

Premier OB/GYN, LLC
Decca Mohammed, MD

Nombre _____ Social# _____

Direcion _____ Apt# _____ Ciuda _____ Stado _____

Zip _____ Casa # _____ Trabajo # _____

Fecha nacimiento _____ Stado marital _____ Cellular# _____

Nonbre Doctor Primario _____ Numero _____ Direccion _____

Nonbre de su pharماسيا _____ Diresion _____ Numero _____

Nonbre del trabajo _____ Dirresion _____

Nonbre de esposo _____ Esposo dia de nacimiento _____

Esposo lugar de trabajo _____ Direccion _____

Contacto de emergencia _____ Numero _____

Seguro primario _____

Poliza # _____ Numero de grupo# _____

Nonbre del asegurado _____ Relacion _____

Seguros adicionales _____

Poliza _____ Numero de grupo# _____

Nonbre del asegurado _____ Relacion _____

Medicare # _____ Medicaid# _____

Tiene instrucciones previas o un testamento de vida? Yes No

Quien devemos agradecerle por referirlo aqui? _____

AUTHOTIZATION PARA DIVURGAL INFORMACION

Por la presente autorizo DR.mohammed a dar cualquier informacion medica o accidentales que puedan ser necesarias, ya sea para la atencion medical o en aplicacion de procesamiento de los beneficion financieros.

ASIGNACION DE LOS BENEFICIOS DEL SEGURO

Por la presente authorizo el pago directo de la cirugia y los beneficios medico a DR. mohammed por los servicios prestados por ella en persona o bajo su supervision. Yo entiendo que soy financieramente responsable de todos los fondos no cubiertos por mi seguro.

En consideracion de cualquier credito concedido a mi persona ya los miembros de mi familia, estoy de acuerdo que se responsabiliza de todos los cargos sobre esta cuenta y se compromete a pagar de acuerdo a los siguientes terminus:

1. Todas las cuentas se vencen dentro de 30 dias. Los cargos por financiamiento de 1.5% (18% annual) se accue y se abona en saldo pendiente de mas de 30 dias.
2. Yo entiendo que un cobro que representa 1/3 de los saldos pendientes que anadir si se refieres para la recoleccion de un abogado o agencia externa.
3. cheques devueltos estan sujetos a un cargo de \$25 adicionales al balances.

Firma del paciente _____ Fecha _____

Paciente /guardian/conyugue _____ Fecha _____

PACIENTE QUESTIONARIO

Nombre _____ Edad _____ Fecha _____

Razon de la visita _____

Alguna alergia algun medicamento _____

Lista the todos los medicamentos que esta tomando resiente _____

Lista de todas las cirugias previamente _____

PERSONAL OF HISTORIAL FAMILIAR

Diabetes _____ Presion Alta _____

Cancer _____ Tuberculosis _____

Cancer del seno _____

Intestino: normal _____ Contispado _____

Problemas urinarions: SI - NO

Total de embarazo asta la fecha _____

Otros problemas medicos _____

Usted fuma SI - NO

Usted ingiere bebida alcolicas SI - NO

Usa alguna drogas SI - NO

Ultimo periodo menstrual _____ Ciclo: Regular _____ Inregular _____

Flujo menstrual: ligero _____ Moderado _____ Fuerte _____ Cuantos dias? _____

Dolor menstrual: Ninguno _____ Moderado _____ Severo _____ Mui fuerte _____

Flujo vaginal: SI - NO

Historial de dolor pelvico SI - NO

Historial de infesiones vaginales SI - NO

Algun comentario adicional: _____

PACIENTE FIRMA _____ FECHA _____

**DECCA MOHAMMED,MD
ACKNOWLEDGEMENT OF PRIVACY PRACTICE NOTICE
DESIGNATION OF DISCLOSURE**

ACKNOWLEDGEMENT OF PRIVACY NOTICE
I HAVE RECEIVED A COPY OF THE NOTICE OF PRIVACY PRACTICES FORM

NONBRE DEL PACIENTE _____ FECHA DE NACIMIENTO _____

FIRMA _____ FECHA _____

DESIGNATION OF CERTAIN RELATIVE, FRIENDS AND OTHER CAREGIVER

Estoy de acuerdo que Dr.mohammed divulgar parte de mi información de salud a un familiar, amigos personales, u otros cuidadores, porque esa persona está involucrada con mi cuidado de salud o pagos relacionados con mi cuidado de salud, en ese caso Dr, Mohammed hará sino desvelar información que es directamente relevante a la persona es la participación con el cuidado de mi salud o el pago relacionados con mi cuidado de salud.

Designo a la siguiente persona que figuran a continuación como personas relacionadas con mi atención de la salud o el pago relacionados con mi cuidado con el fin de Dr. Mohammed hacer las revelaciones que se describen arriba. Entiendo que no estoy obligado a nadie en la lista. También entiendo que puedo cambiar esta lista en cualquier momento por escrito.

PRINTEAR NONBRE _____ RELASION _____ NACIMIENTO _____

PRINTEAR NONBRE _____ RELATION _____ NACIMIENTO _____

Deseo ser contactado de la siguiente manera (marque lo que corresponda)

NUMERO TELEFONICO _____

OK PARA DEJAR UN MESSAGE COM INFORMASION _____

OK PARA DEJAR UN MESSAGE COM QUE LE YAMEMOS PARA ATRAS _____

TELEFONO DEL TRABAJO _____

OK PARA DEJARLE UN MESSAGE COM INFORMASION _____

OK PARA DEJARLE UN MESSAGE COM INFORMASION QUE LES YAMEMOS PARA ATRAS _____

Recordatorio por escrito de Comunicación sólo: Aceptar EL MAIL A MI TRABAJO / OFICINA O DOMICILIO"

FIRMA PASIENTE/GUARDIAN _____ FECHA _____

TENGA EN CUENTA QUE HABRÁ una tarifa por cualquier cita perdida" \$25.00