



**GRIMALDI CENTER FOR WELLNESS & AESTHETICS**

**John A. Grimaldi, D.O. INC**  
450 4th Avenue, Suite 312  
Chula Vista, CA 91910  
Telephone: (619) 420-0201  
Facsimile: (619) 425-7795

**Nombre de paciente:** \_\_\_\_\_ **Fecha de nacimiento:** \_\_\_\_\_  
**Seguro Social:** \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ **Sexo:** M / F **Estado Marital:** \_\_\_\_\_  
**Dirección:** \_\_\_\_\_ **Ciudad:** \_\_\_\_\_ **Estado:** \_\_\_\_\_ **Código Postal:** \_\_\_\_\_  
**Correo electrónico:** \_\_\_\_\_ **Teléfono:** (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ **Celular:** (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
**Empleador:** \_\_\_\_\_ **Teléfono de trabajo:** (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
**Dirección de trabajo:** \_\_\_\_\_ **Ciudad:** \_\_\_\_\_ **Estado:** \_\_\_\_\_ **Código postal:** \_\_\_\_\_

**En caso de emergencia, contactar:**

**Nombre:** \_\_\_\_\_ **Relación:** \_\_\_\_\_ **Teléfono:** (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

**Con quien podríamos confirmar sus próximas citas?**

**Nombre:** \_\_\_\_\_ **Teléfono:** (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ **Relación:** \_\_\_\_\_

**Nombre:** \_\_\_\_\_ **Teléfono:** (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ **Relación:** \_\_\_\_\_

**Nombre de esposa:** \_\_\_\_\_ **Fecha de nacimiento:** \_\_\_\_\_

**Seguro Social:** \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ **Dirección:** \_\_\_\_\_

**Ciudad:** \_\_\_\_\_ **Estado:** \_\_\_\_\_ **Código postal:** \_\_\_\_\_

**Correo Electrónico:** \_\_\_\_\_ **Teléfono:** (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

**Empleador:** \_\_\_\_\_ **Ciudad:** \_\_\_\_\_ **Estado:** \_\_\_\_\_ **Código postal:** \_\_\_\_\_

**Asegurancia Medica:**

**Asegurancia primaria:** \_\_\_\_\_ **Organización:** \_\_\_\_\_

**ID#:** \_\_\_\_\_ **Grupo#:** \_\_\_\_\_

**Asegurancia secundaria:** \_\_\_\_\_ **Organización:** \_\_\_\_\_

**ID#:** \_\_\_\_\_ **Grupo#:** \_\_\_\_\_

**Nombre de Farmacia:** \_\_\_\_\_ **Teléfono:** (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

**Dirección de Farmacia:** \_\_\_\_\_ **Ciudad:** \_\_\_\_\_ **Estado:** \_\_\_\_\_ **Código postal:** \_\_\_\_\_

Doy consentimiento para cualquier tratamiento requerido por mi o para la persona legalmente dependiente de mi. Permiso cualquier pago que sea directamente para la oficina del Doctor por los servicios brindados. Entiendo que soy financieramente responsable de cualquier cargo aun si mi asegurancia no cubre los servicios. Doy autorización de dar mi información personal para procesar cualquier reclamación sobre mi asegurancia. Sin importar alguna reclamación pendiente, el paciente obtendrá una copia de su balance disponible. No nos hacemos responsables de ninguna reclamación de asegurancia pendiente.

**Firma:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_



**GRIMALDI CENTER FOR WELLNESS & AESTHETICS**

**John A. Grimaldi, D.O. INC**

**450 4th Avenue, Suite 312**

**Chula Vista, CA 91910**

**Telephone: (619) 420-0201**

**Facsimile: (619) 425-7795**

**ENGLISH**

May we have your permission to access your medication list from your pharmacy/pharmacies on file? **Yes / No**

**SPANISH**

The Grimaldi Center for Wellness and Aesthetics tiene su permiso para acceder a su lista de medicamentos de su farmacia /farmacias en el archivo? **Sí / No**

**Patient Name:** \_\_\_\_\_ **Date:** \_\_\_\_\_

**Patient Signature:** \_\_\_\_\_



**GRIMALDI CENTER FOR WELLNESS & AESTHETICS**

**John A. Grimaldi, D.O. INC**

**450 4th Avenue, Suite 312**

**Chula Vista, CA 91910**

**Telephone: (619) 420-0201**

**Facsimile: (619) 425-7795**

Que le gustaría discutir el día de hoy? \_\_\_\_\_

Cual es el motivo de su visita del día de hoy? \_\_\_\_\_

Quien lo refirió? \_\_\_\_\_ Nombre de Doctor primario? \_\_\_\_\_

**Historia Medica Personal:**

A tenido alguna visita al Hospital o a la sala de emergencia en el ultimo año? **Si / No**

Si la respuesta es Si, favor de explicar la razón de su visita, favor de explicar abajo.

1. Donde? \_\_\_\_\_ 2. Por que? \_\_\_\_\_

A viajado internacionalmente (incluyendo Mexico) en los últimos 21 dias? **Si / No**

Si la respuesta es si, a donde? \_\_\_\_\_

**Se a enfermado de Gripa / Tuberculosis / Herpes / Hepatitis C / Neumonía? Si / No**

Fecha y tipo de Vacunas: \_\_\_\_\_

**Algunas ves a tenido algún tipo de reacción alérgica?**

-Iodo -Penicilina -Aspirina -Sulfa -Huevos -Mariscos -Nueces -Soya -Gluten

Otra: \_\_\_\_\_

Favor de explicar la reacción: \_\_\_\_\_

Tiene algún implante medico, tatuajes, maquillaje permanente? **Si / No**

Fecha de implante: \_\_\_\_\_ Lugar de implante: \_\_\_\_\_

Alguna ves se a hecho liposucción, tratamiento estético, cosmético, en el ultimo año? **Si / No**

Si la repuesta es si, favor de explicar: \_\_\_\_\_

Fecha de tratamiento: \_\_\_\_\_ Lugar: \_\_\_\_\_

**Estilo de vida**

1. Cuantas tasas de cafe se toma al dia? \_\_\_\_\_

2. Cuantos vasos de alcohol al dia? \_\_\_\_\_

3. Cuantos vasos de agua al dia? \_\_\_\_\_



**GRIMALDI CENTER FOR WELLNESS & AESTHETICS**

**John A. Grimaldi, D.O. INC**

**450 4th Avenue, Suite 312**

**Chula Vista, CA 91910**

**Telephone: (619) 420-0201**

**Facsimile: (619) 425-7795**

Usa algún tipo de productos con tabaco? **Si / No**

Cuántas cajetillas al día? \_\_\_\_\_ Cuando empezó? \_\_\_\_\_

Cuando dejó de usar tabaco? \_\_\_\_\_ Gustaría ayuda? **Si / No**

A tenido historia de abuso de sustancias? **Si / No**

Favor de explicar: \_\_\_\_\_

Hace ejercicio? **Si / No** Que tipo de ejercicio? \_\_\_\_\_

Último día de período menstrual: \_\_\_\_\_ Esta en la menopausia? **Si / No**

Esta embarazada previos? \_\_\_\_\_

Se siente seguro/a en su hogar? **Si / No**

**Medicamentos Actuales:**

Medicamento/Dosis/Frecuencia

Ejemplo: Tylenol/250mg/Dos veces al día/Oral

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_
5. \_\_\_\_\_
6. \_\_\_\_\_
7. \_\_\_\_\_
8. \_\_\_\_\_