

Información del paciente e historial de salud

AIM Medical Weight Loss Centers, P.C.

Complete todos los campos y marque las casillas que correspondan.

Nombre del paciente: _____ Fecha: _____

1 Información de contacto

Domicilio: _____

Ciudad / Estado / Código postal: _____

Contacto preferido: ☐ Teléfono ☐ SMS ☐ Correo electrónico ☐ Portal del paciente

2 Contacto de emergencia

Nombre: _____ Parentesco: _____

Teléfono: _____

3 Información adicional

¿Cómo se enteró de AIM?

☐ Médico ☐ Amigo/Familiar ☐ Internet ☐ Redes sociales ☐ Otro: _____

4 Alergias

Alergia a medicamentos, alimentos o sustancias: _____

Reacción: _____

☐ No tengo alergias conocidas a medicamentos

5 Antecedentes quirúrgicos

¿Se ha sometido a alguna cirugía? ☐ No ☐ Sí ☐ No corresponde

Si respondió sí, describa: _____

6 Salud mental y conducta alimentaria

¿Le han diagnosticado algún trastorno alimentario? ☐ No ☐ Sí: _____

¿Actualmente recibe tratamiento de salud mental? ☐ No ☐ Sí: _____

Medicamentos y suplementos actuales

Nombre del paciente: _____ Fecha: _____

Indique todos los medicamentos recetados y de venta libre, vitaminas, suplementos, medicamentos para la diabetes y medicamentos para bajar de peso.

Medicamento / Suplemento	Dosis	Frecuencia	Motivo

Si necesita más espacio, adjunte una lista adicional de medicamentos con su nombre y fecha.