



Registro de paciente

Fecha: _____

Nombre: _____ Apellido: _____

Sexo: _____ Teléfono de casa: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Teléfono móvil: _____

SSN: _____ correo electrónico: _____

Dirección: _____ Estado civil: _____

Código postal: _____ Idioma: _____

Ciudad: _____ Ocupación: _____

Estado: _____ Etnicidad: _____

Iniciales:

_____ *Tengo los siguientes seguros médicos. Entiendo que soy responsable de todos los copagos y deducibles aplicables, y que si mi seguro niega mis reclamos, seré responsable de cualquier saldo pendiente.*

Razón de la visita: _____

Farmacia: _____

Tiene alergias a medicina/alimentos, Cuales?:

Lista de medicamentos (s):

Historial / problemas médicos anteriores (Enfermedad (es)):

Enfermedad del corazón

Colesterol alto



- | | |
|---|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Problemas tiroideos | <input type="checkbox"/> Artritis |
| <input type="checkbox"/> Alta presion sanguinea | <input type="checkbox"/> Cáncer |
| <input type="checkbox"/> Presión arterial baja | <input type="checkbox"/> Asma / EPOC |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |

Historia Medico familiar

Diabetes: _____
 Cáncer: _____
 Colesterol alto: _____
 Alta presion sanguinea: _____
 Problemas tiroideos: _____
 Asma / EPOC: _____
 Enfermedad del riñon: _____
 Anemia: _____
 Depresión/ansiedad: _____
 Problema hepático: _____
 Otro: _____

Historia social:

Fumador:	Consumo de alcohol:	El consumo de drogas:
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Sí
<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No

He leído todas las políticas de Embrace Primary Care, LLC y al firmar este formulario acepto seguir todas las políticas, ya que he completado la información anterior según mi leal saber y entender.

Firma del paciente: _____ *Fecha:* _____





Embrace Primary Care, LLC

2101 Medical Park Drive, Silver Spring MD 20902 | Tel: (301) 802-6493 | Fax: (301) 933-6900



Registro de Paciente

Encontro: _____

Sobrenome: _____ Nome: _____ DOB: _____

Sexo: Feminino ou Masculino

Telefone residencial: _____ Telefone celular: _____

SSN: _____ E-mail: _____

Endereço: _____ Estado civil: _____

CEP: _____ Idioma: _____

Cidade: _____ Corrida: _____

Estado: _____ Etnia: _____

Inicial: _____



____ Eu tenho o (s) seguro (s) médico (s) seguinte (s). Entendo que sou responsável por todas as cópias e franquias aplicáveis e que, se meu seguro negar minhas reivindicações, eu me tornarei responsável por qualquer saldo pendente.

Razão para visitar: _____

Farmacia: _____

Alergias (medicamentos / alimentos):

_____	_____
_____	_____
_____	_____

Lista de medicação (s):

_____	_____
_____	_____
_____	_____

História médica pregressa problemas (Doença (s):

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Doença cardíaca | <input type="checkbox"/> Artrite |
| <input type="checkbox"/> Colesterol alto | |
| <input type="checkbox"/> Problemas de tireóide | |
| <input type="checkbox"/> Pressão alta | <input type="checkbox"/> Câncer |
| <input type="checkbox"/> Pressão sanguínea baixa | <input type="checkbox"/> Asma / DPOC |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> De outros: _____ |

História de família

Diabetes: _____ _____	Colesterol alto: _____ _____	Problemas de tireóide: _____ _____
Câncer: _____ _____	Pressão alta: _____ _____	Asma / DPOC: _____ _____



Doença renal: _____

Anemia: _____

Depressão / ansiedade: _____

Problema do Fígado: _____

De outros: _____

História Social

Fumante:

- sim
- Não

Ingestão de álcool:

- sim
- Não

Uso de drogas:

- sim
- Não

Li todas as políticas da Embrace Primary Care, LLC e, ao assinar este formulário, concordo em seguir todas as políticas, pois preenchi as informações acima de acordo com o melhor de meu conhecimento.

Assinatura do Paciente: _____ Data: _____