



FORMULARIO DE REGISTRO DE PACIENTE ADULTO

MASCULINO

FEMENINO

Por favor imprimir

Nombre _____ Fecha de nacimiento _____

Apellido

Primera

Inicial

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Teléfono de casa () _____ Teléfono durante el día () _____

Teléfono móvil _____ Otro _____

Correo electrónico _____

Estado civil ahora casado nunca casado Divorciado Viudo Firma Otro

Empleo _____

Dirección de trabajo _____ Ocupación _____

Referido por _____

Tipo de seguridad Independiente PPO HMO Seguro médico del estado Ninguno

Nombre de la Compañía de Seguridad _____

SI ALGUIEN QUE NO ES EL PACIENTE ES RESPONSABLE DEL PAGO:

Nombre _____ Relación _____

Empleado por _____

Teléfono de casa _____ Trabajo _____ Celular _____

PERSONA A CONTACTAR EN CASO DE EMERGENCIA:

Nombre _____ Teléfono _____

Relación _____

POLÍTICA DE CANCELACIÓN/REPROGRAMACIÓN:

SI NECESITA CANCELAR O REPROGRAMAR SU CITA, POR FAVOR NOTIFIQUE A NUESTRA OFICINA 3 DÍAS HÁBILES ANTES, O SE COBRARÁ A SU CUENTA EL IMPORTE TOTAL DE SU CITA.

NECESITAMOS usted u otras personas que lo acompañen a **NO tener** puesto colonias, perfumes, aromas, aceites esenciales, flor esencias, o lociones perfumadas para la oficina. **Mantenemos una oficina libre de olores para personas con sensibilidades químicas.**

POR FAVOR FIRME Y DEVUELVA AL MENOS UNA SEMANA ANTES DE SU CITA.

CERTIFICO QUE SEGÚN LO MEJOR DE MI CONOCIMIENTO, LA INFORMACIÓN ANTERIOR ES CORRECTA. ENTIENDO LA POLÍTICA DE CANCELACIÓN Y LA POLÍTICA DE PAGO. POR LA PRESENTE CONSENTIMIENTO AL TRATAMIENTO MÉDICO Y HOMEOPÁTICO POR JEFF D. LESTER, D.O.

FIRMA _____ FECHA _____

HISTORIA FAMILIAR:

NOMBRE

EDAD(¿vivo o muerto?)

PROBLEMAS DE SALUD

PADRE _____

MADRE _____

HERMANOS (Hermano o Hermana)

OTRAS ENFERMEDADES QUE CORREN EN EL LINAJE FAMILIAR (lista quién y edad)

ALERGIAS AMBIENTALES

Sustancia

Reacción

REVISIÓN DE SISTEMAS: **Dar detalles para ser discutidos.**

MENTE: *Describe cualquier dificultad emocional o mental.*

CABEZA, OJOS, OÍDOS, NARIZ Y GARGANTA: *Describe cualquier dificultad emocional o mental.*

RESPIRATORIO:



CARDIOVASCULAR:

GASTROINTESTINAL: (Cualquier alcance con fechas)

PROBLEMA RECTAL: (Estreñimiento, Diarrea, Prurito Anal, Fisuras, Hemorroides)

MICCIÓN:

ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL

FECHA

TRATAMIENTO

NACIMIENTOS O ADOPCIONES (hijo o hija y fecha)

ABORTOS / ABORTOS (Número y fecha)

GINECOLÓGICA / PROSTÁTICA / TESTICULAR, ETC (Cualquier problema y fecha de última verificación)

DERMATOLÓGICAS: *(Erupciones, sudor, tratamientos para el acné)*

COLUMNA Y EXTREMIDADES: *(Especifique anomalías en el cuello o la espalda, es decir, calambres, dolor o entumecimiento)*

PRUEBAS DE DENSIDAD ÓSEA:

DORMIR:

SUEÑOS: *(Temas recurrentes)*

ENERGÍA: *(Cuando es bajo y alto)*

TEMPERATURA: *(Generalmente se siente cálido o frío)*

HORA DEL DÍA OCURREN LOS PROBLEMAS:

OTRO:



Trilogy Medical, inc.

Dr. Jeff D. Lester, DO

4105 Soquel Dr. Suite A, Soquel CA 95073
Teléfono (831) 600-8117 Fax (831) 600-8811
staff@trilogymedical.net

ACUERDO DE CORREO ELECTRÓNICO

El correo electrónico es una forma de correspondencia para asuntos generales, pero **NO ENVÍE INFORMACIÓN DE EMERGENCIA O URGENCIA POR CORREO ELECTRÓNICO.**

REMEDIOS POR CORREO

Para que le enviemos remedios homeopáticos:

1. Llame o envíe un correo electrónico con el remedio o remedios que necesita (nombre y dosis).
2. Confirme la dirección a la que desea que se envíe y cualquier solicitud de entrega especial.
3. Retransmita el cc# que se utilizará (protegido por seguridad) para los artículos más el costo de envío

POLÍTICA DE CANCELACIÓN/REPROGRAMACIÓN

Si necesita reprogramar o cancelar su cita por cualquier motivo, notifique a nuestra oficina al menos 3 días hábiles antes, o se le cobrará a su cuenta el monto total de su cita. Apreciamos tu cooperación. El pago de las visitas iniciales se debe realizar por adelantado y las visitas de seguimiento se deben realizar en el momento de la visita.

PAGO:

Número de tarjeta / Fecha de vencido / Código / Código postal:

Nombre en la tarjeta: (y relación con el paciente si no es usted mismo)

Entiendo y estoy de acuerdo con las políticas anteriores

Imprimir Nombre:

Firma:

Fecha:
