| PARCIAL MAINT PUT PURIA | Date of appo | ointment: | Account #: |
|---------------------------------------|--|--|---------------------------------------|
| | | : | |
| Name: | * | Date of birth: | |
| Address: | | Phone (home): | |
| | ** | | |
| Social security number: | ····· | Phone (cell): | <u> </u> |
| Primary insurance: | | | |
| Policy number: | | | |
| Secondary insurance: | | | • |
| Policy number: | | | |
| Emergency contact: | | | one: |
| | | | |
| | • | | |
| REASON FOR ESTABLISHING CARE AND | | | |
| • | | | |
| • | | ······································ | |
| | | | |
| \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ | · · · · · · · · · · · · · · · · · · · | <u> </u> | |
| | · | | |
| | | | <u> </u> |
| · | ************************************** | | · |
| · | · · · · · · · · · · · · · · · · · · · | | |
| | | | |
| | • | | · · · · · · · · · · · · · · · · · · · |
| | • | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | · | | |
| | ······································ | | |

| | | <u> </u> | · | | · | |
|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|-------------|---------------------------------------|-------------|---------------------------------------|
| | | | | | | |
| <u> </u> | | | | - | | · / |
| | • | , | | | | |
| PRESCRIPTION MI | EDICATIONS (name | , dose, freq | uency) | | | |
| | | | ·· | · · · · · · · · · · · · · · · · · · · | <u>.</u> | · · · · · · · · · · · · · · · · · · · |
| | • | | | | | |
| | | ···· | | <u> </u> | • | |
| | | | ····- | | | |
| | | | | · · · | | |
| · | | · · · · · · · · · · · · · · · · · · · | | | | |
| | | | | · · · · · · · · · · · · · · · · · · · | · | |
| | | | | <u> </u> | | : - |
| | • | | | | · <u> </u> | <u></u> |
| | | | | • | | |
| · · · · · · · · · · · · · · · · · · · | | | | | | |
| · · · · · · · · · · · · · · · · · · · | | · | | | | |
| | | · | | | | |
| | · · · · · · · · · · · · · · · · · · · | | | | • | |
| | | | <u> </u> | | | |
| | · | | | | | |
| | | | | | , | |
| • | | | | | | |
| | | | | | · | |
| | | | | | | |
| -PRESCRIPTION R | MEDICATIONS (nan | oo daaa su | | | | |
| ·· (1 \var) | | ic, uose, iri | equency) | • | | |

| • | _ | • | |
|---|---------------------------------------|----------------------------------|---|
| , | | | |
| ************************************** | | | <u>-</u> : |
| , | 1 | | · y · · · · · · · · · · · · · · · · · · |
| | | • | |
| | | | ······································ |
| | | n ng | |
| | • | | |
| | | | |
| | | | |
| ., | | | , (10 |
| | | | · · · · · · · · · |
| | | | |
| | <u>-</u> | | |
| | | | |
| , , , , , , , , , , , , , , , , , , , | • | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | ,, | | |
| • | | • | |
| | | · | , |
| | | | |
| CIAL HISTORY | | | |
| arital status: | Children: | | |
| / | • | | |
| cupation; | • | | |
| pacco Use (never, forme | r, current - with amount, year o | fonset and/or year of quitting): | : |
| | | | |
| | | | |
| ohol Use: | · · · · · · · · · · · · · · · · · · · | | |
| | | | |
| AUVINCEODY / W | sses that tend to run in your fam | niky} | |
| NII A MILET FIRM 12UM INCOM | eaca mar rema ra i am mi Anim 1911 | | • |
| MLY HISTORY (any mne: | | | |
| MLY HISTORY (any filnes | , , , , , , , , , , , , , , , , , , , | | |
| MLY HISTORY (any lilne: | | | |

HEALTH MAINTENANCE

| Vaccinations: | Influenza:/ |
|------------------|-----------------------------------|
| | Zostavax (shingles):/ |
| · | Shingrix (shingles):/;/ |
| | Prevnar 13 or 20 (pneumococcal):/ |
| | Pneumovax (pneumococcal):/ |
| | dT (tetanus):/ |
| | TDAP (tetanus/pertussis):/ |
| | COVID: |
| Colonoscopy: _ | |
| PSA (prostate b | plood test):/ (men only) |
| Mammogram: | / (women only) |
| DEXA (bone de | nsity):/ |
| Have you ever l | been screened for hepatitis C? |
| Any additional v | vaccinations and |