



Bryan Davis, M.D.

FAMILY MEDICINE

_____ Hombre ____ Mujer ____

Apellido _____ Nombre _____

_____ () _____ - _____

Domicilio Calle Apt Teléfono de casa

_____ () _____ - _____

Ciudad Estado Zip Teléfono Celular

_____ - _____ - _____ Casado __ Soltero __ Viudo __

Segura social _____ Fecha de Nacimiento _____

Correo Electronico _____

En Caso de Emergencia _____ () _____ - _____

Apellido Nombre Relación al paciente Teléfono

MENORES DE EDAD

MADRE

PADRE

_____				_____			
Apellido	Nombre			Apellido	Nombre		
_____				_____			
Domicilio	Ciudad	Estado	Zip	Domicilio	Ciudad	Estado	Zip
____/____/____	() _____	- _____	_____	____/____/____	() _____	- _____	_____
Fecha de Nacimiento	Teléfono			Fecha de Nacimiento	Teléfono		

Farmacia y Ciudad donde está localizada _____

TENGO SEGURO MÉDICO • FAVOR PRESTARNOS SUS TARJETAS DE IDENTIFICACIÓN Y SEGURO

Yo autorizo el pague directo de beneficios médicos a Bryan Davis, MD Family Medicine par servicios médicos otorgados. Comprendo que soy responsable par cualquier balance de cuenta que mi seguro no cubra. Autorizo a Bryan Davis, MD Family Medicine a ceder cualquier información médica a pertinente necesaria para el cuidado médico a para procesar aplicaciones de beneficios financieros. Certifico que la información en esta planilla esta correcta. Autorizo la sección de información que sea requerida par la compañía de seguros. Pido que pages de beneficios sean hechos en mi nombre.

NO TENGO SEGURO MÉDICO • FAVOR DE PRESENTAR SU TARJETA DE IDENTIFICACIÓN

Notificación de Procedimientos de Privacidad: Yo he recibido la Notificación de procedimientos de Privacidad de Bryan Davis, MD Family Medicine. Le doy permiso a los médicos Bryan Davis, MD Family Medicine para tener acceso a mi historial de recetas de las farmacias.

Confirmo que la información contenida en esta planilla de registro es correcta

Firma _____ Fecha _____



Nombre _____ Fecha de Nacimiento _____

HISTORIAL MÉDICO

¿Padece actualmente de alguna enfermedad crónica?

- | | |
|----------|-----------|
| 1. _____ | 6. _____ |
| 2. _____ | 7. _____ |
| 3. _____ | 8. _____ |
| 4. _____ | 9. _____ |
| 5. _____ | 10. _____ |

¿Que medicamentos, vitaminas, o suplementos está tomando actualmente?

- | | |
|----------|-----------|
| 1. _____ | 6. _____ |
| 2. _____ | 7. _____ |
| 3. _____ | 8. _____ |
| 4. _____ | 9. _____ |
| 5. _____ | 10. _____ |

Por favor anote todas sus cirugías anteriores

- | | |
|----------|-----------|
| 1. _____ | 6. _____ |
| 2. _____ | 7. _____ |
| 3. _____ | 8. _____ |
| 4. _____ | 9. _____ |
| 5. _____ | 10. _____ |

Tiene algún problema médico en su historia familiar (Diabetes, problemas del corazón, etc.)

- | | |
|----------|----------|
| 1. _____ | 4. _____ |
| 2. _____ | 5. _____ |
| 3. _____ | 6. _____ |

¿Es alérgico a algún medicamento? _____

¿Es alérgico a alguna comida? _____

¿Fuma? ¿Si es así, con qué frecuencia? _____

¿Toma alcohol? Si es así, que tanto? _____

¿Usa alguna sustancia ilícita? ¿Si es así cual y con qué frecuencia? _____

¿Es sexualmente activo? ¿Si es así, con mujer, hombre o ambos? _____

¿Hay algo más que quiera decirnos sobre usted que no le hemos preguntado? _____



Bryan Davis, M.D.
FAMILY MEDICINE

He leído el aviso de practicas de privacidad

Nombre del Paciente _____

Firma del Paciente o guardián legal _____

Fecha _____

He leído la Responsabilidad Financiera

Nombre del Paciente _____

Firma del Paciente o guardián legal _____

Fecha _____

Autorización para Proporcionar Información a Familiares

Conforme a los requisitos de la ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud (HIPAA, por sus siglas en inglés), no estamos autorizados a proporcionar esta información a ninguna persona sin el consentimiento del paciente. Si desea que se proporcione su información médica o sobre facturación a familiares, debe firmar este formulario. La firma del presente solo proporcionara información a los familiares indicados abajo.

___ NO autorizo a Bryan Davis, MD Family Medicine a proporcionar la información relacionada con mi atención médica a ninguna persona.

___ Autorizo a Bryan Davis, MD Family Medicine a proporcionar mi información media y/p de facturacion a la siguientes personas:

Nombre

Relación al paciente

Nombre

Relación al paciente

Nombre

Relación al paciente

Firma del Paciente o guardián legal _____

Fecha _____