

La información del paciente

¿Puede ponernos en contacto con usted en su casa, () Sí o () No, sólo mi celular o correo electrónico.

Teléfono de la casa: _ () _ Tel. Celular: _ () _

Nombre: _____ Correo Electrónico: _____
Apellido Nombre Segundo nombre

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal _____

Estado civil: Soltero () Casado () Divorciado () Viudo () Sexo: Hombre () Mujer ()

Algún tipo de alergia? _____ Alcohol No (), Sí () ¿Cuántas bebidas por semana _____

Drogas ilegales No (), Sí () ¿Qué tipo? _____ Cigarros (), Sí () ¿Cuántos paquetes por día _____

Altura _____ Peso _____ Religión _____ Raza, blancos, afroamericanos, asiáticos, Otros : _____

Origen étnico: latinos o hispanos, mexicanos, mexicano-americano, afro-americanos, no latina o hispana, Otros : _____

Fecha de nacimiento: ___/___/20___ Edad: ___ No. de Seguro Social: _____ Licencia de Conductor No: _____

Empleador: _____ Teléfono: _ () _ Ocupación: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Información de la persona responsable (si el paciente es la persona responsable, pase a la referencia, por favor, si no completo)Nombre: _____ Teléfono: _ () _
Apellido Nombre Segundo nombre

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Empleador: _____ Teléfono: _ () _ Ocupación: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ ódigo Postal: _____

Relación: Pareja (), Otro () Número de Seguro Social _____ Licencia de Conducir No: _____

Información sobre seguros: Nombre : _____ Numero de la Póliza: _____

Notificar en caso de emergenciaNombre: _____ Teléfono: _ () _
Apellido Nombre Segundo nombre

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Pariente más cercano (que no viva con usted) _____ Phone: _ () _

Office USE Only Patient Name: _____ DOB: _____

NEW FPACT F/U FPACT NEW MEDICAL F/U MEDICAL NEW CASH PT. F/U CASH PT.

Reason for Consultation #1 _____

Reason for Consultation # 2 _____

BP: _____ TEMP. _____ PULSE _____ H.RATE _____ Height _____ Weight _____ LMP: _____
36in=3f, 48in=4f, 60in=5f, 72in=6f

PREG.# _____ MISC. _____ ABORT. _____ LIVE BIRTH _____ Allergies? _____

URINE DONE: No () Yes () PREGNANCY TEST DONE. No () Yes ()

RX: _____

LABS: CMP CBC PSA Hgb HgAc1 TSH U/A Lead Lipid Bquant RBG FSH/LH

Other Labs: _____

INJECT. AMP Decadron Reglan Epine. Rocephin Ancef Toradol Gentamicin Benadryl Tigan B12

Other Infect. _____

PILLS: AMOX Flagyl Predni. Claritin Bactrim Helidac Motrim Provera Keflex TripleAbx Phen.DM Flexeril

Other Pills: _____

UTZ: Pelvic Kidney Abdomen Testicals Thyroid Breast Procedures: _____