

## FORMULARIO DE ACTUALIZACIÓN DEL PACIENTE

Apellido: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ 2<sup>do</sup> Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Teléfono de Casa: \_\_\_\_\_ Teléfono de Celular: \_\_\_\_\_ Teléfono de Trabajo: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

**Cambio de Seguro Medico:**  **Si**  **No**

Si **sí**, por favor, actualice:

Nombre del Seguro Medico: \_\_\_\_\_ Nombre del Suscriptor Principal: \_\_\_\_\_

Número de Seguro Social del Suscriptor: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento del Suscriptor: \_\_\_\_\_

### Actualización del Historial Médico:

¿Está usted o el paciente padeciendo de alguna enfermedad actualmente?  **Sí**  **No**

Si **sí**, por favor especifique: \_\_\_\_\_

¿Ha habido algún cambio en su historia médico desde su última visita?  **Sí**  **No**

Si **sí**, por favor especifique: \_\_\_\_\_

¿Ha estado enfermo, hospitalizado, o tenido cirugía desde su última visita?  **Sí**  **No**

Si **sí**, por favor especifique: \_\_\_\_\_

¿Está usted tomando algún medicamento?  **Sí**  **No**

Si **sí**, por favor especifique los medicamentos y la finalidad: \_\_\_\_\_

¿Usted es alérgico a algún medicamento / sustancia?  **Sí**  **No**

Si **sí**, por favor indique: **Penicilina** **Codeína** **Látex** **Anestésicos Locales** **Otros:** \_\_\_\_\_

¿Actualmente ve usted a un médico?  **Sí**  **No**

Si **sí**, ¿Cuál es la condición del tratamiento? \_\_\_\_\_

**Si es mujer ¿Está embarazada?**  **Sí**  **No**

Si **sí**, ¿Cuánto tiempo de gestación? \_\_\_\_\_ ¿Cuándo es su Fecha de Gestacion? \_\_\_\_\_

¿Esta usted bajo medicamento anticonceptivo?  **Sí**  **No**

¿Esta usted amamantando?  **Sí**  **No**

**Nota: Si usted es mujer, algunos antibióticos altera la efectividad de las pastillas anticonceptivas. Por favor consulte su gynecologo(a)**

Nombre del médico: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL PACIENTE / PADRE / TUTOR LEGAL

\_\_\_\_\_  
FECHA

\_\_\_\_\_  
DOCTOR(A)

\_\_\_\_\_  
FECHA