



MIRACLE Counseling

ARCHIVO DEL PACIENTE

Verificación inicial completada por el Personal de la Oficina _____ Fecha _____

DEMOGRAFÍA					
Nombre:				Sexo – <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> Otro	
Fecha de Nacimiento:		Idiomas:			
Teléfono:		Celular:		Correo Electrónico:	
Dirección:					
EMPLEO					
<input type="checkbox"/> Tiempo Completo	<input type="checkbox"/> Medio Tiempo	<input type="checkbox"/> Desempleado	<input type="checkbox"/> Militar	<input type="checkbox"/> Deshabilitado	<input type="checkbox"/> Retirado
Nombre del Empleador:			Dirección:		
Posición:			Teléfono:		
EDUCACIÓN					
<input type="checkbox"/> Tiempo Completo	<input type="checkbox"/> Medio Tiempo	<input type="checkbox"/> No Aplica	Institución:		
CONTACTO DE EMERGENCIA #1					
Nombre:				Sexo – <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> Otro	
Idiomas:		Relación con el Paciente:			
Teléfono:		Celular:			
Dirección:					
CONTACTO DE EMERGENCIA #2					
Nombre:				Sexo – <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> Otro	
Idiomas:		Relación con el Paciente:			
Teléfono:		Celular:			
Dirección:					



MIRACLE Counseling

MEDICAMENTOS ACTIVOS (Use papel adicional si es necesario)		
Nombre del Medicamento	Nombre del Medicamento	Nombre del Medicamento
MEDICAMENTOS DESCONTINUADOS (Use papel adicional si es necesario)		
Nombre del Medicamento	Nombre del Medicamento	Nombre del Medicamento
ALERGIAS (Use papel adicional si es necesario)		
Alergia	Alergia	Alergia

Nombre de los padres – Madre:

Padre:

Otra información importante:

Este formulario fue completado a mi leal saber y entender. Seguirá siendo mi responsabilidad actualizar Miracle Counseling and Life Coaching LLC de cualquier cambio futuro.

Nombre del Paciente

Firma

Fecha

Relacion con el Paciente

Firma

Fecha