



DATOS DEMOGRÁFICOS DEL PACIENTE

243 FM 1903, Suite 800 | Greenville, TX 75402 | Phone: (903) 310-3231 | Fax: (866) 538-5188

Información del Paciente

Apellido: _____ Nombre: _____ Inicial: _____

Nombre Preferido: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Dirección: _____

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

Información de Contacto

Teléfono: _____

¿Es un número móvil? Sí No

¿Autoriza a Nuvia Health a enviar mensajes de texto con respecto a citas, resultados y comunicaciones de salud?

Sí No

Pueden aplicarse tarifas de mensaje y datos. Puede optar por no participar notificando a la oficina.

Correo Electrónico: _____

¿Autoriza recibir comunicaciones no urgentes de Nuvia Health en este correo?

Sí No

Género e Identidad

Sexo Asignado al Nacer:

Femenino Masculino Prefiero no responder

Pronombres (opcional): _____ Idioma Preferido: _____



DATOS DEMOGRÁFICOS DEL PACIENTE

243 FM 1903, Suite 800 | Greenville, TX 75402 | Phone: (903) 310-3231 | Fax: (866) 538-5188

Seguro — Principal

Nombre de la Aseguradora	Número de Grupo
Número de ID	Relación con el Asegurado
Nombre del Asegurado (si no es usted)	Fecha de Nacimiento del Asegurado

Dirección del Asegurado (si no es usted): _____

Seguro — Secundario (si aplica)

Nombre de la Aseguradora	Número de Grupo
Número de ID	Relación con el Asegurado

Farmacia

Nombre de la Farmacia: _____

Dirección de la Farmacia: _____

¿Autoriza a Nuvia Health a enviar recetas electrónicamente?

Sí No

Contacto de Emergencia

Nombre: _____

Teléfono _____ Relación con el Paciente _____

Esta persona solo será contactada en caso de una emergencia y no está autorizada para recibir información médica a menos que sea permitido por la ley.

Reconocimiento y Firma

Al firmar, reconozco la exactitud de la información proporcionada arriba.

Firma del Paciente

Fecha



NUVIA
HEALTH

HISTORIAL DE SALUD

243 FM 1903, Suite 800 | Greenville, TX 75402 | Phone: (903) 310-3231 | Fax: (866) 538-5188

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nac.: _____ Fecha: _____

ALERGIAS

Liste todas las alergias (medicamentos, alimentos, ambientales):

HISTORIAL DE SALUD FAMILIAR Y PERSONAL

Condición	Ud.	Mamá	Papá	Hna.	Hno.	Abla.	Ablo.
Abuso Alcohol/Drogas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anemia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ansiedad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Artritis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trastorno Bipolar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cáncer (Tipo:___)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cataratas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bronquitis Crónica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enf. de Crohn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Depresión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes — Tipo 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes — Tipo 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfisema/EPOC	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Endometriosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reflujo/GERD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas Audición	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infarto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enf. Cardíaca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Presión Alta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Colesterol Alto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Síndrome Intestino Irritable	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enf. Renal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leucemia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Migrañas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enf. Neurológica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Osteoporosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Úlcera Péptica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Esquizofrenia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ITS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Derrame Cerebral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enf. Tiroides	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tuberculosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Colitis Ulcerosa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otro:___	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

HOSPITALIZACIONES Y CIRUGÍAS

Hospitalización / Cirugía	Razón	Año
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____



NUVIA
HEALTH

HISTORIAL DE SALUD

243 FM 1903, Suite 800 | Greenville, TX 75402 | Phone: (903) 310-3231 | Fax: (866) 538-5188

MEDICAMENTOS ACTUALES

Incluya recetas, medicamentos sin receta, vitaminas y suplementos.

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

DETECCIONES DE SALUD

Detección	Fecha	Detección	Fecha
Examen Físico Rutina	_____	Examen Oftalmológico	_____
Sangre Oculta Heces	_____	EKG	_____
Prueba de Esfuerzo	_____	Sigmoidoscopia	_____
Colonoscopia	_____	Densidad Ósea	_____
Tétanos	_____	Neumonía	_____
Prueba de TB	_____	Mamografía	_____
Papanicolaou	_____		

HÁBITOS Y ESTILO DE VIDA

¿Usa alguna forma de tabaco? Sí No
 Tipo/cantidad: _____

¿Consumo bebidas alcohólicas? Sí No
 Tipo/cantidad: _____

¿Usa drogas recreativas? Sí No
 Detalles: _____

¿Es sexualmente activo(a)? Sí No

¿Hace ejercicio regularmente? Sí No
 Tipo/frec: _____

¿Sigue alguna dieta especial? Sí No
 Describa: _____

SOLO PARA PACIENTES FEMENINAS

Edad Primera Menstruación: _____ Menstruación Regular: Sí No

Última Menstruación: _____ Última Mamografía: _____

Último Papanicolaou: _____ OB/GYN: _____

Embarazos: _____ Nacimientos Vivos: _____

Anticonceptivo: _____ ¿Embarazada? Sí No

CERTIFICACIÓN Y FIRMA

Certifico que la información anterior es correcta y verdadera a mi leal saber y entender.

Firma del Paciente

Fecha