



Ph: 805.242.4884 | Fax: 805.242.4885

Información de Nuevo Paciente

Por favor de dejar su tarjeta de seguro con la recepcionista.

Nombre:	Apellido:
Fecha de nacimiento:	Genero: <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer
Domicilio:	Ciudad: Código Postal: Estado:
Teléfono de Casa: ()	Celular: ()
Seguro Social#:	Email:
Contacto de Emergencia:	Relación:
Teléfono: ()	Email:
Farmacia Preferida:	Teléfono:
Domicilio:	Ciudad: Código Postal:

Preguntas de Salud

Por favor escriba el nombre y numero de teléfono de todos sus doctores:

Doctor Primario:	Teléfono:
Cardiólogo:	Teléfono:
Oftalmólogo:	Teléfono:
Neurólogo:	Teléfono:
Otro	Teléfono:
Otro:	Teléfono:
Otro:	Teléfono:

Por favor apunte si usted tiene alergias a algún medicamento, si no hay alguna escriba "No alergias":

Alergias	¿Es severa la reacción?

Por favor marque si usted tiene alguno de estos problemas:

Angina de pecho	Neuropatía	Asma	Desorden de sangre	Debilidad
Epilepsia/convulsiones	Insuficiencia cardiaca congestiva	Colesterol alto	Trastorno de tiroides	Agruras
Dolor de cabeza	Embolio	Depresión	Osteoartritis	Ansiedad
Esclerosis Múltiple	Enfermedad del hígado	Nefropatía	Marcapasos/Desfibrilador	Artritis
Diabetes	Alta presión	Infarto de miocardio	Anemia	Entumecimiento
Hormigueo	Cáncer	Mareos		

Historial de cirugía:

Tipo de Cirugía	Año	Cirujano

Historia Social:

¿Usted fuma? ____ Si ____ No

¿Usted a fumado? ____ Si ____ No

¿Usted toma alcohol? ____ Yes ____ No

¿Tiene historia de abuso a medicinas? ____ Si ____ No

Por favor escriba todos los medicamentos que toma:

Medicamento/ Dosis	Frecuencia

Si usted tiene una lista de medicamentos, por favor pida a la recepcionista que haga una copia para nuestros registros.

Certifico que toda la información se compitió a mi leal saber y entender.

Firma del paciente: _____ Fecha: _____