



Valley Ear, Nose and  
Throat Specialists, P.A.

## Valley Ear, Nose and Throat Specialist, P.A.

**DR. KEITH A. PICOU • DERMATOLOGO-OTORHINOLARINGOLOGO**

**PAGINA DE INFORMACION  
(LENE EN LETRA DE MOLDE)**

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_ Estatura \_\_\_\_\_ Masculino Femenino

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Número Social: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad/Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

# de Tel Casa: ( ) \_\_\_\_\_ Trabajo: ( ) \_\_\_\_\_ Celular: ( ) \_\_\_\_\_

Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

Si el paciente es menor de edad, nombre de la Persona Responsable: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento de Persona Responsable: \_\_\_\_\_ Número Social: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Nombre del esposo(a): \_\_\_\_\_ # de Teléfono: ( ) \_\_\_\_\_

Contacto en caso de Emergencia : \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_ # de Tel : ( ) \_\_\_\_\_

¿Un doctor lo(a) refirió a su visita hoy? SI NO

Nombre del doctor: \_\_\_\_\_ # de Teléfono: ( ) \_\_\_\_\_

¿Está bajo el cuidado de un doctor principal ? SI NO

Nombre del doctor: \_\_\_\_\_ # de Teléfono: ( ) \_\_\_\_\_

1) ¿Cómo escuchó de nuestra clínica?  Médico  Paciente  Páginas Amarillas  Web  Radio  TV  Otro

2) Favor de indicar la razón de su visita. \_\_\_\_\_

3) ¿Cuánto tiempo ha tenido este problema? \_\_\_\_\_

4) ¿En qué parte del cuerpo tiene el problema de su piel? \_\_\_\_\_

5) ¿Qué medicamentos está o ha estado tomando para este problema? \_\_\_\_\_

6) ¿Tiene alergias al látex? ( ) SI ( ) NO

7) Si es mujer, ¿está embarazada? ( ) SI ( ) NO

8) Padece usted de las siguientes condiciones:

( ) Alta presión	( ) Padece del corazón	( ) HIV (SIDA virus)
( ) Artritis	( ) Diabetes	( ) Marcapaso
( ) Asma	( ) Eczema	( ) Ulceras estomacales
( ) Cáncer en la piel	( ) Fiebre del heno	( ) Urticaria
( ) Cáncer interno	( ) Hepatitis	

9) Favor de indicar los medicamentos que está tomando. \_\_\_\_\_

10) Favor de indicar si ha tenido cirugía o ha estado internado. \_\_\_\_\_

### **FAVOR DE LEER LO SIGUIENTE Y FIRME**

Yo certifico que la información dada es correcta, y le notificaré de cualquier cambio que haiga de mi estado o de la información revelada.

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente/Persona Responsable

\_\_\_\_\_  
Fecha