

Biological parent or court appointed legal guardian must accompany minors to their New Patient appointments.

Patient name: _____ **D.O.B:** _____

Primary Doctor: _____

Preferred pharmacy: _____

If you have a medical or health history list with you, let us make a copy.

Please check any condition(s) that you currently have or have experienced in the past.

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Asthma | <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Measles |
| <input type="checkbox"/> Atrial fibrillation | <input type="checkbox"/> Arthritis | <input type="checkbox"/> Osteoporosis |
| <input type="checkbox"/> Cerebrovascular accident (CVA)-
Stroke | <input type="checkbox"/> Cancer: _____ | <input type="checkbox"/> Reflux/ GERD |
| <input type="checkbox"/> Congestive heart failure (CHF) | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Hiatal hernia |
| <input type="checkbox"/> COPD | <input type="checkbox"/> Epilepsy/seizures | <input type="checkbox"/> Rheumatic fever |
| <input type="checkbox"/> Deep vein thrombosis (DVT) | <input type="checkbox"/> Hepatitis | <input type="checkbox"/> Sleep apnea |
| <input type="checkbox"/> Emphysema | <input type="checkbox"/> High Blood Pressure | <input type="checkbox"/> Thyroid problems |
| <input type="checkbox"/> Hemophilia | <input type="checkbox"/> H.I.V. | <input type="checkbox"/> Tuberculosis |
| <input type="checkbox"/> Myocardial infarction (MI)- Heart
attack | <input type="checkbox"/> Kidney problems | |

Tobacco use?

- Never Former Everyday

Type:

- Cigarettes Cigars Vape

Any smoking in the household?

- No Yes

Alcohol use?

- Never Not currently Yes

If so, how many a week? _____

Past surgical history?

- No Yes If so, please list below:

Surgeries:	Month/ Year
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Family history:

Mother: Alive Deceased Age: _____

Health problems: _____

Father: Alive Deceased Age: _____

Health problems: _____

Current medications:

Name:	Dose
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Are you currently on Aspirin or blood thinners?

- No Yes

Allergies to medications? None Yes

If yes list below:

Any recent imaging related to visit? No Yes

If so, when? _____

Where? _____

Any recent labs related to visit? No Yes

If so, when? _____

Where? _____

El padre biologic o el tutor legal designado por el tribunal debe acompañar a los menores a sus citas de nuevo paciente.

Nombre del Paciente: _____ **Fecha de nacimiento:** _____

Doctor de Cabecera: _____

Farmacia preferida: _____

Si tiene una lista de antecedentes médicos o de salud con usted, permítanos hacer una copia.
Verifique cualquier condición que tenga actualmente o haya experimentado en el pasado.

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Sarampión |
| <input type="checkbox"/> Fibrilación auricular | <input type="checkbox"/> Artritis | <input type="checkbox"/> Osteoporosis |
| <input type="checkbox"/> Accidente cerebrovascular (ACV) | <input type="checkbox"/> Cáncer: _____ | <input type="checkbox"/> Reflujo/ ERGE |
| <input type="checkbox"/> Insuficiencia cardíaca congestiva (ICC) | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Hernia de hiato |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) | <input type="checkbox"/> Hepatitis | <input type="checkbox"/> Fiebre reumática |
| <input type="checkbox"/> Trombosis venosa profunda (TVP) | <input type="checkbox"/> Presión arterial alta | <input type="checkbox"/> Apnea del sueño |
| <input type="checkbox"/> Enfisema | <input type="checkbox"/> V.I.H. | <input type="checkbox"/> Problemas de tiroides |
| <input type="checkbox"/> Hemofilia | <input type="checkbox"/> Problemas renales | <input type="checkbox"/> Tuberculosis |
| <input type="checkbox"/> Infarto de miocardio (IM) | | |

Usa tabaco?

- Nunca En el pasado Todos los días
- Tipo:
- Cigarrillos Cigarros Vapear

Alguien en la casa fuma?

- No Sí

Bebes alcohol?

- No Sí

Si es así, cuántos bebidas a la semana? _____

Antecedentes quirúrgicos?

- No Sí Si es así, enumere a continuación:

Cirugías:	Mes/ Año
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Historia familiar:

Madre: Viva Fallecida Edad: _____
Problemas de salud: _____

Padre: Vivo Fallecido Edad: _____
Problemas de salud: _____

Medicamentos actuales:

Nombre:	Dosis:
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Está tomando aspirina o anticoagulantes?

- No Sí

Alergias a medicamentos? Ninguna Sí

Si es así, enumere a continuación:

Cualquier imagen reciente? No Sí

Si es así, cuando? _____
Dónde? _____

Cualquier laboratorio reciente? No Sí

Si es así, cuando? _____
Dónde? _____