



Dr. Orlando Flores Jaime

Traumatología y Ortopedia
Alta Especialidad en Cirugía Articular

FORMULARIO DE REGISTRO PARA PACIENTES

| | Nombre(s) | Apellido paterno | Apellido materno |
|--------------------------------|--|------------------|------------------|
| NOMBRE | | | |
| DIRECCIÓN | | | |
| TELÉFONO | | | |
| FECHA DE NACIMIENTO | / | / | |
| OCUPACIÓN | | | |
| ESTADO CIVIL | <input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Viudo (a) | | |
| RELIGIÓN | <input type="checkbox"/> Católica <input type="checkbox"/> Protestante <input type="checkbox"/> Otra: _____ | | |
| HISTORIAL CLÍNICO | <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Hipertensión <input type="checkbox"/> Anemia <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> Transfusiones sanguíneas <input type="checkbox"/> Cirugías: _____ <input type="checkbox"/> Fracturas: _____ <input type="checkbox"/> Otra: _____ | | |
| OCUPACIÓN | | | |
| COMO SE ENTERÓ DEL CONSULTORIO | <input type="checkbox"/> Recomendación Personal <input type="checkbox"/> Facebook <input type="checkbox"/> Google <input type="checkbox"/> Otra: | | |

De acuerdo a nuestra política de privacidad y a las leyes federales, su información contenida dentro de esta ficha de pacientes permanecerá en el ámbito privado en todo momento