

FORMULARIO DE ACTUALIZACIÓN DEL PACIENTE

Apellido: _____ Nombre: _____ 2^{do} 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