

# GARY BEHRMANN, MD

1172 E. 100 N. #2 Payson UT. 84651

PHONE: (801)-465-4877

## FAMILY INFORMATION – INFORMACION DE FAMILIA

(FOR ALL PATIENTS) PLEASE USE FULL NAMES – (PARA TODO LOS PACIENTES) USES NOMBRES ENTEROS

FATHER'S FULL NAME/NOMBRE DE PADRE \_\_\_\_\_ Date of Birth: \_\_\_\_\_ Social Security #: \_\_\_\_\_  
*Fecha De Nacimiento* *Numero De Seguro Social*

MOTHER'S FULL NAME/NOMBRE DE MADRE \_\_\_\_\_ Date of Birth: \_\_\_\_\_ Social Security #: \_\_\_\_\_  
*Fecha De Nacimiento* *Numero De Seguro Social*

Mailing Address: \_\_\_\_\_ City: \_\_\_\_\_ State: \_\_\_\_\_ Zip: \_\_\_\_\_  
*Direccion* *Ciudad* *Estado* *Codigo Postal*

Home Phone: \_\_\_\_\_ Mobile Phone (Dad): \_\_\_\_\_ Mobile Phone (Mom): \_\_\_\_\_  
*Numero Telefonico* *Numero Celular (de Padre)* *Numero Celular (de Madre)*

Father's Employer: \_\_\_\_\_ Mother's Employer: \_\_\_\_\_  
*Empleo De Padre* *Empleo De Madre*

Email: \_\_\_\_\_ Preferred language: \_\_\_\_\_  
*Correo Electronico* *Lenguaje Preferido*

## CHILDREN INFORMATION – INFORMACION DE NIÑOS

(OUR CLINIC PARTICIPATES IN SEVERAL STATE AND FEDERAL PROGRAMS WHICH REQUIRE DATA ON RACE AND ETHNICITY)  
(NUESTRA OFICINA PARTICIPA EN DIFERENTES PROGRAMAS DE ESTADO Y FEDERAL QUE REQUIERE INFORMACION DE RAZA Y ETNICIDAD)

1. Child's Full Name: \_\_\_\_\_ Date of Birth: \_\_\_\_\_ Nickname: \_\_\_\_\_  
*Nombre Entero De Nino* *Fecha De Nacimiento* *Apodo*

Sex:  Male,  Female; Race:  Am Indian,  Asian,  Black or African American,  Hispanic,  White,  Other; Ethnicity:  Hispanic or Latino,  Other  
*Sexo* *Raza* *Etnicidad*

2. Child's Full Name: \_\_\_\_\_ Date of Birth: \_\_\_\_\_ Nickname: \_\_\_\_\_  
*Nombre Entero De Nino* *Fecha De Nacimiento* *Apodo*

Sex:  Male,  Female; Race:  Am Indian,  Asian,  Black or African American,  Hispanic,  White,  Other; Ethnicity:  Hispanic or Latino,  Other  
*Sexo* *Raza* *Etnicidad*

3. Child's Full Name: \_\_\_\_\_ Date of Birth: \_\_\_\_\_ Nickname: \_\_\_\_\_  
*Nombre Entero De Nino* *Fecha De Nacimiento* *Apodo*

Sex:  Male,  Female; Race:  Am Indian,  Asian,  Black or African American,  Hispanic,  White,  Other; Ethnicity:  Hispanic or Latino,  Other  
*Sexo* *Raza* *Etnicidad*

4. Child's Full Name: \_\_\_\_\_ Date of Birth: \_\_\_\_\_ Nickname: \_\_\_\_\_  
*Nombre Entero De Nino* *Fecha De Nacimiento* *Apodo*

Sex:  Male,  Female; Race:  Am Indian,  Asian,  Black or African American,  Hispanic,  White,  Other; Ethnicity:  Hispanic or Latino,  Other  
*Sexo* *Raza* *Etnicidad*

5. Child's Full Name: \_\_\_\_\_ Date of Birth: \_\_\_\_\_ Nickname: \_\_\_\_\_  
*Nombre Entero De Nino* *Fecha De Nacimiento* *Apodo*

Sex:  Male,  Female; Race:  Am Indian,  Asian,  Black or African American,  Hispanic,  White,  Other; Ethnicity:  Hispanic or Latino,  Other  
*Sexo* *Raza* *Etnicidad*

PRIMARY INSURANCE – ASEGURANCA PRIMARIA	SECONDARY INSURANCE – ASEGURANCA SECUNDARIO
Insurance Company: _____ <i>Compania De Aseguranca</i>	Insurance Company: _____ <i>Compania De Aseguranca</i>
Policy Holder: _____ <i>Titular De La Poliza</i>	Policy Holder: _____ <i>Titular De La Poliza</i>
Home Address: _____ <i>Direccion De Casa</i>	Home Address: _____ <i>Direccion De Casa</i>
City: _____ State: _____ Zip: _____ <i>Ciudad</i> <i>Estado</i> <i>Codigo Postal</i>	City: _____ State: _____ Zip: _____ <i>Ciudad</i> <i>Estado</i> <i>Codigo Postal</i>
DOB: _____ Relationship to patient: _____ <i>Fecha De Nacimiento</i> <i>Relacion Al Paciente</i>	DOB: _____ Relationship to patient: _____ <i>Fecha De Nacimiento</i> <i>Relacion Al Paciente</i>

## EMERGENCY CONTACT – CONTACTO DE EMERGENCIA

(THIS PERSON SHOULD LIVE IN THE SAME STATE, BUT NOT IN THE SAME HOUSEHOLD)

(ESTA PERSONA DEBE DE VIVIR EN EL MISMO ESTADO, PERO NO EN LA MISMA CASA)

Name: \_\_\_\_\_ Phone: \_\_\_\_\_ Relationship: \_\_\_\_\_  
*Nombre* *Telefono* *Relacion*

Name: \_\_\_\_\_ Phone: \_\_\_\_\_ Relationship: \_\_\_\_\_  
*Nombre* *Telefono* *Relacion*

# GARY BEHRMANN, MD

1172 E. 100 N. #2 Payson UT. 84651

PHONE: (801)-465-4877

## MEDICAL INFORMATION RELEASE – INFORMACIÓN MÉDICA

I acknowledge that I have been provided a copy of the NOTICE OF PRIVACY PRACTICES of Dr. Behrmann, Pediatrics and that they may release all or portions of my, or, my dependent's medical record to me, and to people or companies responsible to pay the charges for services rendered, such as my insurance or health benefits companies, or worker's compensation carriers. I further acknowledge that Dr. Behrmann, Pediatrics may disclose patient information to referring or treating health care providers, and for payment and health care operations. I hereby authorize Dr. Behrmann, Pediatrics to obtain medical information from other health care entities and providers, including but not limited to, copies of lab results, diagnostic test reports, films/images, and other clinic information deemed necessary by Dr. Behrmann, Pediatrics. I understand that I may inspect my, or my dependent's protected health information, request more information, and revoke this authorization, as permitted by the federal privacy regulations and in accordance with Dr. Behrmann, Pediatrics privacy policy, except to the extent they have already used or disclosed my protected health information based on my original request.

*Reconozco que se me ha proporcionado una copia de la NOTIFICACIÓN DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD de Dr. Behrmann, Pediatrics y que puedan liberar todo o parte de mi, o la historia clínica de mi dependiente para mí, y para las personas o empresas responsables de pagar el cargo por servicios prestados, como mi seguro o compañías de beneficios de salud, o portadores de compensación al trabajador. También reconozco que el Dr. Behrmann, Pediatrics puede divulgar la información del paciente para el tratamiento de referencia o los proveedores de atención de salud, y para las operaciones de pago y atención médica. Por la presente autorizo al Dr. Behrmann, Pediatrics para obtener información médica de otras entidades y probadores de salud, incluyendo pero no limitado a, las copias de los resultados de laboratorio, informes de pruebas diagnósticas, las películas / imágenes, y otra información clínica se considera necesario por el Dr. Behrmann, Pediatrics. Entiendo que puedo inspeccionar mi, o la información de salud protegida de mi cargo, solicito más información y revoco esta autorización, según lo permitido por las regulaciones federales de privacidad y de acuerdo con el Dr. Behrmann, Pediatrics política de confidencialidad, salvo en la medida en la que tienen ya utilizada o revelada mi información protegida de la salud sobre la base de mi solicitud original.*

Patient (if 18 years or older)/Legal Guardian Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_  
*Paciente (si tiene 18 años o más) / Tutor Legal Firma Fecha*

## CONSENT FOR TREATMENT – CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO

I hereby consent to any medical treatment, diagnostic test, laboratory or other procedure, which the physician(s) or other health care provider(s) of Dr. Behrmann, Pediatrics may consider or advise in my treatment, or in treatment of my dependent. This agreement will remain in effect until I choose to revoke it in writing.

