



ACTUALIZACION DE LA HISTORIA MEDICA

*Los formularios de historial de salud son necesarios para todas las citas y cada paciente que se está viendo.

Nombre de Paciente _____ Fecha de Nacimiento _____

1. Cual es su direccion?

Calle Ciudad Estado Codigo Postal

2. Numero de telefono?

Correo electronico?

(____) _____

3. Lista los medicamentos y condiciones medicas del paciente:

4. Liste todas las alergias del paciente:

5. Cual es la information de la compania de seguro?

Nombre de seguro Titular de poliza

Fecha de Nacimiento Empleador SSN#/ID#

***Please be advised that any scheduled appointment that is not cancelled or rescheduled within 24 hours may be subject to a \$35 charge. Three (3) broken appointments will result in dismissal from the practice.**

Firma del Apoderado Nombre del Apoderado Relacion con el Paciente Fecha