



Covina Urgent Care
605 E. Badillo Street
Covina, CA 91723

CUIDADO URGENTE · PACIENTE ESTABLECIDO

RAZON POR SU VISITA

ES MUY IMPORTANTE QUE TENGAMOS TODA SU INFORMACIÓN ACTUALIZADA.

Desde su última visita (o en los últimos 6 meses), ha habido cambios en su:

NOMBRE

SEGURO

DOMICILIO

TELÉFONO

Llene toda su información actual:

Apellido:		Nombre:		Edad:	Fecha de Nacimiento:	Fecha de Hoy:
Domicilio:						
Telefono Movil:				Telefono de Casa:		
EMAIL:						
Sexo: H <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>		Doctor Primario:				
Alergias:						
<u>EXPLIQUE LA RAZON DE SU VISITA:</u>						
<hr/>						
<hr/>						
<hr/>						
<hr/>						

Firma del Paciente: _____

Covina Urgent Care Record
 605 E Badillo Street, Suite 110 Covina, CA 91723 (626)732-9232

llenar solo con tinta negra

Apellido	Nombre	Edad	Fecha de Nacimiento	Fecha
Sexo M <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	Doctor Primario	Cuidad (del Doctor Primario):		
Nombre del responsable: _____				
Autorización: Doy mi consentimiento a cualquier tratamiento médico o quirúrgico, o servicios prestados según las instrucciones del médico. También acepto la responsabilidad de todos los cargos relacionados con este tratamiento y autorizo a todo pago de seguro directamente a Covina Urgent Care se concede, de conformidad con las normas de HIPAA, a proporcionar la información solicitada de salud pública para el proveedor de seguros de salud o la salud del paciente para el propósito del tratamiento, operaciones de pago y / o cuidado de la salud.				
Firma: _____	Relacion: _____	Fecha & Hora: _____		

***** Por favor NO llene abajo *****

Temp (F)	Pulse (bpm)	SpO ₂ (%)	Respiration (rpm)	Blood Pressure	Weight(lbs.)	Height	LMP	FBS(mg/dL)	M.A. Signature: <input type="checkbox"/> Name/DOB <input type="checkbox"/> PCP <input type="checkbox"/> Vitals/CC
				/		' "	/ /		
Allergies: _____									
Chief Complaint: _____									

Problems	Days	Problems	Days	Orders	Results	Current Medications
<input type="checkbox"/> Fever		<input type="checkbox"/> Diarrhea		<input type="checkbox"/> Strep		
<input type="checkbox"/> Cold		<input type="checkbox"/> Abdominal Pain		<input type="checkbox"/> UA		
<input type="checkbox"/> Cough		<input type="checkbox"/> Rash		<input type="checkbox"/> HCG		
<input type="checkbox"/> Sore Throat		<input type="checkbox"/> Headache		<input type="checkbox"/> IPPB		
<input type="checkbox"/> Loss of Appetite		<input type="checkbox"/> Laceration		<input type="checkbox"/> E.LAV		
<input type="checkbox"/> Earache				<input type="checkbox"/> HHN		
<input type="checkbox"/> Vomiting				<input type="checkbox"/> X-RAY		

S _____

O

Physical Examination	N	AB
General Appearance		
Skin		
HEENT / Neck		
Chest / Lungs		
Heart		
Abdomen		
Neuro		
Back & Extremities		

A _____

P _____

INJSITE _____ LOT# _____ INJ _____ ORAL _____ MA _____

Provider Signature & Date _____

Provider Stamp: