

## 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.

Nombre del paciente		Fecha de nacimiento	
# de seguro social		ocupación	
Dirección			
Ciudad		Estado	Codig o postal
Teléfono celular		Teléfono de casa	
Email		teléfono de trabajo	
<b>Contactos de Emergencia</b>			
Nombre		Teléfono	Relación
Nombre		Teléfono	Relación
Médico primario		Teléfono	
Farmacia		Calle	Teléfono
<b>Cómo fue referido a nuestra práctica?</b>			
<input type="checkbox"/> Médico primario <input type="checkbox"/> Internet <input type="checkbox"/> Aseguransa <input type="checkbox"/> Amigo/Familiar <input type="checkbox"/> Otro: _____			
Razón principal para la visita de hoy			
Alergia a medicamentos		Tipo de Reacción	
Medicamentos actuales			
Historial de reciente viajes			
Consumo de alcohol	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> No	Uso del Tabaco	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> No
Historia de Cirugías		Año Realizado	
<b>Historia Medica</b>			
Asma	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> No	Convulsiones	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> No
Diabetes	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> No	Problemas del corazón	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> No
cáncer	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> No	migrañas	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> No
agrandamiento de la próstata	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> No	Enfermedad de la tiroides	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> No
colesterol elevado	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> No	embarazada	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> No
Presión alta	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> No	Other: _____	sí: _____ semanas
enfermedad pulmonar	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> No		no: UPM _____