

**Patricia R. Reiff M.D.,P.C**

**Historial de Paciente**

Apellido \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_

Sexo: \_\_M\_\_F Estado de civil: \_\_Soltero(a)\_\_Casado(a)\_\_Divorciado(a)\_\_Viudo(a)

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Seguro Social(opcional) \_\_\_\_\_

Teléfono de Casa \_\_\_\_\_ Teléfono Celular \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Correo Electronico \_\_\_\_\_

Contacto de Emergencia \_\_\_\_\_

Número de Teléfono \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_

**Directivas de Salud Avanzadas**

Tiene un Testamento? \_\_Si\_\_No

Poder notarial para el cuidado de la salud? \_\_Si\_\_No

Alguna restricción del soporte vital? \_\_Si\_\_No, Si sí por favor indique la persona para actuar en su nombre \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_

Debido a nuestro nuevo sistema EMR, Debemos preguntar lo siguiente:

Raza: \_\_\_\_\_

Nombre de Farmacia \_\_\_\_\_

Dirección o número de farmacia \_\_\_\_\_

**Permiso Medico para Tratar**

Esto le da a nuestra oficina permiso para examinarle médicamente y tratar a usted y/o a su hijo menor. Usted tiene el derecho de rechazar cualquier tratamiento que le recomendamos y documentaremos tal rechazo en su carta.

He leído, entendido y consiento el tratamiento médico.

Nombre \_\_\_\_\_

Firma del paciente, padre o guardián \_\_\_\_\_

**Aviso de Prácticas de Privacidad**

Por la presente reconozco que me han presentado una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad de Dr. Patricia R. Reiff

Nombre \_\_\_\_\_

Firma de Paciente \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_