



ARACELI ELIZALDE, MD
Board Certified Adult & Pediatric
Allergist and Immunologist

REGISTRO DEL PACIENTE

FECHA: _____

NOMBRE (S): _____ APELLIDO: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____ EDAD: _____

GÉNERO: HOMBRE MUJER

DIRECCIÓN: _____ CIUDAD: _____

ESTADO: _____ CÓDIGO POSTAL: _____

TELÉFONO DE: CASA (_____) _____ CELULAR: (_____) _____

TRABAJO: (_____) _____

INDIQUE SI AUTORIZA QUE SE LE ENVÍEN MENSAJES DE TEXTO (RECORDATORIOS DE CITAS, DÍAS FESTIVOS, RESULTADOS DE LABORATORIO, ETC.) SI NO

DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO: _____

ESTADO CIVIL: _____

IDIOMA: _____ RAZA: _____ GRUPO ÉTNICO: _____

OCUPACION: _____

A QUIEN NOTIFICAR EN CASO DE EMERGENCIA: _____

RELACION CON EL PACIENTE: _____

TELÉFONO DE CASA: (_____) _____ TELEFONO CELULAR: (_____) _____

PERSONA RESPONSABLE DE GASTOS MEDICOS: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____ RELACIÓN CON EL PACIENTE: _____

DIRECCIÓN: _____

TELÉFONO: (_____) _____

DE LICENCIA DE MANEJAR: _____ # SEGURO SOCIAL: _____



ARACELI ELIZALDE, MD
*Board Certified Adult & Pediatric
Allergist and Immunologist*

INFORMACIÓN DE SEGURO MÉDICO

COMPAÑÍA DE SEGURO (PRIMARIO): _____

A NOMBRE DE QUIEN ESTA LA POLIZA: _____ GRUPO: _____

NÚMERO DE MIEMBRO: _____ EMPLEADOR: _____

COMPAÑÍA DE SEGURO (SECUNDARIO): _____

A NOMBRE DE QUIEN ESTA LA POLIZA: _____ GRUPO: _____

NÚMERO DE MIEMBRO: _____ EMPLEADOR: _____

IMPORTANTE: SI USTED TIENE 2 SEGUROS MEDICOS, LLAME A AMBOS SEGUROS PARA NOTIFICAR AL UNO DEL OTRO; ASI ELLOS PUEDED TRABAJAR JUNTOS PARA SUBRIR GASTOS MEDICOS POR LA MISMA PERSONA. ESTO SE LLAMA COORDINACION DE BENEFICIOS.

REGISTRO CLINICO DEL PACIENTE NUEVO

NOMBRE DE SU MEDICO PRIMARIO: _____

FARMACIA PREFERIDA: _____

LABORATORIO PREFERIDO: _____

¿CÓMO SE ENTERÓ DE NOSOTROS? _____

MOTIVO DE LA VISITA: _____

LISTE ALERGIAS A MEDICAMENTOS _____

PROBLEMAS MÉDICOS: _____

¿ESTÁN SUS VACUNAS AL DÍA? _____

ANTECEDENTES MÉDICOS FAMILIARES (MIEMBROS DE LA FAMILIA INMEDIATA): _____

MASCOTAS (PERRO/GATO/OTRO, NÚMERO, DENTRO/FUERA): _____



ARACELI ELIZALDE, MD
*Board Certified Adult & Pediatric
Allergist and Immunologist*

CONSUMO O EXPOSICIÓN AL HUMO DEL TABACO: _____

¿QUÉ TIPO DE PISOS HAY EN CASA? _____

CIRUGÍAS: _____

ENUMERE TODOS LOS MEDICAMENTOS, SUPLEMENTOS, INFUSIONES QUE TOMA. TENER UNA LISTA DE MEDICAMENTOS ACTUALIZADA Y PRECISA ES EXTREMADAMENTE IMPORTANTE PARA SU SEGURIDAD. NECESITAMOS SABER LO SIGUIENTE PARA CADA MEDICAMENTO:

- NOMBRE
- CONCENTRACION (POR EJEMPLO: MG POR TABLETA)
- DIRECCION (POR EJEMPLO: 5 ML ORAL)
- FECHA DE INICIO
- NOMBRE DE QUIEN LO RECETA

RECORDATORIO:

PARA EXAMENES DE ALLERGIA PORFAVOR DE NO TOMAR ANTIHISTAMINICOS 5 DIAS

ANTES DE SU CITA (Zyrtec, Allegra, Benadryl, Xyzal, Hydroxyzine etc.).