

PACIENTE NUEVO

Apellido _____ Nombre _____

Nombre previo _____

Nombre preferido _____

DIRECCION

Calle _____ Ciudad _____ Estado _____ Zip _____

Quien vive con el paciente en esta direccion _____

Tiene el paciente una segunda direccion donde vive ? _____

Telefono preferido _____ Otro telefono _____
(celular/trabajo/casa) (celular/trabajo/casa)

Podemos mandar mensaje de texto a su celular? Si No Ingles o Espanol

Podemos dejar mensaje de voz? Si No Ingles o Espanol

Correo electronico (email) que usa regularmente _____ Ingles o Espanol

PACIENTE

Fecha de Nacimiento Dia _____ Mes _____ Ano _____

Sexo Masculino _____ Femenino _____ Otro _____

Nombre de la madre _____ Telefono _____ email _____

Nombre del padre _____ Telefono _____ email _____

Otro guardian ? _____

SEGURO

Responsable _____ Fecha de Nacimiento _____

Otros miembros de la familia que son pacientes en esta oficina?

Lenguaje preferido espanol _____ ingles _____

Necesita un traductor? Si ___ No ___

Raza (blanco, afroamericano, asiatico, etc) _____

Etnicidad (hispano, no hispano, etc) _____

FARMACIA PREFERIDA

Nombre _____

Direccion _____

Telefono _____

Nos da permiso para contactar a su farmacia y pedir mas informacion de sus medicinas? Si No

Si esta de acuerdo por favor firme su nombre aca _____

Tiene empleo ? Si No

Estudiante ? Si No

Si tiene menos de 2 anos de edad, nacio prematuro ? (antes de tiempo) Si No

Su nino ve a otros doctores? _____

EL paciente fue evaluado en la emergencia or urgent care en el ultimo mes ? Si No

Tiene alguna necesidad especial ? _____

Tiene problemas para conseguir comida suficiente para todos? Si No

Estan las vacunas al dia ? Si No

Necesita algun otro papel o documento hoy ? _____

Cuando fue la ultima visita annual o de salud del paciente ? _____

