



**Actualización Anual**

**Nombre del Paciente:** \_\_\_\_\_ **Fecha de nacimiento** \_\_\_\_\_

**Domicilio** \_\_\_\_\_ **No hay cambios domiciliarios**

Correo electrónico: _____ Dirección: _____ No. Celular: _____ No. Residencial: _____ No. Trabajo: _____ Médico Primario: _____
---

**Información de seguro médico** \_\_\_\_\_ **No hay cambios de seguro medico**

Aseguranza Primaria: Nombre del seguro: _____ Número de póliza: _____ Número del grupo: _____ Nombre del suscriptor: _____ Fecha de nacimiento del suscriptor: _____ Relación Familiar con el suscriptor: _____ Nombre del seguro: _____	Aseguranza secundaria: Nombre del seguro: _____ Número de póliza: _____ Número del grupo: _____ Nombre del suscriptor: _____ Fecha de nacimiento del suscriptor: _____ Relación Familiar con el suscriptor: _____ Nombre del seguro: _____
---	---

**Información de la farmacia** \_\_\_\_\_ **No hay cambios en la información de la farmacia**

En caso de que necesitemos enviar una receta de manera electrónica, cual es el nombre de su farmacia. Nombre de la farmacia: _____ Número de teléfono: _____
--

**Historial Médico:** \_\_\_\_\_ **No hay cambios en la historia médica**

Altura _____ Peso: _____ Alergias: _____ Medicamentos: _____ Alergias a medicamentos: _____ Ha tenido alguna cirugía: _____ Historial de hospitalización: _____
--

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha