

**Nora Medical Group**

Tel: (847) 674-1200

Fax: (847) 674-1332

[www.noramedicalgroup.com](http://www.noramedicalgroup.com)

6969 N. Lincoln Avenue

Lincolnwood, IL 60712

2800 N. Sheridan Rd. #510

Chicago, IL 60657

**What is the reason for today's visit/Motivo de su visita?**

Reviewed by \_\_\_\_\_, M.D.

**Please Print/ Complete la siguiente información**

Referred By/ Referido Por \_\_\_\_\_ Date/Fecha \_\_\_\_\_

Last Name/ Apellido \_\_\_\_\_ First Name/Primer Nombre \_\_\_\_\_

SS# \_\_\_\_\_ Date of Birth/Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ [ ] Male/Hombre [ ] Female/Mujer

Address/Dirección \_\_\_\_\_

City/Ciudad \_\_\_\_\_ State/Estado \_\_\_\_\_ Zip Code/Código Postal \_\_\_\_\_

Home Phone/ No. de casa \_\_\_\_\_ Mobile/Celular \_\_\_\_\_

Email address: \_\_\_\_\_

Marital Status/Estado Civil: [ ] Single/Soltero [ ] Married/Casado [ ] Divorced/Divorciado [ ] Widow/Viuda

Spouse Name/ Nombre del esposo(a) \_\_\_\_\_ Date of Birth/Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Your Employer Name/Nombre de su empleador \_\_\_\_\_ Tel# \_\_\_\_\_

Address/Dirección \_\_\_\_\_

Pharmacy / Farmacia: \_\_\_\_\_

Pharmacy Tel#/ # de Farmacia: \_\_\_\_\_ Pharmacy Fax/ # de Fax: \_\_\_\_\_

Insurance Co.Name/Nombre de Seguro \_\_\_\_\_

ID#/Número de Póliza \_\_\_\_\_ Group # ( #de Grupo) \_\_\_\_\_

Name of policy holder/Beneficiario: \_\_\_\_\_ Relation/Relación \_\_\_\_\_

SS# \_\_\_\_\_ Date of Birth/Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Secondary Insurance/Séguro Secundario \_\_\_\_\_

ID#/Número de Póliza \_\_\_\_\_ Group # (# de Grupo) \_\_\_\_\_

Name of policy holder/Beneficiario: \_\_\_\_\_ Relation/Relación \_\_\_\_\_

SS# \_\_\_\_\_ Date of Birth/Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

**In Case of an Emergency (Notify)/ En Caso de Emergencia Notificar A:**

Name/Nombre \_\_\_\_\_ Relation/Relación \_\_\_\_\_

Home Phone/ No. de casa \_\_\_\_\_ Cellular \_\_\_\_\_

**RACE-ETHNICITY/RAZA-GRUPO ÉTNICO**

**American Indian or Alaska Native:** A person having origins in any of the original peoples of North and South America (including Central America), and who maintains tribal affiliation or community attachment/**Nativo Americano o Nativo de Alaska:** Persona cuyos orígenes son de las gentes originarias del Norte y Sur América (incluyendo Centro-América) y que mantienen una afiliación a una comunidad indígena.

**Asian:** A person having origins in any of the original peoples of the Far East, Southeast Asia, or the Indian subcontinent including, for example, Cambodia, China, India, Japan, Korea, Malaysia, Pakistan, the Philippine Islands, Thailand, and Vietnam/**Asiático:** Persona cuyos orígenes son de las gentes del Lejano Oriente, Asia Suroriental o el subcontinente Indio, incluyendo por ejemplo, Camboya, China, India, Japón, Corea, Malasia, Pakistan, Las Islas Filipinas, Tailandia y Vietnam.

**Black or African American:** A person having origins in any of the black racial groups of Africa. **Afroamericano:** Persona cuyos orígenes son de los grupos raciales negros del África.

**Hispanic or Latino:** A person of Cuban, Mexican, Puerto Rican, South or Central American, or other Spanish culture or origin. The term, "Spanish origin" can be used in addition to "Hispanic or Latino."

**Hispano o Latíno:** Persona cuyos orígenes son de Cuba, México, Puerto Rico, Sur América o Centro América o de otra cultura de origen español. El término "de origen Español" puede ser usado además del término "Hispano o Latíno".

