

**Su información completa es necesaria y será actualizada con cada estudio nuevo.*

Nombre: _____ **Inicial del Segundo Nombre:** _____ **Apellido:** _____
(Nombre Legal y Completo)

Fecha de Nacimiento (dd/mm/aaaa): _____ **Edad:** _____

Género: Masculino: Feminino:

Raza: Indio Americano: Asiático: Isleño Pacífico:

Caucásico/Blanco: Afro-Americano: Otro: _____

Etnia: Latino: No Latino:

Dirección y teléfono:

Dirección: _____ Teléfono fijo: _____

Apt #: _____ *Cell: _____

Ciudad / Estado / Código Postal: _____ *Padre o Tutor Cell: _____

* Correo electrónico: _____ Teléfono de la casa: _____

Acepto recibir / Optar por los siguientes tipos de mensajes de texto y correspondencia por correo electrónico de MOORE Clinical Research, Inc. (verifique):

Confirmación y/o recordatorio de citas Mercadeo para estudios futuros Aviso de pago en su tarjeta

Con mi firma a continuación, certifico que la información que he proporcionado en este formulario es verdadera y precisa a mi leal saber y entender.

Firma del paciente o padre / tutor: _____ Fecha: _____

** Se requieren números de teléfono y firmas de padres / tutores cuando el paciente tiene 17 años o menos*

****Para uso exclusivo del personal de investigación:**

This information has been reviewed and updated in the CTMS. Initials & Date: _____
(Scan and Save to Subject Documents then File in Source binder)

Historial Medico (por favor incluya la fecha cuando comenzo):

Cardiovascular

- Angina _____
- Arritmia _____
- Coágulos de sangre _____
- Insuficiencia cardíaca _____
- Enfermedad coronaria _____
- Colesterol alto _____
- Triglicéridos altos _____
- Alta presión sanguínea _____
- Ataque al corazón _____
- Accidente Cerebrovascular _____

Orejas / Ojos / Nariz / Garganta

- Pérdida de la audición _____
- Tinnitus _____
- Vértigo _____
- Cataratas _____
- Gafas / Contactos _____
- Retinopatía diabética _____
- Glaucoma _____
- Degeneración Macular _____
- Sinusitis _____

Musculoesquelético

- Dolor de espalda _____
- Fractura de hueso _____
- Dolor crónico _____
- Fibromialgia _____
- Gota _____
- Osteoartritis _____
- Osteoporosis _____
- Artritis reumatoide _____

Pulmonar

- Asma _____
- Bronquitis _____
- EPOC _____
- Enfisema _____
- Neumonía _____
- Apnea del sueño _____
- Tuberculosis _____

Dermatológico

- Acné _____
- Eczema _____
- Psoriasis _____
- Urticaria _____
- Rosácea _____
- Queratosis actínica _____
- Pie de atleta _____
- Hongo en la uña del pie _____

Gastrointestinal

- Enfermedad de Crohn _____
- Diverticulitis _____
- Reflujo Esofágico _____
- Síndrome del intestino irritable _____
- Úlcera _____
- Colitis ulcerosa _____

Inmunológico / autoinmune /

Enfermedad infecciosa

- SIDA _____
- Lupus _____
- VIH Positivo _____
- MRSA _____
- Infección por Staph _____

Endocrino

- Diabetes _____
- Bocio _____
- Hipertiroidismo / Hipotiroidismo _____
- Hipoglucemia _____
- Obesidad _____

Neurológico / Psicológico

- Depresión _____
- Ansiedad _____
- Convulsiones _____
- Dolores de cabeza / Migrañas _____
- TDAH _____

Genitourinario

- Infección / enfermedad del riñón _____
- Incontinencia _____
- ITU _____
- Cólicos Menstruales _____

Hematológico

- Trastornos hemorrágicos _____
- Anemia _____
- Cáncer de sangre _____

Hepático

- Cirrosis _____
- Hígado graso _____
- Hepatitis A, B o C _____

Método femenino de anticoncepción

Tipo / Fecha de inicio _____

Menopausia

Fecha de inicio _____

Cancer

Ubicación y año _____

Alergias (medicamentos, estacionales, animales):

Indique todos los medicamentos y suplementos tomados, incluidos los productos de venta libre (incluya las dosis):

Por favor indique todas las cirugías previas, incluyendo las fechas:
