

HAND & UPPER EXTREMITY CENTER, PA
OLAYINKA OGUNRO, M.D., P.A
SHADE OGUNRO, M.D., P.A.

INFORMACION DEL PACIENTE
ESTA FORMA TIENE QUE SER LLENADA CORECTAMENTE
NOTA: EL PACIENTE ES RESPONSIBLE DE SUS CUENTAS MEDICAS

PORFAVOR ESCRIBA EN LETRA DE MOLDE

Nombre del Paciente: _____ SS#: _____

Soltero(a) _____ Casado(a) _____ Separado(a) _____ Viudo(a) _____

Dirreccion: _____ Ciudad _____ Estado _____ Codigo _____

Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____ Sexo: _____ Telefono: _____

Cuanto Pesa: _____ Nombre y Numero de Farmacia: _____

Numero de Celular: _____ Correo Electronico: _____

Nombre de Empleador y Direccion: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Codigo Postal: _____

Posicion: _____ Telefono: _____

Nombre de Esposo(a): _____ Nombre de Empleador: _____

Si es Niño(a) el Nombre de los Padres: _____

Nombre de un Familiar: _____ Telefono: _____

Nombre del Asegurador: _____

Nombre del Seguro Medico: _____ SS#: _____

Numero de Poliza: _____ Numero de Grupo: _____

Numero de Licencia: _____ Referido por: _____

Accidente de Trabajo: Si _____ O No _____

Numero de Caso: _____ Fecha de Accidente: _____

Cual es la parte del cuerpo que le duele?: _____

*****IMPORTANTE***PORFAVOR DE NO COPIAR ESTA PARTE DE INFORMACION DEL PACIENTE.**

Enfermedades Presentes, Ponga Fecha y Tratamientos:_____

Historia Familiar:_____

Problemas de Salud que Haiga Tenido en el Pasado:_____

Historia Personal:

Uso de Drogas: Si:_____ O No:_____ Cuanto:_____

Usted Fuma: Si:_____ O No:_____ Cuanto:_____

Toma Alcohol: Si:_____ O No:_____ Cuanto:_____

Que Medicinas esta Tomando:_____

Esta Tomando Medicamentos de Dieta, Vitaminas o Hierbas:_____

Es Alergico(a) a un Medicamento:_____

Examen de Salud – Usted Tiene Algun Problema del: Corazon, Pulmones, Riñones, Estomago O Los Nervios: (Porfavor Circule lo que Aplica a Usted)

Usa su Mano Derecha _____ O Izquierda _____

Que Tipo de Trabajo Hace?:_____

Describe en Detalles su Trabajo (Por Ejemplo) Maquina de escribir, Doblarce, Empujar, Jalar, Levantar (Cuantas Libras):_____

Cuantos Años a Estado con esta Compañia?:_____

Yo Autorizo Que Mi Seguro Medico Le Page Los Beneficios Al Doctor Y Entiendo Que Soy Responsable De Las Cosas Que No Cubra La Aseguranza. Tambien Autorizo Que La Oficina Pueda Mandar Informacion De Mi Espediente A La Aseguranza Si Es Necesario.

Firma del Paciente

Fecha