

Nombre del paciente _____ Fecha _____

Sexo: M _____ F _____ Edad _____ Fecha de nacimiento _____

Seguro social # _____ Teléfono de línea _____

Celular _____ Correo electrónico _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Nombre del asegurado _____ Fecha de nacimiento del asegurado _____

Seguro _____ Identificación # _____

Nombre del empleado _____

Dirección del empleado _____

PARA SU HISTORIA CLÍNICA ELECTRÓNICA

1) ¿Cuál es su idioma nativo? _____

2) ¿Cuál es su raza o etnia? _____

3) Nombre las condiciones médicas a incluirse en su historia clínica _____

4) ¿Fuma? (Seleccione con un círculo si es mayor de 13)

Nunca Ocasionalmente A diario Exfumador

5) Nombre los medicamentos que toma actualmente _____

6) Nombre cualquier alergia que tenga a los medicamentos _____

Firma del paciente _____ Fecha _____