



Solicitud de Nuevo Paciente

Bienvenido a Rolling Hills Clinic! Por favor tome un momento para llenar la siguiente información lo más a fondo y honestamente posible para darle el cuidado de la mejor calidad. Por favor avísenos si necesita asistencia o si tiene preguntas.

1. Información de Paciente

_____	_____	_____	_____
Apellido	Nombre	Fecha de Nacimiento	Teléfono
_____		_____	_____
Domicilio	Ciudad	Estado	Código Postal

2. Drogas & Medicamentos

¿Está usted tomando cualquier medicamento recetado o sin receta? Si tiene más medicinas o no puede recordad sus nombres por favor traiga los pomos de todas sus recetas o una lista actualizada de sus medicamentos.

1. _____	6. _____
2. _____	7. _____
3. _____	8. _____
4. _____	9. _____
5. _____	10. _____

3. Alergias

Por favor indique cualquier alergia que pueda tener a alimentos, drogas, u otras sustancias.

_____	_____	_____
_____	_____	_____

4. Problemas Médicos

Por favor indique cualquier problema médico que este experimentando.

_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

5. Su Cuidado De Salud Anterior

- a) ¿Quién fue su médico anterior? _____
- b) ¿Qué especialista ve? _____
- c) ¿Cuál es la razón por cambio de doctor? _____

6. ¿Cuál ubicación de clínica prefiere? Corning Red Bluff

7. Por favor proporcione una copia de su tarjeta de seguridad.

Official Use Only:

RECEPTION: Received by: _____ Date: _____

PHYSICIAN: Patient Accepted Denied Date: _____

Notes: