

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento : _____ Fecha: _____

HISTORIAL MÉDICO

Médico de Cabecera/Clinica: _____ Fue referido por su médico? Si / No
Motivo de visita: _____

ALERGIAS: _____

MEDICAMENTOS: _____

Historial Medico		Si	No	Cirugias y Operaciones		Si	No
¿Ha tenido cáncer de piel?		☐	☐	Marcapasos / Desfibrilador		☐	☐
Melanoma		☐	☐	Reemplazo de articulaciones? Cuales?: _____		☐	☐
Carcinoma Basocelular		☐	☐	Reemplazo de válvula cardíaca		☐	☐
Carcinoma de Celulas Escamosas		☐	☐	Tipo de trasplante de órgano: _____		☐	☐
Ha tenido anomalías / Lunares Displasicos?		☐	☐	Ligadura de Trompas		☐	☐
Ha tenido queratosis actínica precancerosa?		☐	☐	Otras cirugías: _____			
Haga una lista de cualquier otra afección de la piel que tenga: (Ejemplo: Eczema, Psoriasis, Acne, Rosacea, Vitiligo) _____							
Usa protector solar? SPF # _____		☐	☐	Antecedentes FAMILIARES		Si	No
Utiliza cabinas de bronceado?		☐	☐	Cancer de Piel		☐	☐
Ha tenido quemaduras solares con ampollas?		☐	☐	Melanoma		☐	☐
Se cura con cicatrices gruesas (queloides)?		☐	☐	Carcinoma Basocelular		☐	☐
Sangra / Le salen moretones fácilmente?		☐	☐	Carcinoma de Celulas Escamosas		☐	☐
Tiene reaccion alergica a vendajes o adhesivos?		☐	☐	Anomalías / Lunares Displasicos		☐	☐
Necesita antibióticos para el dentista?		☐	☐	Eczema		☐	☐
Ha tenido infecciones por estafilococos / SARM?		☐	☐	Asma		☐	☐
Trabaja al aire libre?		☐	☐	Alergias estacionales		☐	☐
Fuma? Numero de cigarros al dia? _____		☐	☐	Psoriasis		☐	☐
Bebe alcohol? Numero de bebidas al dia? _____		☐	☐	Enfermedad Autoinmune		☐	☐
Toma aspirina? Anticoagulantes?		☐	☐	(Lupus, Artritis Reumatoide, Esclerosis Multiple, Enfermedad de Crohn, Colitis, Tiroides) _____			
Es alérgico a la anestesia local?		☐	☐				
Marque con un Circulo sus Problemas Medicos							
Cancer	Seno Próstata Colon						
Inmune	VIH Inmunodeficiencia						
Ojos	Glaucoma Catarata Rosacea						
Nariz	Alergias estacionales Rinitis crónica						
Corazon	Presión arterial alta Infarto						
	Colesterol alto Fibrilación auricular						
	Problemas de las válvulas cardíacas Trastorno de coagulación						
Pulmones	EPOC Asma Tuberculosis						
Gastro	Reflujo ácido Colitis Intestino irritable						
	Hepatitis B Hepatitis C						
Articulaciones	Artritis Reemplazo de articulaciones						
Cerebro	Derrame cerebral Convulsiones Migrañas Dolor de cabeza						
Mujeres				Endocrino	Tiroides Diabetes Ovario poliquístico		
Embarazada	Amamantando	Ciclos Menstruales Irregulares		Psicología	Depresión Ansiedad Déficit de atención		
Planeando Embarazo	Píldoras anticonceptivas			Otro			

Firma del Paciente

Fecha

Firma del Doctor

Fecha



Ocala Family Medical Center

2230 SW 19th Avenue Road
Ocala, FL 34471
(352) 237-4133

Estimado Paciente:

Bienvenido a OFMC. Nuestro objetivo es mejorar su calidad de vida. Es nuestra póliza cobrar por las citas perdidas a una tarifa de:

Atención Primaria

Cita para Nuevo Paciente: \$50.00

Cita de Seguimiento: \$50.00

Especialista

Cita para Nuevo Paciente: \$100.00

Cita de Seguimiento: \$75.00

Procedimientos Perdidos: \$100.00

Terapia física

Evaluación inicial: \$100.00

Procedimientos Perdidos: \$75.00

Radiología

Citas de Tomografía: \$100.00

Citas de Resonancia Magnética: \$100.00

Citas de Procedimientos Nucleares: \$100.00

Citas de Ultrasonido: \$100.00

Ayudenos a brindarle un mejor servicio manteniendo sus citas programadas. Si no puede asistir a su cita, llame al (352) 237-4133 para cambiar su cita con al menos 24 horas de anticipacion.

Atentamente,

El personal de Ocala Family Medical Center

He leído y entiendo la póliza anterior de no presentame.

Imprimir Nombre

Fecha de nacimiento

Firma

Fecha