

Pelosi Medical Center
INFORMACIÓN DEL PACIENTE ACTUALIZADA

(Escribir en letra impresa)

Fecha: ___ / ___ / ___

Apellido: _____ Nombre: _____ Segundo Nombre: _____

Prefiero: _____ Apellido de soltera: _____ Srta./Sra./Sr. _____

Fecha de Nacimiento: ___ / ___ / ___ Seguro Social #: - - Raza: _____

Estado Civil: ___ Divorciado ___ Casado ___ Soltero ___ Viudo ___ Separado _____

Licencia de Conducir #: _____

¿Tiene un testamento en vida? Si No ¿En caso afirmativo, tiene usted una Directiva de Proxy? Si No

En caso afirmativo, nombre del Proxy (Healthcare Representative): _____

¿Tiene un Directiva de Instrucción? Si No _____

Lengua Materna: _____ Religión: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono de casa: () - Trabajo: () - Celular () - _____

Nombre del Empleador: _____ Dirección del Empleador: _____

Ocupación: _____

Correo electrónico: _____

Metodo preferido en el que podemos contactarte: Correo electrónico Mensaje de voz Mensaje de texto Message _____

Farmacia Preferida: _____ Dirección: _____ Tel #: _____

INFORMACIÓN DE LA VISITA

¿Por qué ha venido al consultorio hoy?

GINECOLOGIA ___ Examen Anual Problema _____

Si ha venido por algún problema, sírvase explicarlo: _____

ESTETICA: ___ Consulta Estética ___ Procedimiento Estético _____