra isla del Pacífico Otra raza
 No informado / rechazado a informar

Etnicidad: Hispano Latino No Hispano Latino Rechazado a informar

Idioma preferido: Inglés Español Otro

CONTACTOS APROBADOS POR HIPAA:

- Enumere las personas a las que les da permiso para tener acceso y discuta su información de salud protegida.
- Escriba 'NINGUNO' si no hay personas autorizadas

Nombre	Fecha de Nacimiento	Numero De Telefono	Relación	Contacto de emergencia <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
_____	_____	_____	_____	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
_____	_____	_____	_____	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
_____	_____	_____	_____	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No

¿Cuál es su altura? _____ ¿Peso? _____

MEDICAMENTOS: Ninguno

Enumere todos los medicamentos que está tomando, incluidos los suplementos. (adjunte la lista según sea necesario)

ALERGIAS: Ninguno

¿Eres alérgico a: Látex Tinte de contraste Cinta adhesiva Yodo

Enumere cualquier medicamento al que sea alérgico y cómo le afecta cada uno

HISTORIA DE CIRUGÍA: Ninguno

¿Alguna vez ha tenido problemas con la anestesia? Si No

Por favor explique: _____

PROCEDURE	FECHA(MES/ANO)

HISTORIA FAMILIAR: Ninguno

Enumere los antecedentes familiares de su **Padre, Madre, Hermanos, Hijos y Abuelos.**

CONDICIÓN	RELACIÓN
Problemas con la anestesia	
Enfermedad de tiroides	
Cáncer de tiroides	
Cáncer de garganta	
Otro cáncer:	
Pérdida de la audición	
Enfermedad del corazón	
Alta presión sanguínea	
Diabetes	
Derrame Cerebral	
Asma	
Problemas de riñón	
Problemas de sangrado / coagulación	
Otro:	

HISTORIA SOCIAL:

Eres un: No Fuma Ex-fumador Actual fumador

Si 'Ex fumador':

¿Cuánto tiempo fumaste? _____

¿Cuándo dejaste de fumar? _____

Si 'Fumador actual':

¿Cuántos paquetes al día fumas? _____

¿Cuánto tiempo has fumado? _____

¿Estás interesado en dejar de fumar? Si No

¿Bebes alcohol? Si No

USO RECREATIVO DE DROGAS:

Nunca Anterior Presente

Droga: _____

Utilizado por última vez: _____

Solo pacientes femeninos: ¿Está usted ahora o existe la posibilidad de que esté embarazada? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No

HISTORIAL MÉDICO: TODOS LOS PACIENTES

¿Alguna vez ha sido **DIAGNOSTICO** con alguna de las siguientes condiciones?

- Sí No
 Reflujo ácido (ERGE)
 Sí No
 Abuso de alcohol
 Sí No
 Anemia
 Sí No
 Ansiedad
 Sí No
 Asma
 Sí No
 Fibrilación auricular
 Sí No
 Bronquitis crónica
 Sí No
 Cáncer de mama
 Sí No
 Cáncer de pulmón
 Sí No
 Cáncer de próstata
 Sí No
 Cáncer de piel
 Sí No
 Cáncer de tiroides
 Sí No
 Cataratas
 Sí No
 Insuficiencia cardíaca congestiva
 Sí No
 Trombosis venosa profunda
 Sí No
 Demencia
 Sí No
 Depresión
 Sí No
 Diabetes mellitus
 Sí No
 Colesterol Elevado
 Sí No
 Enfisema
 Sí No
 Alergias ambientales
 Sí No
 Epilepsia
 Sí No
 Úlcera gástrica
 Sí No
 Glaucoma
 Sí No
 Ataque al corazón
 Sí No
 Hemofilia
 Sí No
 Hepatitis B
 Sí No
 Hepatitis C
 Sí No
 VIH / SIDA
 Sí No
 Hipertensión
 Sí No
 Migrañas
 Sí No
 Esclerosis múltiple
 Sí No
 Enfermedad de Parkinson
 Sí No
 Embolia pulmonar
 Sí No
 Insuficiencia renal
 Sí No
 Artritis Reumatoide
 Sí No
 Apnea del sueño
 Sí No
 Accidente cerebrovascular medico
 Sí No
 Otro: _____

- Sí No
 Estornudos
 Sí No
 Nariz que moquea
 Sí No
 Ojos llorosos
 Sí No
 Visión borrosa
 Sí No
 Actividad visual disminuida
 Sí No
 Picazón y enrojecimiento
 Sí No
 Disminución de la audición
 Sí No
 Disminución del sentido del olfato
 Sí No
 Dificultad para tragar
 Sí No
 Boca seca
 Sí No
 Dolor de oído
 Sí No
 Sangrado de nariz
 Sí No
 Zumbidos en los oídos
 Sí No
 Dolor de sinusitis
 Sí No
 Dolor de garganta
 Sí No
 Glándulas inflamadas
 Sí No
 Tos
 Sí No
 Dificultad para respirar al descansar
 Sí No
 Latido del corazón irregular
 Sí No
 Diarrea
 Sí No
 Acidez
 Sí No
 Náusea
 Sí No
 Vómitos
 Sí No
 Fácil de moretarse
 Sí No
 Sangrado prolongado
 Sí No
 Rigidez articular
 Sí No
 Calambres en las piernas
 Sí No
 Dolores musculares
 Sí No
 Eczema
 Sí No
 Urticaria
 Sí No
 Sarpullido
 Sí No
 Mareo
 Sí No
 Convulsiones
 Sí No
 Temblores
 Sí No

