



Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

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

Numero de Telefono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Codigo postal \_\_\_\_\_ CA ID #: \_\_\_\_\_

Correo Electronico: \_\_\_\_\_

Profesion: \_\_\_\_\_

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

Telefono del trabajo: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Doctor Primario: \_\_\_\_\_ Direccion: \_\_\_\_\_

Numero de Telefono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Farmacia: \_\_\_\_\_ Direccion: \_\_\_\_\_

Numero de Telefono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Amigo / Pariente que no vive en el hogar: \_\_\_\_\_

Numero de Telefono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Direccion: \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Codigo postal \_\_\_\_\_

Contacto de emergencia: \_\_\_\_\_ relación A usted: \_\_\_\_\_

Numero de Telefono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Direccion: \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Codigo postal \_\_\_\_\_

(Please Fill Out Back)

**¿Cómo le gustaría que se le notifique de una próxima cita?/ o estudio?**

Mensaje de texto: \_\_\_\_\_

Llámame: \_\_\_\_\_

Mandame un e-mail: \_\_\_\_\_

**Padre / tutor legal Información (Complete si el paciente es menor de 18 años)**

Nombre de la madre : \_\_\_\_\_ Numero de Telefono:( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_  
Ciudad \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

Profesión: \_\_\_\_\_ Numero de Telefono: ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

Nombre del padre: \_\_\_\_\_ Numero de Telefono:( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_  
Ciudad \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

Profesión: \_\_\_\_\_ Numero de Telefono: ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

**Información médica:**

¿Está tomando medicamentos recetados?  SI  NO

¿Está tomando medicamentos sin receta?  SI  NO

¿Es alérgico a algún medicamento?  SI  NO

¿Alguna vez ha fumado / usado tabaco ?

Nunca  Corriente  Antes

---

¿Cómo se enteró de nuestra oficina? \_\_\_\_\_

¿Te gustaría ser notificado acerca de otros estudios??  SI  NO

---

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL SUJETO

\_\_\_\_\_  
FECHA

\_\_\_\_\_  
FIRMA gaurdian LEGAL

\_\_\_\_\_  
FECHA