

Lovelace Family Medicine

Los saldos anteriores se pagarán antes de la reaceptación. Los pacientes del ACC deben pasar por el proceso de nuevo paciente.

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

Formulario de Historial Médico Pasado de Paciente

¿Razón para querer establecer la atención? (bienestar general, problemas, etc.)

Historial quirúrgico (tipo, parte del cuerpo, fecha):

Historia familiar: (*vivo, fallecido, problemas médicos*)

Padre: _____

Madre: _____

Hermanos: _____

Otros: _____

Historia Social:

Relacion: Casado Divorciado Soltero Pareja

Situacion de Vida: _____

Hijos: Sí No Edades?

Empleo: _____

Medicamentos: _____

Alergias: _____

¿Tiene familiares que sean pacientes de la práctica? Sí No

En caso afirmativo, ¿con quién y que es la relación?: _____

Firma: _____

Fecha: _____