

Grupo Dermatologico De Oxnard

Nombre Del Paciente:	_____ <small>Apellido Primer Nombre Inicial</small>	Fecha:	_____
Fecha De Nacimiento:	Sexo:	Telefono:	_____
Direccion:	_____		
	<small>Numero</small>	<small>Calle</small>	<small>Ciudad</small>
			<small>Codigo Postal</small>
Referio:			Stado Marital: _____
Ocupacion Del Paciente:	Empleador: _____		
Direccion Del Trabajo:			Telefono: _____
Esposo(A):	Telefono Del Esposo(A): _____		
Contacto De Emergencia:	_____		
	<small>Nombre</small>	<small>Direccion</small>	<small>Telefono</small>

• Informacion Del Seguro Medico

Como paciente, o como guardian legal del paciente menor de edad, yo acepto pagar todos los servicios otorgados por esta oficina. Puede mandar a cobrar a mi aseguranza cuantas veces sea necesario.

Asignacion y Liberación: Aqui asigo mis beneficios del seguro para que se pagan directamente al **Dermatology Medical Group de Oxnard**. Yo soy financieramente responsable de los servicios no cubiertos. Yo autorizo al médico para que divulgue cualquier información para procesar esta solicitud.

Firma: _____ Fecha: _____

Si alguien mas es responsable de la aseguranza:

Nombre: _____

Apellido Primer Nombre Inicial

Direccion: _____ Fecha De Nacimiento: _____ Telefono: _____

• Razón de la Consulta: _____

• Historia Medica (Marque con una "x" si tiene y explica si necesita):

<p>Historia Personal:</p> <input type="checkbox"/> Presion alta <input type="checkbox"/> Problemas del corazon <input type="checkbox"/> Marcapasos <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Ulceras <input type="checkbox"/> Cancer de la piel <input type="checkbox"/> Cancer internal <input type="checkbox"/> Problemas de la sangre <input type="checkbox"/> Problemas de los rinones <input type="checkbox"/> Arthritis <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> Hepatitis A B C <input type="checkbox"/> Tuberculosis <input type="checkbox"/> VIH <input type="checkbox"/> Ataques <input type="checkbox"/> Soriasis <input type="checkbox"/> Eccema	<p>Problemas ahora con:</p> <input type="checkbox"/> Perdida de peso <input type="checkbox"/> Fiebre <input type="checkbox"/> Mareos <input type="checkbox"/> Ojos <input type="checkbox"/> Oidos, nariz, garganta, o boca <input type="checkbox"/> Corazon <input type="checkbox"/> Pulmones <input type="checkbox"/> Estomago/intestinos <input type="checkbox"/> Rinones <input type="checkbox"/> Arthritis <input type="checkbox"/> Deprecion/ansiedad <input type="checkbox"/> Ataques	<p>Historia Social:</p> <input type="checkbox"/> Fuma <input type="checkbox"/> Fumaba antes <input type="checkbox"/> Consume alcohol <input type="checkbox"/> Usa drogas <input type="checkbox"/> Animales en la casa
<p>Medicamentos/hierbas: _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>Mujeres:</p> <input type="checkbox"/> Esta embarazada <input type="checkbox"/> Esta planiando el embarazo <input type="checkbox"/> Esta da el pecho	<p>Historia Familiar:</p> <input type="checkbox"/> Problemas del corazon <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Cancer internal <input type="checkbox"/> Cancer de la piel <input type="checkbox"/> Problemas de la sangre <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> Soriasis <input type="checkbox"/> Eccema
<p>Cirurgias: _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>Alergias de medicamentos: _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	