



1002 Mendocino Ave.
Santa Rosa, Ca. 95401
707-577-8292

FECHA DE HOY _____

NOMBRE _____

DIRECCIÓN _____ CIUDAD _____

ESTADO _____ CÓDIGO POSTAL _____

NUMERO DE TELEFONO DE LA CASA _____ NUMERO DE TELEFONO CELULAR _____

EDAD _____ FECHA DE NACIMIENTO _____

CORREO ELECTRONICO (E-MAIL) _____

¿Podemos utilizar esta el correo electrónico para notificarle de ofertas especiales y actualizaciones de Dr. Lacombe? Yes No

EMPLEADOR _____ TELEFONO DE EMPLEO _____

¿Podemos utilizar este número para llamarle? _____

CONTACTO DE EMERGENCIA

NOMBRE _____

NUMERO DE TELEFONO DE LA CASA _____ NUMERO DE TELEFONO CELULAR _____

MEDICO DE FAMILIA _____ NUMERO _____

¿En Qué procedimientos está interesado en la discusión de hoy? _____

¿Cómo se enteró de nuestra oficina? _____

¿Cómo se enteró de Artemedica? (Por favor, marque la casilla y especifique)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Nombre: _____ | <input type="checkbox"/> Periódico: _____ |
| <input type="checkbox"/> Radio: _____ | <input type="checkbox"/> Doctor: _____ |
| <input type="checkbox"/> Social Media: _____ | <input type="checkbox"/> Salon: _____ |
| <input type="checkbox"/> Internet/Website: _____ | <input type="checkbox"/> Other: _____ |

AL INICIARME A CONTINUACIÓN, ENTIENDO QUE SE REUNIRÁ UNA TARIFA DE RESERVA DE \$ 50 EN CASO DE QUE NO PRESENTE O CANCELE MI CITA DE SPA CON UN AVISO DE MENOS DE 24 HORAS.
_____ **iniciales**



1002 Mendocino Ave.
Santa Rosa, Ca. 95401
707-577-8292

NOMBRE: _____

MEDICAMENTOS

¿Es alérgico a algún medicamento?
(especificar) _____

EL ALERGICO TO IODINE? _____ BETADINE? _____ LATEX? _____

Consumo diario aproximado de:: Tobacco _____ Alcohol _____

Anote todos los medicamentos que toma actualmente. (Con receta y de venta libre)

1.	4.
2.	5.
3.	6.

Nombre de Pharmacia _____

ANTECEDENTES MÉDICOS

General de Salud: Buena _____ Justo _____ Pobres _____

Si no es bueno , por favor explique:

Cuánto Pesan? _____ Cuánto mide? _____

Fecha de la última examen físico : _____

Enfermedades graves (por favor indique):

Cirugías previas (incluyendo los procedimientos cosméticos)

<u>Cirugía</u>	<u>Anos</u>
1.	
2.	
3.	
4.	

¿Ha tenido complicaciones significativas o después de los efectos de estos o cualquier otro tipo de cirugías?
