

# WELLENDORF ENT PATIENT INFORMATION

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Sexo: M F  
Apellido Primer nombre Segundo nombre

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Número de seguro social: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_  
Número y calle Ciudad Estado Código postal

Teléfono de casa: \_\_\_\_\_ Teléfono móvil: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_ Lenguaje de uso principal: \_\_\_\_\_  
(del paciente si es mayor de 18 años, si no, del responsable legal)

Lugar de trabajo: \_\_\_\_\_ Número telefónico del trabajo: \_\_\_\_\_

Estado civil: S C D V Otro Nombre del cónyuge: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Médico familiar: \_\_\_\_\_ Médico que lo refiere: \_\_\_\_\_

¿Come se entero de nosotros?(elijá uno) Radio TV Periódico Amigo Médico familiar

Farmacia de preferencia: \_\_\_\_\_ Ubicación: \_\_\_\_\_

¿Cómo prefiere ser contactado?: (elijá uno) Correo Teléfono de casa Teléfono móvil Correo electrónico

Raza: (elijá uno) Indio americano/nativo de Alaska Asiático Afroamericano Blanco Otro

Hispano o latino No hispano o no latino

Responsable del pago: \_\_\_\_\_ Relación con el paciente: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_  
Número y calle Ciudad Estado Código postal

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Número de seguro social: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Teléfono de casa: \_\_\_\_\_ Teléfono móvil: \_\_\_\_\_

Lugar de trabajo: \_\_\_\_\_ Número telefónico del trabajo: \_\_\_\_\_

Otra persona que asuma le deuda: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_  
Número y calle Ciudad Estado Código postal

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Número de seguro social: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Teléfono de casa: \_\_\_\_\_ Teléfono móvil: \_\_\_\_\_

Lugar de trabajo: \_\_\_\_\_ Número telefónico del trabajo: \_\_\_\_\_

**Favor de brindar su información de seguro médico (Escanearemos de igual forma su tarjeta e identificación con foto).**

Seguro médico: \_\_\_\_\_ Nombre del titular: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Número de seguro social del titular: \_\_\_\_\_

Seguro médico secundario: \_\_\_\_\_ Nombre del titular: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Número de seguro social del titular \_\_\_\_\_

**Certifico que la información previa es verídica, correcta dentro de mis conocimientos. Me han informado de la política financiera de Wellendorf ENT. Entiendo que soy responsable de todos los cargos sin importar la cobertura del seguro médico.**

**Firma del paciente o de la persona autorizada: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_**

## WELLENDORF ENT

Por favor marque una "X" en la línea de los síntomas que usted tiene.

GENERAL	Cansancio	_____	Aumento de peso	_____
	Sueño durante el día	_____	Fiebre	_____
	Escalofríos	_____	Pérdida de peso	_____
OJOS	Dolor en los ojos	_____	Lagrimo y picazón en los ojos	_____
	Cambios en la visión	_____		
OÍDOS, NARIZ				
GARGANTA	Voz afónica	_____		
	Dificultad para tragar	_____	Dolor de oído	_____
	Pérdida auditiva	_____	Congestión nasal	_____
	Ruidos en los oídos	_____	Sinusitis	_____
	Apnea del sueño	_____	Ronquidos	_____
	Dolor de garganta	_____		
CARDÍACO	Dolor en el pecho	_____	Frecuencia cardíaca rápido	_____
	Frecuencia cardíaca irregular	_____		
RESPIRATORIO	Falta de aire	_____	Tos	_____
	Respiración sibilante	_____	Tos con sangre	_____
GASTRO-INTEST	Acidez estomacal	_____	Dificultad para tragar	_____
GENITOURINARIO	Orinar frecuentemente	_____	Dolor/ardor al orinar	_____
PIEL	Sarpullido	_____	Cambios en el color de la piel	_____
	Cambios de crecimiento del cabello	_____	Ronchas	_____
	Picazón	_____		
NEUROLÓGICO	Convulsiones	_____	Dolores de cabeza	_____
	Desmayos	_____	Mareos	_____
MUSCULO-ESQUELÉTICO	Dolores en las articulaciones	_____	Inflamacion en las piernas	_____
			Dolores Musculares	_____
ENDOCRINO	Siente más frío que otros	_____	Se siente más caliente que otros	_____
PSIQUIÁTRICO	Depresión	_____	Problemas de salud mental	_____
HEMO/LINFÁTICO	Sudores nocturnos	_____	Problemas de sangrado	_____
	Fácil aparición de moretones	_____	Ganglios inflamados	_____
ALERGIAS	Estornudos	_____	Resequedad /picazón de la garganta	_____
	Alergia f. ambientales	_____	Goteo nasal posterior	_____

