M. Mark Awar, M.D., F.A.C.C.
Diplomate American Board of Internal Medicine
Diplomate American Board of Cardiovascular Disease
Diplomate American Board of Interventional Cardiology

2051 W 25th Street, Ste A, Yuma, AZ 85364 Tel (928)317-1119 Fax (928)317-1129

Fecha: ___________

Informacion del paciente : Por favor escribe claramente.

Nombre completo : ______________________________________

Direccion de envoi : ____________________________________ **P.O BOX #** _________________

Ciudad : _______________________ **Estado :** __________________ **Codigo postal :** ___________

 # de s. social : ______________________ **Estado Civil :** ___________________________________

Numero de casa : ________________________ **Numero de cellular :** _______________________

Fecha de nacimiento: _______________ **Edad :** _______ **Sexo :** _________

Nombre del empleador : ____

Numero de trabajo : _________________________ **Correo electronic :** ______________________

Contacto de Emergencia : __________________________ **Numero:** ________________________

PRIMARY INSURANCE :

Plan de aseguranza : ____

Numero de poliza : _________________________ Numero de grupo : ___________________

SECONDARY INSURANCE :

Plan de aseguranza : ____

Numero de poliza : _________________________ Numero de grupo : ___________________

ENTIENDO Y ESTOY DE ACUERDO QUE SOY RESPONSIBLE PAGAR TODOS LOS SERVICIOS PRESTADOS A FAVOR DE MI.

Politica de Cancelacion de Citas

Efectiva apartir de Septiembre 1, 2011:
Habra un cargo directo a su cuenta en caso de:

*No se presenta a su cita previamente hecha.

*No cancela la cita con 24 horas de anticipacion.

Esto aplica para citas y para examenes medicos.
El cargo por no presentarse a la cita es de $50 y el cargo de examenes medicos es de $50 + el costo de los materiales ordenados para dichos examenes.

El cargo sera pagado antes de su proxima cita. Sin Excepcion.

____

Firma Fecha

Past Medical History

Condition	
Aortic Aneurysm(swelling of the aorta)	Yes / No
Arrhythmia(abnormal heart rhythm)	Yes / No
Asthma(chronic inflammation of the lungs)	Yes / No
Cancer	Yes / No
CVA(stroke)	Yes / No
Congenital Heart Disease (defect in the structure of the heart)	Yes / No
Congestive Heart Failure (lack of normal blood flow into the heart due to structure or function)	Yes / No
Coronary Artery Disease (CAD)	Yes / No
Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD)	Yes / No
Deep Vein Thrombosis (blood clot in a deep vein)	Yes / No
Diabetes	Yes / No
Gastrointestinal Disease (any diseases in gastrointestinal tract)	Yes / No
Genitourinary Disease (any disease that has to do with the urinary tract)	Yes / No
Hematologic Disease (any blood disorder)	Yes / No
Hyperlipidemia (High Cholesterol)	Yes / No
Hypertension (High Blood Pressure)	Yes / No
Kidney Disease	Yes / No
Liver Disease	Yes / No
Heart Attack/MI	Yes / No
Neurological Disorder (any disorder dealing with the nervous system)	Yes / No
Sleep Disorder	Yes / No
Thyroid Disorder	Yes / No
Other	Yes / No

Patient's Primary Doctor: ______________________________

Patient's Pharmacy & Location: ______________________________

MEDICATION FORM

Name: ______________________

DOB: ______________________

Please list your medications (include over-the-counter medications as well as supplements and herbal remedies), the dosage, and how often you take each.

	Home Medications, Supplements, and Herbal Remedies	Dose	Frequency
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			
21			