

KAHN, RISKIN & SANTIAGO, MD's, P.A.

4700 Sheridan St, Suite C, Hollywood, FL 33021
Phone- (954) 961-3252 Fax- (954) 342-9252

1 SW 129th Ave #401 Pembroke Pines, FL 33027
Phone- (954) 450-8980 Fax-(954) 441-9033

Apellido: _____ Primer Nombre: _____

Dirección: _____ APT #: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Zona postal: _____

Teléfono de casa: _____ Trabajo: _____ Celular: _____

Dirección Electrónica: _____

Raza: (marcar) Blanca Asiático Negra/Africana/ Americana Hawaiana
 Islas del Pacifico

Etnicidad: (marcar) Hispano/Latino No Hispano/Latino

Idioma hablado: _____

Fecha de nacimiento: _____ Seguro Social #: _____

Estado Civil (marcar) Soltero Casado Divorciado Viudo

Sexo: (marcar) Hombre Mujer

Médico de familia (PCP) _____ Tel. #: _____

Padre o Persona Responsable: _____ O YO MISMO

Relación con el paciente: _____ O YO MISMO,

Nombre del esposo o esposa

Empleador o Empleador de los Padres: _____ Teléfono #: _____

Ocupación: _____ Seguro con el empleador: (marcar) Si NO

Nombre del Plan de Salud: _____ (marcar) HMO PPO

Su Número del Plan de Salud: _____ Grupo #: _____

Información de su contacto de Emergencia:

Nombre _____ Teléfono# _____

Historia Familiar

Cantidad de Ninos: _____ Edades

Fuma

Si o No

Bebe alcohol? Si o No

Si es así: Cuanto? _____ Frecuencia? _____

Lo Dejo? Fecha: _____

Usa drogas de la calle/recreacionales? Y

Si es así: Cuales? _____ Frecuencia? _____

Lo Dejo? Fecha: _____

Cuantos paquetes fuma al día? _____

Por cuantos años _____

Lo Dejo? Fecha: _____

Si es así:

Cuanto? _____

Frecuencia? _____

Lo Dejo Fecha: _____

Madre

Viva? Si o No

Si no, a qué edad falleció _____

Condiciones medicas?

Padre

Vivo? Si o No

Si no, a qué edad falleció

Condiciones medicas?

Tiene usted historia familiar de:

Si o No Osteoporosis Quien: _____

Si o No Artritis Reumatoides Quien: _____

Si o No Osteoartritis Quien: _____

Si o No Gota Quien: _____

Si o No Otros enfermedades del tejido conjuntivo:

Si? Cuales: _____ Quien: _____

Niega alguna historia médica (PMHx)

SISTEMA CIRCULATORIO

- Aneurisma venosa profunda
- Trombosis Profunda a la Vena
- Artritis gigante de /células
- Hiperlipidemia
- Hipertensión
- Infarto al Miocardio
- Palpitaciones
- Flebitis
- Fenómeno de Reynad
- Vasculitis

Otros: _____

ENDOCRINO & METABOLICO

- Diabetes
- Obesidad Mórbida
- Enfermedad de tiroides
- Nódulo en la tiroidea

Otros: _____

HISTORIA FEMENINA DE SALUD

- Mamografía Anormal
- Papanicolaou Anormal
- Amenorrea
- Esterilidad
- Ciclo Menstrual Irregular
- Abortos Espontaneo
- PMS

Ultimo Periodo Menstrual Normal (fecha): _____

Otros: _____

GASTROINTESTINAL

- Reflujo
- Sangrado gastrointestinal
- Cirrosis, no-especificada
- Hemorroides
- Hepatitis
- Intestinos Inflamados
- Síntomas de Intestino Irritable
- Sangrado rectal
- Estenosis de la Arteria Renal
- Ulceras

Otros: _____

GENITOURINARIO

- Obstrucción de tracto urinario
- Hiperplasia benigna de la próstata
- Incontinencia
- Prostatitis
- Infección al riñón
- Incontinencia urinaria de esfuerzo
- Infección al tracto urinario

Otros: _____

HEENT

- Pérdida de Audición, No Especificada
- Enfermedad inflamatoria del ojo
- Ulceras orales
- Sinusitis
- Enfermedad de Sjorgren/ Síndrome sicca

Otros: _____

HEMATOLOGY

- Anemia
- Síndrome antifosfolipidico

- Desordenes de sangramiento
- Cáncer
- Anemia falciforme
- Trombocito peña
- Deficiencia de Vitamina B12

Otros: _____

ENFERMEDADES INFECCIOSAS

- Clamidia
- Herpes Genitales
- Verrugas Genitales
- Gonorrea
- Virus del Papiloma Humano
- Mononucleosis infecciosa
- Enfermedad de Lyme
- Eritema Infeccioso-B-19
- Sífilis
- Tuberculosis

Otros: _____

MUSCULOS ESQUELETO

- Artritis Inflamatoria
- Enfermedad de disco
- Fibromialgia
- Gota
- Fractura a la Cadera
- Lupus
- Osteoartritis
- Osteoporosis/Osteopenia
- Artritis psoriasica
- Ciática
- Estenosis a la Espinal
- Tendinitis
- Fractura de Compresión Vertebral
- Otras Fracturas

NEUROLOGICO

- CVA Embolica
- CVA Hemorrágica
- Dolor de cabeza, no especificado
- Dolores de Migraña
- Neuropatía Periférica

- Neuralgia Postherpética
- Cefalea tensional
- Temblores

Otros: _____

SICRIÁTICO

- Alcoholismo
- Trastorno de ansiedad
- Depresión

Abuso de Drogas:

- Insomnio
- Trastorno de pánico

Otros: _____

PULMONOLOGÍA

- Asma
- Apnea obstructiva del sueño
- Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica
- Neumonía
- Embolia pulmonar
- Fibrosis pulmonar
- Hipertensión Pulmonar

Otros: _____

RENAL

- Hematuria
- Cálculos renales
- Nefritis
- Exceso de proteína en la orina
- Infección al riñón
- Trasplante renal

Otros: _____

PIEL

- Eczema
- Psoriasis

Otros: _____

Historia Médica Familiar

Liste toda la Historia Pertinente Incluya Abuelos, Padres, Hermanos e Hijos

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.

_____ Adoptado, historia no conocida
_____ Historia Familiar no Pertinente

Historia Social

Consumo de Cafeína (tipo y cantidad) _____

Consumo de Alcohol (tipo, cantidad y frecuencia) _____

Uso de Tabaco (tipo, cantidad y frecuencia) _____

Uso Recreacional de Droga _____

Razon de su visita de hoy _____

Alergias a los medicamentos

Farmacia _____ Tel. # _____

Historia Medica

Favor listar su condición médica:

Hospitalizaciones y Cirugías - Favor listar todo
Año Operación / Enfermedad Año Operación / Enfermedad

Alergias - Favor listar alergias a medicina alimentos, rayos X, colorantes, artículos ambientales, cinta adhesiva

Ejemplo: La Penicilina me causa picazón, los huevos urticaria, el polen me causa estornudos.

Alergia Reacción

Medicinas (liste todas las medicinas que usted está tomando o ha tomado en las dos semanas anteriores.)

Nombre de la medicina Dosis / Veces al día Razón de tomarlas Por cuánto tiempo ?
