

**Centro De Salud Familiar Nuevo Horizonte**  
**Formulario De Historial Medico-Parte 1**  
**(Nuevos Pacientes y Pacientes con record en otra oficina de NH)**

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Numero de Seguro Social: \_\_\_\_\_

Numero de telefono (c): \_\_\_\_\_ (trb): \_\_\_\_\_ (cel): \_\_\_\_\_

Yo, \_\_\_\_\_ entiendo que debido a mi peticion de ser visto en Nuevo Horizonte como un: **(por favor escoja una de estas opciones)**

- **Nuevo paciente** se me solicitara que provea mi historia medica  
o
- **Como un paciente que usualmente es tratado en otra oficina de Nuevo Horizonte.** \_\_\_\_\_

Oficina en la cual fue visto por ultima vez

Mi record medico no esta disponible para mi consulta de hoy y el Doctor que voy a consultar no tiene acceso a toda mi informacion medica y no sabe lo que contiene mi record medico.

Para facilitar mi tratamiento medico hoy, yo estoy de acuerdo en ser visto sin mi historial medico y proveere informacion completa y exacta al Doctor que voy a consultar. \_\_\_\_\_

Iniciales del paciente

Yo comprendo que si deseo transferir mi record medico, tengo que firmar un formulario en que autorizo que todo mi expediente clinico sea transferido permanentemente a:

Downtown 8 AM – 7 PM Lunes-Jueves, 8 AM – 5 PM Viernes

Greer 8 AM – 5 PM Lunes-Viernes

Travelers Rest 8 AM – 5 PM Lunes-Viernes

West End 8 AM – 5 PM Lunes-Viernes

Northwest Crescent 8 AM – 5 PM Lunes, 8 AM – 12 N Martes

Golden Strip 8 AM – 5 PM Miercoles & Viernes

\_\_\_\_\_  
(Otra Ofinina Solicitada)

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente / Tutor

Medicamentos a los que usted es alergico: \_\_\_\_\_

Por favor liste los medicamentos que esta tomando actualmente:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Alguna vez ha tenido alguna de las siguientes enfermedades?

	Si	No		Si	No
Asma o algun otro problema del pulmon			Convulciones/Epilepcia		
Hipertension arterial			Depresion u otra Enfermedad neurologica		
Problemas cardiacos o ataque cardiaco			Diabetes Tipo: _____		
Ulceras u otros problemas digestivos			Problema con su tiroides		
Cancer Tipo de cancer: _____			VIH/Sida u otra enfermedad contagiosa		
Enfermedades del Riñon			Problemas con Alcohol o Drogas		

Por Favor liste las cirugias que se le han realizado:

\_\_\_\_\_  
Año: \_\_\_\_\_ Año: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Año: \_\_\_\_\_ Año: \_\_\_\_\_

Ha estado usted en el Hospital o ha visitado la sala de Emergencias en los ultimos 6 meses? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_  
 Cuando? \_\_\_\_\_ Donde? \_\_\_\_\_ Porque? \_\_\_\_\_