



Eduardo Correa, MD - Natverlal Surati, MD

Informacion del Paciente

Fecha de hoy: _____

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Edad ____ Sexo ____

Direccion: _____ Ciudad: _____Codigo Postal: _____

Telefono de Casa: _____ Celular: _____ Correo Electronico: _____

Metodo Preferido de Comunicacion: _____ Casa ____ Celular ____ Correo Electronico

Nombre de Mamá: _____ Nombre de Papá: _____

Fecha de Nacimiento

Fecha de Nacimiento

Raza primaria: ___ Anglosajon ___ Hispano ___ Afroamericano
___ Asiatico ___ Nativo Americano ___ Otra Raza-Especificar
___ Niego a informar

Origen Etnico: ___ Hispano ___ No-Hispano ___ Niego a Informar

Idioma: ___ Ingles ___ Español ___ Otro-Especificar

Medicamentos Actuales:

Table with 4 columns: Nombre, Dosis, Frecuencia, Motivo tomado. Rows 1, 2, 3.

Alergias (Medicamento, Comida, Ambiental): _____

Farmacia Preferida:

Nombre: _____ Numero de Telefono: _____

Direccion: _____ Ciudad: _____ Estado: _____

Receta Electronica: Nuestro programa de registro medico electrónico solicita a usted como paciente, que nos permita acceder a su historia de prescripción, para nosotros con seguridad prescribirle el medicamento. Mediante la firma de este, usted nos autoriza a hacerlo.

Firma: _____

Fecha: _____

Vacunas: Nuestro programa de registro medico electrónico permite que sus datos de inmunización sean enviados directamente al I-CARE State of Illinois Registry. I-CARE permite a sus proveedores obtener su historial de inmunización para garantizar su seguridad. Mediante la firma de este, usted nos autoriza a hacerlo.

Firma: _____

Fecha: _____