

Por favor, dé este formulario completado a la enfermera después de que se le llame de nuevo

Nombre del paciente: _____

***Problemas actuales**

No hay problemas hoy-visita rutinaria

Motivo de su visita hoy	Indicar el lado afectado (si corresponde)	Estado (problema nuevo o en curso)	Fecha de inicio

***Historia de operaciones**

Sin historia de operaciones

Tipo de procedimiento	Fecha del procedimiento

***Medicamentos**

NO se toman medicamentos

Nombre de la medicación	Dosis

Farmacia de elección: _____

***Vacunas**

NO hay historia de vacunas

Tipo	Fecha dada	Clínica/instalación donde se administra

***Alergias**

NO hay alergias conocidas

Alérgico a, alérgeno	Tipo de reacción	Gravedad (leve, moderado, severo)	Fecha de inicio

***Historia social (circunde todo que aplíquese)**

(Estado que fuma del círculo): Nunca fumó - Ex fumador - Corriente todos los días fumador - Actual algún día fumador - Desconocido Otros usos del tabaco: Sí/no

Consumo de tabaco o ahumado desde la edad: _____ Años de uso: _____ Consumo de alcohol: Sí/no ¿con qué frecuencia se usa alcohol?: Cada día/socialmente

Dieta: _____ Uso de cafeína: Sí/no Directiva anticipada : Sí/no Actualmente embarazada: Sí/no

Cambios en la situación familiar o social: Sí/no Legalmente ciega: Sí/no Difícil de oír o sordo: Sí/no

Cinturón de seguridad o asiento de coche usado rutinariamente: Sí/no

Repelente de mosquitos usado rutinariamente: Sí/no Protector solar usado rutinariamente: Sí/no Detectores de humo en el hogar: Sí/no

Número de hermanos: _____ Exposición de la piscina (para los niños): Sí/no Actividades deportivas: _____

Uso posterior del formulario para más comentarios si es necesario

Por favor, dé este formulario completado a la enfermera después de que se le llame de nuevo

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

***HISTORIA MÉDICA PASADA (CIRCULE TODOS LOS QUE APLIQUEN)**

NO A TODO

ADD/ADHD
 PAP ANORMAL
 ABUSO / VIOLENCIA DOMESTICA
 REFLUJO ACIDO (ERGE)
 ACNE
 ALERGIAS
 ANEMIA
 COMPLICACION DE ANESTESIA
 TRASTORNO ANSIEDAD
 ARTRITIS
 ASMA
 DESORDEN DEL ESPECTRO AUTISTA
 DESORDEN AUTOINMUNE
 ENURESIS
 DEFECTOS CONGENITOS / ENFERMEDAD HEREDITARIA
 PROBLEMAS DE VEJIGA
 ENFERMEDADES SANGUINEAS
 TRANSFUSIONES DE SANGRE
 CÁNCER DE PECHO
 PROBLEMA DE PECHO
 COPD
 CANCER
 VARICELA
 ANOMALÍAS CONGÉNITAS
 ESTREÑIMIENTO
 ENFERMEDAD DE LA ARTERIA CORONARIA

DEPRESIÓN
 TRASTORNOS DEL DESARROLLO
 DIABETES
 DIVERTICULITIS
 OÍDOS O PROBLEMAS AUDITIVOS
 DESORDEN ALIMENTICIO
 ECZEMA
 ENDOMETRIOSIS
 FIBROMIALGIA
 PROBLEMAS GASTRICOS
 PROBLEMAS GINECOLÓGICOS
 GOTA
 VIH
 LESIÓN EN LA CABEZA / CONCUSIÓN
 HEADACHES/MIGRAINES
 ENFERMEDAD DEL CORAZON
 PROBLEMAS DE CORAZON / MURMUR
 HEPATITIS
 ALTA PRESION SANGUINEA
 COLESTEROL ALTO
 ADMISION HOSPITALARIA
 HIPERTIROIDISMO
 ESTERILIDAD
 ENFERMEDAD RENAL / PIEDRAS RENALES
 ENFERMEDAD DEL HIGADO
 ENFERMEDAD PULMONAR

