

PACIENTE ESTABLECIDO-

Nombre: _____

Medico Primaria: _____

Fecha de hoy: ____ / ____ / ____

Medico que lo refino: _____

Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____ **Sexo:** M / F

Estado de civil: soltero/casado/viudo /divorcciado

Raza (una):

Indio Americano
Negro or Africoamericano
Blanco
negarse de reportar

Etnicidad (una):

Hispano/Latino
No Hispano/Latino
negarse de reportar

Nacionalidad (una):

Americano
AfricoAmericano
Hispano
Otro _____

Idioma: (una):

Engles / Franses / Español
Otro: _____

Numero de seguro social: _____

Apellido de soltera de la madre: _____

Numero de telefono (1): (____) _____ - _____ **(casa) (celula) (trabajo)**

Numero de telefono (2): (____) _____ - _____ **(casa) (celula) (trabajo)**

Correo Electronico: _____

Contacto de Emerjencia: _____ **Numero de telefono (3):** (____) _____ **(casa) (celula) (trabajo)**

CAMBIO RECIENTES:

Direccion: _____

Seguro Primario:

Compania de Seguromedico: _____

ID Numero: _____

Numero de grupo: _____

Nombre titular de seguro primario: _____ **Fecha de nacimiento:** _____

Relacion al paciente: _____

Seguro Secundario:

Compania de Seguromedico: _____

ID Numero: _____

Numero de grupo: _____

Nombre titular de seguro primario: _____ **Fecha de nacimiento:** _____

Relacion al paciente: _____

Nombre: _____ Fecha: _____

Por favor, escribe nombre de su farmacia, calle y ciudad: _____

Por favor marque esta caja para darnos permiso para acceder datos electrónica de farmacia.

Peso _____ lb. Altura _____ lb.

Presión arterial reciente: _____ / _____ (aproximado)

Ha tenido un reciente CBC (hemograma) Cuando? _____ donde? _____

Ha tenido un reciente EKG? (electrocardiograma) Cuando? _____ donde? _____

A quien desea enviar los resultados? _____

LISTA DE MEDICAMENTOS

Por favor indique todos sus medicamentos y dosis

Anote cualquier cambio en historia de medico o cirugia importante, con fecha aproximado:

Hipertension _____ Diabetes _____ Problema de Corazon _____

Alergias?: _____

En pocas palabras, porque estas aqui hoy? : _____
