

REGISTRO DE PACIENTE

DIVORCIADO/A _____
VIUDO/A _____
SOLTERO/A _____
CASADO/A _____

QUIEN LE RECOMENDIO NUESTROS SERVICIOS _____

NOMBRE DE PACIENTE _____ SEGURO SOCIAL _____

DIRECCION _____ CIUDAD _____ ESTADO _____ ZIP _____

FECHA DE NACIMIENTO _____ TELEFONO _____ #DE LICENCIA _____

PERSONA RESPONSABLE DE LA CUENTA _____ #DE LICENCIA _____ SEGURO SOCIAL _____ TELEFONO _____

DIRECCION _____ CIUDAD _____ ESTADO _____ ZIP _____

COMPANIA DE TRABAJO _____ POSICION _____ CUANTOS ANOS _____ TELEFONO _____

NOMBRE DE ESPOSO/A _____ SEGURO SOCIAL _____ #DE LICENCIA _____

FECHA DE NACIMIENTO _____

NOMBRE DE ASEGURANSA _____ TELEFONO _____

ASEGURANSA DE ESPOSO/A _____ TELEFONO _____

HISTORIA MEDICAL:

HA SIDO HOSPITALIZADO _____ POR CUAL RASON _____

ESTA BAJO TRATMIENTO MEDICO _____ EXPLIQUE _____

DE UNA LISTA DE MEDICINAS QUE ESTA TOMANDO _____

ESTA ALERGICO A PENICILLINA, O OTAS MEDICINAS _____

HA SANGRADO EXCESIVAMENTE QUE REQUERIA TRATMIENTO ESPECIAL _____

LE HAN HECHO EXAMIN PARA HEPATITIS, LO AN VACUNADO/A _____

TIENE O HA TENIDO ULCERAS, HINCHAZON O AMPOLLAS DE LA BOCA, LABIOS, LENGUA, ENCILLAS _____

TIENE O HA TENIDO LO SIGUENTE:

SIDA	VALVULA CARDIAC	ALTA PRESION	PROBLEMAS DEL CORAZON	FIEBRE RHEUMATICA	ALLERGIAS	ASTHMA
VIH	ARTIFICIAL	CANCER	DIABETES	HEPATITIS	ARTRITIS	ANEMIA
TOS	ALLERGIAS	EPILEPSIA	TUBERCULOSIS	SINUSITIS	SOPLO CARDIACO	
ENFERMEDADES VENEREAS		PROBLEMAS EN LOS RINONES		TRATAMIENTO PSIQUIATRICO		

TIENE O HA TENIDO OTRAS ENFERMEDADES SERIOSAS _____

(MUJERES)-ESTA EMBARAZADA _____ ESTA DANDO PECHO _____

EN CASO DE EMERGENCIA, LLAMEN A _____ TELEFONO _____

FIRMA _____ FECHA _____

CONTINUA...