**Native Hawaiian or Other Pacific Islander:** A person having origins in any of the original peoples of Hawaii, Guam, Samoa, or other Pacific Islands/**Nativo Hawaiano o Isleño del Pacífico:** Persona cuyos orígenes son de las gentes de las islas de Hawai, Guam, Samoa o de otras islas del Pacífico.

**White:** A person having origins in any of the original peoples of Europe, the Middle East, or North Africa./**Blanco:** Persona cuyos orígenes son de las gentes de Europa, el Medio Oriente o del Norte de África.

PLEASE SELECT THE APPROPRIATE RACE-ETHNICITY/ POR FAVOR SELECCIONE EL GRUPO RACIAL O ÉTNICO APROPIADO

- American Indian or Alaska Native/Nativo Americano o Nativo de Alaska
- Asian/Asiático
- Black or African American/Afroamericano
- Hispanic or Latino/Hispano o Latino
- Native Hawaiian or Other Pacific Islander/Hawaino or Isleño del Pacífico
- White/Blanco
- Other/ Otro \_\_\_\_\_

Primary language/Lengua primaria \_\_\_\_\_

**PERSONAL HISTORY/ HISTORIA MÉDICA PERSONAL:**

**CURRENT MEDICATIONS/MEDICINAS:**

List all medications your taking now, including any vitamins, herbs, supplements, etc./ Escriba todas las medicinas que toma actualmente, incluyendo hierbas y medicinas sin prescripción medica.

---

---

---

**PAST MEDICAL CONDITIONS/ENFERMEDADES PREVIAS:**

Check your history of past medical conditions; if nothing applies check here [ ]

Marque su historia clínica médica ; Si no tiene ninguna o tuvo marque aqui [ ]

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Anemia                              | <input type="checkbox"/> Increased Cholestrol/Colesterol                                  |
| <input type="checkbox"/> Arthritis/Artritis                  | <input type="checkbox"/> Kidney problems/Problemas del Riñón                              |
| <input type="checkbox"/> Asthma/Asma                         | <input type="checkbox"/> Nervous Breakdown/Desequilibrio Nervioso                         |
| <input type="checkbox"/> Cancer/Tumor                        | <input type="checkbox"/> Stroke/ Derrame Cerebral   |
| <input type="checkbox"/> Diabetes                            | <input type="checkbox"/> Ulcers/ Úlceras  |
| <input type="checkbox"/> Heart Trouble/Problemas del Corazón | <input type="checkbox"/> Thyroid disease/ Enfermedades del Tiroides                       |
| <input type="checkbox"/> Hypertension/Hipertensión           | <input type="checkbox"/> Sexual transmitted diseases/ Enfermedades de transmission sexual |
| <input type="checkbox"/> Tuberculosis                        |   |

**SURGICAL HISTORY/ CIRUGIAS PREVIAS:**

Please list any surgeries you have had in the past/ Por favor escriba sus cirugías

---

---

---

**DERMATOLOGY/DERMATOLOGÍA**

Do you have any personal or family history of skin disorders/ Tiene historia personal o familiar de enfermedades de la piel?  No  Yes/Sí

If yes, which/ Si es así, cuales? \_\_\_\_\_

Do you have any skin lesions that you are concerned about/ Tiene lesiones en la piel que le preocupan?

No  Yes/Sí If yes, skin areas involved/Si es así, cuales areas de su cuerpo? \_\_\_\_\_

How long has the problem been present/ Cuanto tiempo ha tenido este problema? \_\_\_\_\_

**CHILDHOOD DISEASES/ENFERMEDADES DE LA INFANCIA:**

Check with childhood diseases you have had; If nothing applies check here [ ]; Por Favor marque las casilla apropiada que enfermedades tuvo de niño; Si no tuvo nada marque aqui [ ]

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Measles/Sarampión      | <input type="checkbox"/> Scarlet Fever/Fiebre escarlatina                 |
| <input type="checkbox"/> Mumps/Paperas          | <input type="checkbox"/> Whooping cough/Difteria                          |
| <input type="checkbox"/> Chicken Pox/Varicela   | <input type="checkbox"/> Infectious Mononucleosis/Mononuceosis infecciosa |
| <input type="checkbox"/> German Measles/Rubeola | <input type="checkbox"/> Rheumatic Fever/Fiebre Reumática                 |

