



¡Bienvenido/a a Nuestra Oficina!

**FORMULARIO DE NUEVO PACIENTE**

Apellido: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ Genero: M F

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Seguro Social#: \_\_\_\_\_

Direccion: \_\_\_\_\_ Apto: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_Codigo Postal: \_\_\_\_\_

Celular: \_\_\_\_\_Numero de casa: \_\_\_\_\_Trabajo \_\_\_\_\_

Estado civil: \_\_\_Soltero/a \_\_\_Casado/a \_\_\_Divorciado/a \_\_\_Viudo/a \_\_\_Separdo/a legalmente

Contacto de emergencia: \_\_\_\_\_ Telefono: \_\_\_\_\_ Relacion: \_\_\_\_\_

Estado de empleo: \_\_\_Tiempo complete \_\_\_Medio tiempo \_\_\_No trabajo Ocupacion: \_\_\_\_\_

Farmacia preferida: \_\_\_\_\_ Telefono: \_\_\_\_\_

••• Por favor describa su problema de pie/tobillo (incluya fecha y lugar de lesion si aplica) •••

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Como ud sabe de nuestra oficina?  Google  Facebook  Instagram  Twitter  Compañía de seguros  
 Familia / amigo/a  Referencia médica  Otro: \_\_\_\_\_

**Historial Medico Personal:**

••• Revise aquellos que aplican ahora o aplicaron en el pasado •••

Artritis	No	Si	Gastritis	No	Si
Transfusión de sangre _____ (ano _____)	No	Si	Enfermedad de Rinones	No	Si
Cancer	No	Si	Enfermedad de Hígado	No	Si
Diabetes	No	Si	Asma	No	Si
Epilepsias	No	Si	Problemas psiquiátricos	No	Si
Enfermedad cardiaca	No	Si	Enfermedad respiratoria /pulmonar	No	Si
Hepatitis	No	Si	Derrame Cerebral	No	Si
Hipertension ( presión alta)	No	Si	Enfermedad de la tiroides	No	Si
SIDA	No	Si	Enfermedad vascular/ problemas circulatorios	No	Si
Problemas Gastrointestinales/Ulceras	No	Si	Colesterol alto	No	Si



**MEDICINAS**

Por favor de enlistar medicinas Corrientes

- 1. \_\_\_\_\_ 6. \_\_\_\_\_
- 2. \_\_\_\_\_ 7. \_\_\_\_\_
- 3. \_\_\_\_\_ 8. \_\_\_\_\_
- 4. \_\_\_\_\_ 9. \_\_\_\_\_
- 5. \_\_\_\_\_ 10. \_\_\_\_\_

**ALERGIAS**

\_\_\_\_ Medicinas: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_ Comidas: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_ Otro: \_\_\_\_\_

**HISTORIAL SURGICO**

PROCEDIMIENTO SURGICO / LESION SERIA / ENFERMEDAD	AÑO	DOCTOR	HOSPITAL

Algun **miembro familiar** tiene o a tenido lo siguiente (por favor indicar relacion):

Cancer: \_\_\_\_\_ Diabetes: \_\_\_\_\_

Enfermedad de corazon: \_\_\_\_\_ Derrame cerebral: \_\_\_\_\_

Presion Alta: \_\_\_\_\_ Enfermedad vascular/Problemas circulatorios: \_\_\_\_\_

Otros: \_\_\_\_\_

