



## Registración del paciente

### ¿Como Supo de Railyard Urgent Care?

- De boca en boca  
  SF Reporter  
  SF New Mexican  
  Radio Publico  
 Yahoo!  
  Bing  
  Facebook  
  Google  
  Yelp  
  Pasando

Apellido:	Nombre	Inicial:	Fecha de Nacimiento:	
Seguro Social #:	Sexo:	Estado Civil: <b>C/S/D/V</b>	Raza:	Etnia:
Dirección de correo:		Ciudad:	Estado:	Código Postal:
Teléfono de casa #:		Teléfono Móvil #:		
<b>Contacto de Emergencia:</b>		Teléfono #:		
Nombre:		Relación con el paciente:		
Email:	Lenguaje Preferido:	¿Necesita un intérprete?		
Farmacia Preferida:	Dirección de Farmacia:	Médico de atención primaria:		

¿Razón por su visita hoy?:	
¿Es una lesión relacionada con el trabajo?	
Lugar de trabajo:	Número de teléfono:

### Historia medica del paciente

¿Algún viaje fuera del país en los últimos 60 días? <b>S/N</b> A dónde?    Vacuna de tétano: hace 5 años <input type="radio"/> hace 10 años <input type="radio"/>
¿Estuvo expuesto a Zika y o Ébola? <b>S/N</b>

### Medicamentos actuales incluyendo suplementos

Nombre de Medicamento	Cantidad y Frecuencia	Razón de uso
<b>Alergia a algún medicamento:</b>	<b>Tipo de reacción:</b>	

### Historial de Cirugías

¿Alguna cirugía desde su última visita?
---

### Historia Social

Ocupación:	Nivel más alto de educación: <b>P/Li/PG/MA/DR</b>	
¿Tiene usted alguna discapacidad? <b>S/N</b>	Por favor de especificar:	
¿Hace Ejercicio? <b>S/N</b>	Que tan seguido?	
¿Se siente Seguro en su ambiente? <b>S/N</b>		
<b>Uso de tabaco: Masticar:</b> Nuca Actual, cuantos al día: # de anos: Pare: ¿Cuando?	<b>Consumo de alcohol:</b> ¿Qué tan seguido? ¿Cuántas bebidas? # de anos:	<b>Consumo de Drogas: S/N</b> ¿Tipo?
¿Esta sexualmente activo? <b>S/N</b> <input type="checkbox"/> Heterosexual <input type="checkbox"/> Bisexual <input type="checkbox"/> Homosexual	¿Usa algún tipo de protección? <b>S/N</b> Tipo: Alguna enfermedad de transmisión sexual:	

### Historial Medica familiar

¿Algún familiar, Madre, Padre, Hermanos eh hijos que tengan algún problema médico?  (Favor de especificar)
--

### Exámenes Médicos

Favor de especificar cualquier tipo de examen médico relacionado con su visita de hoy:
--

### (Historial femenino)

Fecha de su último periodo: / / ¿Esta embarazada? <b>S/N</b>	¿Está intentando embarazar se? <b>S/N</b>
¿Está dando pecho? <b>S/N</b>	¿Tiene alguna cesarí? <b>S/N #:</b>

Gracias por su tiempo y paciencia en completar este formulario. Esta información que nos proporcionó nos ayudara con su diagnóstico y determinación de su tratamiento médico. Por favor firme abajo para indicar que ha llenado el formulario de la mejor manera posible.

Firma del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Representante del paciente (Letra de molde: \_\_\_\_\_ Relación con el paciente: \_\_\_\_\_