

# UNIVERSITY DIAGNOSTIC MEDICAL IMAGING P.C.

## CUESTIONARIO DE EMR

Nombre : \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Fecha del Servicio: \_\_\_\_\_ # de Historial Medico : \_\_\_\_\_

**Lenguaje Primario** (Circule Uno) Inglés Español Italiano Ruso Mandarin Hebreo Otro.. \_\_\_\_\_

**Raza** (Circule Uno) Negro o Afroamericano Blanco o Caucásico Nativo Americano Asiático  
Hawaiano o de la Isla Pacifica Hispano o Latino Desconocido Negarse a Responder

**Etnicidad** (Circule Uno) Hispano o Latino No-Hispano Desconocido Negarse a Responder

**Estado de Fumar** (Circule Uno) Fumador Actual: Todos los Dias Fumador Actual: Algunos Dias Ex-Fumador Nunca Fumé Negarse a Responder

### ¿Cuál de las siguientes condiciones se le aplica actualmente a usted? (Circule Uno o Mas)

Corazón	Tiroides	Estomago	Cerebro	Pulmones	Urología	Ginecología	Conjuntura/ Huesos
Artosclerosis	Enfermedad de Graves	Enfermedad de Barrett	Parálisis Cerebral	Asma	Cáncer de Prostata	Endometriosis	Dolor en las Conjuntaras
Aneurisma	Bocio	Celiacuía	Neuropatía	Sarcoidosis	Cáncer de Vejiga	Infertilidad	Artritis
Trastorno Valvular Aórtico	Hiperglucemia	Cirrosis	Fibromialgia	Cáncer de Pulmón	Incontinencia	Cáncer Cervical	Artritis
Dolor de Pecho	Diabetes 1	Reflujo de Gerd	Parálisis de Bell	COPD	Quiste Renal	Cáncer de Ovarios	Lupus
Falla del Corazon	Diabetes 2	Hernia de Hiato	Migrañas	Esclerodermia	Piedras en los Riñones / Calculos	Displasia Cervical	Artritis: Gota
Arritmia	Enfermedad de Addison	Pancreatitis	Derrame Cerebral	PPD Positivo	Renales	Hepatitis	Osteoartritis
Fibrilación Auricular	Hipertiroidismo	Úlcera	Enfermedad de Alzheimer	Neumonía	Neuroma Acústico	Cáncer de Mama	
Hipertensión	Cáncer de Tiroides	Enfermedad de Crohn	Vértigo	Enfermedad Reactiva de la Vía Aérea	Insuficiencia Renal		
Enfermedad del Corazon	Enfermedad de Tiroides	Síndrome del Intestino Irritable	Convulsiones	Apnea del sueño		<b>Sangre</b>	Presion Sanguinea Alta
Taquicardia	Enfermedad de Hashimoto	Colitis	Enfermedad de Parkinson			SIDA	Colesterol Alta
Hipercolesterolemia	Hipotiroidismo		Trastorno de la Espina Dorsal	<b>NINGUNO</b>		VIH	Anemia
						Mononucleosis	
						Coágulos de Sangre	

Otro: \_\_\_\_\_

### Por favor circule todos los medicamentos actuales que está tomando

Accupril	Benedryl	Diltiazem	Glyburide	Levothyoxine	Metformin	Omeprazole	Prednisone	Simvastatin	Warfarin
Aciphex	Capropril	Femara	Hydrochlorothiazid	Levoxyl	Naproxen	Oxycodone	Premarin	Singulair	Zocor
Advair	Cardizem	Flomax	Hydrocortisone	Lexapro	Nasacort	Oxycontin	Prempro	Spironolactone	Zoloft
Albuterol	Coumadin	Flonase	Hyzaar	Lipitor	Nasonex	Paxil	Prevacid	Synthroid	Zyrtec
Allegra	Cozar	Fosamax	Insulin	Lisinopril	Nexium	Pepcid	Priosed	Tamoxifen	
Amoxicillin	Crestor	Fosinopril	Ibuprofen	Lopressor	Nifedipine	Plavix	Propranolol	Tenormin	
Aspirin	Decadron	Glimepirde	Labetalol	Loratadine	Norvasc	Pravachol	Proventil	Throxine	
Atenolol		Glucophage	Lasix	Lunesta	Novastan	Pravastain	Reglan	Toprol	<b>NINGUNO</b>

Otro: \_\_\_\_\_

### Alergias a Medicamentos: (Circule Uno o Mas)

Allegra Aspirin Penicillin Codeine Anestésicos Locales Acrylico Metal Latex Sulfamidas Contraste de IV Productos de Gadolinium

Otro \_\_\_\_\_ / **NINGUNA**