

Kearny County Hospital

Ear, Nose, Throat, and Allergy Clinic

Formulario de admisión de pacientes

Julie A Munson, DO - Tiana Bishop, PA-C - Ginnie Rincones, APRN

Nombre: _____

DOB: _____

Proveedor de referencia: _____

Proveedor principal: _____

¿En qué ciudad vives? _____

¿Por qué te ven hoy? _____

Preferencia de farmacia: _____

Antecedentes médicos: _____

- | | | | |
|---|--|---|--|
| ☐ Diabetes | ☐ Asma/Bronquitis | ☐ Alergias (estacionales/alimentarias) | ☐ Ataque |
| ☐ Problemas de audición/habla | ☐ Accidentes | ☐ Colesterol alto | ☐ Cáncer |
| ☐ Traumatismo craneal/cuello/ facial | ☐ Presión Arterial | ☐ Síndrome de Ménière | ☐ Enfermedad cardíaca |
| ☐ Neumonía | ☐ Trastorno hemorrágico | ☐ Enfermedad de la tiroides | ☐ EPOC |
| ☐ Enfermedad infecciosa | ☐ Reflujo ácido | ☐ Convulsiones | ☐ Enfermedad ocular |
| ☐ Apnea del sueño | | | |
| ☐ Otro: _____ | | | |

Antecedentes quirúrgicos (marque con un círculo todo lo que corresponda)::

- | | | | | |
|--------------------------------------|--|--|-----------------------------------|---|
| ☐ Ninguno | ☐ Amígdalas/Adenoides | ☐ Senos paranasales/Nariz | ☐ Cuello | ☐ Fracturas |
| ☐ Oídos | ☐ Sistema GI | ☐ Vesícula biliar | ☐ Apéndice | ☐ Extirpación del cáncer |
| ☐ Corazón | ☐ Biopsias | ☐ Colonoscopia | ☐ EGD | ☐ Tiroides |
| ☐ Pulmón | ☐ Histerectomía | ☐ Cesárea | ☐ Ligadura | ☐ Vasectomía |
| ☐ Otro: _____ | | | | |

Hospitalizaciones: (con fechas si se conocen) _____

Alergias a alimentos/medicamentos: _____

Medicamentos actuales (recetados y de venta libre): _____

Historia Social:

Consumo de tabaco: pasado / presente / nunca	Cigarrillos / Cigarros / Sin humo / Vape	Fecha de salida: _____
Consumo de alcohol: Pasado / Presente / Nunca / Ocasionalmente	Cerveza / Vino / Licor	Fecha de salida: _____
Consumo de otras drogas: pasado/presente	Tipo: _____	Fecha de salida: _____

POR FAVOR, DÉ LA VUELTA Y COMPLETE LA PARTE POSTERIOR



506 E Thorpe St. Lakin KS 67860 | 620-355-7501 (p) 620-355-7503 (f)

Kearny County Hospital | Family Health Clinic | High Plains Retirement Village

Kearny County Hospital

Ear, Nose, Throat, and Allergy Clinic

Ocupación: _____

¿Expuesto a ruidos fuertes?

☐ Sí

☐ No

☐ Casado

☐ Soltero

☐ Divorciado

☐ Viudo

☐ Niños (cuántos) _____

¿Alguien fuma en casa?

☐ Sí

☐ No

Antecedentes familiares:

Madre (edad/salud crónica): _____

Padre (Edad/Salud Crónica): _____

Hermanos (salud crónica): _____

¿Fuiste adoptado?

☐ Sí

☐ No

¿Has experimentado en las últimas 2 semanas? (Marque con un círculo todo lo que corresponda)

☐ Pérdida de audición

☐ Drenaje del oído

☐ Infección de oído

☐ Fiebre

☐ Tos

☐ Hemorragias nasales

☐ Congestión nasal

☐ Alergias

☐ Salpudillo

☐ Zumbido en los oídos

☐ Drenaje nasal

☐ Infección de los senos paranasales

☐ Mareos

☐ Obstrucción nasal

☐ Infección de amígdalas

☐ Ronquera

☐ Nudo en la garganta

☐ ATM/Dolor dental

☐ Asma/Bronquitis

☐ Dificultad para respirar

☐ Sibilancia

☐ Reflujo ácido/acidez estomacal

☐ Otorrrea

☐ Drenaje post nasal

☐ Golpe en el cuello

☐ Dificultad para tragar

☐ Dolor de garganta

☐ Náuseas/vómitos

☐ Otro: _____