

POR FAVOR, TOME NOTA: Ninguna de la siguiente informacion se ha archivado de manera digital.



LLENE, IMPRIMA Y ENTREGUE ESTE FORMULARIO *junto con su ID al acudir a su visita.*

OFERTA NUEVO PACIENTE
1 SEMANA *Gratuita*

Consultas para nuevos pacientes.
 Nuevas Consultas de Pacientes
 Abierto de Lunes, Viernes: 8 - 5:30pm
 Martes, Miércoles, Jueves: 9 - 5:30pm
 Sabado: 7 - 1:30pm



Ubicaciones

Arcadia	Glendale	Tempe
3801 N. 24th Street Phoenix, AZ 85016 602.441.3305	6008 W Bell Rd Glendale, AZ 85308 602-374-3374	3141 S. McClintock, Dr. Tempe, AZ 85282 480.968.5673

**Oferta válida solo para nuevos pacientes. No acumulable con cualquier otra oferta.*

Formulario nuevo paciente: (Internet)

Nombre: _____ Apellido: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____ Género Masculino: _____ Femenina : _____ Número de teléfono: _____

Correo Electrónico: _____

Médico principal: _____

Nombre contacto de emergencia: _____ Número de teléfono: _____

Marque si no desea ser contactado vía telefónica o correo electrónico para fines de mercadeo.

Alguna vez ha sido paciente de Valley Medical Weight Loss?: Sí No

Si es así, describa por favor su condición en el espacio proporcionado. Escriba cualquier medicamento usado en los márgenes:

Sí	No	No estoy Seguro/a	Sí	No	No estoy Seguro/a
Problemas del corazón			Latido rápido del corazón:		
/dolor de pecho:			Problema de tiroides:		
Alta Presión:			Indigestión:		
Baja Presión:			Glaucoma:		
Diabetes:			Calambres en las piernas:		
Alto colesterol:			Mareo:		
Ansiedad/Depresión:			Epilepsia o convulsión:		
Fatiga fácil:			Dolor de cabeza frecuente:		
Alergias:			Menstruación irregular:		
Allergia a Lidocaina:			Fibroma/Quistes en ovarios:		
Problemas de la Vesícula Biliar:			Problemas de ovarios:		
Cancer:			Problemas del riñón:		
Falta de aire:			¿Fuma?:		
Problemas en dormir:			¿Está embarazada o amamantando?:		
Phenylketonuria (PKU):			Historial de abuso de sustancias intoxicantes:		
Hep B:			HIV:		
Hep C:					

Nombre del paciente

Nombre:

Apellido:

¿Cuál es su meta de peso ideal?? lbs. ¿Cómo calificaría su salud en general?: Excelente Bien Básico/Deficiente

¿Qué ha hecho en el pasado para perder peso?: Sí No Expliquen:

¿Practica ejercicio? Sí No
¿Con qué asiduidad? 4-5x a la semana 2-3x a la semana 11x a la semana Raramente Nunca:

Toma:	Sí	No
Café:		
Soda:		
Bebidas energizantes:		
Alcohol:		
¿ Disfruta 3 comidas al día?:		
¿Come frecuentemente afuera?:		Si es así ¿Cuántas veces a la semana?
¿Se le antoja comer dulce?:		
¿Se le antojan los carbohidratos?:		
¿Se le antoja comer sal?:		
Toma algún medicamento?:		Si es así, mencione cuáles son Si su lista de medicamentos es muy larga, por favor de crear una lista por separado.
¿Toma algún tipo de suplemento?:		Si es así, mencione cuáles son Si su lista de medicamentos es muy larga, por favor de crear una lista por separado.

Llene, imprima y entregue este formulario junto con su ID al acudir a su visita.

¿Cómo supo de Valley Medical?

El Internet Facebook Radio/Pandora Televisión Groupon/La vida Social Yelp Cartelera
E correo/Inside Coup El Poste la tarjeta Otro Amigo/Familia*

*Ofrecemos PÉRDIDA DE PESO GRATIS por referencia de amigos y familiares. Pregunte a nuestro personal acerca del programa de referencias.

CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE:

La información antedicha es una representación verdadera de mi estado de salud actual. He leído y entiendo el antedicho y convengo por este medio el tratamiento administrado a mí, incluyendo el medicamento para perder peso. Yo, el infrascrito, siendo informado por Valley Medical Weight Loss/Control, P.C. sobre los peligros y las consecuencias posibles implicadas en el tratamiento por el medicamento, suplementos e inyecciones con el fin de perder peso. Sin embargo doy mi consentimiento a tal tratamiento u estoy de acuerdo que Valley Medical Weight Loss, P.C. sea libre de cualquier demanda, demandas, o juicio por daño de cualquier lesión o complicaciones, sea la que sea, excepto negligencia, que puedan resultar de tal tratamiento.

Aviso: Todos los pacientes pueden recibir los medicamentos de Valley Medical Weight Loss/Control PC (o recibir la receta por escrito para llevarla a la farmacia de su opción por alguna cuota/honorario)

SI SOSPECHA QUE EESTÁ EMBARAZADA INTERRUMPA TODA LA MEDICACION, SUPLEMENTOS O INYECTABLES. MUJERES EMBARAZADAS O EN PERIODO DE LACTANCIA NO DEBERÍAN TOMAR ESTA MEDICACIÓN.

Firma

Fecha

Si el paciente es menor de 18 años de edad, el padre o guardián legal debe firmar.