**IMMUNIZATIONS/VACUNAS:**

- Polio
- Tetanus/Tétano
- Measles/Sarampión
- Mumps/Paperas
- Rubella/Rubeola
- Hepatitis A
- Hepatitis B
- Influenza
- Other \_\_\_\_\_

**SOCIAL HISTORY/ HISTORIA SOCIAL:**

**Please answer the following questions/ Conteste las preguntas:**

Are you allergic to any medications/ Tiene alergias?  Yes/Si  No

If yes, which ones/ Si es así, cuales? \_\_\_\_\_

Do you smoke cigarettes/Fuma cigarillos?  Yes/Si  No

If yes, how many packs/Si es así, cuantas cajetillas? \_\_\_\_\_

Do you drink alcohol/ Toma alcohol, cerveza, vino, etc.?  Yes/Si  No

If yes, is this a problem/ Si es así, es esto un problema? \_\_\_\_\_

Do you use (non-prescription) drugs/ Usa medicinas no prescritas por su médico?  Yes/Si  No

If yes, which ones/ Si es así, cuales? \_\_\_\_\_

Do you drink caffeine(coffee, tea and cola)/ Toma cafeína( té, café o soda)?  Yes/Si  No

If yes, how much per day/ Si es así, cuanto al dia? \_\_\_\_\_

Do you exercise regularly/Hace ejercicio regularmente?  Yes/Si  No

If yes, which exercises/Si es así, cuales? \_\_\_\_\_

Have you ever traveled outside of the USA/ Ha viajado fuera de los Estado Unidos?  Yes/Si  No

If yes, where & when/ Si es así, donde y cuando? \_\_\_\_\_

Have you ever had a blood transfusion/ Ha tenido transfusiones de sangre?  Yes/Si  No

If yes, where & when/ Si es así, donde y cuando? \_\_\_\_\_

What is your occupation/Cual es su ocupación? \_\_\_\_\_

**ADVANCE DIRECTIVES/LIMITES DEL ESFUERZO TERAPÉUTICO:**

**What kind of medical care would you want if you became very ill and couldn't communicate?/**

**Qué clase de cuidado médico desearía usted si llegara estar muy enfermo y no pudiera comunicarse?**

Do you have a living will/ Tiene usted una directriz sobre limitación del esfuerzo terapéutico?  Yes/Si  No

If yes, who has copies/ Si es así, quien tiene copias? \_\_\_\_\_

Do you have a durable power of attorney for health care? (Someone whom you appoint to make decisions for your health care if you are unable)/ Tiene usted una persona legalmente designada para tomar decisions medicas por usted?

Yes/Si  No

If yes, who is that person/ Si es asi, quien es? \_\_\_\_\_

Would you like more information about Advance Directives/ Quiere usted más información sobre limitación del esfuerzo terapéutico?  Yes/Si  No

**MEN/HOMBRES:**

Do you have pain or other problems with your penis or testicles/ Tiene dolor o problemas en el pene o los testículos?

**WOMEN/MUJERES:**

Have you had a mammogram( date and routine or diagnostic)/Se ha hecho mamograma( fecha, especifique la frecuencia-cada año? \_\_\_\_\_

Age period began/ Edad de su primera regal? \_\_\_\_\_

How often do your periods come/ Con que frecuencia ocurren sus periodos? \_\_\_\_\_

How many days does it last/ Cuantos dias le dura su regla? \_\_\_\_\_

Is the flow heavy/ Es su flujo abundante durante la regal? \_\_\_\_\_

Do you spot or bleed after intercourse/ Sangra después de la relación sexual? \_\_\_\_\_

Do you bleed between periods/ Sangrado en medio de los periodos? \_\_\_\_\_

Do you have a vaginal discharge or itch/ Tiene flujo vaginal o comezón? \_\_\_\_\_

No. of pregnancies/ Número de embarazos? \_\_\_\_\_

No. of miscarriages/ Número de abortos provocados? \_\_\_\_\_

No. of therapeutic abortions/ Número de abortos no provocados o embarazos? \_\_\_\_\_

Type of birth control used now/ Clase de anticonceptivo que usa? \_\_\_\_\_

Date of last period/ Fecha de la última regal? \_\_\_\_\_

Date of last pap/ Fecha de la última citología vaginal-pap? \_\_\_\_\_

**FAMILY HISTORIA/ HISTORIA FAMILIAR:**

Has any blood relative ever had/Algun familiar ha tenido?

