

Registración del Paciente

Como Escuchó de Nosotros?

Google | Yelp! | Facebook | Folleto | Cartel | Otro paciente | Otro: _____

Información Demográfica del Paciente

Nombre: _____
Apellido Primer Segundo

Fecha de nacimiento: _____ Sexo: M F

Dirección del paciente: _____
Número y Nombre de calle # de Apt. Ciudad Estado Código Postal

Número de - celular: _____ - casa: _____ - trabajo: _____

Correo electrónico: _____

Raza: Indio Americano/Nativo de Alaska Negro o Afroamericano Latino
 Nativo de Hawaii Asiático/a Otra raza
 Isleño del Pacífico Blanco/a Negro a declarar

Etnicidad: Hispano o Latino No Hispano o Latino Negro a declarar

Información de Farmacia

Nombre de farmacia: _____ Ciudad/Estado: _____

Teléfono: _____ Calles que cruzan: _____

Información de Doctor Primario (PCP)

Nombre: _____ Ciudad/Estado: _____ Teléfono: _____

- SI, por favor envíe el reporte de la consulta a mi doctor primario
- NO, por favor no envíe el reporte de la consulta a mi doctor primario
- NO TENGO doctor primario

Información de la Persona Responsable (*si el paciente es menor de edad*)

Nombre: _____ FDN: _____ Relación al paciente: _____

Nombre: _____ FDN: _____ Relación al paciente: _____

****por favor tenga en cuenta que si usted no es el padre o tutor legal del paciente, debe tener una carta fechada y firmada por el padre o tutor legal que autorice a buscar atención para su hijo****

Contacto de Emergencia

Nombre: _____ Número: _____ Relación al paciente: _____

Historia Medica

Razón de la visita: _____

Alergias y reacciones: _____

Qué medicamentos está tomando?

Con receta

Sin receta / a venta libre

Suplementos

Por favor indique si tiene algunas de las siguientes condiciones:

Diabetes

Accidente cerebrovascular

Infarto(s)

Alta Presion

Depresión

Arritmia(s)

Enfermedad de la Tiroides

Insuficiencia Cardíaca

Asma

Enfermedad de los Riñones

Tuberculosis

Convulsiones

Hepatitis

Cardiopatía Isquémica

Artritis

Cancer

ETS (*STD's*)

Problemas oculares

– Tipo: _____

– Tipo: _____

– Tipo: _____

Si tiene algunas otras condiciones medicas no mencionadas arriba, por favor indique aquí:

Por favor indique cualquier cirugía o hospitalización que haya tenido, y su fecha (o aproximada)

Cirugía o hospitalización, locación

Fecha

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____
