Dr. Vikram Tarugu
201 SW 16th Street
Okeechobee Fl, 34974
(863)824-3447

Patient Information:

Nombre:

Primer Segundo Nombre Apellido

Correo Electronico: # de Telefono:

Fecha de Nacimiento: SSN: - - Masculino ☐ Femenina ☐

Direccion: Cuidad/Estado: Codigo Postal:

Parent/Guardian or Spouse Information:

Nombre:

Correo Electronico: # de Telefono:

Direccion: Cuidad/Estado: Codigo Postal:

Doctor de Cabezera: Farmacia:

Insurance Information:

Insured Name:

I hereby authorize the above doctor/doctors to furnish to the insured's insurance company all information which said insurance may request concerning my present claim, including chart notes. I hereby assign to the doctor all money to which I am entitled for expenses relative to the services performed from time to time, but not to exceed my indebtedness to said doctor. It is understood that any money received from above named insurance company over and above my indebtedness will be refunded to me when my bill is paid in full. I understand that I am financially responsible to said doctor for charges not covered by this assignment. If treatment is provided to a minor consent is authorized by legal guardian.

Firma Fecha

POLÍTICA DE NO PRESENTACIÓN

Lamentamos que a veces el paciente tenga que esperar mucho tiempo para ser atendido por un médico. Debido a la gran demanda de citas y para respetar las necesidades médicas de todos nuestros pacientes, sea cortés y llame a nuestra oficina de inmediato si no puede asistir a una cita.

Si no puede asistir a su cita programada, requerimos un aviso de 24 horas.

Habrá un cargo de $50 por cada VISITA A LA OFICINA perdida sin la notificación adecuada.

Habrá un cargo de $250.00 por cada PROCEDIMIENTO que no se presente sin la notificación adecuada.

Firma:_____ Fecha:_____

Medical Information

Name	
Date of Birth	

Alergias a Medicamentos:

Nombre de Medicamento	Reaccion

Lista de Medicamentos

Nombre	Dosis	Frequencia

Historia Medica

Diagnosticos

Historia de Sirugias

Historia Social

Uso De Tobacco:		
Nunca:	Actual:	Ex Fumador:
Uso de Alcohol:		
Nunca:	Actual (Cuanto):	Ex Tomador:
Usado Drogas:		
Nunca:	Actual usador drogas: (que tipo)	Ex usador de drogas: (que tipo)

Historia de Familia

Condition	Example / Ejemplos	Miembro de Familia:
Problemas Cardiacos:	HTN, stroke, LBP, ECT	
Diabetis:	Type 1, Type 2	
Problemas de Gastrologos:	GERD, crhon's, celiac, colitis, polyps, ECT	
Cancer:	breast, bladder, kidney, prostate, colon, stomach, esophageal, lung, neck, mouth, skin, ECT	