Circle and indicate which relative/ Encierre en un círculo y diga quien

[ ] Anemia \_\_\_\_\_

[ ] High cholesterol/cholesterol alto \_\_\_\_\_

[ ] Arthritis/Artritis \_\_\_\_\_

[ ] Hypertension/ Hipertensión o presión alta \_\_\_\_\_

[ ] Asthma/Asma \_\_\_\_\_

[ ] Kidney or Bladder probs/ Problemas del riñón \_\_\_\_\_

[ ] Cancer/Tumor \_\_\_\_\_

[ ] Nervous Breakdown/ Desequilibrio Nervioso \_\_\_\_\_

[ ] Diabetes \_\_\_\_\_

[ ] Stroke/ Derrame Cerebral \_\_\_\_\_

[ ] Epilepsy/Epilepsia \_\_\_\_\_

[ ] TB/Tuberculosis \_\_\_\_\_

[ ] Gout/Gota \_\_\_\_\_

[ ] Thyroid disease/ Tiroides \_\_\_\_\_

[ ] Heart Trouble/ Problemas del corazón \_\_\_\_\_

[ ] Ulcers/ Úlceras \_\_\_\_\_

[ ] Other \_\_\_\_\_

**REVIEW OF SYSTEMS/ REVISIÓN DE SISTEMAS:**

|  |                              |                             |   |
|--|------------------------------|-----------------------------|---|
| Chills/ Escalofrios  | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Current/ Actualmente |
| Fatigue/ Fatiga  | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Current/ Actualmente |
| Fever/ Fiebre  | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Current/ Actualmente |
| Weight loss or gain/ Pérdida o ganancia de peso              | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Current/ Actualmente |
| Joint aches/Dolores en las articulaciones                    | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Current/ Actualmente |
| Muscle aches/ Dolores en los músculos                        | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Current/ Actualmente |
| Headache/ Dolores de cabeza                                  | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Current/ Actualmente |
| Passing out/ Desmayos  | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Current/ Actualmente |
| Weakness/ Debilidad  | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Current/ Actualmente |
| Numbness, tingling/ Hormigueo o adormecimiento               | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Current/ Actualmente |
| Eye pain or pressure/ Dolor en los ojos                      | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Current/ Actualmente |
| Vision changes/ Cambios visuales                             | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Current/ Actualmente |
| Tearing/ Lagrimeo  | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Current/ Actualmente |
| Light intolerance/ Intolerancia de la luz                    | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Current/ Actualmente |
| Hearing loss/ Perdida de la audición                         | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Current/ Actualmente |
| Ear noises/ Zumbidos en los oídos                            | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Current/ Actualmente |
| Dizziness/ Mareo   | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Current/ Actualmente |
| Lightheadedness/ Pesadez en la cabeza                        | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Current/ Actualmente |
| Nasal congestion/ Congestión nasal                           | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Current/ Actualmente |
| Sinus pressure or pain/ Presión o dolor en los senos nasales | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Current/ Actualmente |
| Post nasal drip/ Goteo nasal                                 | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Current/ Actualmente |
| Hoarseness/ Ronquera   | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Current/ Actualmente |
| Snoring/ Apnea-Ronquidos                                     | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Current/ Actualmente |
| Throat clearing/ Carraspera en la garganta                   | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Current/ Actualmente |
| Throat pain/ Dolor de garganta                               | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Current/ Actualmente |
| Sneezing/ Estornudadera                                      | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Current/ Actualmente |
| Cough/ Tos   | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Current/ Actualmente |
| Coughing blood/ Tos con sangre                               | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Current/ Actualmente |
| Wheezing/ Sibilancias en el pecho                            | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Current/ Actualmente |
| Shortness of breath/ Dificultad para respirar                | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Current/ Actualmente |
| Chest pain/ Dolor del pecho                                  | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Current/ Actualmente |
| Palpitations/ Palpitaciones                                  | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Current/ Actualmente |
| Faintness/ Desmayos  | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Current/ Actualmente |
| Ankle swelling/ Hinchazón de los tobillos                    | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Current/ Actualmente |
| Changes in appetite/ Cambios en el apetito                   | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Current/ Actualmente |
| Difficulty swallowing/ Dificultad para tragar                | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Current/ Actualmente |
| Heartburn/ Agrieras  | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Current/ Actualmente |
| Abdominal pain/ Dolor abdominal                              | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Current/ Actualmente |
| Nausea-vomiting/ Nausea-vómito                               | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Current/ Actualmente |
| Bowel irregularity/ Irregularidad fecal                      | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Current/ Actualmente |
| Rectal bleeding/ Sangrado rectal                             | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Current/ Actualmente |
| Frequent urination/ orina con demasiada frecuencia           | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Current/ Actualmente |
| Painful urination/ dolor al orinar                           | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Current/ Actualmente |
| Blood in urine/ orina con sangre                             | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Current/ Actualmente |
| Incontinence/ incontinencia                                  | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Current/ Actualmente |
| Pelvic pain/ Dolor pélvico                                   | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Current/ Actualmente |

