



Ph: 805.242.4884 | Fax: 805.242.4885

## Información de Nuevo Paciente

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

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

## Preguntas de Salud

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

|                         |                  |
|-------------------------|------------------|
| <b>Doctor Primario:</b> | <b>Teléfono:</b> |
| <b>Cardiólogo:</b>      | <b>Teléfono:</b> |
| <b>Oftalmólogo:</b>     | <b>Teléfono:</b> |
| <b>Neurólogo:</b>       | <b>Teléfono:</b> |
| <b>Otro</b>             | <b>Teléfono:</b> |
| <b>Otro:</b>            | <b>Teléfono:</b> |
| <b>Otro:</b>            | <b>Teléfono:</b> |

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:**

| <b>Medicamento/ Dosis</b> | <b>Frecuencia</b> |
|---------------------------|-------------------|
|                           |                   |
|                           |                   |
|                           |                   |
|                           |                   |
|                           |                   |
|                           |                   |
|                           |                   |

**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:** \_\_\_\_\_