

Cuestionario para Pacientes Nuevos

Con el fin de servir mejor a sus necesidades médicas, le pedimos que rellene el siguiente cuestionario tan completamente como sea posible. El Consumer Health Care (CHC) - Proveedor de Cuidado de la Salud (HCP) la relación es una relación privilegiada basada en la confianza y la honestidad. Al completar y firmar este formulario, usted reconoce que usted entiende que cualquier información falsa intencionalmente puede lesionar gravemente su salud.

Por favor, una lista de todos los medicamentos que está tomando. Incluir en los medicamentos de venta libre, hierbas y vitaminas.

Nombre del medicamento Dosis ¿Con qué frecuencia Doctor que Receta

Por favor, enumerar y describir las reacciones alérgicas que tenga a los medicamentos.

Compruebe si usted es alérgico al Contraste Intravenoso: _____ Penicilina: _____ o

Látex: _____ Alergias:

Historia del Uso de Tabaco

¿Fuma usted actualmente? Sí / No (marque uno)

_____ Número de paquetes por día _____ # de años

¿Ha fumado alguna vez? Sí / No (marque uno)

_____ Número de paquetes por día _____ # de años

El **alcohol** historia de uso

¿Ahora, o que una vez, toma alcohol con regularidad? Sí / No (marque uno)

_____ # De tragos por día / semana (circule uno)

Historia quirúrgica

Fecha de la cirugía o procedimiento de Procedimiento Nombre del Proveedor ejecute el procedimiento

SOUTH CHARLOTTE GENERAL & VASCULAR SURGERY, PLLC.
10512 Park Rd. Suite 111, Charlotte, North Carolina, 28210 Phone: 704-910-8380 Fax: 704-817-9980

Cuestionario para Pacientes Nuevos

Firma Del Paciente

Fecha