



Kern Cardiology Medical Group - Since 1978

(Sam) Sarabjit Singh, MD. FACC. FSCAI

Demografia de Nuevo Paciente (Confidencial) (por favor letra elegible)

Date: ___/___/___

Informacion Personal

(Primer Nombre) _____ (Apellido) _____ (Segundo Nombre) _____

Sexo: Masculino Femenino Edad ____ Fecha de nacimiento: ____/____/____

Numero de seguro social _____ - _____ - _____ Numero de licencia _____

Casado(a) Soltero(a) Divorciado(a) viudo(a) Otro

Dirreccion _____ Apartamento _____

Ciudad _____ Estado _____ Codigo Postal _____

Telefono (casa): _____ Telefono celular: _____

Empleado por: _____ Dirreccion _____

Ocupacion _____ Telefono del trabajo _____

Persona para contactar en caso de emergencia

Relacion _____ Numero de Telefono _____

Si usted no es la persona responsable

Nombre de persona responsable _____

Fecha de nacimiento _____ Numero de Seguro Social _____ - _____ - _____

Relacion al paciente _____ Empeldo de persona responsable _____

Informacion de Aseguranca (Please provide receptionist with copies of ALL valid insurance cards)

Primary Insurance _____ Insurance Phone# _____

Name of the person Insured _____ Relationship _____

ID# _____ Group# _____

Second Insurance _____ Insurance Phone _____

ID# _____ Group# _____

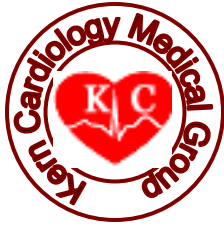
Name of the person Insured _____ Relationship _____

***Who referred you to this practice?**

Primary Care Physician _____ Contact # _____

I, the undersigned, agree that all above information is correct to the best of my knowledge.

Patient/Responsible Party Signature _____ Date: _____



Kern Cardiology Medical Group

-Since 1978

(Sam) Sarabjit Singh, MD. FACC. FSCAI

Patient Health Questionnaire (Confidential) Date/Fecha: _____

(Please provide all the information asked to get the most effective treatment)

Nombre del Paciente _____ **Fecha De Nacimiento** ___/___/_____
 Patient Name Date of birth

Doctor quien lo esta refiriendo _____ **Referring Doctor** _____
 Referring Doctor PCP

Cual es la razon por la que vino a la oficina hoy?
 What brings you to our office today? _____

Tiene alergia Algun Medicamento: No. Yes. _____
 Do you have any medication allergies?

Tiene alergia alguna comida No. Yes. _____
 Do you have any food allergies?

Esta tomando pastilla para adelgazar la sangre: No. Yes. Who follows? _____
 Are you currently on coumadin

Please check any symptoms from the list below that you have, so we can find out more about it: **Por favor Marque si tiene alguno de estos sintomas:**

Angina/Dolor/Molestia	Arrhythmia/Arritmias	Abnormal EKG/EKG Anormal
Chest Pains/Dolor de Pecho	Diabetes (I) (II)/Diabetes	Dizziness/Syncope/Mareo
Enlarged Heart/Agrandamiento del Corazon	Fainting /Desmayo	Heart Murmur/Soplo en el Corazon
Heart Attack/Ataque de Corazon	High Blood Pressure/Alta presion Arterial	Rheumatic Fever/Fiebre Reumatica
Heart Failure/Insuficiencia Cardíaca	HighCholesterol/ Alto Colesterol	Blue lips or /finger nails/Labios Azules o las unas de los dedos
Leg Cramps/Calambres en las piernas	Swollen Legs/Piernas Hinchadas	Sexual Dysfunction/Disfuncion Sexual
Palpitations/Palpitaciones	Shortness of Breath/Dificultad para Respirar	Stroke /TIA/Derrame de cerebral
Thyroid Disease/Enfermedas de la Tiroides	Menopause/Menopausia	HIV/AIDS/Sida

Other symptoms/Otros Sintomas: _____

Have you ever had/Alguna vez a tenido	Where/Donde	When/Cuando
Stress test/ Prueba de tolerancia al ejercicio	Angiogram/ Angiograma	Angioplasty / Angioplastia
Echocardiogram/ Ultrasonido de Corazon	Bypass surgery/ Cirugia de Corazon Abierto	Defibrillator/ Desfibrilador
Valve surgery/ Cirugia de las Valvulas	Pacemaker/ Marcapasos	Thallium test/ Examen Nuclear

Hace Ejercicio de Rutina: _____

Do you exercise routinely/type/amount

Historia de usar Tabaco/Que Tipo/Cuanto: _____

History of tobacco use/type/amount

Historia de usar alcohol/Que Tipo/Cuanto: _____

History of alcohol use /type/amount

Historia de cafeina /Que Tipo/Cuanto: _____

History of Caffeine use /type/amount

Historia de drogas/Que Tipo/Cuanto: _____

History of Recreational Drug use /type/amount

Family Medical History

	Father/Padre	Mother/Madre	Sister/Hermana	Brother/Hermano
Coronary Artery Disease/ Enfermedas de corazon				
Diabetes (type I) or (type II)/ Diabetes Tipo (I) (II)				
Stroke / CVA/ Derrame				
High Blood Pressure/ Alta Presion				
High Cholesterol/ Alto Colesterol				
_____ Cancer/ Cancer				

Personal Surgical History: Y/N When/Cuando(mm/dd/yy) Complications/complicaciones

Appendectomy/ Apendectomia			
Back surgery/ Cirujia de la espalda			
Hysterectomy/ Histerectomia			
Thyroidectomy/ Tiroidectomia			
Gallbladder procedure/ Vesicula			
Knee surgery/ Cirujia de la Rodilla			
Other/ Otra:			

Pharmacy Name/Nombre de su Farmacia: _____

Address/Direccion: _____

Phone#/Numero de Telefono/ _____