



Formulario de Admision

Por favor díganos cuales son sus preocupaciones: _____

Apellido: _____ M.D _____ Primer Nombre: _____

Genero: _____ Raza: _____ Numero SS: _____ - _____ - _____

Altura: _____ Peso: _____ Email (solo para recordar citas): _____

Domicilio: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Codigo Postal: _____

Tel. # casa: _____ Tel.# Cell: _____ Tel. _____

#Trabajo: _____ Ocupacion: _____

Tobacco: **S** o **N** Freqüencia: _____ Alcohol: **S** o **N** Freqüencia: _____ Droga Ilícita **S** o **N** Freqüencia _____

Contacto de Emergencia: Nombre: _____ Contacto: _____ Relación: _____

Por Favor díganos los medicamentos/suplementos que usted toma: _____

Especifique cualquier alergia y reacciones a medicamentos(
ej. Penicilina) _____

Historia medica pasada: _____

Historia quirurgica pasada: _____

¿Podemos dejar un mensaje confidencial en su contestador de casa /celular si no está disponible? **S** o **N**

Solo para procedimientos corporale

¿Has mantenido tu peso actual? Si no, por favor explique. _____

Antecedentes familiares de condiciones médicas (presión alta, diabetes, problemas cardíacos etc): _____

¿Cuánto tiempo de inactividad es realista para su horario? _____

Lea la siguiente declaración y firme a continuación: Certifico que toda la información anterior es correcta a mi mejor entender y que he indicado todas y cada una de las condiciones físicas y materiales y medicamentos conocidos. Mantendré informados a las partes responsables sobre cualquier cambio en mi perfil médico. También entiendo que cualquier comentario o avance sexual ilícito o sugestivo hecho por mí, resultará en la terminación inmediata de mi sesión, y seré confiable para los pagos de la cita programada.



Firma: _____ **Fecha:** _____