



Fecha	
-------	--

Por Favor usar letra molde

INFORMACION DEL PACIENTE

Nombre Completo del Paciente		Fecha de Nacimiento	
Direccion		Apt. No.	Ciudad
		Estado y Zip Code	
Telefono (casa)		Telefono Celular	
No. de Seguro Social	Sexo	Estado Civil	No.de licencia (Si aplica)
Esta bien dejar mensaje en contestador automatico/voicemail? Si ___ No ___			

INFORMACION DEL RESPONSIBLE DE LA CUENTA - Padre, Madre, Esposo(a)

Nombre Completo		Telefono (casa)	
Fecha de Nacimiento	Nombre del empleador	Telefono (trabajo)	Celular

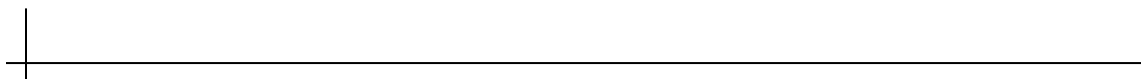
INFORMACION DE SEGURO MEDICO

Nombre de compañía de seguro medico	No. Identificacion
Nombre del dueño de poliza	

INFORMACION DE EMERGENCIA

Persona a quien llamar en caso de emergencia	Parentezco	Telefono (casa)	Celular
-----------------------------------------------------	-------------------	------------------------	----------------

Firma del paciente padre o encargado



HISTORIAL MEDICO DEL PACIENTE

******PORFAVOR RESPONDER CADA UNA DE LAS PREGUNTAS******

Nombre: _____ **Edad:** _____ **Fecha:** _____

Esta bajo el cuidado medico de algún doctor? Si la respuesta es Si, indique el nombre del medico y la razón _____

Ha estado hospitalizado o ha tenido alguna operación mayor? Si la respuesta es Si, indique la fecha y el motivo de la operación.

Ha tenido algún golpe serio en el cuello o la cabeza? Si la respuesta es Si, indique la fecha : _____

Lista de recetas actuales (incluye dosis, razón por tomarla)

Esta bajo una dieta especial? Si la respuesta es Si, indique el motivo. : _____

Usted usa tabaco (cigarros) ?: _____

Mujeres - Esta usted? (Por favor encierre)

- ❖ Embarazada/ O tratando de quedar embarazada?
- ❖ Toma Anticonceptivos?
- ❖ Dando de lactar a su bebe?
- ❖ NINGUNA

Eres alergico a (encierre):

- ❖ Aspirina
- ❖ Amoxicilina
- ❖ Penicilina
- ❖ Codeína
- ❖ Anesteticos Locales
- ❖ Acrilico
- ❖ Latex
- ❖ NINGUNA
- ❖ Otros : _____

*****PORFAVOR LEER Y CONTESTAR CUIDADOSAMENTE *****

Si tienes o has tenido algunas de estas condiciones por favor enciérralas

SIDA/ VIH Positivo	Prótesis	Hepatitis A
Alzheimer	Problemas con el Riñón	Hepatitis B
Convulsiones	Diálisis	Hepatitis C
Anemia	Ulceras	Cirrosis
Angina pectoral al corazón	Diabetes	Fuegos o ampollas
Operación del corazón	Problema en la Tiroides	Hemofílico
Válvula artificial del corazón	Glaucoma	Moretones fácilmente
Ataque al corazón	Derrame cerebral	Leucemia
Marca Pasos	Cáncer	Problemas con el hígado
Artritis	Enfacima	Fiebre amarilla
Asma	Tos crónica	Ataques epilépticos
Transfusión de sangre	Tuberculosis	Mareos
Problemas respiratorios	Fiebre Alta	Nerviosismo
Fiebre Reumática	Alergias	Tumores
Reumatismo	Sinusitis	Deshabilitado mental
Medicina de Cortisona	Radiación Terapéutica	Enfermedades venéreas
Adicción a las drogas	Quimioterapia	<u>Ninguna de las de arriba</u>

Ha tenido alguna enfermedad que no este en la lista ? Si la respuesta es si, por favor escríbalas en el espacio de abajo.

Reglas de la Oficina

-CITAS-

DESPUES DE TRES CITAS FALTADAS O CANCELADAS TENDREMOS QUE DESACTIVAR AL PACIENTE Y REFERIRLO A OTRA OFICINA.

1. **Por favor llegue a tiempo.** Llámenos si usted va a llegar un poco tarde a su cita. [Si llega mas de 10 minutos tarde, su cita puede ser cancelada y programada para otro día.](#) Faltar a una cita tiene serias consecuencias; como retrasar la cita de otras personas ese día.
2. **El aviso de cancelación tiene que ser en al menos de 24 horas,** para así poder llenar ese cupo con otra cita. Es muy difícil llenar nuestro horario si usted cancela en el último momento. Recuerde que deberá pagar \$35.00 por cada paciente si usted cancela o falta a la cita sin avisarnos.
3. **Por favor controle a sus hijos en la oficina. El adulto encargado será responsable por cualquier daño ocasionado y los costos serán cargados a la cuenta. Por favor, no queremos cargarle más de lo debido.**
4. Nuestro numero esta disponible en nuestro buzón de voz. Si tiene una emergencia médica por favor llame al 911 inmediatamente.

Agradecemos enormemente su cooperación en este asunto. Si usted tiene alguna duda o pregunta no dude en llamarnos al (843) 208-2888. Estamos para servirle!

Se cobrara \$35.00 por cada cita faltada sin previo aviso. Por favor llame con 48 horas de anticipación para cancelar citas. Gracias

Nombre del Paciente _____

Nombre del Padre o Encargado _____

Firma del Padre o Encargado _____

Fecha _____