ENFERMEDAD MENTAL
 PROBLEMAS MUSCULARES
 PROBLEMAS DE ARTICULACION / HUESO
 DESORDEN NEUROLOGICO
 OSTEOPOROSIS
 CÁNCER DE OVARIOS
 FLEBITIS
 POLYPS
 PRE-ECLAMPSIA
 ENFERMEDAD PSIQUIATRICA
 EMBOLIA PULMONAR
 ENFERMEDAD TRANSMITIDA SEXUALMENTE
 CONVULSIONES / EPILEPSIA
 PROBLEMAS DE LA PIEL
 CARRERA
 TROMBOFILIAS
 PROBLEMAS TIROIDEOS
 TUBERCULOSIS
 VARICOSIDADES (VENAS VARICOSAS)
 VISION O PROBLEMAS OCULARES

**SI ES OTRO Y NO ESTA EN LA LISTA,
 ESCRIBA A CONTINUACION:**

***HISTORIA FAMILIAR**

DESCONOCIDO

RELACION	PROBLEMA	EDAD ONSET	MURIO A LA EDAD

***HISTORIAS PRENATALES Y DE NACIMIENTO (SI PROCEDE)**

NÚMERO DE EMBARAZOS _____ NÚMERO DE NACIMIENTOS VIVOS _____

PROBLEMA	FECHA

***OTROS MÉDICOS O ESPECIALISTAS USTED ESTÁ ACTUALMENTE BAJO LA ATENCIÓN DE**

NOMBRE	ESPECIALIDAD	TELEFONO

Uso posterior del formulario para más comentarios si es necesario

Registro de paciente

Información del paciente			
Apellido	Nombre de pila	inicial del segundo nombre	
Dirección de envío		Ciudad, Estado	cremallera
Dirección física		Ciudad, Estado	cremallera
Número de teléfono de casa	Número de seguridad social	Fecha de nacimiento	Años
Número Celular	E-Mail	Estado civil	
En caso de emergencia		Número de teléfono	Relación con el paciente
¿Cómo se enteró de nuestra oficina?		Médico referente (si corresponde)	
Es esto: [] Lesión [] o enfermedad	¿Relacionado al trabajo? [] Sí [] No	¿Accidente de auto relacionado? [] Si [] No	¿Otro accidente relacionado? [] Si [] No
¿Tiene una directiva anticipada o un testamento en vida? [] Si [] No	Sexo : [] Masculino [] Hembra		
Nombre de la parte responsable:		Fecha de nacimiento de la parte responsable:	
Nombre de la farmacia	Dirección	Número de teléfono	
Cobertura de seguro # 1			
Nombre de la compañía de seguros	Nombre del empleado	Número de teléfono del empleador	
Número de identificación	Número de grupo	Número de teléfono de la compañía de seguros	
Nombre del titular de la póliza	Relación con el titular de la póliza: [] Yo [] Esposa [] Niño		
Titular de la póliza Fecha de nacimiento:	Titular de la póliza SSN:		
Dirección del seguro	Ciudad	Estado	Cremallera

Registro de paciente

Cobertura de seguro # 2			
Nombre de la compañía de seguros	Nombre del empleado	Teléfono del empleador	
Número de identificación	Número de grupo	Número de teléfono de la compañía de seguros	
Nombre del titular de la póliza	Relación con el titular de la póliza: [] Yo [] Esposa [] Niño		
Dirección del seguro	Ciudad	Estado	Cremallera

ASIGNACIÓN Y LANZAMIENTO: Por la presente, asigno mis beneficios de seguro para que sean pagados directamente al médico. También autorizo al médico a divulgar toda la información contenida en mis registros financieros y médicos a mi compañía de seguros o plan de salud, o cualquier otra persona o entidad que sea responsable de pagar o procesar el pago de cualquier porción de mi factura. Entiendo que soy totalmente responsable del pago de todas las tarifas y servicios prestados. Permito que se use una copia de esta autorización en lugar del original.

ASIGNACIÓN Y LIBERACIÓN DEL BENEFICIARIO DE MEDICARE: Solicito el pago de los beneficios de Medicare autorizados a mí o en mi nombre por cualquier servicio que me proporcione Yoakum Family Practice. Autorizo a cualquier titular de información médica o de otro tipo sobre mí a divulgar a Medicare y a sus agentes toda la información necesaria para determinar estos beneficios o beneficios para los servicios relacionados.

