

DATOS DEMOGRÁFICOS DEL PACIENTE

USO DE LA TABLETA

PARA DESPLAZAR EL FORMULARIO, COLOQUE SU DEDO EN LA PANTALLA DE LA TABLETA Y DESLICE SU DEDO DE ARRIBA O ABAJO.

EL TECLADO *si no hay teclado disponible*

- TAP **DENTRO** DE UNA CAJA. ESTO TRAERÁ EL TECLADO.
- TAP EN CUALQUIER LUGAR FUERA DEL TECLADO PARA OCULTARLO.

First Name

Middle Name / MI

Last Name

SI USTED ES **UN PACIENTE DE VUELTA, MUCHOS DE LOS CAMPOS SE REALIZARÁN AUTOMÁTICAMENTE**. POR FAVOR REVISAR CUIDADOSAMENTE PARA LA EXACTITUD. CAMBIE SÓLO SI ES NECESARIO.

ESTÁ USTED (TAP EN UN CÍRCULO PARA HACER SU SELECCIÓN)

PACIENTE QUE VUELVE UN NUEVO PACIENTE

EL DÍA DE HOY

RAZÓN DE LA VISITA

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Date of Birth

Sex

Social Security Number

Ethnicity

Race

Patient Address Line 1

Patient Address Line 2

City

State

Zip

Home Phone

Cell Phone

Email

Patient Smoking Status

Other Tobacco

ESTADO DE EMPLEO

Patient Employment Status

Professional Title

Employer Name

¿A QUIÉN DEBEMOS CONTACTAR EN CASO DE EMERGENCIA?

Emergency Contact Name

Emergency Contact Relationship to
Patient

Emergency Contact Home Phone

Emergency Contact Cell Phone

Emergency Contact Work Phone

PARA CONTINUAR EN EL SIGUIENTE FORMULARIO, POR FAVOR HAGA CLIC EN EL BOTÓN VERDE A CONTINUACIÓN ABAJO.

PARA REGRESAR AL FORMULARIO ANTERIOR, POR FAVOR HAGA CLIC EN EL BOTÓN ROJO DE LA PARTE POSTERIOR ABAJO (USTED PERDERÁ TODA LA INFORMACIÓN SI VUELVE)