

Formulario de Paciente

Nuevo

Complete el formulario y presione enviar — Llegará directamente a nuestro personal de recepción para que su expediente esté listo antes de su llegada. Los campos marcados con * son obligatorios.

1 Información del paciente

Nombre *

Apellido *

Fecha de nacimiento *

Sexo *

Estado civil

mm/dd/yyyy



Seleccione...



Seleccione...



Dirección *

Ciudad *

Estado *

Código postal *

AZ

Teléfono celular *

Teléfono alternativo

Correo electrónico

Método de contacto preferido

Empleador / escuela

Seleccione...



2 Padre, madre o tutor (si el paciente es menor de 18 años)

Nombre del padre, madre o tutor

Parentesco con el paciente

Teléfono

Correo electrónico

3 Contacto de emergencia

Nombre completo *

Parentesco

Teléfono *

4 Seguro médico

Compañía de seguro primaria

Número de miembro / póliza

p. ej., Medicare, AHCCCS, Blue Cross...

Titular de la póliza (si no es el paciente)

Fecha de nacimiento del titular

mm/dd/yyyy



Seguro secundario (si aplica)

Número de miembro secundario

¿Esta visita está relacionada con un reclamo de compensación laboral?

No



5 Farmacia y motivo de la visita

Farmacia preferida

Ubicación / calles cercanas de la farmacia

Motivo de la visita de hoy / principal preocupación de salud

Cuéntenos brevemente qué lo trae hoy...

6 Historial médico

Marque cualquier condición que tenga o haya tenido:

- | | | |
|--|---|--|
| ☐ Asma | ☐ Alergias / fiebre del heno | ☐ Presión arterial alta |
| ☐ Diabetes | ☐ Colesterol alto | ☐ Enfermedad cardíaca |
| ☐ Trastorno de tiroides | ☐ Cáncer | ☐ Depresión / ansiedad |
| ☐ Enfermedad renal | ☐ Enfermedad hepática | ☐ Convulsiones |
| ☐ Derrame cerebral | ☐ Reflujo (ERGE) | ☐ Artritis |

Otras condiciones, cirugías u hospitalizaciones anteriores (con año)

p. ej., Apendicectomía 2016; amigdalectomía 2004...

7 Medicamentos y alergias

Medicamentos actuales y dosis

Indique cada medicamento, dosis y frecuencia (o escriba Ninguno)...

Alergias a medicamentos / alimentos / ambientales y reacciones

p. ej., Penicilina — sarpullido (o escriba Sin alergias conocidas)...

8 Historial familiar y social

Antecedentes familiares de enfermedades importantes (padres, hermanos)

p. ej., Padre — diabetes; madre — presión arterial alta...

Consumo de tabaco

Seleccione...



Consumo de alcohol

Seleccione...



Ejercicio

Seleccione...



9 Reconocimiento y firma

Al enviar este formulario, certifico que la información proporcionada es correcta según mi conocimiento. Entiendo que este formulario es una solicitud de registro y no establece atención hasta que la oficina lo confirme. Reconozco que se me ofreció el Aviso de Prácticas de Privacidad de la clínica.

☐ He leído y acepto el reconocimiento anterior, y la [Política de Privacidad](#) y los [Términos y Condiciones](#). *

Firma (escriba su nombre completo) *

Fecha *

mm/dd/yyyy