POLITICA SI NO VIENE A SU CITAS: Después de tres veces de no asistir a una cita programada, usted puede ser dado de baja como paciente de Yoakum Family Practice. Notifíquenos con 24 horas de anticipación si necesita cancelar o reprogramar su cita.

OBLIGACIÓN FINANCIERA: Por la presente reconozco que entiendo que pueden existir servicios que mi proveedor de seguros no cubrirá, y entiendo completamente que soy totalmente responsable del pago de todas las tarifas y servicios prestados, independientemente de la cobertura de seguro u otras responsabilidades y, en última instancia, responsable de pago completo si mi compañía de seguros no paga de manera oportuna.

CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO: Por la presente, autorizo al médico, a las enfermeras, a los asistentes médicos y al personal a realizar dichos exámenes y a administrar el tratamiento y los medicamentos que consideren necesarios y aconsejables.

RECONOCIMIENTO DE RECIBO DE NOTIFICACIÓN DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD: Al firmar a continuación, indica que Yoakum Family Practice le ha entregado este Aviso de prácticas de privacidad.

He leído cada una de las declaraciones anteriores y autorizo, entiendo y acepto cada declaración.

Firma del paciente	Fecha:
Nombre del paciente (imprimir):	

AVISO CON RESPECTO A SU LABORATORIO

Nos hemos enterado de que varias compañías de seguros niegan las pruebas de laboratorio que se realizan en nuestra oficina y se envían a un laboratorio externo. Puede ser conveniente para usted comunicarse con su compañía de seguros antes de que le saquen el laboratorio. Usted será responsable de los cargos que su compañía de seguros niegue.

Nombre impreso del paciente

Fecha

Firma del paciente o parte responsable

POLÍTICA FINANCIERA

Para reducir la confusión y el malentendido entre nuestros pacientes y la práctica, hemos adoptado las siguientes políticas financieras. Si tiene alguna pregunta sobre estas políticas, discútalas con nuestro gerente de oficina. Nos dedicamos a brindarle la mejor atención y servicio posible, y consideramos que comprende completamente sus responsabilidades financieras como un elemento esencial de su cuidado y tratamiento. A menos que usted o su compañía de seguros de salud hayan hecho otros arreglos por adelantado, el pago total se debe realizar al momento del servicio. Para su conveniencia, aceptamos todas las principales tarjetas de crédito.

Su seguro

- Hemos hecho arreglos previos con muchas aseguradoras y planes de salud para aceptar una asignación de beneficios. Esto significa que le facturaremos a aquellos planes para los cuales tenemos un acuerdo y solo le pediremos que pague el copago autorizado en el momento del servicio. La política de esta oficina es cobrar este copago cuando llegue a su cita.
- Si tiene cobertura de seguro con un plan para el cual no tenemos un acuerdo previo, prepararemos y enviaremos el reclamo por usted sin asignar. Esto significa que su aseguradora le enviará el pago directamente a usted. En consecuencia, los cargos por su cuidado y tratamiento son pagaderos al momento del servicio.
- En el caso de que su plan de salud (Medicare / Medicaid / seguro comercial) determine que un servicio "no está cubierto", usted será responsable del cargo completo. El pago se debe a la recepción de un estado de cuenta de nuestra oficina.
- Le enviaremos una factura a su plan de salud por todos los servicios prestados en el hospital. Cualquier saldo adeudado es su responsabilidad y vence al recibir un estado de cuenta de nuestra oficina.
- Se deberán hacer arreglos previos con nuestra oficina para todas las reclamaciones de compensación del trabajador. Solo presentamos reclamos para proveedores específicos dentro de nuestra práctica y solo para compañías de seguros con las que estamos dentro de la red.
- Para todos los servicios prestados a pacientes menores, consideraremos que el adulto que acompaña al paciente y el padre o tutor tienen la custodia para el pago.

He leído y entiendo la política financiera de la práctica, y acepto cumplir con sus términos. También entiendo y acepto que la práctica puede modificar tales términos de vez en cuando.

Nombre impreso del paciente

Fecha

Firma del paciente o parte responsable

REGISTRO DE DIVULGACIONES DEL PACIENTE

En general, la regla de privacidad de HIPAA otorga a las personas el derecho de solicitar una restricción en el uso y la divulgación de su información de salud protegida (PHI). También se le otorga al individuo el derecho de solicitar comunicaciones confidenciales o que se realice una comunicación de PHI por medios alternativos, como enviar correspondencia a la oficina del individuo en lugar de a la casa del individuo.

