



New Patient Registration Form

Date: _____

Email: _____

ACCT. #: _____

Street address (domicilio): _____

City (ciudad): _____

State (estado): _____

Zip (zona postal): _____

Patients Personal Information

****Due To New Federal Regulations We Must Ask
The Following Questions****

Race:

- | | |
|--|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> American Indian/Alaska Native | <input type="checkbox"/> Asian |
| <input type="checkbox"/> Black | <input type="checkbox"/> Caucasian |
| <input type="checkbox"/> Pacific Islander | <input type="checkbox"/> Other |

Ethnicity:

- Hispanic Non-Hispanic Other

Language: _____

Age: _____

Sex:

- Male Female

Last Name (apellido): _____

First Name (primer nombre): _____

How do you wish to be addressed? _____

Marital Status:

- | | |
|----------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Single | <input type="checkbox"/> Married |
| <input type="checkbox"/> Widowed | <input type="checkbox"/> Divorced |

Primary: _____

- Home Cell Work

Secondary: _____

- Home Cell Work

Other: _____

- Home Cell Work

Date of Birth (fecha de nacimiento): _____

Driver's License (State) (licencia de conducir): _____

Social Security # (número de seguro social): _____

Spouse or Parents Name (if minor): _____



Patient/Responsible Party Information

Responsible Party: _____

Self Spouse Other

Responsible Party's home phone: _____

Work Phone: _____

Street address (domicilio): _____

City (ciudad): _____

State (estado): _____

Zip (zona postal): _____

Employer's name (nombre de trabajo/compañía):

Phone number (teléfono de trabajo):

Your occupation (nombre de empleo):

Patient's Insurance Information

PRIMARY insurance company's name:

Name of insured: _____

Date of birth: _____

Relationship to Insured:

Self Spouse Child Other

Insurance ID number: _____

Group number: _____

SECONDARY insurance company's name:

Name of insured: _____

Date of birth: _____

Relationship to Insured:

Self Spouse Child Other

Insurance ID number: _____

Group number: _____

Patient's Referral Information

Referred by (referencia, médico quien lo/la recomendó?):

Phone (teléfono de doctor): _____

Emergency Contact

Name of person (NAME ONLY, Contacto de Emergencia):

Phone Number (primary): _____

Phone number (secondary): _____

Relationship: _____

Signature (firma): _____

Date (fecha): _____



Adult Form

Nombre del Paciente: _____

Edad: _____

Fecha: _____

Estatura: _____ Feet _____ Inch

Peso: _____ Lbs

Dolor: _____

Donde? _____

¿Cuál es razón de su visita de hoy?

Por favor escriba su número de farmacia y teléfono:

Medicamentos

Incluyendo vitaminas y suplementos (si usted está tomando pastillas de aspirina/Advil o de dieta, duración lista):

Alergias a los medicamentos:

Otras alergias:

Antecedentes médicos (tipo y fecha):

Hospitalizaciones:

Operaciones:

Illnesses:

Lesiones/Fracturas:



Revisión del Sistema:

Oídos:

- Audifonos
- Mareos/Vértigo
- Tinnitus (ruido en los oídos)
- Cirugía
- Dolor
- La exposición a ruidos fuertes
- Descargar
- Other

Nariz:

- Respiración dificultosa
- Sangría
- Aerosoles nasales
- El Cambio Del Olfato
- Cirugía
- Mala Ventilación
- Ronquidos
- Lesiones
- Goteo Postnasal

Garganta:

- Dolor
- Carraspeo
- Trabajo Dental Reciente
- Amigdalitis/Anjinas
- Terrón
- Reflujo
- Mal Sabor
- Dolor O Dificultad Para Tragar
- Cambio De Voz/Ronquera
- Mal Aliento
- Tos
- Cirugía

Cuello:

- Terrones
- Nódulos tiroideos
- Lesiones
- Dolor
- Inflamación De Las Glándulas
- Cirugía

Ojos:

- Pérdida/Visión Borrosa
- Ojo Vago
- Visión Doble
- Objetos Flotantes En La Visión
- Lesiones
- Sequedad De Ojos
- Lagrimeo Excesivo
- Glaucoma
- Ojos Cruzados
- Enfermedad
- Picazón, Ardor, Irritación
- Cataratas
- Dolor/Molestias
- Sensibilidad A La Luz
- Enrojecimiento/Inflamación
- Cirugía

Personal History:

- Anemia
- Ansiedad
- Arritmia
- Cronica Enfermedad Pulmonar
- Colitis
- Diarrea
- Eczema
- Los Dolores De Cabeza
- Acidez
- Enfermedades Autoinmunes
- Cáncer
- Enfermedad Del Riñón
- Enfermedad Del Hígado
- Parálisis
- Psoriasis
- Erupciones
- Disfunción Sexual
- Embolio
- Úlcers
- Pérdida De Peso/Ganancia
- Angina/Dolor En El Pecho
- Asma
- Problemas de Sangrado
- Estreñimiento
- Diabetes
- Dificultad Para Orinar
- Enfisema
- Insuficiencia Cardíaca/Ataque
- Alta Presión
- Dolor Al Horinar
- Hepatitis orlctericia
- Cálculos Renales
- Enfermedad De Lyme
- Los Problemas De Próstata
- Psiquiátrico
- Fiebre Reumática
- Falta De Aliento
- Tuberculosis
- Vaginitis

Historia Social:

Fumar: Si No

Paquetes por día: _____

Alcohol: Si No

Tipo/Cantidad: _____

Drogas: Si No

Tipo/Cantidad: _____

Cafeína: Si No

Cups per day: _____

Dieta: _____



¿Estás embarazada actualmente?

Si No

¿Está actualmente en un programa de medicación anticonceptiva?

Si No

Historia Familiar (marque todo lo que corresponda):

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Alergias |
| <input type="checkbox"/> Dolores De Cabeza | <input type="checkbox"/> Diabetes |
| <input type="checkbox"/> Cáncer | <input type="checkbox"/> Carrera/Embolio |
| <input type="checkbox"/> Alta Presion Sanguinea | <input type="checkbox"/> Tuberculosis |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad Autoimmune | <input type="checkbox"/> Enfermedad de tiroides |
| <input type="checkbox"/> Mareos (vértigo) | <input type="checkbox"/> Problemas De Los Ojos |
| <input type="checkbox"/> Pérdida De La Audición | <input type="checkbox"/> Enfermedad Del Corazon |
| <input type="checkbox"/> Problemas DeLa Sangrado | |

¿Alguien en su familia ha tenido una reacción desfavorable a la anestesia?

Si No

Explique:

¿Hay algo más acerca de su historial médico que podría ser útil para el médico saber?

Signature: _____

Fecha: _____