



DATOS DEL PACIENTE

FECHA _____ CORREO ELECTRONICO _____

NOMBRE _____ FECHA DE NAC. _____

DIRECCION _____

APT _____ CIUDAD _____ ESTADO _____ CODIGO POSTAL _____

TELF. CASA _____ TELF. TRABAJO _____ TELF. CELL _____

SEXO _____ EDAD _____ SEGURO SOCIAL _____ LIC. DE CONDUCIR _____

¿Desearía que le enviáramos correos electrónicos o correspondencia con information, especiales etc.? _____

ESTADO CIVIL _____ NUMERO DE HIJOS _____ EDADES _____

OCUPACION _____ EMPLEADOR _____

MEDICO PRIMARIO _____ NUMERO DE TELEFONO _____

CONTACTO DE EMERGENCIA _____ TELEFONO _____

Su estatura _____ Su peso _____ Desde cuando esta en el peso actual? _____ Cual es la su principal razon para bajar de peso? _____ Pierde Ud. de peso facilmente? _____ Explique por que piensa que se le dificulta bajar de peso _____

Vuelve Ud. Usualmente a aumentar de peso? _____ En que tiempo? _____ Cual Ud piensa que es su peso normal? _____ Alguna vez ha pesado eso? _____ Cuando? _____ Cual a sido su peso mas alto sin estar embarazada? _____ Cuando? _____ Cual ha sido su peso mas bajo _____ Cuando? _____

Cual fue su peso a los 20 anos de edad? _____ Tiene Ud. Familiares con sobrepeso? _____ Quienes? _____

_____ Ha tomado Ud. Medicamentos recetados para bajar de peso? _____ Cuales? _____
_____ Cuando? _____ Cuanto perdio de peso? _____

Efectos Secundarios _____

Diga que clase de ejercicios hace y con que frecuencia _____

Nombre todos los medicamentos que esta tomando _____

FORMA DE PAGO: No aceptamos o llenamos formas de seguros, le daremos un recibo por los servicios prestados. Los pagos se deben cuando se reciben los servicios, para su conveniencia aceptamos Visa, Master Card, Discover, Care Credit, efectivo y cheques personales con identificacion apropiada (NO CHEQUES EN LA PRIMERA VISITA).

COMO SE ENTERO DE NUESTRA OFICINA _____

FIRMA DEL PACIENTE _____ FECHA _____