Por favor anote otros problemas de sus oídos, nariz y garganta en el siguiente espacio.

---

---

---

# WELLENDORF ENT

**Nombre:** \_\_\_\_\_ **Edad:** \_\_\_\_\_ **Fecha de nacimiento:** \_\_\_\_\_

Este formulario es para ayudarnos a brindarle una mejor atención. Es completamente confidencial y será parte de nuestro archivo médico. Si tiene alguna pregunta referente a sus respuestas, por favor consulte al doctor.

**Razón por la visita de hoy:** \_\_\_\_\_

¿Con que mejora los síntomas?: \_\_\_\_\_ ¿Que los empeora?: \_\_\_\_\_

**Historial médico personal (coloque una "X" en la línea correspondiente):**

Alergias.....	Yo _____	Familia _____	VIH/SIDA.....	Yo _____	Familia _____
Anemia.....	Yo _____	Familia _____	Indigestión.....	Yo _____	Familia _____
Artritis/dolor de articulación.....	Yo _____	Familia _____	Arritmias cardíacas.....	Yo _____	Familia _____
Asma.....	Yo _____	Familia _____	Ictericia.....	Yo _____	Familia _____
Problemas de sangrado.....	Yo _____	Familia _____	Enfermedad de los riñones.....	Yo _____	Familia _____
Dolor de pecho.....	Yo _____	Familia _____	Sudores nocturnos.....	Yo _____	Familia _____
Convulsión.....	Yo _____	Familia _____	Sangrado de la nariz.....	Yo _____	Familia _____
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica /Enfisema.....	Yo _____	Familia _____	Marcapaso.....	Yo _____	Familia _____
Tos.....	Yo _____	Familia _____	Falta de aire.....	Yo _____	Familia _____
Tos con sangre.....	Yo _____	Familia _____	Sinusitis.....	Yo _____	Familia _____
Diabetes.....	Yo _____	Familia _____	Cáncer en la piel.....	Yo _____	Familia _____
Dificultad al tragar.....	Yo _____	Familia _____	Infarto cerebral.....	Yo _____	Familia _____
Mareos.....	Yo _____	Familia _____	Enfermedad de la tiroides.....	Yo _____	Familia _____
Epilepsia.....	Yo _____	Familia _____	Amigdalitis.....	Yo _____	Familia _____
Glaucoma.....	Yo _____	Familia _____	Tuberculosis.....	Yo _____	Familia _____
Pérdida auditiva.....	Yo _____	Familia _____	Úlcera.....	Yo _____	Familia _____
Enfermedad cardíaca.....	Yo _____	Familia _____	Cambio de visión (Además de usar lentes).Yo _____	Familia _____	
Hepatitis.....	Yo _____	Familia _____	Pérdida de peso.....	Yo _____	Familia _____
Presión arterial alta.....	Yo _____	Familia _____	Otros.....	Yo _____	Familia _____

**CIRUGÍAS:**

\_\_\_ Apéndice \_\_\_ Dilatación y legrado \_\_\_ Cirugía del oído \_\_\_ Vesícula biliar \_\_\_ Cirugía del corazón  
\_\_\_ Stent cardíaco \_\_\_ Histerectomía \_\_\_ Reemplazo de articulación \_\_\_ Cirugía nasal \_\_\_ Próstata  
\_\_\_ Tiroidectomía \_\_\_ Amígdalas/Adenoides  
\_\_\_ Otros \_\_\_\_\_ No he tenido cirugías

¿Complicaciones con anestesia? \_\_\_\_\_

**MEDICAMENTOS QUE TOMA ACTUALMENTE:**

¿Toma aspirina diariamente? \_\_\_ Sí \_\_\_ No

Describe todos los medicamentos que toma actualmente. Incluya aquellos sin receta, a base de hierbas y medicamentos que toma solo ocasionalmente.

\_\_\_\_\_

Medicamentos recetados para síntomas actuales: \_\_\_\_\_

¿Tiene alergias a algún medicamento? \_\_\_ Sí \_\_\_ No Si respondió sí, por favor descríbalos: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**HISTORIAL FÍSICO-SOCIAL:**

**SOLO PEDIÁTRICO:** ¿Tiene las vacunas al día? \_\_\_ Sí \_\_\_ No

Adulto: ¿Consume usted alcohol? \_\_\_ Sí \_\_\_ No Si respondió sí, ¿frecuencia y cantidad? \_\_\_\_\_

Uso de tabaco: \_\_\_ Actual \_\_\_ Pasado \_\_\_ Nunca Si respondió sí, : \_\_\_ Fumaba \_\_\_ Mascaba

Edad cuando empezó: \_\_\_\_\_ Edad cuando terminó: \_\_\_\_\_ ¿frecuencia y cantidad? \_\_\_\_\_

¿Usa usted drogas para recrearse (cocaína, marihuana, etc.)? \_\_\_\_\_

¿Está usted embarazada? \_\_\_ Sí \_\_\_ No

Altura \_\_\_\_\_ Peso \_\_\_\_\_

¿A qué se dedica? \_\_\_\_\_

**HISTORIAL FAMILIAR:**

¿Sabe usted de alguna enfermedad hereditaria o desorden de sangrado en su familia? \_\_\_\_\_

**FIRMA DEL PACIENTE:** \_\_\_\_\_ **FECHA:** \_\_\_\_\_

**Diana Smith, ARNP**

Enfermera familiar practicante certificada  
Especializada en oídos, nariz, garganta, cuidado  
cosmético y de la piel para adultos y niños

**Tracey G. Wellendorf, M.D.**  
*Certificado por la junta médica en Otorrino-  
laringología / cirugía de cabeza y cuello*

**Rebecca McCann, ARNP**

Enfermera familiar practicante certificada  
Especializada en oídos, nariz, garganta;  
adultos y niños

*Especializado en el tratamiento médico y quirúrgico de enfermedades de la cabeza y el cuello; adulto y pediátrico*

- Tratamiento de alergias/seno nasales & cirugía • Cirugía de las vías respiratorias • Enfermedades del oído
- Cirugía reconstructiva de la cabeza & el cuello • Plásticos faciales • Desórdenes de balance • Impedimentos auditivos

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

¿Si no podemos contactarlo, podemos dejar un mensaje referente a resultados de pruebas, citas, futuras, etc.?  
Sí / No

Si respondió sí, número para dejar el mensaje: \_\_\_\_\_



¿Con quién podemos hablar referente a su cuidado médico (Ejemplo: cónyuge, padres, abuelos, niños)?  
Nombre Teléfono

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_



Aviso para el paciente: Al firmar abajo, reconozco que he recibido una copia de las políticas de privacidad de Wellendorf ENT.

Nombre del paciente en letra de molde \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Firma del paciente o el representante del paciente \_\_\_\_\_

Nombre en letra de molde del representante del paciente (si aplica) \_\_\_\_\_ Relación con el paciente \_\_\_\_\_

Para uso exclusivo de la oficina  
Account# \_\_\_\_\_

Offices in Carroll, Atlantic, Jefferson, Ida Grove, Lake City, Sac City and Storm Lake  
Toll Free 888-339-4ENT (4368) • 712-792-4ENT (4368) • Fax: 712-792-2056  
Suite 215 • 4015 South Clark Street • Carroll, Iowa 51401

