

# Bienvenido a SAGE Family Medicine Associates, PA

## Aplicación Para Nuevo Paciente

524 East Nopal Street Uvalde, Texas 78801

Phone: 830-278-4588

Fax: 830-278-4895

Por favor marque una:

- Dr. Kevin Uptergrove
- Dr. David White
- Dr. Erika Garcia

Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Numero de Telefono: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Seguro Médico: \_\_\_\_\_

**POR FAVOR LLENAR TODO EL FORMULARIO**

**SI SE NECESITA MAS ESPACIO POR FAVOR, ADJUNTE UNA HOJA ADICIONAL**

**Información Personal**

DE DÓNDE ES? \_\_\_\_\_; COMO ESCUCHASTES DE NOSOTROS? \_\_\_\_\_

EN DONDE TRABAJAS? \_\_\_\_\_

**La Razón por la que esta aplicando**

- ATENCIÓN PRENATAL
- ESTABLECER UNA ATENCIÓN
- TRANSFERENCIA DE ATENCIÓN

Nombre Anterior de Medico: \_\_\_\_\_

RAZÓN DE SALIDA: \_\_\_\_\_

OTROS \_\_\_\_\_

**Información médica**

QUAL ES LA NATURALEZA DE SUS PROBLEMAS: \_\_\_\_\_

**PROBLEMAS DE SALUD ACTUALES O ANTERIORES QUE SE APLICAN A USTED**

- ANSIEDAD
- ENFERMEDAD CARDÍACA
- OSTEOPOROSIS
- OTROS: (Por Favor Especifique Abajo)
- ARTRITIS
- ENFERMEDAD RIÑÓN
- TIROIDES
- DOLOR CRONICO
- ENFERMEDAD DEL HÍGADO
- DERRAME
- DEPRESIÓN
- ENFERMEDAD PULMONAR
- CEREBRAL
- CIRUGÍAS

ESTA EMBARAZADA:  SÍ  NO CUÁNTAS SEMANAS: \_\_\_\_\_

Ha obtenido atención a este embarazo:  SÍ  NO

Si la respuesta es sí, el nombre del médico: \_\_\_\_\_

NÚMERO DE EMBARAZOS: \_\_\_\_; NÚMERO DE NACIDOS VIVOS: \_\_\_\_; NÚMERO DE HIJOS VIVOS: \_\_\_\_; ÚLTIMO PERÍODO: \_\_\_\_\_

**MEDICAMENTOS ACTUALES Y DOSIFICACIÓN**

Medicación	Dosificación
<input type="checkbox"/> ACTUALMENTE NO EXISTE NINGUN MEDICAMENTO	

**◆ Salud Preventiva**

USO DE TABACO: Cuánto? \_\_\_\_\_, si dejó, cuando? \_\_\_\_\_, usó por \_\_\_\_\_ años total

USO DE ALCOHOL: Cuánto? \_\_\_\_\_, si dejó, cuando? \_\_\_\_\_, usó por \_\_\_\_\_ años total

USO DE DROGAS: Drogas que has utilizado? \_\_\_\_\_, IV uso?  Sí;  No. Último uso? \_\_\_\_\_

Tipo de frecuencia de Ejercicio: \_\_\_\_\_; Describir la Dieta \_\_\_\_\_

**◆◆◆◆◆ SÓLO PARA USO DE OFICINA ◆◆◆◆◆**

ACEPTADO: \_\_\_\_\_ DECLINAR: \_\_\_\_\_

FECHA NOTIFICADA: \_\_\_\_\_ NOMBRE DE EMPLEADO: \_\_\_\_\_ EL TIEMPO: \_\_\_\_\_

COMENTARIOS: \_\_\_\_\_

FIRMA DEL MÉDICO: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_