



RIEPILOGO DELLA TUA STORIA CLINICA PERSONALE

PERSONAL HEALTH SUMMARY

DATA :
DATE:

INFORMAZIONI PERSONALI PERSONAL INFORMATION

NOME
FIRST NAME

INIZ. 2° NOME
MIDDLE I.

COGNOME
LAST NAME

INDIRIZZO
STREET ADDRESS

CITTÀ
CITY

STATO
STATE

CODICE POSTALE
ZIP CODE

DATA DI NASCITA (MM/GG/AAAA)
DATE OF BIRTH (MM/DD/YYYY)

NUMERO DI TELEFONO
PHONE NUMBER

E-MAIL
EMAIL

CONTATTO DI EMERGENZA EMERGENCY CONTACT

NOME
NAME

TIPO DI RELAZIONE
RELATIONSHIP

NUMERO DI TELEFONO PRINCIPALE
PRIMARY PHONE NUMBER

NUMERO DI TELEFONO ALTERNATIVO
SECONDARY PHONE NUMBER

E-MAIL
EMAIL

MEDICO DI BASE PRIMARY CARE PROVIDER

NOME
NAME

NUMERO DI TELEFONO
PHONE NUMBER

INDIRIZZO
STREET ADDRESS

CITTÀ
CITY

STATO
STATE

CODICE POSTALE
ZIP CODE

INFORMAZIONI SULLE FARMACIE PHARMACY INFORMATION

NOME DELLA FARMACIA
PHARMACY NAME

NUMERO DI TELEFONO
PHONE NUMBER

INDIRIZZO
STREET ADDRESS

CITTÀ
CITY

STATO
STATE

CODICE POSTALE
ZIP CODE

NOME DELLA FARMACIA
PHARMACY NAME

NUMERO DI TELEFONO
PHONE NUMBER

INDIRIZZO
STREET ADDRESS

CITTÀ
CITY

STATO
STATE

CODICE POSTALE
ZIP CODE

ASSICURAZIONE SANITARIA HEALTH INSURANCE

NOME ASSICURAZIONE PRINCIPALE
PRIMARY INSURANCE NAME

N. IDENTIFICAZIONE
ID #

N. PCN
PCN #

N. GRUPPO
GROUP #

N. BIN
BIN #

NOME ASSICURAZIONE SECONDARIA
SECONDARY INSURANCE NAME

N. IDENTIFICAZIONE
ID #

N. PCN
PCN #

N. GRUPPO
GROUP #

N. BIN
BIN #

FARMACI, VITAMINE, INTEGRATORI E RIMEDI ERBORISTICI MEDICATIONS, VITAMINS, SUPPLEMENTS AND HERBALS

NOME
NAME

DOSAGGIO E FREQUENZA
HOW MUCH AND HOW OFTEN

ANAMNESI MEDICAL HISTORY

ALLERGIE A FARMACI ALLERGIES TO MEDICATION

Prescrizione di EpiPen
EpiPen is prescribed