



UNITED NEUROSCIENCE INC

9330 Stockdale Hwy, Ste 200, Bakersfield, CA 93311



FORMULARIO DE ADMISIÓN PARA PACIENTE NUEVO — DATOS Y NEUROLOGÍA

Por favor complete todas las secciones correspondientes. Traiga su lista de medicamentos actuales, tarjetas de seguro, identificación y registros médicos o resultados de pruebas relevantes.

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre del Paciente: _____ Apellido del Paciente: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Sexo: ☐ Masculino ☐ Femenino

Dirección: _____

Unidad: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ C.P.: _____

Teléfono de Casa: _____ Teléfono Celular: _____

Teléfono del Trabajo: _____ Correo Electrónico: _____

INFORMACIÓN DEL SEGURO

Nombre del Seguro Primario: _____ # ID del Seguro Primario: _____

Nombre del Seguro Secundario: _____ # ID del Seguro Secundario: _____

FARMACIA Y MÉDICO DE CABECERA

Nombre de la Farmacia: _____ Tel. de la Farmacia (opcional): _____

Dirección de la Farmacia: _____ Médico de Cabecera: _____

MEDICAMENTOS ACTUALES

Por favor enumere todos los medicamentos recetados, de venta libre, vitaminas y suplementos.

Medicamento	Dosis	Frecuencia
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

ALERGIAS

Alergias a Medicamentos: _____ Reacción: _____

Alergias a Alimentos: _____ Reacción: _____

Otras Alergias: _____ Reacción: _____

NECESIDADES DE COMUNICACIÓN

¿Necesita un traductor/intérprete para esta cita? ☐ Sí ☐ No Idioma: _____

CONTACTO DE EMERGENCIA

Nombre: _____ Relación con el Paciente: _____

Teléfono: _____

HISTORIAL DEL PACIENTE NUEVO

HISTORIAL SOCIAL Y MÉDICO

¿Fuma usted? ☐ Nunca ☐ Anteriormente ☐ Actualmente Si actual/anterior, paquetes por día: _____

¿Consume alcohol? ☐ No ☐ Sí Frecuencia: _____

¿Diabetes? ☐ No ☐ Sí ¿Colesterol Alto? ☐ No ☐ Sí

¿Presión Arterial Alta? ☐ No ☐ Sí Otra condición significativa: _____

Estatura: _____ Peso: _____

HISTORIAL FAMILIAR

Por favor indique si la condición aplica al familiar y proporcione detalles si los conoce.

PADRE ☐ Vivo ☐ Fallecido ☐ Desconocido

Cáncer: ☐ No ☐ Sí Detalles: _____

Enf. Cardíaca: ☐ No ☐ Sí Detalles: _____

Alzheimer: ☐ No ☐ Sí

Demencia: ☐ No ☐ Sí

Depresión: ☐ No ☐ Sí

Otra Cond. Neurológica: ☐ No ☐ Sí

Otro Historial Familiar Adicional: _____

MADRE ☐ Vivo ☐ Fallecido ☐ Desconocido

Cáncer: ☐ No ☐ Sí Detalles: _____

Enf. Cardíaca: ☐ No ☐ Sí Detalles: _____

Alzheimer: ☐ No ☐ Sí

Demencia: ☐ No ☐ Sí

Depresión: ☐ No ☐ Sí

Otra Cond. Neurológica: ☐ No ☐ Sí

Otro Historial Familiar Adicional: _____

ATENCIÓN NEUROLÓGICA PREVIA

¿Ha visto previamente a un neurólogo? ☐ No ☐ Sí

Si sí, nombre del neurólogo: _____ Cuándo (aprox.): _____

MOTIVO DE LA VISITA DE NEUROLOGÍA DE HOY

¿Por qué está siendo atendido por el neurólogo hoy?

IMÁGENES / PRUEBAS DIAGNÓSTICAS — ÚLTIMOS 12 MESES

Marque cualquier prueba/servicio que haya tenido e indique la fecha aproximada y el centro/ubicación.

Prueba	¿Se Realizó?	Fecha	Centro / Ubicación
Resonancia Magnética (MRI)	☐ Sí ☐ No		
Tomografía Computada (TC)	☐ Sí ☐ No		
DaTscan	☐ Sí ☐ No		
Tomografía PET	☐ Sí ☐ No		
Electromiografía (EMG)	☐ Sí ☐ No		
Electroencefalograma (EEG)	☐ Sí ☐ No		
Terapia Física	☐ Sí ☐ No		
Cuidado médico en el hogar	☐ Sí ☐ No		

PRUEBAS DE LABORATORIO — ÚLTIMOS 6 MESES

¿Se ha realizado pruebas de laboratorio en los últimos 6 meses? ☐ No ☐ Sí

Si sí, fecha(s) aproximada(s): _____ Centro / Ubicación: _____

Detalles adicionales (opcional): _____

FIRMA DEL PACIENTE

Certifico que la información proporcionada en este formulario es verdadera y completa a mi leal saber y entender. Entiendo que debo notificar a la oficina si alguna información cambia.

Firma del Paciente: _____ Fecha: _____