

Formulario de información del paciente

Por favor llene completamente el formulario para asegurar el servicio más rápido y mejor atención médica.

Por favor escriba claramente.

F OI TOVOI C	COLIDG C	iai ai i ici ic	<u>~•</u>								
Nombre						Fecha de					
paciente								imiento			
# de seguro							OCI	upación			
social Dirección											
Direcci	OH										
Ciudad						E	Estado		Codig		
									0		
									pos	tal	
Teléfono celular						Tel	éfono de				
F "							casa	· · · · · ·			
Email								teléfono de trabajo			
		Contactos de				do Ema		rabajo			
Nombre		Teléfono					rgencia		Relación		
TTOTTIBLE					reieioi				Relacion		
Nombre					Teléfor	10			Relación	-	
Médico primari		rio						Teléfono			
Farmacia		I			Calle				Teléfono		
Cómo fue referido a nuestra práctica?											
□ Médio	co primo										
Razón principal pa		ara la visi	ta								
de hoy		,									
Alergia a								o de			
medicamentos							Rea	cción			
Medicamentos							I				
actuales											
Historial o	de recier	nte									
viajes											
Consumo de alcoho		hol					Uso del		🗆 sí 🗆 No		<u> 10</u>
		_					Tabac				
Historia de									Año Realiza	obr	
Cirugí	as										
					Histo	oria Med	ica				
Asma			□ SÍ	□ N	10 C	Convulsiones			□ sí □	No	
Diabetes			□ SÍ	□ N	No F	Problemo	as del cor	azón	□ sí □	No	
cáncer			□ SÍ			nigrañas			□ sí □	No	
agrandamiento de la		e la	□ SÍ	□ N	No E	Enfermed	dad de la	tiroides	□ sí □	No	
próstata			□ SÍ	□ N		embaraz	ada			No	
colesterol e	levado		□ sí	□N		Other:			sí:		anas
Presión alto	Presión alta		□ sí	□N					no: UPN		
enfermedad pulmonar		onar	" "	⊔ I N					110. 021	-	