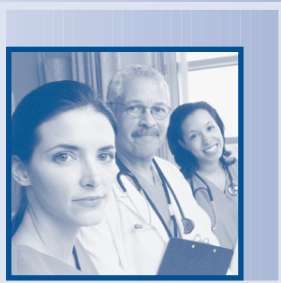




Proporcionado por
Los doctores,
miembros de la
Sociedad Médica del
Estado de Illinois,
colaborando con
usted para su
buena salud



*Para ordenar mas copias,
póngase en contacto con:*

Illinois State Medical Society

20 N. Michigan Ave., Ste. 700

Chicago, IL 60602

800-782-4767

Descarga copias
gratis sin restricciones en
www.isms.org



**Illinois
State
Medical
Society**

Ayúdenos a Ayudarle



Su Registro

Personal de Salud

De _____ Hasta _____



**Illinois
State
Medical
Society**

A Su Salud!

Los doctores miembros de la Sociedad Médica del Estado de Illinois, desean asociarse con usted para lograr la mejor relación médico/paciente posible, cuando quiera y donde quiera que usted busque cuidados de salud. Por favor acepte este práctico folleto con nuestros mejores deseos por su buena salud. Piense en mantener este folleto con usted a todo momento pero especialmente llévelo consigo cuando tenga una cita médica. El doctor y su equipo le agradecerán que mantenga su información al corriente.

- A. Identificación **1**
- B. Contactos de Emergencia **1-2**
- C. Alergias/Sensibilidad a Drogas **3**
- D. Medicamentos **4-5**
- E. Doctor y otros Proveedores de Atención Médica **6-7**
- F. Plan de Seguro Médico **8-9**
- G. Historia Médica **10**
- H. Enfermedades Infecciosas **11**
- I. Inmunizaciones comunes para adultos **11**
- J. Exámenes: Laboratorios o Imágenes **12-13**
- K. Historia Médica familiar **14**
- L. Aparatos Médicos **15**
- M. Registro de Salud **16-17**
- N. Hospitalizaciones/Cirugías **18-19**
- O. Documentos legales/Directivas de Salud **20-21**

www.isms.org

A. Identificación

Apellido(s)		Nombre(s)	
Dirección Principal			
Ciudad	Estado	Código Postal	País
Teléfono (Casa)	Teléfono (Trabajo)	Teléfono (Celular)	
Correo electrónico			
Fecha de Nacimiento (mm/dd/aaaa)	Estatura (pies, pulgadas)	Peso (libras)	
Origen étnico / Raza	Tipo de Sangre / RH		
Condiciones de Salud Especiales		Alergias	
Seguro Médico Primario	Número de Póliza		

B. Contactos de Emergencia

*En caso de Emergencia, Notificar: **Contacto primario***

Apellido(s)		Nombre(s)	
Parentesco			
Dirección Principal			
Ciudad	Estado	Código Postal	País
Teléfono (Casa)	Teléfono (Trabajo)	Teléfono (Celular)	
Correo Electrónico			

B. Contactos de Emergencia (continuación)

En caso de Emergencia, Notificar: *Contacto Secundario*

Apellido(s)	Nombre(s)		
Parentesco			
Dirección Principal			
Ciudad	Estado	Código Postal	País
Teléfono (Casa)	Teléfono (Trabajo)	Teléfono (Celular)	
Correo Electrónico			

En Caso de Emergencia, Notificar: *Contacto Médico*

Doctor (indique especialidad)	
Dirección	Teléfono
Dentista	Teléfono
Farmacia	Teléfono

Notas

C. Alergias/Sensibilidad a Drogas

C. Alergias/Sensibilidad a Drogas

Alergias/Tipo de sensibilidad (Incluyendo medicamentos, alimentos, medio ambiente, Yodo, látex)	Reacción	Fecha de la última ocurrencia	Tratamiento

D. Medicamentos

(Recetados / Sin Receta) Actualice regularmente

D. Medicamentos

(Recetados / Sin Receta) Actualice regularmente

Druga Actual y Concentración	Dosis/Frecuencia	Fecha cuando empezó/descontinúo	Razón	Doctor	Comentarios

4

Nota: Incluya todos los medicamentos recetados, medicamentos sin receta (que toma con regularidad), suplementos de vitaminas, y medicamentos herbalistas.

D. Medicamentos (continuación)

(Recetados / Sin Receta) Actualice regularmente

D. Medicamentos

(Recetados / Sin Receta) Actualice regularmente

Druga Actual y Concentración	Dosis/Frecuencia	Fecha cuando empezó y descontinúo	Razón	Doctor	Comentarios

5

Nota: Incluya todos los medicamentos recetados, medicamentos sin receta (que toma con regularidad), suplementos de vitaminas, y medicamentos herbalistas.

