

*\*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:

---



---