

Bienvenido a Ozark Urgent Care

Nombre del Paciente: _____ **Fecha:** _____ **Hora:** _____
Fecha de Nacimiento: _____ **¿Es la primera vez que viene? Si:** _____ **No:** _____
Número de Teléfono: _____ **¿Si no, como supo de nuestra clinca?** _____

Sí, he leído el Reglamento de Privacidad del Paciente conocido como HIPAA.

Motivo de su consulta: _____

¿Ha visto un médico recientemente? Sí No Cuándo? _____

¿Padece usted de alguna enfermedad crónica? _____

Medicamentos que usted use: _____

¿Es alérgico a algún medicamento? Sí No Explique: _____

¿Tiene sus vacunas al día? Sí No **¿Ud. Fuma?** Sí No

¿Le interesaría recibir nuestro boletín mensual sobre temas de salud y promociones de la clínica? Si No

Email: _____

Fee: _____ **Payment Method:** _____

Resps.	Temp.	Pulse Ox	B/P	Pulse	Weight	Height
--------	-------	----------	-----	-------	--------	--------

ROS: *as above o/w negative*

HPI:

PE: Visual Exam: R ____/____ L ____/____, corrected ____ uncorrected ____

✓ = Normal X = Abnormal

HEENT _____
NECK _____
LUNGS _____
HEART _____
ABD _____
HERNIA _____
EXT _____
NEURO _____
GU _____
SKIN _____

Lab	X-Ray	Injections /Immunizations

A/P:

f/u if worse; no improvement in 2-3 days or if not better in one week.

Lowell: (479) 770-4343 Springdale: Harps (479) 751-9300 Fax (888) 770-6855