E. Doctores y Otros Proveedores de Atención Médica

1

Especialidad de su Proveedor de Salud Sí No
Médico primario

Nombre

Grupo o Asociación

Dirección

Ciudad Estado Código Postal País

Teléfono Teléfono de Emergencia (a deshoras)

Correo Electrónico

Fax Dirección de página de Internet/URL

2

Especialidad de su Proveedor de Salud Sí No
Médico primario

Nombre

Grupo o Asociación

Dirección

Ciudad Estado Código Postal País

Teléfono Teléfono de Emergencia (a deshoras)

Correo Electrónico

Fax Dirección de página de Internet/URL

6

E. Doctores y Otros Proveedores de Atención Médica (continuación)

3

Especialidad de su Proveedor de Salud Sí No
Médico primario

Nombre

Grupo o Asociación

Dirección

Ciudad Estado Código Postal País

Teléfono Teléfono de Emergencia (a deshoras)

Correo Electrónico

Fax Dirección de página de Internet/URL

4

Especialidad de su Proveedor de Salud Sí No
Médico primario

Nombre

Grupo o Asociación

Dirección

Ciudad Estado Código Postal País

Teléfono Teléfono de Emergencia (a deshoras)

Correo Electrónico

Fax Dirección de página de Internet/URL

7

F. Plan de Seguro Médico

1 *Primario*

Tipo de seguro médico (por ejemplo: PPO, HMO)

Nombre de la compañía de seguros

Dirección

Ciudad Estado Código Postal País

Contacto - Nombre Teléfono

Identificación - Número de Grupo Número de membresía (ID)

Teléfono de su contacto Teléfono de Emergencia (a deshoras)

Correo Electrónico Fax

Dirección de página de Internet/URL

Nombre de la persona asegurada Número de seguro social

Nombre de la compañía de trabajo

Dirección

Ciudad Estado Código Postal País

Teléfono

F. Plan de Seguro Médico (continuación)

2 *Secundario*

Tipo de seguro médico (por ejemplo: PPO, HMO)

Nombre de la compañía de seguros

Dirección

Ciudad Estado Código Postal País

Contacto - Nombre Teléfono

Identificación - Número de Grupo Número de membresía (ID)

Teléfono de su contacto Teléfono de Emergencia (a deshoras)

Correo Electrónico Fax

Dirección de página de Internet/URL

Nombre de la persona asegurada Número de seguro social

Nombre de la compañía de trabajo

Dirección

Ciudad Estado Código Postal País

Teléfono

G. Historia Médica (Indique las categorías apropiadas)

	Fecha de Inicio
<input type="checkbox"/> SIDA o VIH positivo	
<input type="checkbox"/> Artritis	
<input type="checkbox"/> Asma	
<input type="checkbox"/> Bronquitis	
<input type="checkbox"/> Cáncer – <i>enumere tipo(s):</i>	
<input type="checkbox"/> Clamidia	
<input type="checkbox"/> Diabetes	
<input type="checkbox"/> Vértigos	
<input type="checkbox"/> Enfisema	
<input type="checkbox"/> Epilepsia	
<input type="checkbox"/> Problemas visuales	
<input type="checkbox"/> Desmayos	
<input type="checkbox"/> Dolores de cabeza frecuentes o severos	
<input type="checkbox"/> Glaucoma	
<input type="checkbox"/> Gonorrea	
<input type="checkbox"/> Alteración auditiva	
<input type="checkbox"/> Enfermedades del Corazón – <i>enumere tipo(s):</i>	
<input type="checkbox"/> Hemodiálisis	
<input type="checkbox"/> Herpes	
<input type="checkbox"/> Colesterol alto	
<input type="checkbox"/> Hipertensión arterial	
<input type="checkbox"/> Hypoglicemia	
<input type="checkbox"/> Ictericia	
<input type="checkbox"/> Enfermedades del riñón	
<input type="checkbox"/> Presión arterial alta	
<input type="checkbox"/> Retraso mental	
<input type="checkbox"/> Perdidas de conocimiento	
<input type="checkbox"/> Fiebre reumática	
<input type="checkbox"/> Reumatismo	
<input type="checkbox"/> Convulsiones	
<input type="checkbox"/> Respiración entecortada	
<input type="checkbox"/> Problemas del estómago, hígado o intestino	
<input type="checkbox"/> Sífilis	
<input type="checkbox"/> Tuberculosis	
<input type="checkbox"/> Tumores	
<input type="checkbox"/> Problemas de la tiroides	
<input type="checkbox"/> Infección del tracto urinario	
<input type="checkbox"/> Otros	

H. Enfermedades Infecciosas

Enfermedad	Edad	Fecha	Comentarios
Varicela			
Hepatitis – <i>enumere tipo(s):</i>			
Sarampión			
Paperas			
Tosferina			
Neumonía			
Poliomielitis			
Rubéola			
Escarlatina			
Otros			

I. Inmunizaciones Comunes Para Adultos

Inmunización para	Edad	Fecha
Hepatitis A		
Hepatitis B		
Virus de papiloma humano (HPV)		
Influenza		
Sarampión, paperas, rubéola (MMR)		
Meningocócica		
Neumocócica		
Tétano, difteria, tosferina		
Varicela		

J. Exámenes: Laboratorios o Imágenes

(Ejemplos: Pruebas sanguíneas, Rayos X, Resonancia magnética (MRI), Mamografía)

J. Laboratorio o Técnicas de Imágenes

(Ejemplos: Pruebas sanguíneas, Rayos X, Resonancia magnética (MRI), Mamografía)

Fecha	Tipo de examen	Doctor que lo solicitó	Lugar donde se efectuó el examen	Resultados del examen (normal/anormal? Porque es anormal?)

