



# Northwest Houston Heart Center

A. Adnan Aslam, MD, FACC, FSCAI

308 Holderrieth, Tomball, Texas 77375 - Tel: 281.351.4911 - Fax: 281.351.4915

FECHA: \_\_\_\_\_

Doctor Familiar: \_\_\_\_\_

## AUTORIZACIÓN PARA LA LIBERACIÓN DE REGISTROS MÉDICA PREVIA

NOMBRE: \_\_\_\_\_

APELLIDO

PRIMER NOMBRE

SEGUNDO NOMBRE

DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_

CIUDAD: \_\_\_\_\_ ESTADO: \_\_\_\_\_ CÓDIGO POSTAL: \_\_\_\_\_

TEL: \_\_\_\_\_ TEL DEL TRABAJO: \_\_\_\_\_ CELLULAR: \_\_\_\_\_

SEXO:  MASCULINO  FEMENINO FECHA DE NACIMIENTO : \_\_\_\_\_  MENOR  SOLTERO

CASADO

# De SS \_\_\_\_\_ EMPLEO: \_\_\_\_\_

CONTACTO DE EMERGENCIA: \_\_\_\_\_ TEL: \_\_\_\_\_

## ASEGURANZA PRINCIPAL

¿TIENE MEDICARE?  SI  NO SI, SI CUAL ES EL NÚMERO: \_\_\_\_\_

NOMBRE DE ASEGURANZA: \_\_\_\_\_ DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_

CIUDAD: \_\_\_\_\_ ESTADO: \_\_\_\_\_ CÓDIGO POSTAL: \_\_\_\_\_

TEL. DE LA ASEGURANZA: \_\_\_\_\_ # DE GRUPO \_\_\_\_\_ #ID \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL TITULAR: \_\_\_\_\_ RELACIÓN  YO  ESPOSO (A)  HIJO  OTRO

EMPLEADOR: \_\_\_\_\_ # DE SS \_\_\_\_\_ FECH. NAC: \_\_\_\_\_

## ASEGURANZA ADICIONAL

NOMBRE DE ASEGURANZA: \_\_\_\_\_ DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_

CIUDAD: \_\_\_\_\_ ESTADO: \_\_\_\_\_ CÓDIGO POSTAL: \_\_\_\_\_

TEL. DE LA ASEGURANZA: \_\_\_\_\_ # DE GRUPO \_\_\_\_\_ #ID \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL TITULAR: \_\_\_\_\_ RELACIÓN  YO  ESPOSO (A)  HIJO  OTRO

EMPLEADOR: \_\_\_\_\_ # DE SS \_\_\_\_\_ FECH. NAC: \_\_\_\_\_

## INFORMACION MEDICA

¿HA SIDO ATENDIDO POR EL DOCTOR ANTES? O SI O NO / SI ES SÍ ¿DÓNDE?: \_\_\_\_\_

¿RAZÓN DE LA VISITA? \_\_\_\_\_

Iniciales del paciente ...





# Northwest Houston Heart Center

A. Adnan Aslam, MD, FACC, FSCAI

308 Holderrieth, Tomball, Texas 77375 - Tel: 281.351.4911 - Fax: 281.351.4915

**Principales quejas:**

---

---

---

**LA HISTORIA DE LA ENFERMEDAD ACTUAL:**

---

---

---

---

---

EXAMEN FÍSICO: (+) positivos o anormales de