

**LIGA FLYING DOCTORS OF MERCY
CLINICA EL CARRIZO**

Numero de Archivo _____
File no.

Fecha de Hoy *Today's Date* _____
Mes Mo Dia Day Ano Yr

Apellido (paterno)
Last Name (paternal)

Apellido (materno)
Middle Name (maternal)

Nombre
First Name

Fecha de Nacimiento ____ / ____ / ____
Birthdate Mes Mo Dia Day Ano Yr

Edad ____
Age Sex

Sexo F M

Primer Visita a El Carrizo? **Si No**
First visit to El Carrizo? Y N

Actualmente toma medicamentos? **Si No**
Currently on medication?

Que medicamento(s)? _____
If so, what medication(s): _____
Medicamento Dosis/Frecuencia

Presion de la Sangre ____/____ **Pulso** _____ **Estatura** _____ **Peso** _____
Blood pressure Pulse Height Weight

Blood Glucose: _____ **mg/dl Urinalysis** _____ **TB test** _____ **Other** _____

Rason Por Su Visita de Hoy *Reason for Today's Visit*

Symptoms:
Observations:
Assessment:
Plan:

Rx

1.
2.
3.

Signature _____