J. Exámenes: Laboratorios o Imágenes

(Ejemplos: Pruebas sanguíneas, Rayos X, Resonancia magnética (MRI), Mamografía)

J. Laboratorio o Técnicas de Imágenes

(Ejemplos: Pruebas sanguíneas, Rayos X, Resonancia magnética (MRI), Mamografía)

Fecha	Tipo de examen	Doctor que lo solicitó	Lugar donde se efectuó el examen	Resultados del examen (normal/anormal? Porque es anormal?)

K. Historia Familiar

Marque todas las categorías que sean aplicables a la salud de sus familiares o a cualquier enfermedad que hayan padecido. Anote las edades de sus familiares. Si fallecidos, indique la edad y causa de defunción.

	Madre	Padre	Hermanos(as)	Abuelos	Hijos	Otros
Alcoholismo						
Artritis						
Asma						
Cáncer						
Diabetes						
Enfisema						
Glaucoma						
Enfermedad cardíaca						
Enfermedad renal						
Hepatitis						
Colesterol alto						
Hipertensión arterial						
Enfermedad del riñón						
Retraso mental						
Fiebre reumática						
Convulsiones						
Fumar						
Problemas del estómago, hígado o intestino						
Derrame cerebral						
Trastorno de la tiroides						
Tuberculosis						
Tumor						
Otros						

L. Aparatos Médicos

(Ejemplos: marcapasos, bomba de insulina, dispositivos respiratorios, implantes, articulaciones, válvulas cardíacas)

Aparato _____ | Número de guía _____

Fabricante _____ | Fecha _____

Hospital _____

Razón _____

Aparato _____ | Número de guía _____

Fabricante _____ | Fecha _____

Hospital _____

Razón _____

M. Health Log

Enfermedades o condiciones graves no infecciosas. Incluya embarazos y partos.

Fecha de diagnóstico	Doctor	Edad de Inicio	Estado de la condición/comentarios*

*Tal como medicamentos, exámenes especiales, radiografías, duración de estancia en el hospital, cirugías, etc.

M. Registro de Salud (continuación)

Enfermedades o condiciones graves no infecciosas. Incluya embarazos y partos.

M. Health Log

Enfermedades o condiciones graves no infecciosas. Incluya embarazos y partos.

Fecha de diagnóstico	Doctor	Edad de Inicio	Estado de la condición/comentarios*

*Tal como medicamentos, exámenes especiales, radiografías, duración de estancia en el hospital, cirugías, etc.

N. Hospitalizaciones/Cirugías

1

Tipo de hospitalización (incluya visitas a la sala de emergencia)

Fecha de admisión

Fecha que fue dado de alta

Doctor

Hospital

Razon

2

Tipo de hospitalización (incluya visitas a la sala de emergencia)

Fecha de admisión

Fecha que fue dado de alta

Doctor

Hospital

Razon

3

Tipo de hospitalización (incluya visitas a la sala de emergencia)

Fecha de admisión

Fecha que fue dado de alta

Doctor

Hospital

Razon

18

N. Hospitalizaciones/Cirugías (continuación)

4

Tipo de hospitalización (incluya visitas a la sala de emergencia)

Fecha de admisión

Fecha que fue dado de alta

Doctor

Hospital

Razon

5

Tipo de hospitalización (incluya visitas a la sala de emergencia)

Fecha de admisión

Fecha que fue dado de alta

Doctor

Hospital

Razon

6

Tipo de hospitalización (incluya visitas a la sala de emergencia)

Fecha de admisión

Fecha que fue dado de alta

Doctor

Hospital

Razon

19

O. Documentos Legales/ Directivas de Salud

Indique los documentos que mantiene en su archivo:

- Testamento Vital Poder Legal para Atención Médica
 Poder Notarial Orden de no resucitar

Lugar donde guarda sus documentos
(ubicación física, tal como caja fuerte, banco)

Nombre de la Institución (por ejemplo, Banco de America)

Dirección

Ciudad Estado Código Postal País

Representante Legal
(Nombre de la persona que ha designado como su representante legal)

Dirección

Ciudad Estado Código postal País

Teléfono (Casa) Teléfono (Celular)

Buscapersonas (Biper) Correo Electrónico

Correo Electrónico (Trabajo)

Teléfono (Trabajo) Fax

(continuación)

O. Documentos Legales/Directivas de Salud

Contacto (Nombre de la persona que tiene acceso a sus documentos)

Dirección

Ciudad Estado Código Postal País

Información Acerca de Su Contacto

Teléfono (Casa) Teléfono (Celular)

Buscapersonas (Biper) Correo Electrónico

Teléfono (Trabajo) Correo Electrónico (Trabajo)

Fax

Fecha de archivo

Si No

Es usted donante de órganos? Estado donde se registró

Notas