DISFUNCIÓN DEL TUBO EUSTACHIANO

Durante el último mes, qué tan problemático fue cada uno de los siguientes:

0 = No hay problema | 2 = problema moderado | 5 = muy severo

Presión en los oídos	0	1	2	3	4	5
Dolor en los oídos	0	1	2	3	4	5
Las orejas se sienten obstuidas o bajo el agua	0	1	2	3	4	5
Problemas de oído cuando tiene un resfriado o sinusitis	0	1	2	3	4	5
Sonidos de crujidos o estallidos	0	1	2	3	4	5
Zumbido en los oídos	0	1	2	3	4	5
Sensación amortiguada en los oídos	0	1	2	3	4	5

¿Son estos síntomas en el oído: Izquierdo Derecho Ambos

REVISIÓN DE SÍNTOMAS:

¿**AHORA** tiene alguno de los siguientes síntomas?

- Sí No
 Fatiga
 Sí No
 Fiebre
 Sí No
 Dolor de cabeza
 Sí No
 Trastorno al dormir
 Sí No
 Aumento de peso
 Sí No
 Pérdida de peso
 Sí No
 Congestión
 Sí No

LA ESCALA DE SUEÑO DE EPWORTH

- ¿Qué posibilidades hay de que te duermas o te duermas en los siguientes escenarios en contraste con solo sentirte cansado?
- Incluso si no ha hecho algunas de estas cosas recientemente, trate de averiguar cómo le habrían afectado.
- Use la escala para elegir el número más apropiado para cada situación y circule el correcto.

- 0 = Nunca duerme**
1 = Poca probabilidad de quedarse dormido
2 = Posibilidad moderada de dormirse
3 = Alta probabilidad de dormirse

Escenario	Probabilidad de dormirse			
Sentado y leyendo	0	1	2	3
Viendo televisión	0	1	2	3
Sentado inactivo en un lugar público, por ejemplo, teatro o reunión	0	1	2	3
Como pasajero en un automóvil por una hora sin descanso	0	1	2	3
Acostarse para descansar por la tarde	0	1	2	3
Sentado y hablando con alguien	0	1	2	3
Sentarse en silencio después del almuerzo sin alcohol	0	1	2	3
En un automóvil, mientras se detiene en unos minutos de tráfico	0	1	2	3

CUESTIONARIO DE HISTORIA AUDITIVA

Por favor circule la respuesta apropiada para cada síntoma.

Zumbidos u otros sonidos en los oídos	Si	No
Infecciones crónicas del oído	Si	No
Acumulación de cerumen	Si	No
Sensación tapada en los oídos	Si	No
Presión en los oídos	Si	No
Tímpano perforado	Si	No
Antecedentes familiares de pérdida auditiva	Si	No
Expuesto a ruidos fuertes	Si	No
Trauma a la cabeza	Si	No
Mareos o vértigo	Si	No
Problemas de sinusitis o alergia	Si	No
¿Te has hecho una prueba de audición?	Si	No
¿Te han operado el oído?	Si	No

CUESTIONARIO DE HISTORIA DE ALERGIAS

- ¿Cuánto tiempo ha tenido síntomas de alergia? _____
 ¿Todo el año o por temporada? _____
 ¿Se ha hecho alguna prueba de alergia antes? _____
 En caso afirmativo, ¿recibió inmunoterapia? _____
 ¿Está expuesto a humos, productos químicos o polvo en el trabajo? _____
 ¿Qué medicamentos recetados has probado para las alergias? _____

Prescripción	POR CUANTO TIEMPO

Por favor circule el número apropiado 1-5 de acuerdo a la severidad:
0 = No hay problema | 1 = leve | 5 = muy severo

Secreción nasal	0	1	2	3	4	5
Obstrucción nasal	0	1	2	3	4	5
Ojos llorosos o con picazón	0	1	2	3	4	5
Estornudos	0	1	2	3	4	5
Resollar	0	1	2	3	4	5
Tos	0	1	2	3	4	5
Comezón	0	1	2	3	4	5
Eczema	0	1	2	3	4	5
Ronchas	0	1	2	3	4	5
Dolor de cabeza	0	1	2	3	4	5
Fatiga crónica	0	1	2	3	4	5
Intolerancia a la comida	0	1	2	3	4	5
Frecuentes infecciones de los senositis o de los oídos	0	1	2	3	4	5
Resfriados frecuentes o dolor de garganta	0	1	2	3	4	5
Discapacidad de aprendizaje	0	1	2	3	4	5
Mala memoria o concentración	0	1	2	3	4	5
Hiperactividad	0	1	2	3	4	5
Gases abdominales o calambres	0	1	2	3	4	5
Artritis o dolor muscular	0	1	2	3	4	5
Asma	0	1	2	3	4	5