

# Plastic Surgery Center of St. Joseph, Inc.

Fecha de hoy \_\_\_\_\_

Nombre <sub>1</sub>	Soltero <sub>2</sub>	Casado <sub>3</sub>	Divorciado <sub>4</sub>	Separado <sub>5</sub>	Viudo <sub>6</sub>
Nombre del cónyuge <sub>7</sub>					
Número del seguro social <sub>8</sub>			Fecha de nacimiento <sub>9</sub>		
Dirección de la residencia <sub>10</sub>		Ciudad <sub>11</sub>	Estado <sub>12</sub>	Código Postal <sub>13</sub>	Teléfono(residencia) <sub>14</sub>
Empleado por <sub>15</sub>		Ciudad <sub>16</sub>	Estado <sub>17</sub>	Código Postal <sub>18</sub>	Teléfono(oficina) <sub>19</sub>
Empleo actual <sub>20</sub>	Tiempo trabajado allí <sub>21</sub>		Número de licencia de conducir <sub>22</sub>		Estado <sub>23</sub>
Cónyuge empleado por <sub>24</sub>		Ciudad <sub>25</sub>	Estado <sub>26</sub>	Código Postal <sub>27</sub>	Teléfono(oficina) <sub>28</sub>
Empleo actual <sub>29</sub>	Tiempo trabajado allí <sub>30</sub>		Número de licencia de conducir del cónyuge <sub>31</sub>		Estado <sub>32</sub>
Número del seguro social del cónyuge <sub>33</sub>			Fecha de nacimiento del cónyuge <sub>34</sub>		
Referido por <sub>35</sub>		Dirección <sub>36</sub>			
¿Quién pagará esta cuenta? <sub>37</sub>	Tipo de la tarjeta de crédito <sub>38</sub>		Número <sub>39</sub>	Fecha de expiración <sub>40</sub>	
Nombre de la compañía de su seguro dental <sub>41</sub>					
Grupo (número del...) <sub>42</sub>			Número de la póliza <sub>43</sub>		
Nombre de la compañía del seguro dental de su cónyuge <sub>44</sub>					
Grupo (número del...) <sub>45</sub>			Número de la póliza <sub>46</sub>		

**PLASTIC SURGERY CENTER  
OF ST. JOSEPH, INC.**

Fecha de hoy \_\_\_\_\_

Nombre del doctor: \_\_\_\_\_ Fecha del último examen médico: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

¿Tiene o ha tenido alguna de la siguientes? Por favor, indique con una equis (x). 5

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Problemas cardiacos <sub>6</sub>           | <input type="checkbox"/> Herpes <sub>22</sub>                   |
| <input type="checkbox"/> Presión alta <sub>7</sub>                  | <input type="checkbox"/> Cáncer <sub>23</sub>                   |
| <input type="checkbox"/> Presión baja <sub>8</sub>                  | <input type="checkbox"/> Sarampión <sub>24</sub>                |
| <input type="checkbox"/> Problemas de la circulación <sub>9</sub>   | <input type="checkbox"/> Paperas <sub>25</sub>                  |
| <input type="checkbox"/> Problemas nerviosos <sub>10</sub>          | <input type="checkbox"/> Tratamiento psiquiátrico <sub>26</sub> |
| <input type="checkbox"/> Tratamientos de radiación <sub>11</sub>    | <input type="checkbox"/> Fiebre reumática <sub>27</sub>         |
| <input type="checkbox"/> Sangrado excesivo <sub>12</sub>            | <input type="checkbox"/> Escarlatina <sub>28</sub>              |
| <input type="checkbox"/> SIDA <sub>13</sub>                         | <input type="checkbox"/> Problemas de sinusitis <sub>29</sub>   |
| <input type="checkbox"/> Alergia a la anestesia <sub>14</sub>       | <input type="checkbox"/> Derrame cerebral <sub>30</sub>         |
| <input type="checkbox"/> Alergia a medicinas o drogas <sub>15</sub> | <input type="checkbox"/> Tifoidea <sub>31</sub>                 |
| <input type="checkbox"/> Alergia a _____ <sub>16</sub>              | <input type="checkbox"/> Amigdalitis <sub>32</sub>              |
| <input type="checkbox"/> Anemia <sub>17</sub>                       | <input type="checkbox"/> Tuberculosis <sub>33</sub>             |
| <input type="checkbox"/> Artritis <sub>18</sub>                     | <input type="checkbox"/> Úlceras <sub>34</sub>                  |
| <input type="checkbox"/> Asma <sub>19</sub>                         | <input type="checkbox"/> Enfermedades venéreas <sub>35</sub>    |
| <input type="checkbox"/> Diabetes <sub>20</sub>                     | <input type="checkbox"/> Convulsiones <sub>36</sub>             |
| <input type="checkbox"/> Hepatitis <sub>21</sub>                    | <input type="checkbox"/> Epilepsia <sub>37</sub>                |
|   | <input type="checkbox"/> Otros problemas <sub>38</sub>          |

¿Está embarazada? <sub>39</sub> \_\_\_\_\_

¿Es usted Testigo de Jehová? <sub>40</sub>      Sí \_\_\_\_\_      No \_\_\_\_\_

Firma<sub>41</sub>: \_\_\_\_\_ Fecha<sub>42</sub>: \_\_\_\_\_