

HISTORIAL DEL PACIENTE FORMULARIO MEDICO

Belkys Bravo, M.D., F.A.A.P.
1920 Coral Way • Miami, FL 33145
Tel: (305) 250-9910 • Fax: (305) 250-4336
www.belkysbravomd.com



NOMBRE DE LA MADRE/TUTORA: _____ Fecha de nacimiento: _____

Nombre de soltera: _____ S.S. # _____

Direccion permanente: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Codigo postal: _____

Nacionalidad: _____ Tel. Casa: _____

Lugar de empleo: _____ Ocupacion: _____

Tel. Trabajo: _____ e-mail: _____

NOMBRE DEL PADRE/TUTOR: _____

Fecha de nacimiento: _____ SS. # _____

Direccion Permanente: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Codigo postal: _____

Nacionalidad: _____ Tel. Casa: _____

Lugar de empleo: _____ Ocupacion: _____

Tel. Trabajo: _____ e-mail: _____ Tel. Celular: _____

Seguro Medico Primario: _____ **Numero de Poliza:** _____

Numero de Grupo: _____

Nombre del Menor: _____ **Fecha de Nacimiento:** _____ **Sexo** _____

1. Todos los cargos incluyendo copagos e impuestos por nuestros servicios han de ser pagados al momento del servicio, aceptamos tarjetas de credito, VISA, MASTERCARD y cheques.

2. Su seguro medico es un contrato entre usted y su compañía aseguradora. El cual varia de acuerdo a su poliza de seguro.

Yo autorizo a la Dra. Belkys Bravo a recibir pagos y beneficios de mi compañía aseguradora PPO, HMO, o cualquier tercera persona responsable. Yo entiendo que soy responsable financieramente por los cargos que no sean cubiertos por mi seguro, por los servicios obtenidos. Yo autorizo a la Dra. Bravo a facilitar los archivos medicos de mi hijo(a) si fuera necesario.

Autorizacion y concentimiento del paciente a recibir tratamiento medico.

Madre/Tutor: _____ Padre/Tutor: _____

Fecha: _____ Fecha: _____