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

Teléfono de casa _____

Deja mensaje con información detallada

Dejar mensaje solo con el número
de devolución de llamada

Comunicación escrita:

Correo a mi domicilio

Correo a mi dirección de trabajo / oficina

Fax a este número _____

Teléfono de trabajo _____

Deja mensaje con información detallada

Dejar mensaje solo con el número de devolución de llamada

DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD Y / O REGISTROS

Autorizo la divulgación de mi información de salud y / o registros. Esta información puede ser divulgada a las siguientes personas:

Nombre: _____

Relación: _____

Número de teléfono: _____

Nombre: _____

Relación: _____

Número de teléfono: _____

Esta **divulgación de información de salud y / o registros** permanecerá en vigencia hasta que yo la termine por escrito.

Mi información de salud y / o registros no deben ser revelados a nadie.

Nombre impreso del paciente

Fecha

Firma del paciente o parte responsable

Fecha de nacimiento

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO PARA EL PROGRAMA DE PRESENTACIÓN

Programa ePrescribe

La ePrescripción es una forma de que los médicos envíen electrónicamente una receta precisa, sin errores y comprensible desde el consultorio del médico a la farmacia. El programa ePrescribe también incluye:

Formulario y transacciones de beneficios - Le brinda al proveedor de atención médica información sobre qué medicamentos están cubiertos por su plan de beneficios de medicamentos.

Llenar notificación de estado - Permite que el proveedor de atención médica reciba un aviso electrónico de la farmacia informándole si su receta ha sido retirada, no recogida o parcialmente llenada.

Transacciones de historial de medicamentos - Proporciona al proveedor de atención médica información sobre sus recetas actuales y anteriores. Esto permite que los proveedores de atención médica estén mejor informados sobre posibles problemas de medicamentos y que utilicen esa información para mejorar la seguridad y la calidad. Los datos del historial de medicamentos pueden indicar: cumplimiento de los regímenes prescritos; intervenciones terapéuticas; interacciones fármaco-fármaco y alergia a medicamentos; Las reacciones adversas a medicamentos; y terapia duplicada.

La información del historial de medicamentos incluiría medicamentos recetados por su proveedor de atención médica en Yoakum Family Practice, así como otros proveedores de atención médica que participan en su atención y puede incluir información confidencial que incluye, entre otros, medicamentos relacionados con afecciones mentales, enfermedades venéreas / enfermedades de transmisión sexual, aborto (s), violación / agresión sexual, abuso de sustancias (drogas y alcohol), enfermedades genéticas y VIH / SIDA. **Como parte de este Formulario de consentimiento, usted acepta específicamente la publicación de esta y otras informaciones de salud delicadas.**

Consentimiento

1. Política de reabastecimiento de recetas: la política de Yoakum Family Practice establece que los resurtidos de medicamentos se procesarán dentro de los dos días hábiles (sin fines de semana ni días feriados) a partir de la recepción de la solicitud.
2. Al firmar este formulario de consentimiento, acepta que su proveedor en Yoakum Family Practice pueda solicitar y utilizar su historial de medicamentos recetados de otros proveedores de atención médica y / o terceros pagadores de beneficios de farmacia para propósitos de tratamiento.
3. Puede decidir no firmar este formulario. Su elección no afectará su capacidad de recibir atención médica, pago por su atención médica o sus beneficios de atención médica. Su elección de otorgar o denegar el consentimiento puede no ser la base para la denegación de los servicios de salud. También tiene derecho a recibir una copia de este formulario después de haberlo firmado.
4. This consent form will remain in effect until the day you revoke your consent. You may revoke this consent at any time in writing but if you do, it will not have an effect on any actions taken prior to receiving the revocation.

Entendiendo todo lo anterior, doy mi consentimiento informado a Yoakum Family Practice para inscribirme en este programa ePrescribe. He tenido la oportunidad de hacer preguntas y todas mis preguntas han sido respondidas a mi satisfacción.

