

INFORMACION PARA EL PACIENTE

Fecha de Hoy: _____ Numero de seguridad social: _____

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Direccion: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Codigo de area: _____

Telefono: (casa) _____ (celular) _____ (trabajo) _____

Correo electronico: _____

Como le Gustaria ser avisado para futuras citas:

Llamada telefonica _____ mensaje de texto _____ correo electronico _____

Genero: _____ Estatus Marital: _____ Nombre del Esposo: _____

Lugar de Trabajo: _____

Persona Responsable de la cuenta (si es otro que no sea el paciente):

Circule cualquiera de las siguientes condiciones que tu tengas o hayas tenido :

- | | |
|--|----------------------------|
| A. Presion alta | N. Tuberculosis |
| B. Ataque de corazon or problemas de corazon | O. Problemas de rinones |
| C. Reemplasamiento de valvuula de corazon | P. Ulceras estomacales |
| D. Marca Paso | Q. Densidad de los Huesos |
| E. Reemplazamiento de coyonturas | R. Dano de nervios en ojos |
| F. Derrame | S. Problemas de sinusitis |
| G. Reflujo Acido | T. Ashma |
| H. Problemas de Respiracion al dormir | U. Enfermedad Pulmonar |
| I. Cancer | V. Ataques Epilecticos |
| J. Diabetes | W. Problemas Psiquiatricos |
| K. Problemas de Sangrado | X. Alergias a cualquier |
| L. Hepatitis o Enfermadad del Higado | Medicamento |
| M. Virus de Inmuno deficiencia humana | Y. Alergia al Latex |
| | Z. Uso de Tabaco (Fumar) |

Para Mujeres Solamente: Estas tu Embarazada? _____
Amamantando(Cuidado de recien Nacido)? _____

Estas tu tomando cualquier medicacion? Si es asi por favor nombrelas: _____

Por favor nombre cualquier sirugia previa: _____

Tomastes tu o tienes haber tomado cualquier medicacion por densidad de huesos (para tus huesos)? _____

Roncas o te han dicho que roncas? _____

Has tu tenido un estudio al dormir o te han dicho que necesitas uno? _____

Yo certifico que la informacio'n que he dado es verdadera para lo mejor de mi conocimiento _____

Firma del paciente o padre/ guardian