



ID#: _____
(Para uso de la oficina)

Nombre del paciente: _____
Primer nombre Segundo nombre Apellido(s)

Dirección: _____
Calle/ciudad Estado/Código postal

Fecha de Nacimiento: ___/___/___ Teléfono de casa: _____ Número de celular: _____

Doctor de cabecera: _____ Email: _____

Peso: _____ (lb) Altura: _____ (ft/in)

Sexo: Masculino Femenino Fecha de último ciclo menstrual: _____

Está amamantando? SI NO

Etnicidad/Raza: Eres hispano? Si No Blanco Negro o Afro Americano Asiático otro Me niego a declarar

Fuma: Diario Ocasionalmente Anteriormente Nunca Language: Inglés Español Otro

Historia personal de cancer? Si No En caso de si, qué tipo y cuando? _____

Cirugías previas: _____

Medicamentos tomados actualmente: Ninguno _____

Alergia al latex: Si No Alergias a medicamentos: _____

Tiene usted algún clip de aneurisma o marcapasos? Si No

Usa usted audífonos para sordera o implante auditivo? Si No

Tiene algún tipo de metal en su cuerpo? Si No

****MUY IMPORTANTE****

Por favor indique su próxima cita con el doctor que le ordenó el examen

FECHA _____

AUN NO TENGO CITA

Indique la razón por la que necesita el examen ordenado. Cuáles son sus síntomas?

Fecha de inicio _____

Fecha de inicio _____

Pago de beneficios/Autorización de emisión de registros médicos:

Autorizo la emisión de mis registros médicos a mi doctor. Autorizo el pago de beneficios determinado por la compañía. Seré responsable por cualquier cantidad no pagada por mi compañía de seguro en el caso de que los pagos hechos no sean razonables o habituales. Autorizo a cualquier proveedor de cuidado de la salud, compañía de seguro, organización, empleado u hospital, a emitir cualquier información solicitada en relación a mis archivos médicos o para procesar mi solicitud. Doy fe de que la información en este documento es correcta dentro de lo que tengo conocimiento. He leído y entendido el contenido de este formulario y he tenido la oportunidad de hacer preguntas con respecto a la información en este formulario.

Firma de Paciente/Padre o tutor _____ Fecha _____

Fecha actualizada _____ Iniciales _____

Fecha actualizada _____ Iniciales _____