

**Cuidado de heridas de Northern California  
Historial nuevo del paciente**

Fecha: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Seguro Social \_\_\_\_\_  
Primer nombre: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_  
Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_  
¿Cuál es tu domicilio? \_\_\_\_\_  
Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_  
Número de teléfono primario: \_\_\_\_\_  
Número de teléfono secundaria: \_\_\_\_\_  
Nombre del contacto de emergencia: \_\_\_\_\_ Velación \_\_\_\_\_  
Número de teléfono del contacto de emergencia: \_\_\_\_\_  
Nombre de la farmacia: \_\_\_\_\_ Domicilio: \_\_\_\_\_  
Nombre de su doctor primario: \_\_\_\_\_

**Historia de la enfermedad actual:**

¿Qué le trae hoy a nuestro consultorio? \_\_\_\_\_  
¿Qué lo causó? \_\_\_\_\_  
Duración o fecha de inicio: \_\_\_\_\_

**Circule todo lo que corresponda:**

Tiempo	Presente todo el día Presente la mayoría de los días	Presente todos los días Viene y se va
Gravedad del dolor	Ninguno 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Grave
Tipo de dolor	Agudo Sordo Palpitante Punzante Eléctrico	Otro: _____

¿Qué mejora el problema? \_\_\_\_\_

¿Qué empeora el problema? \_\_\_\_\_

¿Hay algún factor que pueda retrasar la curación? \_\_\_\_\_

¿Tiene alguna alergia? \_\_\_\_\_

**Circule todo lo que corresponda:**

Estado civil	Soltero Casado Divorciado Viudo	Número de hijos: _____
Documentación legal	Directiva anticipada   No resucitar   Poder notarial duradero para la atención médica   Testamento de vida	
Preocupaciones culturales, religiosas o lingüísticas: _____		

Medicamentos de rutina: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_