

Evaluación Física

Estimado Cliente:

Por favor tenga en cuenta que en todos los casos en los que se receta medicamento(s), especialmente medicamentos psicotrópicos, es fundamental que usted se encuentre en buenas condiciones físicas y/o que no existan contraindicaciones para que usted tome el medicamento según lo recetado.

Si se receta medicamento(s) psicotrópico(s), y usted no ha tenido un examen físico y un análisis de laboratorio apropiado dentro del último año, por favor programe uno lo más antes posible. Para mí será un placer consultar con su médico de manera que él/ella pueda saber que medicamento(s) están siendo considerados o recetados.

Firma del Médico

Fecha: _____

Médico (Nombre en letra de imprenta)

Firma del Cliente

Fecha: _____

PHYSICAL ASSESTMENT/EVALUACIÓN FÍSICA
County of San Bernardino/Condado de San Bernardino
DEPARTMENT OF BEHAVIORAL HEALTH/
DEPARTAMENTO DE SALUD MENTAL
Confidential Patient Information/
Información Confidencial del Paciente
See W&I Code 5328/
Refiérase al Código W&I 5328

(Clinic Use Only/ Uso Clínico Solamente)

NAME:

CHART NO:

DOB:

PROGRAM: