

Lebowitz Medical Group, P.A.

LA FECHA _____

NOMBRE y APELLIDO _____ FECHA DE NACIMIENTO _____ EDAD _____

DIRECCION _____ CIUDAD _____ ESTADO _____ CODICOPOSTAL _____

TELEFONO _____ CELLULAR _____ TELEFONO DE EMPLEADO _____

OTRO DIRECCION _____ CIUDAD _____ ESTADO _____ CODIOPOSTAL _____

OCUPACION _____ EMPLEADOR _____

NOMBRE DEL CONYUGE _____ REFERIDOS POR _____

SEGURIDADSOCIAL _____ ALERGIAS _____

EN CASO DE EMERGENCIA,
NOTIFICAR _____ TELEFONO _____

MEDICAMENTOS/LA DOSIS _____

HOSPITALIZACIONES Y CIRUGIAS (FECHA)

Historia Medica (personal)

1. Alta precion Si () No ()	5. Cancer Si () No ()
2. Enfermedad de Corazon Si () No ()	6. Diabetes Si () No ()
3. Enfermedad de Pulmones Si () No ()	7. Artritis Si () No ()
4. Dolores de las piernas Si () No ()	8. Convulsiones Si () No ()

Otra cosa mas-por favor
explicas _____

Historia Medica (familiar)

Padre: _____ Vivo () Fallecido () _____

Madre: _____ Vivo () Fallecido () _____

Hermano : _____ Vivo () Fallecido () _____

Hermana: _____ Vivo () Fallecido () _____

Hijos: _____ Vivo () Fallecido () _____

Fumas: Si () No () Cantidad _____ Alcol: Si () No () _____

Razon por necesitar visitor el doctor _____

Email: _____