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento del paciente: _____

Firma del paciente o tutor: _____ Fecha: _____



CONDICIONES DE LOS TÉRMINOS Y CONDICIONES DEL PORTAL DEL PACIENTE

Yoakum Family Practice ofrece un portal para pacientes a través de un proveedor externo para el uso exclusivo de sus pacientes. El portal para pacientes está diseñado para mejorar la capacidad de nuestros pacientes de ver una parte limitada de su información confidencial del paciente. Todos los usuarios deben establecerse mediante el registro como paciente de la práctica familiar de Yoakum. El portal para pacientes se brinda como cortesía para nuestros pacientes. Sin embargo, si el abuso o el uso negligente del portal del paciente persiste, nos reservamos el derecho, a nuestra propia discreción, de finalizar la oferta del portal para pacientes, suspender el acceso de los usuarios o modificar los servicios ofrecidos a través del portal para pacientes.

Pautas y seguridad

Yoakum Family Practice ofrece visualización segura de información de salud limitada para nuestros pacientes que desean ver partes de sus registros en línea. El portal para pacientes se proporciona a través de un proveedor externo en una VPN compatible con HIPAA con codificación que cumple con los estándares HIPAA. Si bien creemos que la infraestructura y los datos de TI son seguros, no garantiza que no puedan ocurrir eventos adversos imprevistos. Todos los pacientes nuevos y establecidos han firmado y se les ha ofrecido una copia de nuestro Aviso de prácticas de privacidad HIPAA. Si no recuerda haber firmado el Aviso de privacidad de HIPAA o necesita volver a familiarizarse con nuestra política, se le puede proporcionar una copia para su revisión. Este portal para pacientes es una herramienta valiosa, pero tiene ciertos riesgos. Para gestionar estos riesgos, debemos imponer algunas condiciones de participación. Al proporcionar Yoakum Family Practice con su dirección de correo electrónico, acepta los riesgos y acepta las condiciones de participación. Una vez que se proporcione su correo electrónico y se firme el Acuerdo de Términos y Condiciones del Portal del Paciente, recibirá una notificación por correo electrónico que le indica cómo iniciar sesión por primera vez. Guarde este correo electrónico en un lugar seguro para futuras consultas. Siguiendo las instrucciones del correo electrónico, debe poder iniciar sesión utilizando el enlace recibido en el correo electrónico inicial.

Registro

Usted acepta que la información que proporcione al registrarse para usar el Portal del paciente y en cualquier otro momento será verdadera, precisa, actual y completa. También acepta que se asegurará de que esta información se mantenga precisa y actualizada en todo momento. En particular, debe mantener su dirección de correo electrónico actualizada. Si cambia de opinión y desea optar por no participar en el Portal, debe comunicarse con nosotros en Yoakum Family Practice. No podemos optar por salir del Portal por teléfono.

Nombre de usuario y contraseña

Cuando se registre, se le pedirá que proporcione una contraseña. Dado que usted será responsable de todas las actividades que ocurran con respecto a su Cuenta de usuario, le pedimos que mantenga su contraseña confidencial. Su cuenta es únicamente para su uso personal y no debe autorizar a otros a usar su cuenta de usuario, incluido su perfil o dirección de correo electrónico. Debe notificarnos de cualquier uso no autorizado de su contraseña o si cree que su contraseña ya no es confidencial.

Preguntas relacionadas con la emergencia a través del Portal del paciente

El Portal del paciente no debe usarse para problemas de atención médica relacionados con la emergencia. Llame a Yoakum Family Practice directamente con cualquier pregunta que desee que se responda dentro de las 24 horas. Si está experimentando una emergencia de atención médica, llame al 911 o visite la sala de emergencias más cercana.

CONTRATO DE TÉRMINOS Y CONDICIONES DEL PORTAL DEL PACIENTE (CONTINUACIÓN)

