

Pronto Medical Care

515 Airport Rd. Panama City FL, 32405

Phone Number: (850)481-0894 Fax Number: (850)807-5472

Daniel L. Turley, M.D Carlos H. Fernandez PA-C

POR FAVOR LEA Y ESCRIBA SUS INICIALES PARA CERTIFICAR QUE ENTIENDE CADA ENUNCIADO

- EL COSTO DEL EXAMEN FÍSICO ES DE \$275. EL PAGO SE DEBE HACER EL DÍA DE SU CITA. PAGOS CON TARJETAS DE CRÉDITO/DÉBITO DEBEN TENER I.D. VÁLIDO. EL FÍSICO DE INMIGRACIÓN ES UN SERVICIO NO REEMBOLSABLE.

INICIAL: _____

- SI ESTÁ EMBARAZADA EL TRAMITE ES DIFERENTE POR LO QUE DEBE INFORMARNOS AL MOMENTO DE SU CITA.

INICIAL: _____

- DEBE TENER UNA FORMA DE IDENTIFICACIÓN VÁLIDA
(EX. PASAPORTE, CÉDULA DE IDENTIFICACIÓN O LICENCIA DE CONDUCIR)

INICIAL: _____

- ES RESPONSABILIDAD DEL PACIENTE SABER CUÁNDO DEBE REALIZARSE SU EXAMEN 1-693. PRONTO MEDICAL CARE SOLO REALIZA EL EXAMEN MÉDICO. NO SABEMOS LOS TÉRMINOS DE SU CASO.

INICIAL: _____

- SI POR CUALQUIER RAZÓN SU EXAMEN FÍSICO DEBE SER REALIZADO DE NUEVO, EL PACIENTE SERÁ RESPONSABLE DEL COSTO DEL EXAMEN FÍSICO, TARIFAS ADICIONALES, VACUNAS Y PRUEBAS DE LABORATORIO.

INICIAL: _____

- ES IMPORTANTE QUE SIGA TODAS LAS INSTRUCCIONES DEL EXAMEN MÉDICO. LAS REGLAS SON HECHAS POR USCIS. NO PODEMOS GARANTIZAR SU DOCUMENTACIÓN DENTRO DE UN PLAZO DETERMINADO.

INICIAL: _____

- SI POR CUALQUIER MOTIVO NECESITA TRATAMIENTO O REFERENCIAS PARA UNA EVALUACIÓN ADICIONAL REQUERIDO POR USCIS, DEBE CUMPLIR CON LAS INDICACIONES PARA COMPLETAR SU CASO.

INICIAL: _____

- SUS FORMULARIOS I-693 ESTÁN EN INGLÉS. SI NO PUEDE LEER O ESCRIBIR EN INGLÉS, DEBE TRAER UN INTÉRPRETE CON USTED A SUS CITAS.

INICIAL: _____

- SI TIENE UN NUMERO DE "A" "ALIEN NUMBER" USTED ES RESPONSABLE DE ESCRIBIR ESTE NÚMERO EN SUS FORMULARIOS I-693

INICIAL: _____

- TENEMOS UN CARGO DE \$50 POR CITAS PERDIDAS O CAMBIADAS SIN AVISO.

INICIAL: _____

- TENGA EN CUENTA QUE LOS REQUISITOS DE INMIGRACIÓN PUEDEN CAMBIAR EN CUALQUIER MOMENTO Y ESTO NO ES RESPONSABILIDAD DE PRONTO MEDICAL CARE. ESTAMOS OBLIGADOS A CUMPLIR CON TODOS LOS REQUISITOS DE USCIS ASIGNADOS A LOS CIRUJANOS CIVILES Y NUESTRO CONSULTORIO.

INICIAL: _____

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

FIRMA DEL PERSONAL: _____ FECHA: _____

* Al firmar esto, acepta los términos y condiciones de nuestra oficina "Pronto Medical Care" de acuerdo a la política y los requisitos para los Servicios de USCIS*

PRONTO MEDICAL CARE

Información del Aplicante

Nombre: _____ Apellido (s): _____ Inicial 2do Nombre: _____

Dirección: _____

Ciudad, Estado: _____ Código Postal: _____ Sexo: Hombre o Mujer

Fecha de Nacimiento (MES/DIA/AÑO): _____ Teléfono: _____

Estado Civil Soltero (a) / Casado (a) / Viudo (a) / Divorciado (a): _____

País de Origen: _____ Ciudad de Origen: _____

Contacto de Emergencia

Nombre: _____ Apellido (s): _____ Inicial 2do Nombre: _____

Teléfono: _____ Relación con el Paciente: _____

Información del Traductor (si aplica)

Nombre: _____ Apellido (s): _____ Inicial 2do Nombre: _____

Dirección: _____

Ciudad, Estado: _____ Código Postal: _____ Sexo: Hombre o Mujer

Fecha de Nacimiento (MES/DIA/AÑO): _____ Teléfono: _____

PMC Firma del Staff: _____ Fecha de Hoy: _____

Nombre: _____ Apellido (s): _____ Inicial 2do Nombre: _____

Tiene o ha tenido alguna condición médica crónica? Explique: _____

Tiene o ha tenido historia de enfermedad mental o discapacidad? Explique: _____

Tiene o ha tenido cirugías u hospitalizaciones? Explique: _____

Tiene alergia a algún medicamento? Cuál (es)? _____

Tiene historia de HIV, enfermedades de transmisión sexual, sífilis o Tuberculosis?: _____

Tiene historial de depresión?: _____

Usa tabaco? Si lo usa, de que tipo y con qué frecuencia: _____

Bebe alcohol? Con qué frecuencia?: Nunca Raramente Moderado Diariamente

Usa Drogas de recreación? _____

Si toma algún medicamento de manera permanente por favor menciónelo a continuación: _____

PMC Firma de Staff: _____ Fecha de Hoy: _____

515 Airport Rd. Panama City FL, 32405