



FORMULARIO DE PACIENTE NUEVO

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

NOMBRE:	APELLIDO:	
FECHA DE NACIMIENTO:	SEXO: <input type="checkbox"/> MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMININO <input type="checkbox"/> PREFIERO NO DIVULGAR	
NUMERO DE TELEFONO:	CORREO ELECTRONICO:	
DIRECCIÓN:	CIUDAD:	
ESTADO:	CODIGO POSTAL:	OCCUPACION:
ESTATURA:	PESO:	EDAD:
ESTADO CIVIL:	<input type="checkbox"/> SOLTERO <input type="checkbox"/> CASADO <input type="checkbox"/> DIVORCIAD <input type="checkbox"/> VIUDO <input type="checkbox"/> SEPARADO	
PASATIEMPO:	¿CÓMO ESCUCHASTE DE NOSOTROS?	

HISTORIAL DE SALUD Y BIENSTAR

¿TIENES UN MÉDICO? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
SI ES SÍ, ¿CUÁL ES SU NOMBRE Y NÚMERO DE TELÉFONO?
¿QUE FARMACIA UTILIZA?
¿ESTÁ TOMANDO ALGÚN MEDICAMENTO RECETADO ACTUALMENTE? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
SI ES SI, ¿CUALES SON?
¿TIENES ALGUNA CONDICIÓN MÉDICA PREEXISTENTE (HIPERTENSIÓN, ETC.)? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
SI ES SI, ¿CUALES SON?
¿TIENES ALGUNA ALERGIA A MEDICAMENTOS O ALIMENTOS?
¿ALGUNA VEZ HA SIDO HOSPITALIZADO U OPERADO? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
SI ES SI, INDIQUE FECHAS Y PARA QUÉ.



¿SUFRES DE DEPRESION O ANSIEDAD?
¿USAS TOBACCO? <input type="checkbox"/> NUNCA <input type="checkbox"/> CIGARILLOS ELECTRONICOS <input type="checkbox"/> CIGARILLOS <input type="checkbox"/> TOBACCO MASTICABLE
¿BEBES ALCOHOL? <input type="checkbox"/> NUNCA <input type="checkbox"/> RARA VEZ <input type="checkbox"/> OCCASIONALMENTE <input type="checkbox"/> FRECUENTEMENTE <input type="checkbox"/> DIARIO
¿TE SIENTES ESTRESADO? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
¿SUFRES DE ANTOJOS INCONTROLABLES? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
¿COMES DEMASIADO POR TUS EMOCIONES? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
¿TE SIENTES CANSADO O CON POCA ENERGIA? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
¿TU DOCTOR TE HA RECCOMENDADO BAJAR DE PESO? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
¿HAS PARTICIPADO DE ALGUN PROGRAMA DE PERDIDA DE PESO? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
¿HAS PROBADO ALGUN MEDICAMENTO O SUPLEMENTOS PARA PERDER PESO? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
TU PESO ACTUAL TE PROVOCA DOLOR? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
¿CUAN FREQUENTE COMES COMIDA RAPIDA? <input type="checkbox"/> NUNCA <input type="checkbox"/> UNA VEZ EN SEMANA <input type="checkbox"/> 2-3 VECES EN SEMANA <input type="checkbox"/> 4+ VECES EN SEMANA
DESCRIBE TU NIVEL DE EJERCICIO: <input type="checkbox"/> INACTIVO <input type="checkbox"/> LIGERO <input type="checkbox"/> MODERADO <input type="checkbox"/> VIGOROSO
¿TU FAMILIA APOYA TUS ESFUERZOS PARA PERDER DE PESO? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
¿CUANTOS NINOS VIVEN CONTIGO?
¿ACTUALMENTE ESTÁS AMAMANTANDO? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> N/A

INFORMACIÓN DE CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA

NOMBRE:	
RELACIÓN:	NUMERO DE TELEFONO:

Por la presente, acepto y doy mi consentimiento para que el médico brinde la atención y los tratamientos médicos que se consideren necesarios y adecuados para diagnosticar y tratar mi condición.

FIRMA: _____ **FECHA:** _____



Act On Weight & Wellness Care • 545 Tilton Rd, Northfield, NJ 08225 •
 Numero de Telefono: 877-ACT-ON-20 • Sitio Web: ActOnWeight.com
 Correo Electronico: Wellness@ActOnWeight.com