

INFORMACIÓN DE PACIENTE NUEVO

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____

Fecha: _____

Ayúdenos a brindarle una mejor atención completando la siguiente información

¿Cuál es la razón de su visita?

1. _____

2. _____

Medicamentos actuales (indicar **TODOS**, incluidas dosis y frecuencias)

Alergias a medicamentos (especificar)
