

# iThriveVeins

<<< PATIENT MEDICAL RECORD >>>

Por favor regrese al escritorio

## DxUS Forma de Paciente Nuevo

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_ Peso (Aproximó): \_\_\_\_\_ Altura: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Contacto de Emergencia/ Relación: \_\_\_\_\_ Número de Teléfono de Emergencia: \_\_\_\_\_

Doctor Primario: \_\_\_\_\_ Teléfono Doctor Primario: \_\_\_\_\_

Farmacia: \_\_\_\_\_ Teléfono de Farmacia: \_\_\_\_\_

Dirección de Farmacia: \_\_\_\_\_

Usa Tabaco:  No  Si →  Dip or  Vapear

Fuma:  No  Si → Cuantos cigarros al dia? \_\_\_\_\_

Usa Marijuana o otra forma de Cannabis?  No  Si

Usa Drogas ilícitas?  No  Si →, Qué Drogas usa? \_\_\_\_\_

¿Toma Alcohol?  No  Si → cuantos tragos por dia? \_\_\_\_\_

Tiene alguna condición (es) medica?

Presión arterial alta  Diabetes  Cardiopatía

Colesterol alto  Tiroides  SIDA

Historial Quirúrgica: \_\_\_\_\_

Eres alérgica (o) algun medicamento?  No  Si → Lista los medicamentos:

Cualquier alergia alimentaria/ambiental conocida?

Esta tomando algun medicamento (incluyendo suplementos)?

No  Si → cuales medicamentos esta tomando, incluya los miligramos:

**(Si eres mujer, continua con el reverso de la pagina)**

SOLO para paciente Femenino:

¿Cual fue el primer día de tu último periodo menstrual? \_\_\_\_\_

¿Está tomando medicamento para prevenir el embarazo?  Si  No

¿Forma de prevención? \_\_\_\_\_

Por favor regrese al escritorio

¿Ligadura de trompas?  Si  No  
¿Histerectomía?  Si  No  
¿Está embarazada?  Si  No

Historial de embarazo;

# Total de Embarazos: \_\_\_\_\_

# Total de Abortos espontaneos: \_\_\_\_\_

# Total de hijos: \_\_\_\_\_

Termino completo:  No  Yes → Comments: \_\_\_\_\_

Informacion adicional:

---

---

Fecha: \_\_\_\_\_



**Medical Record Release Form**  
**Formulario de autorización para la divulgación de expedientes médicos**

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Numero Telefónico: \_\_\_\_\_ Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

Por favor libere mi expediente medico;

Solicitar de / Pedir a: Dr. Samir B. Damani  
[ ] 650 Euclid Avenue, Suite 401 | National City, CA 91950  
[ ] 9850 Genessee Ave, Suite 650 | La Jolla, CA 92037  
Número Telefónico: 858-800-2480  
Número de Fax: 858-216-1908

Solicitar de / Pedir a: Nombre : \_\_\_\_\_

Direccion: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Número Telefónico: \_\_\_\_\_

Número de Fax: \_\_\_\_\_

[ ] Doy permiso a que liberen TODO mi expediente medico; notas operatorias, resultados de pruebas de laboratorio, resultados/informes de pruebas diagnósticas.

[ ] Solamente liberin lo siguiente: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Por la presente, autorizo la divulgación de mis registros médicos según se indica anteriormente.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha