[ALL EXISTING RETURNING PATIENTS]

De acuerdo con la ley de Hipaa, y respetando su privacidad, por favor complete este formulario, y se lo entrega a la enfermera.

Nombre: _____Fecha de Nacimiento_____

Razón por su cita: _____

Medicamentos: (incluya todos recetados aquí y por otros médicos y cualquier vitamina)

_____

_____

_____ (Meds)

NOTA: SU COMPANIA DE SEGURO PUEDE QUE NO CUBRA LOS MEDICAMENTOS RECETADOS HOY POR SU MEDICO AL COSTO MAS BAJO. SI USTED QUIERE LAS OPCIONES MAS ECONOMICAS DE ESTE TIPO DE MEDICAMENTO, PORFAVOR CONSULTE CON SU COMPANIA DE SEGURO Y PROVEA A NUESTRA OFICINA LA LISTA DE MEDICAMENTOS ALTERNATIVOS.

Alergias a Medicamentos

_____

_____ (Allergies)

Historial Reproductivo:

¿Cuándo fue el PRIMER día de su último periodo?_____/_____/_____ (LMP)

¿Cuál es su método anticonceptivo? (si no lo puso como medicamento) _____

¿Es usted menopáusica?

Si respondió si, ¿cuantos años tenía cuando llego a la menopausia? (age at MP) _____

Historial Social:

¿Usted Fuma cigarillos o usa productos de tabaco?? N/A

Si respondio si: ¿Cuantos fuma al día?_____

Fecha del última Colonoscopia: _____ ¿normal? N/A

Densidad de Huesos (Dexa): _____ ¿normal? N/A

Mamograma: _____ ¿normal? N/A

Papanicolaou: _____ ¿normal? N/A

Si esta de puerperio, por favor llene esta tabla:

	Fecha de nacimiento	Edad Gestacional	Peso	M/F	Vaginal, cesárea, o parto vaginal después de cesárea	Nombre de su bebe	Médico	Esta dando pecho?
1				N/A	N/A		Choose from list	N/A
2				N/A				