

PACIFIC HOSPITAL OF LONG BEACH
PATIENT INFORMATION SHEET

PATIENT INFORMATION:

Información del paciente:

Have you been a patient here before? Yes No

¿Alguna vez en el pasado, había sido paciente aquí? Sí No

First Name: _____

Primer nombre

Last Name: _____

Apellido

Address: _____

Domicilio

City, Zip Code: _____

Ciudad, Código postal

Telephone #: _____

Número de teléfono

Date of Birth: _____

Fecha de nacimiento

Sex: _____

Sexo

Race: _____

Nacionalidad

Marital Status: _____

Estado civil

SS#: _____

Número de Seguro social

Birthplace: _____

Lugar de nacimiento

Doctor: _____

Su Doctor personal

Religion: _____

Religión

Allergies: _____

Alergias a medicinas

Insurance: _____

Seguro de la salud

EMPLOYER INFORMATION:

Información de su trabajo:

Employer: _____

Lugar de empleo

Address: _____

Domicilio

Phone #: _____

Número de teléfono

City, Zip Code: _____

Ciudad, Código postal

Occupation: _____

Oficio

Date/Time of Accident: _____

Fecha y hora del accidente

PARENT OR GUARDIAN INFORMATION - Complete only if the patient is a minor.

Información sobre el padre o tutor - Complete solo si el paciente es menor de edad.

Name of Parent/Guardian: _____

Nombre de padre o madre

SS#: _____

Número de Seguro social

Date of Birth: _____

Fecha de nacimiento

IN CASE OF AN EMERGENCY

En caso de emergencia

Contact Name: _____

Contacto de emergencia

Phone #: _____

Número de teléfono

Relationship: _____

Parentezco

Admit Date: _____ Time: _____ MR# _____ Acct. #: _____



NAME / NOMBRE	AGE / EDAD	D.O.B. / CUANDO NACIO	DATE / FECHA
---------------	------------	-----------------------	--------------

HISTORY OF PAST ILLNESS / ENFERMEDADES PASADAS: Have you had? (Ha tenido)

Measles / Sarampion.....	No / Yes / Si	Rheumatic fever / Fiebre Reumatica.....	No / Yes / Si
Mumps / Paperas.....	No / Yes / Si	Heart disease / Enfermedad del Corazón.....	No / Yes / Si
Chickenpox / Viruela.....	No / Yes / Si	Tuberculosis.....	No / Yes / Si
Diabetes.....	No / Yes / Si	Veneral disease / Enfermedade Venerea.....	No / Yes / Si
Strokes / Embolia.....	No / Yes / Si	Serious disease / Enfermedades graves.....	No / Yes / Si

Ever Hospitalized / Ha sido hospitalizado.....	No / Yes / Si	Explain / Explicación.....	_____
Ever had surgery / Ha tenido operaciones.....	No / Yes / Si	Explain / Explicación.....	_____
Had broken bones / Ha tenido fracturas.....	No / Yes / Si	Explain / Explicación.....	_____
Head concussions or injuries.....	No / Yes / Si	Explain / Explicación.....	_____
Golpes o heridas de cabeza.....	No / Yes / Si	Explain / Explicación.....	_____

FAMILY HISTORY / HISTORIA FAMILIAR: Has anyone in your family ever had? / ¿Ha habido en su familia?

Cancer.....	No / Yes / Si	Who / Quien.....	_____
Diabetes.....	No / Yes / Si	Who / Quien.....	_____
Tuberculosis.....	No / Yes / Si	Who / Quien.....	_____
Heart trouble / Enfermedad del corazón.....	No / Yes / Si	Who / Quien.....	_____
High blood pressure / Presión alta.....	No / Yes / Si	Who / Quien.....	_____
Stroke / Embolia.....	No / Yes / Si	Who / Quien.....	_____
Convulsions / Epilepsias.....	No / Yes / Si	Who / Quien.....	_____
Suicide / Suicidio.....	No / Yes / Si	Who / Quien.....	_____

SOCIAL HISTORY / HISTORIA SOCIAL

Single / Soltero _____ Married / Casado _____ Separated / Separado _____ Divorced / Divorciado _____ Widowed / Viudo _____

Alcoholic Beverages / Bebidas Alcoholicas: Never / Nunca _____ How much / Cuanto _____

Tobacco / Cigarettes / Tabaco / Cigarrillos: Never / Nunca _____ How much / Cuanto _____

What is your job? / ¿Cual es su trabajo? _____

Education level / Nivel de Educación: 1__ 2__ 3__ 4__ 5__ 6__ 7__ 8__ 9__ 10__ 11__ 12__ College / Colegio Superior: 1__ 2__ 3__ 4__

SYSTEMIC REVIEW / REVISION DE SISTEMAS:

GENERAL:

Recent weight change / Reciente cambio de peso?..... No / Yes / Si

Have you been in good general health most of your life? / ¿Ha tenido buena salud la mayor parte de su vida?..... No / Yes / Si

HAVE YOU EVER HAD PROBLEMS WITH? / ¿ALGUNA VEZ HA TENIDO PROBLEMAS CON?

Skin / Piel.....	No / Yes / Si	Explain / Explicación.....	_____
Head - Eyes - Ears - Nose - Throat / Cabeza - Ojos - Oidos - Nariz - Garganta.....	No / Yes / Si	Explain / Explicación.....	_____
Neck / Cuello.....	No / Yes / Si	Explain / Explicación.....	_____
Lungs / Pulmones.....	No / Yes / Si	Explain / Explicación.....	_____
Heart and Circulation / Corazón o circulación.....	No / Yes / Si	Explain / Explicación.....	_____
Blood / Sangre.....	No / Yes / Si	Explain / Explicación.....	_____
Emotions / Emociones.....	No / Yes / Si	Explain / Explicación.....	_____
Nerves / Nervios.....	No / Yes / Si	Explain / Explicación.....	_____
Muscles and bones / Musculos o Huesos.....	No / Yes / Si	Explain / Explicación.....	_____
Stomach and bowels / Estomago o intestinos.....	No / Yes / Si	Explain / Explicación.....	_____
Sex organs / Organos sexuales.....	No / Yes / Si	Explain / Explicación.....	_____
Urinary / Urinarios.....	No / Yes / Si	Explain / Explicación.....	_____
Any other / Cualquiera otro.....	No / Yes / Si	Explain / Explicación.....	_____

ALLERGIES OR REACTIONS TO FOOD OR MEDICATION / ALERGIAS O REACCIONES A ALIMENTOS O MEDICINAS _____

PATIENT SIGNATURE / FIRMA _____ DATE / FECHA _____

DOCTOR SIGNATURE _____ DATE / FECHA _____



HEALTH HISTORY

2776 Pacific Avenue
Long Beach, CA 90806
(562) 596-1811

PHLB-N5802

ADDRESSOGRAPH