

**Health 1st Family Medicine**

Nghiep Nguyen, MD | Nhu Luong, PA-C  
2212 S Post, Suite A, Midwest City, OK 73130

**INFORMACIÓN DE PACIENTE**

Apellido: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ Segundo: \_\_\_\_\_  
Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_ Male / Female SSN: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_  
Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código: \_\_\_\_\_  
Home: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Cell: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
Empleador: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

---

**EN CASO DE EMERGENCIA, DOY PERMISO PARA NOTIFICAR:**

Nombre: \_\_\_\_\_ Phone: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
Relación: \_\_\_\_\_

---

**INFO. DE EL INDIVIDUAL RESPONSIBLE (*si el paciente es menor de 18 años*)**

Apellido: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ Segundo: \_\_\_\_\_  
Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_ Male / Female SSN: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_  
Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código: \_\_\_\_\_  
Home: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Cell: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

---

**X** \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Firma Padre/Tutor Legal

**Health 1st Family Medicine**

Nghiep Nguyen, MD | Nhu Luong, PA-C  
2212 S Post, Suite A, Midwest City, OK 73130

**ACKNOWLEDGEMENT OF RECEIPT  
HIPAA NOTICE OF PRIVACY PRACTICES AND CLINIC POLICIES**

Una copia completa de la Facilidad de HIPAA Aviso de prácticas de privacidad y políticas de la clínica se ha escrito en la instalación y copias individuales están disponibles bajo petición.

Al firmar a continuación, usted reconoce que ha recibido/leer el Aviso HIPAA sobre prácticas de privacidad y políticas de la clínica.

\_\_\_\_\_  
Nombre

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

*Si el paciente es menor de edad ( < 18 años) o incompetente: Por la presente reconozco que he recibido / leer una copia del Aviso de prácticas de privacidad de HIPAA y políticas de la clínica en nombre del paciente.*

\_\_\_\_\_  
Nombre Padre/Tutor Legal

\_\_\_\_\_  
Firma Padre/Tutor Legal

\_\_\_\_\_  
Fecha

# Health 1st Family Medicine

Nghiep Nguyen, MD | Nhu Luong, PA-C  
2212 S Post, Suite A, Midwest City, OK 73130

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

¿Cual es la razón principal de su cita hoy? \_\_\_\_\_

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

Farmacia & Dirección: \_\_\_\_\_

*(Por favor círculo todo lo que aplica)*

## Médico personal:

## Cirugía:

## Familiares:

Alta presión

Apéndice

Alta presión

Diabetes

Vesícula biliar

Diabetes

Colesterol

Cesárea

Colesterol

Depresión/Ansiedad

Histerectomía

Depresión/Ansiedad

Convulsión

Catarata

Tiroides

Jaqueca/Migraña

La amigdalectomía

Enfermedad del corazón

Enfermedad crónica obstructiva

Stent cardíaco

Cáncer ¿Dónde? \_\_\_\_\_

Artritis

Heart bypass

Otros \_\_\_\_\_

Acidez estomacal

Fracture of \_\_\_\_\_

Enfermedad de riñón

Otros \_\_\_\_\_

Tiroides

Derrame cerebral

Cáncer ¿Dónde? \_\_\_\_\_

Otros \_\_\_\_\_

## Social history:

Fuma: Sí/No paquete \_\_\_\_\_ año \_\_\_\_\_

Alcohol abuso: Sí/No

Abuso de sustancias: Sí/No

Se siente triste, falta de interés o sin esperanza? Sí/No

Testamento vital, directivas avanzadas, poder legal? Sí/No

Casado/a Divorciado/a Viudo/a Soltero/a

Algo: (Malestar estomacal NO es una alergia)

\_\_\_\_\_ Reacción: \_\_\_\_\_

## medicación actual:

1. \_\_\_\_\_ mg/g ¿Con qué frecuencia? \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_ mg/g ¿Con qué frecuencia? \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_ mg/g ¿Con qué frecuencia? \_\_\_\_\_

**Health 1st Family Medicine**

Nghiep Nguyen, MD | Nhu Luong, PA-C

2212 S Post, Suite A, Midwest City, OK 73130

\_\_\_\_\_lb

\_\_\_\_\_in

\_\_\_\_\_T

\_\_\_\_\_BP

\_\_\_\_\_HR

\_\_\_\_\_%