



Valley Ear, Nose and  
Throat Specialists, P.A.

# Valley Ear, Nose and Throat Specialist, P.A.

PAGINA DE INFORMACION  
(LLENE EN LETRA DE MOLDE)

**Nombre del Paciente:** \_\_\_\_\_ **Estatura:** \_\_\_\_\_ **Peso:** \_\_\_\_\_ Masculino Femenino  
**Fecha de Nacimiento:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ **Edad:** \_\_\_\_\_ **Número Social:** \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
**Dirección:** \_\_\_\_\_ **Ciudad/Estado:** \_\_\_\_\_ **Código Postal:** \_\_\_\_\_  
**# de Teléfono Casa:** ( ) \_\_\_\_\_ **Trabajo:** ( ) \_\_\_\_\_ **Celular:** ( ) \_\_\_\_\_  
**Correo Electrónico:** \_\_\_\_\_

**Si el paciente es menor de edad, nombre de la Persona Responsable:** \_\_\_\_\_

**Fecha de Nacimiento de Persona Responsable:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ **Número Social:** \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

**Nombre del esposo(a):** \_\_\_\_\_ **# de Teléfono:** ( ) \_\_\_\_\_

¿Fue referido(a) por un doctor a su visita hoy? SI NO

**Nombre del doctor:** \_\_\_\_\_ **# de Teléfono:** ( ) \_\_\_\_\_

¿Está usted bajo el cuidado de un doctor principal? SI NO

**Nombre del doctor:** \_\_\_\_\_ **# de Teléfono:** ( ) \_\_\_\_\_

¿Porque vino a ver el doctor el día de hoy? \_\_\_\_\_

¿Están las inmunizaciones del paciente al corriente? SI NO

¿Padece de infecciones del oído? SI NO

¿Cuántas infecciones por año? \_\_\_\_\_ ¿Qué antibióticos tomó? \_\_\_\_\_

¿Asiste el paciente a una guardería? SI NO

¿El paciente tiene o ha tenido retraso en el habla? SI NO

Si su respuesta es sí: ¿Cuántas palabras puede pronunciar? \_\_\_\_\_ ¿Asiste a terapia? SI NO

¿Padece de infecciones de garganta o de anginas? SI NO

¿Cuántas infecciones por año? \_\_\_\_\_ ¿Qué antibióticos tomó? \_\_\_\_\_

¿Padece de sinusitis? SI NO

¿Cuántas infecciones por año? \_\_\_\_\_ ¿Qué antibióticos tomó? \_\_\_\_\_

¿Qué medicamentos usa para congestión nasal? \_\_\_\_\_

¿Padece de sangrado nasal? SI NO

¿Cuáles síntomas padece usted? (Circule)

Dolor Facial  
Congestión Nasal

Dolor de Cabeza  
Presión Facial

Escurrimiento Nasal  
Congestión de oídos

Respiración Dificultosa  
Inflamación Facial

¿Padece de algún otro problema médico? \_\_\_\_\_

¿Ha tenido usted alguna operación médica?

Tipo de Operación

Año de Operación

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

¿Tiene usted alergias o ha tenido alguna reacción al latex? SI NO

¿El Paciente: (FUMA) (FUMO) (NUNCA HA FUMADO)  
Si aún fuma: ¿Cuántos cigarillos o caja(s) de cigarillos consume por día? \_\_\_\_\_ Tiempo con este hábito: \_\_\_\_\_

¿El paciente usa tabaco? SI NO ¿Cuánto usa? \_\_\_\_\_

¿Toma bebidas alcohólicas? SI NO ¿Cuánto toma? \_\_\_\_\_

¿Padece algún miembro de su familia de un problema médico? Favor de escribirlo aquí: \_\_\_\_\_

**Indique cuáles problemas médicos ha tenido o tiene usted de la siguiente lista. Por favor circule:**

|                               |                              |                           |                                 |
|-------------------------------|------------------------------|---------------------------|---------------------------------|
| Aceleración del pulso         | Dificultad al tragar         | Golpes en la cabeza       | Problema de sinusitis           |
| Adicción a drogas             | Dolor al tragar              | Hemofilia                 | Pulso lento                     |
| Agruras                       | Dolor de cabeza              | Hepatitis A               | Regurgitación alimento/liquido  |
| Alergias en la piel           | Dolor de garganta            | Hepatitis B               | Retraso mental                  |
| Alta presión                  | Dolor de oídos               | HIV positivo              | Retraso en el desarrollo        |
| Anemia                        | Dolor de quijada             | Inflamación de coyunturas | Ronquido                        |
| Ardor en la garganta          | Dolor en el pecho            | Mal Amarillo              | Sangrado nasal                  |
| Artritis                      | Embolia                      | Marcapasos                | SIDA                            |
| Asfixia                       | Enfermedad de hígado         | Mareos                    | Síntomas de catarro             |
| Asma                          | Enfermedades venéreas        | Moretones con facilidad   | Sonido en oídos                 |
| Ataques al corazón            | Enfermedad neurodegenerativa | Nausea/Vómito             | Soplo al corazón                |
| Ataques epilépticos           | Enfisema                     | Neumonía                  | Tiroides                        |
| Cambios en la voz             | EPOC                         | Neumonía recurrente       | Tos crónica                     |
| Cáncer garganta/cabeza/cuello | Esclerosis múltiple          | Nudo en la garganta       | Transfusión de sangre           |
| Carraspera crónica            | Escurrecimiento en garganta  | Padece de nervios         | Traqueotomía                    |
| Cicatrices anormales          | Escurrecimiento en oído      | Parálisis cerebral        | Trastorno de movimiento         |
| Cogestión Nasal               | Escurrecimiento nasal        | Parkinson                 | Tratamiento psiquiátrico        |
| Comida se pegue en garganta   | Escupe Sangre                | Pérdida de oír            | Trauma en la garganta           |
| Demencia                      | Fatiga                       | Pérdida de peso           | Tuberculosis                    |
| Desmayos                      | Fiebre                       | Pérdida de voz            | Tubo de gastrostomía            |
| Despertar de noche con tos    | Fiebre reumática             | Presión de oídos          | Úlceras                         |
| Diabetes                      | Fuegos                       | Presión de sinusitis      | Válvulas cardíacas artificiales |
| Dificultad al respirar        | Glaucoma                     | Problema al orinar        | Voz ronca                       |

**PARA MUJERES SOLAMENTE:**

¿Está embarazada? SI NO ¿Cuántos meses? \_\_\_\_\_

**YO ENTIENDO QUE LA INFORMACION INDICADA ES NECESARIA PARA DARLE EL MEJOR Y EFICAZ CUIDADO MEDICO POSIBLE. TODAS LAS PREGUNTAS HAN SIDO CONTESTADAS VERDADERAMENTE Y EN LO MEJOR DE MI CONOCIMIENTO.**

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL PACIENTE/PERSONA RESPONSABLE

\_\_\_\_\_  
FECHA