



Jahangir Sharifi, M.D.

Oidos, Nariz, y Garganta

Informacion de Paciente

Fecha:

Nombre:	Fecha de nacimiento:	Genero: M / F	Seguro social #:
Casa Tel#:	Cell #:	Correo Electronico:	
Dirreccion:	Ciudad:	Estado:	Codigo postal:
Empleo:	Occupacion:		
Contacto de Emergencia Nombre:	Tel#	Relacion a Paciente	
Otro Contacto Nombre (<i>si es menor, Padres/Guardian</i>):	Tel#	Relacion a Paciente	

Medico de Referencia:

Nombre del Medico:	Tel #:
--------------------	--------

Razon de la Visita:

Historial medico de Paciente: (*marque todas las que correspondan*)

<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Hipotiroidismo	<input type="checkbox"/> Ansiedad	<input type="checkbox"/> Problemas de Rinon	Cancer: (Tipo)
<input type="checkbox"/> VIH	<input type="checkbox"/> Hipertiroidismo	<input type="checkbox"/> Depresion	<input type="checkbox"/> Colesterol alto	
<input type="checkbox"/> Gastritis	<input type="checkbox"/> Derrame	<input type="checkbox"/> Acidez	<input type="checkbox"/> Ataque del corazon	Otro:
<input type="checkbox"/> Hepatitis	<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Hemofilia	<input type="checkbox"/> Alta presion	

Historia de Cirugia:

Cirugia:	Fecha:	Hospital:	Cirujano:

Historia Medica de Familia:

<input type="checkbox"/> Perdida de audicion	Cual Miembro de la Familia:
<input type="checkbox"/> Migranas	Cual Miembro de la Familia:
<input type="checkbox"/> Problemas de Tiroides	Cual Miembro de la Familia:
<input type="checkbox"/> Cancer:(Tipo)	Cual Miembro de la Familia:
<input type="checkbox"/> Otro:	Cual Miembro de la Familia :

Medicinas Actuales:

1)	7)
2)	8)
3)	9)
4)	10)
5)	11)
6)	12)

Allergias:

Comida:	Medicinas:

Farmacia:

Nombre de Farmacia:	Tel #:
Direccion:	

Historia Social:

Tabaco:	Si/ No	Por cuantos anos?	Que ano deajo de fumar?	Cuantos por dia?
Alcohol:	Si/ No	<input type="checkbox"/> Cerveza <input type="checkbox"/> Licor <input type="checkbox"/> Vino	Cuantos por semana?	
Droga: (Marijuana, Etc.)	Si/ No	Que tipo?		

Aseguranza/Insurance Information:

Primaria:	Secundaria:
Partido responsable de pago:	

J. Sharifi M.D., Inc.

NOTICE TO CONSUMERS

Medical doctors are licensed and regulated by the Medical Board of California.

(800) 633-2322

www.mbc.ca.gov

Policy Signatures:

I acknowledge that I have read and accepted the practice's Privacy Policy.

Reconozco que he leído y aceptado la política privada de la práctica.

Patient or guardian signature X _____

I authorize payment of medical and surgical benefits to J. Sharifi M.D.

Autorizo pago de beneficios médicos y quirúrgicos a J. Sharifi M.D.

Patient or guardian signature X _____

Please note: You will be billed a cancellation fee of \$20 (which is NOT covered by your insurance) if you fail to show for any scheduled appointment without cancelling or rescheduling within 24 hours prior to your appointment time.

I have read the above statement and agree to pay such fee if this situation should occur.

Por favor note: Usted será responsable de pagar una tarifa de \$20 (No lo cubre la aseguranza) si falla a su cita sin cancelar 24 horas antes del tiempo de su cita.

He leído y estoy de acuerdo de pagar si esta situación ocurre.

Patient or guardian signature X _____

Nombre de Paciente : _____

Nombre de Representante: _____

Fecha (date): _____