

GRUPO DERMATOLOGICO DE OXNARD y CAMARILLO

| | | | |
|-------------------------------|-------------------------------|----------------------------|-------------|
| NOMBRE DEL PACIENTE: _____ | FECHA: _____ | | |
| SS#: _____ | LIC #: _____ | FECHA DE NACIMIENTO: _____ | SEXO: _____ |
| DIRECCION: _____ | TELEFONO: _____ | | |
| REFERIO: _____ | STADO MARITAL: _____ | | |
| OCUPACION DEL PACIENTE: _____ | EMPLEADOR: _____ | | |
| DIRECCION DEL TRABAJO: _____ | TELEFONO: _____ | | |
| ESPOSO(A): _____ | TELEFONO DEL ESPOSO(A): _____ | | |
| CONTACTO DE EMERGENCIA: _____ | Nombre, Direccion, Telefono | | |

INFORMACION DEL SEGURO

NOMBRE DEL SEGURO MEDICO: _____ Numero de Poliza

NOMBRE DEL SEGURO MEDICO: _____ Numero de Poliza

Como paciente, o como guardian legal del paciente menor de edad, yo acepto pagar por los servios otorgados por esta oficina. Puede mandar a cobrar a mi aseguranza cuantas veces sea necesario.

Firma _____

SI ALGUIEN MAS ES RESPONSIBLE DEL PAGO.

NOMBRE: _____ SS#: _____ TELEFONO: _____

DIRECCION: _____

EMPLEADOR: _____ TELEFONO: _____

CUAL ES SU PROBLEMA:

HISTORIA MEDICA (Marque con una 'x' si tiene y explica si necesita)

Historia Personal

- Presion alta
- Problemas del corazon
- Marcapasos
- Diabetes
- Ulceras
- Cancer de la piel
- Cancer internal
- Problemas de la sangre
- Problemas de los rinones
- Arthritis
- Asma
- Hepatitis A B C
- Tuberculosis
- VIH
- Ataques
- Soriasis
- Eccema

Medicamentos/hierbas:

Problemas ahora con:

- Perdida de peso
- Fiebre
- Mareos
- Ojos
- Oidos, nariz, garganta, o boca
- Corazon
- Pulmones
- Estomago/intestinos
- Rinones
- Arthritis
- Deprecion/ansiedad
- Ataques

Mujeres:

- Esta embarazada
- Esta planiando el embarazo
- Esta da el pecho

Cirugias:

Historia Social

- Fuma
- Fumaba antes
- Consume alcohol
- Usa drogas
- Animales en la casa

Historia Familiar

- Problemas del corazon
- Diabetes
- Cancer internal
- Cancer de la piel
- Problemas de la sangre
- Asma
- Soriasis
- Eccema

Alergias de medicamentos: