

Questionario de Salud

Joseph M Porres, M.D., Ph.D
50 W. Edmonston Dr. # 308
Rockville, MD 20852

Nombre _____ Fecha _____
 Primero Inicial Apellido

Sexo: H/M Fecha nacimiento ___/___/___ Social Security _____ Situacion: Solt/Casado/Otro

Direccion _____ Tel: (casa) (____) _____
 Calle Ciudad Stado Zip

Trabaja en: _____ Tel (trabajo) (____) _____
 Tel (cellular) (____) _____

Conyugue: _____
 Primero Inicial Apellido

Trabajo del conyugue : _____ Telefono del trabajo conyugue tel (____) _____

MEDICO QUE REFIERE: _____ Ciudad/Estado: _____ (UPIN) _____

MEDICO PERSONAL: _____ Ciudad/Estado: _____ (UPIN) _____

Motivo de la visita : _____

Alergia a medicinas:	En tratamiento con:	For Office use only:
		Need referral yes/no
		Copay per visit :\$
		Yearly deductible \$ as of ___/___/___
		Yearly deductible met yes/no
		Health benefits effective date: ___/___/___
		Primary insurance:
		Secondary Insurance:

Asignacion de beneficios de seguro: POR LA PRESENTE AUTORIZO EL PAGO DIRECTO POR LA COMPANIA DE SEGUROS AL DR. PORRES, POR LOS SERVICIOS RENDIDOS. AUTORIZO EL ENVIO DE MI RECORD MEDICO A LA COMPANIA DE SEGUROS. ENTIENDO QUE SOY RESPONSIBLE POR LOS CARGOS NO CUBIERTOS POR EL SEGURO MEDICO.

 Paciente a persona responsable Fecha

Persona asegurada (si no es el paciente):

Nombre: _____ Relacion con el paciente: _____

Direccion is no es la misma del paciente:

Trabaja en: _____ Telefono en el trabajo: _____

Fecha de nacimiento: ___/___/___ Social security: _____