*Doy mi consentimiento a cualquier tratamiento médico, procedimiento de prueba de diagnóstico, de laboratorio o de otro tipo, que el médico (s) u otro proveedor de atención médica (s) del Dr. Behrmann, Pediatrics pueden considerar o asesorar en mi tratamiento, o en el tratamiento de mis dependientes. Este acuerdo se mantendrá en efecto hasta que yo decida revocarla por escrito.*

Patient (if 18 years or older)/Legal Guardian Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_  
*Paciente (si tiene 18 años o más) / Tutor Legal Firma Fecha*

## CREDIT AND FINANCE CHARGE POLICY AND AGREEMENT – CRÉDITO Y FINANZAS POLÍTICA DE RESPONSABILIDAD Y ACUERDO

I agree to be financially responsible for costs incurred in my, or my dependent's care. I understand that charges for services provided shall be paid for at the time of each visit. If medical claims are submitted to an insurance company by Dr. Behrmann, Pediatrics on my behalf, I understand that the co-payment or deductible is due at the time care is rendered. I hereby authorize any benefits due me to be paid directly to Dr. Behrmann, Pediatrics. I understand and agree that I am financially responsible for all deductible amounts, co-insurance, non-covered services or services deemed and "non-medically necessary" by my third party insurance carrier. I agree that I am responsible for satisfying any conditions necessary for insurance or health benefits.

A finance charge (1.5% per month/APR 18%) will be added to any amount for which payment has not been received with **30 days** from the date of the statement on which the amount first appears. I hereby agree to pay a service charge of \$20.00 for each check or other instrument tendered by me but returned to this facility. In the event any amounts are referred to a third party debt collection agency, I agree that in addition to any other amounts allowed by law (interest, court costs, attorney's fees, etc.) I will also be responsible for a collection fee of up to 40% of the principle amount owing as allowed by Utah Code Annotated section 12-1-11. The terms of this paragraph shall apply to all amounts incurred by me or by any individual for whom I have legal responsibility whether such amounts are incurred today or after today.

In consideration for medical services rendered, I acknowledge that I have received notice of Dr. Behrmann, Pediatrics financial policy and agree to pay for said medical services according to such terms.

*Estoy de acuerdo en ser financieramente responsable de los gastos incurridos en mi, o el cuidado de mi dependiente. Yo entiendo que los cargos por los servicios prestados se pagarán en el momento de cada visita. Si los reclamos médicos se someten a una compañía de seguros por el Dr. Behrmann, Pediatrics en mi nombre, yo entiendo que el co-pago o deducible es debido en el momento de proporcionar la atención. Por la presente autorizo a cualquier beneficio por mí que se pagarán directamente al Dr. Behrmann, Pediatrics. Entiendo y acepto que soy financieramente responsable de todos los montos deducibles, co-seguros, servicios no cubiertos o servicios considerados y "no médicamente necesario" por mi tercera compañía de seguros de fiesta. Estoy de acuerdo que soy responsable de satisfacer todas las condiciones necesarias para el seguro o beneficios para la salud.*

*A cargo financiero (1,5% mensual / ABR 18%) se añadió a una cantidad cuyo pago no ha sido recibido con 30 días a partir de la fecha del estado de cuenta donde aparece por primera vez la cantidad. Yo estoy de acuerdo a pagar un cargo de servicio de \$ 20.00 por cada cheque u otro instrumento entregado por mí, pero regresó a esta instalación. En el caso de las cantidades se refieren a una agencia de cobro de deudas del partido, estoy de acuerdo en que, además de cualesquiera otras cantidades permitidas por la ley (intereses, costas judiciales, honorarios de abogados, etc) También voy a ser responsable de una comisión de cobro de hasta al 40% de la cantidad de principio a causa de lo permitido por la sección de Utah anotado Código 12-1-11. Los términos de este párrafo se aplicará a todos los importes causados por mí o por cualquier persona por quien siento la responsabilidad legal si esas cantidades se hayan gastado hoy o después de hoy.*

