

Información Confidencial del Paciente

Nombre _____ Número de teléfono celular _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Edad _____ Fecha de Nacimiento _____ Estado Marcial: Soltero Casado Viudo Divorciado

Ocupación _____ Empleador _____

Dirección del empleador _____ Teléfono del trabajo _____

Nombre de la esposa o esposo _____ Ocupación _____

Empleador _____ Teléfono del trabajo _____

Pariente más cercano del paciente _____ Dirección _____

Número de teléfono celular _____ Teléfono del trabajo _____

Referido por _____ Dirección _____

Número de teléfono celular _____ Teléfono del trabajo _____

¿A quién debemos contactar en caso de emergencia? _____ Teléfono _____

Fecha del último examen físico _____

¿Alguna vez has sufrido de?: SI NO SI NO

- | | | | | | |
|------------------------|-----|-----|---------------------------|-----|-----|
| 1. Mareos | ___ | ___ | 8. Asma | ___ | ___ |
| 2. Dolores de espalda | ___ | ___ | 9. Neuritis | ___ | ___ |
| 3. Problemas cardíacos | ___ | ___ | 10. Trastornos digestivos | ___ | ___ |
| 4. Diabetes | ___ | ___ | 11. Nerviosismo | ___ | ___ |
| 5. Tuberculosis | ___ | ___ | 12. Problemas sinusales | ___ | ___ |
| 6. Artritis | ___ | ___ | 13. Anemia | ___ | ___ |
| 7. Dolores de cabeza | ___ | ___ | 14. Cáncer | ___ | ___ |

¿Cuál es la razón de esta cita? _____

Otros médicos atendidos por esta afección _____

¿Ha sido tratado por alguna condición de salud por un médico en el último año? SI NO

Describir: _____

SE ESPERA EL PAGO EN EL MOMENTO DE LA VISITA ¿Pagará hoy por: EFECTIVO TARJETA DE CRÉDITO

Nombre de la persona responsable del pago: _____

¿Tiene seguro médico? SI o NO Compañía: _____ Política # _____

Entiendo y estoy de acuerdo en que las pólizas de seguro de salud y accidentes son un acuerdo entre una compañía de seguros y yo. Además, entiendo que DR. DONOVAN MAY preparará los informes y formularios necesarios para ayudarme a hacer el cobro de la compañía de seguros y que cualquier cantidad autorizada para ser pagada directamente a DR. DONOVAN MAY se acreditará en mi cuenta al recibirla. Sin embargo, entiendo y acepto que cualquier servicio que me presten se me cobra directamente a mí y que soy personalmente responsable del pago. También entiendo que, si suspendo o termino mi atención y tratamiento, cualquier cargo por servicios profesionales que me presten será inmediatamente adeudado y pagadero.

Firma del paciente _____

Firma del cónyuge o tutor _____