



Covina Urgent Care
605 E. Badillo Street
Covina, CA 91723

URGENT CARE · ESTABLISHED PATIENT

REASON FOR VISIT RECORD

ES MUY IMPORTANTE QUE TENGAMOS TODA SU INFORMACIÓN ACTUALIZADA.

Desde su última visita (o en los últimos 6 meses), ha habido cambios en su:

NOMBRE

SEGURO

DOMICILIO

TELÉFONO

Llene toda su información actual:

Apellido	Nombre	Edad	Fecha de Nacimiento	Fecha de Hoy
Domicilio:				
Telefono Movil		Telefono de Casa		
EMAIL:				
Sexo H <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	Doctor Primario			

Firma del Paciente: _____

Si el paciente es menor de edad, padre/guardián firma

1. ¿Tiene algún otro seguro de salud (secundario)? SI NO Cual _____
2. ¿Hay indicaciones que pudiera estar embarazada? SI NO
3. ¿Alguna de sus lesiones está relacionada con un accidente automovilístico? SI NO
4. ¿Alguna de sus lesiones sufridas por una lesión relacionada con el trabajo? SI NO
5. ¿Está de acuerdo de pagar si su seguro no paga? SI

Por favor explique la razón de su visita de hoy:

Enumere todas las alergias y las condiciones médicas que necesitamos ser conscientes de:

VERIFIED BY:

INPUTTED BY:

Covina Urgent Care Record

605 E Badillo Street, Suite 110 Covina, CA 91723 (626)732-9232

llenar solo con tinta negra

Apellido	Nombre	Edad	Fecha de Nacimiento	Fecha
Sexo M <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	Doctor Primario	Ciudad (del Doctor Primario):		
Nombre del responsable: _____				
Autorización: Doy mi consentimiento a cualquier tratamiento médico o quirúrgico, o servicios prestados según las instrucciones del médico. También acepto la responsabilidad de todos los cargos relacionados con este tratamiento y autorizo a todo pago de seguro directamente a Covina Urgent Care se concede, de conformidad con las normas de HIPAA, a proporcionar la información solicitada de salud pública para el proveedor de seguros de salud o la salud del paciente para el propósito del tratamiento, operaciones de pago y / o cuidado de la salud.				
Firma: _____		Relacion: _____		Fecha & Hora: _____

***** Por favor NO llene abajo *****

Temp (F)	Pulse (bpm)	SpO ₂ (%)	Respiration (rpm)	Blood Pressure	Weight(lbs.)	Height	LMP	FBS(mg/dL)	M.A. Signature:	Name/DOB PCP Vitals/CC
				/		' "	/ /			
Allergies: _____										
Chief Complaint: _____										

Problems	Days	Problems	Days	Orders	Results	Current Medications
<input type="checkbox"/> Fever		<input type="checkbox"/> Diarrhea		<input type="checkbox"/> Strep		
<input type="checkbox"/> Cold		<input type="checkbox"/> Abdominal Pain		<input type="checkbox"/> UA		
<input type="checkbox"/> Cough		<input type="checkbox"/> Rash		<input type="checkbox"/> HCG		
<input type="checkbox"/> Sore Throat		<input type="checkbox"/> Headache		<input type="checkbox"/> IPPB		
<input type="checkbox"/> Loss of Appetite		<input type="checkbox"/> Laceration		<input type="checkbox"/> E.LAV		
<input type="checkbox"/> Earache				<input type="checkbox"/> HHN		
<input type="checkbox"/> Vomiting				<input type="checkbox"/> X-RAY		

S

O

Physical Examination	N	AB
General Appearance		
Skin		
HEENT / Neck		
Chest / Lungs		
Heart		
Abdomen		
Neuro		
Back & Extremities		

A

P

INJSITE _____ LOT# _____ INJ _____ ORAL _____ MA _____

Provider Signature & Date _____

Provider Stamp: