Leon E Brown MD
7610 Carroll Avenue, Suite 460
Takoma Park, MD 20912
(301)270-5400

Informacion Personal

Apellido _____ Numero Social # _____

Sufijo (Jr, Sr) _____ Sexo M F

Nombre _____ Raza Amer Indio Asiatico Africano Amer Caucasian Mixto Otro

Segundo nombre_____ Hispano Si No

Direccion _____ Idioma Preferido _____

Ciudad, Estado, Codigo Postal_____ Posicion Marital _____

Telefono (___) ___-____ Fecha de Nacimiento / /

Empleador (___) ___-____ Ocupacion_____

Cellular (___) ___-____ Posicion de Empleo FT PT Retired Not

Nombre del Empleador _____ Estudiante Not FT PT

Contacto de Emergencia: _____ Telefono (___) ___-____ Relacion: _____

eRX:
El Dr. Brown ahora envía directamente a las farmacias las recetas como la receta electrónica (eRx). La farmacia puede ser cualquiera de su elección.
Indique a continuación sus datos de farmacia seleccionada:

Nombre de farmacia_____Numero_____ Direccion_____

RECONOCIMIENTO: Se me ha informado de que no hay garantías en lo que respecta a la atención médica. Los médicos dan su mejor esfuerzo en función de su experiencia. Una segunda opinión de un médico de mi elección o el Dr. Brown es bienvenida. Nunca debe sentirse obligado a seguir un plan de tratamiento, pero sólo después de un conocimiento profundo de acuerdo en que la causa dada es capaz de eliminar con seguridad los resultados deseados. Hay momentos en los que el Dr. Brown puede sugerir el uso de un medicamento de una manera que no está pensado originalmente, pero en base a la experiencia del Dr. Brown y mi entendimiento; Siento que puede conseguir con seguridad el resultado deseado. Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas sobre mi tratamiento y animados a llamar si hay cualquier problema relacionado con medicamentos o cambios en la condición de la enfermedad. Soy responsable de todos los saldos posibles no pagados por el seguro, y para cualquier análisis de laboratorio debido a la co-seguro, deducibles, negaciones, o cualquier otro cargo. Si la factura se envía a una empresa de cobro entiendo que seré responsable de todos los gastos incurridos que son legales

_____ _____
Su Firma **Fecha**

Yo autorizo Leon E Brown MD a solicitar los beneficios en mi nombre por los servicios cubiertos prestado. Yo solicito el pago de mi compania de seguros que se hizo a Leon E Brown MD. En el caso de que mi seguro no paga por mis servicios, osi soy un paciente de auot pago, entiendo y acepto que soy responsable de mi ley en su totalidad. Yo certifico que la informacion que han informado con respecto a mi informacion, incluyendo informacion medica a la compania de serguros con el fin de determinar los beneficios al que tengo derecho.Esta authorizacion podra ser revocada por mi o mi compania de serguros encualquier momento, pero en caulquier caso expira un ano depues de las fecha de mi firma.

_____ _____
Su Firma **Fecha**

Todos los pagos Visita / Co -Pays son debidos antes de ver el Dr. Brown