



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

Contacto de Emergencia: \_\_\_\_\_ Telefono: \_\_\_\_\_ Relacion: \_\_\_\_\_

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: \_\_\_\_\_