

**D.R. MEDICAL CARE, LLC (English)**

PATIENT'S FIRST NAME \_\_\_\_\_ MI \_\_\_\_\_

LAST NAME \_\_\_\_\_

ADDRESS \_\_\_\_\_ CITY \_\_\_\_\_ ST \_\_\_\_\_ ZIP \_\_\_\_\_

**(REQUIRED)**

HOME PH# \_\_\_\_\_ CELL# \_\_\_\_\_ WORK# \_\_\_\_\_

DATE OF BIRTH \_\_\_\_\_ SEX \_\_\_\_\_ SS# \_\_\_\_\_ RACE \_\_\_\_\_

DRIVER'S LICENSE \_\_\_\_\_

MARITAL STATUS \_\_\_\_\_

**(PHOTO ID REQUIRED)**

EMAIL \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_

**GUARANTOR/SPOUSE/PARENT INFORMATION REQUIRED**

GUARANTOR/SPOUSE/PARENT  
NAME \_\_\_\_\_

ADDRESS \_\_\_\_\_

TELEPHONE NUMBER \_\_\_\_\_ CELL NUMBER \_\_\_\_\_

**POLICY HOLDER'S INFORMATION REQUIRED**

POLICY HOLDER'S NAME \_\_\_\_\_

ADDRESS \_\_\_\_\_ CITY \_\_\_\_\_ ST \_\_\_\_\_ ZIP \_\_\_\_\_

TELEPHONE NUMBER \_\_\_\_\_ CELL PHONE \_\_\_\_\_

SOCIAL SECURITY NUMBER \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ DATE OF BIRTH \_\_\_\_\_

EMPLOYER'S NAME \_\_\_\_\_ PHONE NUMBER \_\_\_\_\_

EMPLOYER'S ADDRESS \_\_\_\_\_

INSURANCE COMPANY \_\_\_\_\_

**(INSURANCE CARD REQUIRED, PRESENT TO FRONT DESK)**

**I AUTHORIZE D.R. MEDICAL CARE TO RELEASE ANY MEDICAL INFORMATION NECESSARY TO PROCESS CLAIMS, COORDINATE CARE, REFERRALS AND FOR QUALITY MANAGEMENT AND /OR UTILIZATION ACTIVITIES. I AUTHORIZE PAYMENT OF MEDICAL BENEFITS TO D.R. MEDICAL CARE FOR SERVICE'S RENDERED.**

SIGNATURE \_\_\_\_\_ DATE \_\_\_\_\_

**D.R. MEDICAL CARE, LLC (Español)**

Nombre del Paciente \_\_\_\_\_ Apellido \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_  
(REQUERIDO)

Teléfono \_\_\_\_\_  
(Casa) (Celular) (Trabajo)

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ SEXO \_\_\_\_\_ SS# \_\_\_\_\_

Número De Licencia \_\_\_\_\_ Estado Civil \_\_\_\_\_  
(LISENCIA REQUERIDA)

Correo Electrónico \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_ .COM

**PERSONA HACIÉNDOSE RESPONSABLE POR PAGO DE SERVICIOS MÉDICOS  
EN CASO DE QUE SU SEGURO MÉDICO NO RESPONDA**

NOMBRE \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN \_\_\_\_\_

NÚMERO DE TELÉFONO \_\_\_\_\_ CELULAR \_\_\_\_\_

**INFORMACION DEL ASEGURADO PRINCIPAL REQUERIDO**

Nombre del Asegurado Principal \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Número De Teléfono \_\_\_\_\_ Número de Celular \_\_\_\_\_

Número de Seguro Social \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Nombre De Compañía \_\_\_\_\_ Número de Teléfono \_\_\_\_\_

Relación con Paciente: Paciente \_\_\_\_\_ Hijo(a) \_\_\_\_\_ Esposo(a) \_\_\_\_\_ Otra relación \_\_\_\_\_

Dirección del Trabajo \_\_\_\_\_

Nombre del Seguro \_\_\_\_\_

(Tarjeta de Seguro requerida, Presentarla junto con su licencia)

**AUTORIZO A D.R. MEDICAL CARE A PROVEER CUALQUIER INFORMACIÓN MÉDICA QUE SEA  
NECESARIA PARA PROCESAR RECLAMOS, COORDINAR CUIDADOS, REFERIDOS, Ó  
CUALQUIER OTRA ACTIVIDAD REQUERIDA POR LA ADMINISTRACIÓN DE LA OFICINA.  
MEDIANTE MI FIRMA AUTORIZO PAGOS DE BENEFICIOS MÉDICOS A DR. MEDICAL CARE  
POR LOS SERVICIOS OBTENIDOS.**

FIRMA \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_



Do you have or have you had any allergies to any medications (Ha tenido alergia a algun medicamento)? <input type="checkbox"/> Yes (Si) <input type="checkbox"/> No	
Name the drug (Nombre del Medicamento)	Describe the Reaction you had (Describa la reaccion que tuvo)

