



SATS/Urgent Care Clinic
Patient Questionnaire
Questionario Para Paciente

Reason for Visit:

Qual es la razon de su visita _____

Date: _____ **Name:** _____
Fecha _____ **Nombre** _____

Parent/Guardian Name (if under 18) _____
Quien esta al cuidado del nino menor de diesiocho ano

Birth date: _____ **Sex M/F:** _____
Dia de nacimiento _____ **Sexo Maculino/Feminino**

Ethnic Background: _____
Black/Indian/Hispanico/Afro American

Address: _____
Direcion _____

City: _____ **State:** _____
Ciudad _____ **Estado** _____

Zip Code: _____ **Email Address:** _____
Codeco _____ **Si tiene otra direcion** _____

Phone (Home): _____ **Phone (Work):** _____
Telephono (casa) o' celular _____ **Telephono de trabajo**

Allergies:
Tiene Alergia? _____

Medical Problems:
Tiene problema de salud? _____

Do you Smoke: _____ **Do you drink:** _____
Si fumas _____ **Si toma bebida** _____

Medication (including over the counter):
Que medicina esta tomando?
Esta tomado otra medicina que no esta
neecesitado? _____

Hospitalization:
Ha estado en el hospital admitido _____

Surgery:
Si a tenido operaciones _____

Last menstrual cycle:
Qual acido su ultimo periodo _____

Insurance provider:
Segurancia _____