



Dynamic Arthritis Care Clinic, PLLC
Carlos E. Ramirez, M.D.
Board Certified Internal Medicine & Rheumatology
Phone: (832) 850 6083 Fax: (832) 672 7113

| INFORMACION DE EL PACIENTE | | | |
|--|---|-----------------------|--|
| Apellido | Primer nombre | Segundo Inicial | Otro nombre |
| Dirección de la casa | | Número de apartamento | |
| Ciudad | Estado | | Zip code |
| Teléfono casa | Célular | | Teléfono Trabajo |
| Fecha de nacimiento | Género <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino | | |
| INFORMACION DE EL SEGURO | | | |
| Médico Primario | Teléfono | | |
| Médico que refiere | Teléfono | | |
| Usted tiene Seguro: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Asegurado Primario <input type="checkbox"/> Dependiente | | | |
| Seguro primario | Dirección | | Teléfono |
| Nombre de el asegurado | Fecha de nacimiento | | |
| Dirección de el asegurado | Teléfono | | |
| Relación con el paciente | | | |
| Seguro Secundario | Dirección | | Telefono |
| Nombre de el asegurado | Fecha de Nacimiento | | Teléfono |
| PREFERENCIAS PARA LA INFORMACION MEDICA | | | |
| Podemos enviarle información médica o recordatorios de las citas por email? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO email: | | | |
| Podemos dejarle mensajes con información médica o recordatorios de las citas? | | | |
| Teléfono de la casa <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> celular <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Trabajo <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | | | |
| Raza: <input type="checkbox"/> Blanca <input type="checkbox"/> Negra <input type="checkbox"/> Asiática <input type="checkbox"/> Nativo Americano | | | <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> No Hispano |
| Nombre de la farmacia: | Dirección y teléfono de la farmacia | | |
| INFORMACION DE EMERGENCIA Y CONTACTOS | | | |
| En caso de emergencia, a quien debemos contactar: | | | |
| Nombre | Teléfono | Célular | Relación con el paciente |
| Existe otros miembros de la familia a los que usted autoriza que nosotros discutamos su información médica: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | | | |
| Nombre: | Teléfono | Relación | |
| Nombre | Teléfono | Relación | |
| FIRMA | | | |

Firma

Fecha