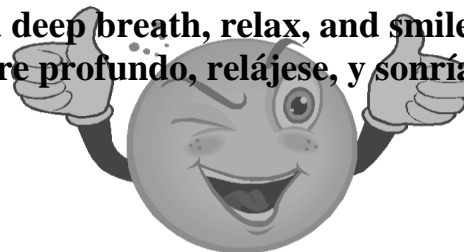
**Social History (Historial Social)**

Exercise (Ejercicio)	<input type="checkbox"/> Sedentary (No exercise)/ Sedentario (no ejercicio)	
	<input type="checkbox"/> Mild exercise (i.e., climb stairs, walk 3 blocks, golf) /Ejercicio (e.j. caminar 3 bloques)	
	<input type="checkbox"/> Occasional vigorous exercise (i.e., work or recreation, less than 4x/week for 30 min.) Ejercicio riguroso (e.j. pero ocasional, menos de 4 x semana)	
	<input type="checkbox"/> Regular vigorous exercise (i.e., work or recreation 4x/week for 30 min.) Ejercicio vigoroso regular(e.j. 4 o mas veces por semana)	
Caffeine (Cafeina)	<input type="checkbox"/> None (Ninguna) <input type="checkbox"/> Coffee (Café) <input type="checkbox"/> Tea (Te) <input type="checkbox"/> Cola	
	# of cups per day (Cuantos basos al dia)	
Alcohol	Do you drink Alcohol (Toma Alcohol)? <input type="checkbox"/> Yes( Si) <input type="checkbox"/> No	
	If yes, what kind (Si toma, de que tipo)?	
	How many drinks per week (Cuantos tragos o cervezas por semana)?	
	Are you concerned about the amount you drink (Esta preocupado por la cantidad que toma)? <input type="checkbox"/> Yes (Si) <input type="checkbox"/> No	
	Do you drive after drinking (Usted maneja despues de tomar)? <input type="checkbox"/> Yes (Si) <input type="checkbox"/> No	
Tobacco (Tabaco)	Do you use tobacco (Usa tabaco)? <input type="checkbox"/> Yes (Si) <input type="checkbox"/> No	
	Choose Type (Que Tipo)	How many per day (Cuantos por dia)?
	<input type="checkbox"/> Cigarettes (Cigarillos)	
	<input type="checkbox"/> Chew (Mastica)	
	<input type="checkbox"/> Pipe (Pipa)	
	<input type="checkbox"/> Cigars (Cigaros)	
	<input type="checkbox"/> # of years (Numero de anos) <input type="checkbox"/> or Year quit (Año que paro de usar tabaco o fumar)	
Drugs (Drogas)	Do you currently use recreational or street drugs (Usa drogas recreacionales)? <input type="checkbox"/> Yes (Si) <input type="checkbox"/> No	
	Have you ever given yourself street drugs with a needle (Se ha inyectado drogas alguna vez)? <input type="checkbox"/> Yes (Si) <input type="checkbox"/> No	
Personal	Do you live alone (Vive sola)? <input type="checkbox"/> Yes (Si) <input type="checkbox"/> No	
	Do you have frequent falls (Se cae frecuentemente)? <input type="checkbox"/> Yes (Si) <input type="checkbox"/> No	
	Do you have vision or hearing loss (Tiene problemas de vision o audicion)? <input type="checkbox"/> Yes (Si) <input type="checkbox"/> No	
	Do you have Advance Directive and/ or Living Will (Tiene un testamento o directivas en avances)? <input type="checkbox"/> Yes (Si) <input type="checkbox"/> No	
	Physical and/or mental abuse have also become major public health issues in this country. This often takes the form of verbally threatening behavior or actual physical or sexual abuse. Would you like to discuss this issue with your provider?/ (El abuso mental y fisico es un problema de salud serio. El abuso puede ser sexual, fisico, o verbal. Quisieras discutir este problema con su medico)? <input type="checkbox"/> Yes (Si) <input type="checkbox"/> No	

**Family History (Historial familiar)**

Has any one in your family had cancer (Algun familiar cercano ha tenido cancer)?	<input type="checkbox"/> Yes (Si) <input type="checkbox"/> No
If yes, what type of cancer did he or she have (Que tipo de cancer)?	
If Yes, who had cancer (Quien lo tuvo)? <input type="checkbox"/> Mother (Madre) <input type="checkbox"/> Father (Padre) <input type="checkbox"/> Other, explain (Otro, explique):	
Has any one in your family had heart disease? (Algun familiar cercano con ataque de corazon)?	<input type="checkbox"/> Yes (Si) <input type="checkbox"/> No
If Yes, who had heart disease (Quien lo tuvo)? <input type="checkbox"/> Mother (Madre) <input type="checkbox"/> Father (Padre) <input type="checkbox"/> Other, explain (Otro, explique):	
Has any one in your family had Hypertension (Alguien con alta presion)?	<input type="checkbox"/> Yes (Si) <input type="checkbox"/> No
If Yes, who had Hypertension (Quien lo tuvo) ? <input type="checkbox"/> Mother (Madre) <input type="checkbox"/> Father (Padre) <input type="checkbox"/> Other, explain (Otro, explique):	
Has any one in your family had diabetes (Alguien con diabetes)?	<input type="checkbox"/> Yes (Si) <input type="checkbox"/> No
If Yes, who has had diabetes (Quien lo tuvo) ? <input type="checkbox"/> Mother (Madre) <input type="checkbox"/> Father (Padre) <input type="checkbox"/> Other, explain (Otro, explique):	
Has anyone in your family suffered from high cholesterol (Alguien con alto colesterol)?	<input type="checkbox"/> Yes (Si) <input type="checkbox"/> No

