

INFORMATION DEL PACIENTE

NOMBRE: _____ FETCHA DE NACIMIENTO: _____

DIRECCION: _____

NÚMERO DE TELÉFONO (CASA): _____ (CELLULAR): _____

CORREO DE ELECTRÓNICO: _____

SEGURO SOCIAL: _____ ESTADO CIVIL: _____ EMPLEADOR _____

CONTACTO DE EMERGENCIA: _____ RELACION: _____

NUMERO DE TELEFONO: _____

INFORMATION DE SALUD:

MEDICAMENTOS, INCLUYENDO RECETAS, VITAMINAS Y PRODUCTOS HERBALES:

Alergias: _____

Cirugías Previas: _____

Tener un historial de:

___ enfermedad del corazón ___ sangrado excesivo ___ enfermedad neuromuscular

___ Diabetes ___ Alta presión ___ enfermedad mental

___ enfermedad del hígado ___ desorden autoinmune ___ herpes labial

Estas: ¿Embarazada? _____

¿Fuma? _____ Toma Alcohol? _____ Cuanto por día? _____

Firma _____ Fecha _____