

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? _____

LA RAZÓN POR LA QUE ESTA APLICANDO :

ATENCIÓN PRENATAL

Nombre Anterior de Medico: _____

RAZÓN DE SALIDA: _____

TRANSFERENCIA DE ATENCIÓN

Nombre Anterior de Medico: _____

RAZÓN DE SALIDA: _____

ESTABLECER UNA ATENCIÓN

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: _____