CONTINUED...

|   |         |        |                          |
|---|---------|--------|--------------------------|
| Swollen glands/ glándulas inflamadas                      | [ ] Yes | [ ] No | [ ] Current/ Actualmente |
| Night sweats/ Sudores nocturnes                           | [ ] Yes | [ ] No | [ ] Current/ Actualmente |
| Bleeding problems/ Sangrados                              | [ ] Yes | [ ] No | [ ] Current/ Actualmente |
| Easy bruising/ Moretones en la piel                       | [ ] Yes | [ ] No | [ ] Current/ Actualmente |
| Feel warmer than others/ Se siente mas caliente que otros | [ ] Yes | [ ] No | [ ] Current/ Actualmente |
| Feel cooler than others/ Se siente mas fria que otros     | [ ] Yes | [ ] No | [ ] Current/ Actualmente |
| Rash/ Sarpullido  | [ ] Yes | [ ] No | [ ] Current/ Actualmente |
| Hives/ Urticaria  | [ ] Yes | [ ] No | [ ] Current/ Actualmente |
| Itching/ Comezón  | [ ] Yes | [ ] No | [ ] Current/ Actualmente |
| Skin or hair changes/ Cambios en la piel o el cabello     | [ ] Yes | [ ] No | [ ] Current/ Actualmente |
| Depression/ Depresión                                     | [ ] Yes | [ ] No | [ ] Current/ Actualmente |
| Anxiety or panic/ Ansiedad o pánico                       | [ ] Yes | [ ] No | [ ] Current/ Actualmente |

**PLEASE READ:**

All charges are due at the time of service. If hospitalization occurs, all professional services are charged to the patient and necessary forms will be completed to help expedite insurance carrier to pay the charges. However, the patient is responsible for all fees regardless of insurance. It is customary to pay for services when rendered unless other arrangements have been made in advance with our office bookkeeper.

I understand that it is my responsibility as the patient to call the office two weeks after the date of service to obtain my test results.

**POR FAVOR LEA:**

Todos los cargos se harán a la hora de la atención. Si ocurre hospitalización todos los servicios profesionales serán cargados al paciente y las respectivas formas serán completadas para facilitar a la compañía aseguradora el pago de los cargos. Sin embargo, el paciente es responsable por todos los cargos independientemente del seguro. Es costumbre pagar los servicios ofrecidos, a menos que se haya hecho otro tipo de arreglo con nuestras oficinas.

Entiendo que es (mi) responsabilidad como paciente, llamar a la oficina Nora Medical para pedir mis resultados de laboratorio dos semanas después del servicio prestado.

**INSURANCE AUTHORIZATION AND ASSIGNMENT**

I hereby authorize Nora Medical Group to furnish information to my insurance carrier concerning my illness and treatments and I hereby assign to the physician(s) all payments for medical services rendered to myself or dependants, I understand that I am responsible for any amount not covered by my insurance company.

**AUTORIZACION DEL SEGURO Y ATENCION**

Yo autorizo a Nora Medical Group brindar toda la información necesaria a mi compañía de seguros, respecto a mis problemas médicos. Yo, autorizo a (mi) doctor todo el pago por los servicios recibidos para mí y mis dependientes y entiendo que soy responsable por cualquier cantidad de dinero que mi compañía de seguro no cubra.

Signature/ Firma: \_\_\_\_\_ Date/ Fecha: \_\_\_\_\_