

Por favor complete el formulario a medida que completó la solicitud de inmigración

PATIENT INFORMATION

				Fecha:	
				Teléfono:	
				Celular:	
Primer Nombre:			Segundo Nombre:		
Primer Apellido:			Segundo Apellido:		
Dirección:					Apt#:
Ciudad:			Estado:		Código Postal:
Fecha De Nacimiento:	Edad:	Sex: ☐ Masculino ☐ Femenina		Estado Marital: S C D B SEP	
Número De Seguro Social:		correo electrónico: E mail:			
Raza: ☐ N/A		Idioma:		☐ Hispano ☐ No Hispano ☐ N/A	
Lugar de Trabajo:			Tel de Trabajo:		

RASON DE VISITA: Immigration Physical I-693

PAIS DE NACIMIENTO:		CIUDAD DE NACIMIENTO:	
ALIEN#:			
NOMBRE DE SEGURO MEDICO:			
Nombre de seguro:		ID#	

ESPOSO/A, PARIENTE (Para contacto de emergencia)

Nombre:		Tel:	
Dirección:	Ciudad:	Estado:	Código Postal:
Relación:		Fecha De Nacimiento:	

Si esto es para tratamiento en el Centro Médico SILMO, por lo presente doy mi consentimiento para el tratamiento por parte de los médicos y el personal de la clínica mencionada anteriormente. Esto incluye todos los exámenes necesarios, tratamiento, medicamentos, cirugía, agentes anestésicos y cualquier otro procedimiento relacionado para proporcionar atención médica profesional. Si se trata de una Evaluación de Discapacidad, autorizo a Servicios de Evaluación de Discapacidad a realizar una evaluación de discapacidad en mí mismo y solicito la divulgación de todos los registros y hallazgos a una entidad o abogado solicitante.

Firma: _____ Fecha: _____

Autorización para pagar beneficios: Por la presente autorizo el pago directamente a la clínica anterior, de lo contrario pagadero a mí, por los servicios médicos recibidos, pero sin exceder los cargos habituales y habituales. Si es necesario, también autorizo a la clínica anterior a firmar mi nombre en caso de que se haga un cheque a nombre de ambas partes y no pueda ser contactado. Entiendo que soy totalmente responsable de los cargos permitidos no cubiertos por el seguro.

Firma : _____ Fecha: _____

Llame dentro de las 24 horas si debe cancelar su cita y evite gastos personales innecesarios.

drsilvermedical@outlook.com

	NOMBRE:	FECHA DE NACIMIENTO:	
		SI	NO
	Alguna vez le han dicho que tiene VIH?		
	Alguna vez le han dicho que tiene TUBERCULOSIS?		
	Alguna vez le han dicho que tiene LEPRA?		
	Alguna vez le han dicho que tiene SYPHILIS?		
	Alguna vez le han dicho que tiene GONORREA?		
	Alguna vez le han dicho que tiene CLAMIDIA?		
	Alguna vez a tenido COVID-19?		
	Alguna vez a tenido Varicela?		
	Alguna vez a tenido SARAMPION?		
	Alguna vez a tenido PAPERAS?		

	Consulta con un doctor de cabecera?
	Nombre de su doctor?
	Cuando fue su ultima cita?
	Padece alguna enfermedad (DIABETES,ALTA PRESION,TIROIDES)
	Toma medicamento? (cuales)?
	Le han ralizado alguna cirugia?(cuales)?
	Tiene alergias a algun medicamentos?
	Su parejas sexuales han sido? mismo sexo sexo opuesto ambos
	Usted de naciminto? Masculino Femenina
	QUIEN LO REFIRIO?