

Registro personal de salud de su familiar

A. Identificación

Apellido	Nombre	Segundo nombre	
Dirección			
Ciudad	Estado	Código Postal	
Número telefónico (Hogar)	Número telefónico (Trabajo)	Número telefónico (Móvil)	
Fecha de Nacimiento (M/D/AA)	Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino		
Grupo sanguíneo, si sabe	Idiomas que habla		
Ocupación (de ser relevante)	Número telefónico de la compañía		
Nombre de la compañía	Fax de la compañía		
Dirección de la compañía	Ciudad	Estado	Código Postal

B. Contactos para emergencias

En caso de emergencia, notificar a (Contacto principal)		Relación	
Dirección	Ciudad	Estado	Código Postal
Número telefónico (Hogar)	Número telefónico (Trabajo)	Número telefónico (Móvil)	
En caso de emergencia, notificar a (Contacto secundario)		Relación	
Dirección	Ciudad	Estado	Código Postal
Número telefónico (Hogar)	Número telefónico (Trabajo)	Número telefónico (Móvil)	

C. Información del seguro de salud

Tipo de proveedor principal del seguro de salud: Privado Medicare Medicaid Otro

Nombre de la compañía (de ser privada) _____
Número de identificación: _____
Número de plan/grupo _____

Número telefónico _____ Asegurado principal (nombre, de ser diferente al de la parte A de este formulario)

Empleador del asegurado principal (de ser relevante) _____ Número telefónico del empleador _____

Tipo de proveedor del seguro de salud secundario: Privado Medicare Medicaid
 Otro

Nombre de la compañía (de ser privada) _____
Número de identificación _____
Número de plan/grupo _____

Número telefónico _____ Asegurado principal (nombre, de ser diferente al de la parte A de este formulario)

Empleador del asegurado principal (de ser relevante) _____ Número telefónico del empleador _____

D. Voluntades anticipadas

(incluye Representante de cuidados de la salud, Testamento en vida y Poder legal)

Representante para fines de atención médica *(complete la información sobre la persona nombrada como agente en el formulario de Representación para fines de atención médica de su familiar)*

Nombre	Número telefónico	Número telefónico (Móvil)	Número telefónico (Trabajo)
--------	-------------------	---------------------------	-----------------------------

Dirección del agente	Ciudad	Estado	Código Postal
----------------------	--------	--------	---------------

Dirección del trabajo del agente	Ciudad	Estado	Código Postal
----------------------------------	--------	--------	---------------

Ubicación del documento (ubicación física, por ejemplo, en una caja fuerte)

Contacto del documento (persona con acceso al documento)	Número telefónico
--	-------------------

Testamento en vida

Ubicación del documento (ubicación física, por ejemplo, en una caja fuerte)

Contacto del documento (persona con acceso al documento)	Número telefónico
--	-------------------

Poder legal (complete la información sobre la persona que posee el Poder legal)

Nombre	Número telefónico	Número telefónico (Móvil)	Número telefónico (Trabajo)
Dirección	Ciudad	Estado	Código Postal
Dirección del trabajo	Ciudad	Estado	Código Postal
Ubicación del documento (ubicación física, por ejemplo, en una caja fuerte)			
Contacto del documento (persona con acceso al documento)		Número telefónico	

E. Alergias/sensibilidad a fármacos

(incluya medicamentos, comidas, factores ambientales y/u otros)

Agente alergénico	Reacción	Último episodio	Tratamiento

F. Historial de salud de su familiar

Marque todos los puntos que apliquen al estado actual de salud y a previas enfermedades de su familiar.

<input type="checkbox"/> Alcoholismo	<input type="checkbox"/> Hipertensión
<input type="checkbox"/> Artritis	<input type="checkbox"/> Enfermedad del riñón
<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Retraso mental
<input type="checkbox"/> Cáncer	<input type="checkbox"/> Fiebre reumática
<input type="checkbox"/> Diabetes Tipo: <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II	<input type="checkbox"/> Ataques
<input type="checkbox"/> Enfisema	<input type="checkbox"/> Problemas estomacales, del hígado o intestinales
<input type="checkbox"/> Glaucoma	<input type="checkbox"/> Apoplejía - Accidente cerebrovascular
<input type="checkbox"/> Enfermedad del corazón	<input type="checkbox"/> Desorden de tiroides
<input type="checkbox"/> Hemodiálisis	<input type="checkbox"/> Tuberculosis
<input type="checkbox"/> Hepatitis Tipo: <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> Tumor
<input type="checkbox"/> Colesterol sanguíneo alto	<input type="checkbox"/> Otro