*En contraprestación por los servicios médicos prestados, reconozco que he recibido una notificación del Dr. Behrmann, la política financiera Pediatrics y estoy de acuerdo en pagar por dichos servicios médicos de acuerdo con sus términos.*

Patient (if 18 years or older)/Legal Guardian Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_  
*Paciente (si tiene 18 años o más) / Tutor Legal Firma Fecha*

**GARY BEHRMANN, MD**

1172 E. 100 N. #2 Payson UT. 84651

PHONE: (801)-465-4877

**PATIENT NAME:** \_\_\_\_\_

*NOBRE DEL PACIENTE*

**MEDICAL HISTORY – HISTORIA MEDICAL**

TYPE OF DELIVERY: \_\_\_\_\_ BABY'S WEIGHT: \_\_\_\_\_ HEIGHT: \_\_\_\_\_

*TIPODE ENTREGA*

*PESO DEL BEBE*

*ALFURA DEL BEBE*

★ **EARLY CHILDHOOD PROBLEMS (SUCH AS DEVELOPMENT, BIRTH DEFECTS, OR HEREDITARY DISORDERS)**

*PROBLEMAS DE INTANCIA (COMO PROBLEMAS DEL DESARIDLO, DEFECTOS DE MACIMICNTO, O TRASTORNOS HEREDITARIOS)*

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

★ **PLEASE LIST MAIN MEDICAL ILLNESSES CURRENTLY BEING TREATED AND DURATIONS OF EACH ILLNESS:**

*POR FAVOR DE LISTA PRINCIPAL DE ENFERMEDADES MEDICAS ACTUALMENTE EN TRATAMIENTO Y DURACION DE CADA ENFERMEDAD*

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

★ **PLEASE LIST ALL SURGERIES AND DATES:**

*POR FAVOR DE LISTA DE TODAS LAS SUREGIAS Y FECHAS*

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

★ **PLEASE LIST ALL MAJOR TRAUMA ACCIDENTS:**

*POR FAVOR DE LISTA DE TODAS LAS ACCIDENTES DE RAUMA MAGORES*

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

★ **PLEASE LIST ALL CURRENT MEDICATIONS AND DOSAGES:**

*POR FAVOR DE LISTA DE TODOS LAS MEDICAMENTOS CORIENTES Y DOSIS*

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

★ **PLEASE LIST ANY ALLERGIES TO MEDICATIONS:**

*POR FAVOR ENUMERE ALGUNA ALERGIAS A MEDICAMENTOS*

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**FAMILY HISTORY – HISTORIA FAMILIAR**

PLEASE CHECK ANY HEREDITARY OR CHRONIC MEDICAL PROBLEM THAT NAY OF YOUR FAMILY MEMBERS OR EXTENDED FAMILY MEMBERS HAVE:

*POR FAVOR CHEQUE CUALQUIER HEREDITARIO O PROBLEMAS MEDICOS CRONICOS DE CUALQUIER PERSONA EN SU FAMILIA O FAMILIA EXTENDIDA:*

	MOM	DAD	SIBLING	OTHER	NONE		MOM	DAD	SIBLING	OTHER	NONE
	MADRE	PADRE	HERMANO	OTRO	NINGUNO		MADRE	PADRE	HERMANO	OTRO	NINGUNO
ASTHMA <i>ASMA</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	MENTAL ILLNESS <i>ENFERMEDAD MENTAL</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>
BLEEDING DISORDERS <i>TRASTORNOS DE LA COAGULACION</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	SEIZURES <i>CONVULSIONES</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>
CANCER	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	GLAUCOMA <i>TENGAN/TIENEN</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>
DIABETES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	HYPERTENSION <i>HIPERTENSION</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>
DRUG/ALCOHOL ADDICTION <i>ADICCION DE DROGA O ALCOL</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	STROKE <i>ACCIDENTE CEREBROVASCULAR</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>
HEART DISEASE <i>ENTERMEDAD DEL CORAZON</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	APNEA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>