Portal del paciente Limitación de responsabilidad

En la máxima medida permitida por la ley, en ningún caso la Práctica Familiar de Yoakum (ni ninguno de sus funcionarios, directores, accionistas, empleados, agentes, representantes, sucesores y cesionarios) tendrá responsabilidad alguna ante usted por ningún acto indirecto, especial, incidental, ejemplar. daños punitivos o consecuentes, ya sea que surjan por contrato, equidad, negligencia, conducta prevista, o de otra manera (incluyendo incumplimiento de garantía, negligencia, negligencia grave, mala conducta intencional y responsabilidad estricta en agravio), incluidos, sin limitación, los daños derivados de la demora, pérdida de buena voluntad, pérdida o daño de los datos, pérdida de ganancias, ingresos o ahorros (reales o anticipados), u otra pérdida económica o pérdida de ganancias en conexión o como consecuencia de (I) el uso o imposibilidad de usar el portal del paciente, (II) cualquier transacción realizada a través o facilitada por el portal del paciente, incluyendo cualquier oferta o incentivo realizado por usted a través de su uso del portal del paciente; (III) cualquier reclamo atribuible a errores, omisiones u otras imprecisiones en el portal del paciente, (IV) cualquier acceso no autorizado o alteración de sus transmisiones o datos, o (V) cualquier otro asunto relacionado con el portal del paciente o cualquier contenido o información proporcionada en el portal del paciente, incluso si uno ha sido informado de la posibilidad de tales daños.

He leído y entiendo completamente este consentimiento. Entiendo los riesgos asociados con las comunicaciones en línea. Al marcar "Acepto" a continuación, tengo la intención de firmar este consentimiento, doy mi consentimiento informado para participar en el portal para pacientes, y acepto y acepto todas las disposiciones anteriores. Se incluirá una copia de este acuerdo en mi registro médico.

Indique su aceptación de estar obligado por los términos de este acuerdo marcando "Acepto" a continuación y siguiendo las otras instrucciones en el proceso de registro.

Si elige no ser miembro del portal, marque "No acepto"

- Acepto - Dirección de correo electrónico del paciente:** _____
- No acepto u opto por excluirme**

Firma del paciente/padre/curador/tutor

Fecha/ Hora

Nombre impreso

Autoridad / relación con el paciente

Testigo

Se requiere la firma de un menor para la divulgación de ciertos tipos de información, incluyendo, por ejemplo, la divulgación de información relacionada con ciertos tipos de atención reproductiva, enfermedades de transmisión sexual y abuso de drogas, alcohol o sustancias y tratamiento de salud mental (Ver, ej., Tex. Fam. Code 32.003).

Firma del menor

Fecha/ Hora



1200 Carl Ramert Drive, Suite D
Yoakum, TX 77995
P: 361.293.7061
F: 361.293.6559

CONSENTIMIENTO PARA DIVULGAR INFORMACIÓN

1. Autorizo por la presente:

Nombre anterior del doctor y / o nombre de la clínica: _____

Dirección del doctor anterior: _____

Número de teléfono del médico anterior: _____

Para liberar los siguientes registros de atención médica de:

Nombre del paciente: _____

Dirección del paciente: _____

Número de seguro social del paciente: _____

Fecha de nacimiento del paciente: _____

2. Información para ser lanzada:

Copia de registros médicos completos Historia y física Otro: _____

Incluyendo información relacionada con pruebas de VIH y / o resultados

Información para ser lanzada a: _____

3. Propósito de la divulgación: _____

4. Especificación de la fecha, evento o condición en la que expira el consentimiento: _____

Entiendo que este consentimiento puede REVOCARSE en cualquier momento, excepto en la medida en que la divulgación realizada de buena fe ya haya ocurrido en virtud de este consentimiento. La instalación, sus empleados, funcionarios y proveedores están exentos de responsabilidad legal o responsabilidad por la divulgación de la información anterior en la medida indicada y autorizada aquí en.

Firma del paciente / tutor

Fecha

Relación con el paciente

Testigo

Fecha



BIENVENIDO A NUESTRA PRÁCTICA

Fecha: _____

Nombre: _____

Dirección: _____

Código postal: _____

Fecha y hora de cita: _____

Nos complace que nos haya elegido para todas sus necesidades de atención médica. Adjunto encontrará la documentación requerida para su cita. Complete toda la documentación y devuélvala a la hora de su cita, ya que esto reducirá el tiempo de espera. También hay una lista de verificación en este paquete para obtener más información que también se necesita.

Por favor traiga lo siguiente a su cita:

1. Toda la documentación completa
2. Todos los medicamentos actualmente tomando
3. Licencia de conducir
4. Tarjetas de seguro (medicare / medicaid / comercial)
5. Registro de vacunación para niños (registro de vacunas)
6. Pago de sus servicios (pago privado / copago / deducible)

¡Gracias de antemano!

La práctica familiar de Yoakum