**Stand up, stretch, take a deep breath, relax, and smile. You are almost finished!  
(Pongase de pie, respire profundo, relájese, y sonría. Ya casi ha terminado!**



**Have you had one of the following symptoms over the last year?  
(Ha tenido alguno de estos sintomas en el ultimo año?)**

<b>Systemic Symtoms :</b>		<b>Eye Symptoms (Sintomas de los Ojos):</b>	
<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Weight change(cambio involuntario de peso)	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Eyesight problems (Problema de vision)
<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Chills (escalofrios)	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Photobia (intolerancia a luz)
<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Fever (Fiebre)	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Eye pain (dolor en los ojos)
<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Night sweats (perspiracion nocturna)	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Itching of the eyes (picazon en los ojos)
<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Feeling tired or poorly (cansancio excesivo)	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Other (otros)
<b>Head Symptoms (Sintomas de la Cabeza):</b>		<b>Otolaryngeal Symptoms (Sintomas de Oido, Nariz, o Boca):</b>	
<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Headache (dolor en su rostro)	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Earache (dolor de oido )
<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Facial Pain (problema en la cara)	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Hearing loss (perdida de audicion)
<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Sinus pain (Sinusitis)	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Ringing in the ears (zumbido en oidos)
<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Other (Otros)	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Nosebleeds ( sangrando nasal)
<b>Neck Symptoms (Sintomas del Cuello):</b>		<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Nasal discharge (descarga nasal)
<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Neck pain (dolor de cuello)	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Mouth sores (ulceras en la boca)
<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Neck stiffness (entumecimiento)	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Bleeding gums (sangrando de encias)
<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Lump or swelling in the neck (nodosos en cuello)	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Hoarseness (ronquera)
<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Other (Otros)	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Throat Pain (dolor al tragar)
<b>Breast Symptoms (Sintomas del Pecho):</b>		<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Other (otros)
<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Breast pain (dolor en los senos)	<b>Pulmonary Symptoms (Sintomas Pulmonares):</b>	
<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Nipple discharge (descarga del pezon)	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Shortness of breath (Corta de respiracion)
<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Breast lump (nodo de seno)	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Cough (tos)
<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Problem with menses (problemas de menstruacion)	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Coughing up blood (sangre en el esputo)
<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Other (otros)	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Exposure to fumes (inhalacion a quimicos)
<b>Cardiovascular Symptoms (Sintomas del Corazon):</b>		<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Wheezing (pitillos al respirar)
<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Chest pain or discomfort (dolor de pecho)	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Other (otros)
<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Fast heart rate (latidos muyentoso rapidos)	<b>Gastrointestinal Symptoms (Sintomas Intestinal):</b>	
<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Palpitations (palpitaciones)	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Appetite (perdida de apetito)
<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Other (Otros)	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Difficulty Swallowing (dificultad al tragar)
<b>Genitourinary Symptoms:</b>		<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Heartburn (herbadera)
<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Pain with urinating (ardor al orinar)	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Nausea (nausea)
<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Increased urinary frequency (frecuencia urinaria)	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Vomiting (vomitos)
<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Blood in urine (sangre en orina)	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Abdominal pain (dolor abdominal)
<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Genital Lesion (ulceras o nudo en genitalia)	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Diarrhea (diarrea)
<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Incontinence (incontinencia)	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Black or bloody stools (excreta negra o con sangre)
<b>Skin Symptoms (Sintomas del Piel):</b>		<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Bloatiness (Estomago inflado)
<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Itching (picor)	<b>Musculoskeletal Symptoms (Sintomas Musculoesqueletales):</b>	
<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Skin lesions (lesiones en la piel)	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Joint pain (dolor de coyuntura)
<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Rashes (Erupcion de la piel)	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Joint stiffness (en tumecimiento)
<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Other (otros)	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Muscle aches (Dolores musculares)
<b>Endocrine symptoms:</b>		<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Other (otros)
<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Excessive sweating (sudor excesivo)	<b>Neurological Symptoms (Sintomas Neurologicos):</b>	
<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Excessive thirst (sed excesiva)	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Dizziness (mareos)
<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Libido has changed (cambio de deseo sexual)	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Vertigo
<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Sexual problems (problemas sexuales)	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Fainting (desmayo)
<b>Psychological Symptoms (Sintomas Sicologicos):</b>		<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Problems with muscles (disturbio muscular)
<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Sleep disturbances (insomnia)	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Problem with sensation (disturbio de sensacion)
<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Anxiety (ansiedad)	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Seizures (convulsiones)
<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Depression (depresion)		
<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Suicidal thoughts (pensamientos suicidas)		
<b>Please list any other medical concerns. (Porfavor escriba cual quer otra problema medico.)</b>			