



Phone: 954-989-9998  
fax: 954-989-9979

www.floridaurogyn.com  
info@floridaurogyn.com

4340 Sheridan Street, Suite 201  
Hollywood, Florida 33021

## Please Print:

First Name / Nombre: \_\_\_\_\_ Last Name / Apellidos: \_\_\_\_\_

Address / Dirección: \_\_\_\_\_ Apt. No: \_\_\_\_\_

City /Ciudad: \_\_\_\_\_ State /Estado: \_\_\_\_\_ Zip Code /Código postal: \_\_\_\_\_

Home # / Casa nº: \_\_\_\_\_ Work # / Nº de trabajo: \_\_\_\_\_

Employer/Empleador \_\_\_\_\_ Occupation /Ocupación \_\_\_\_\_

D.O.B/Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ SSN/Número de Social.: \_\_\_\_\_

**\*Please provide a valid Email and Mobile number so we may send follow-up appointment confirmations. \***

Cell No.: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

Emergency Contact Name / Nombre de emergencia: \_\_\_\_\_

Emergency Contact Phone Number /Teléfono de emergencia: \_\_\_\_\_

Emergency Contact Relation /Relación contacto emergencia:

Spouse /Esposo

Child /Hijo

Parent /Padres

Friend /Amigo

Other /Otros

Pharmacy Name & Location/Nombre de la farmacia y ubicación: \_\_\_\_\_

Pharmacy Phone Number/Número de teléfono de Farmacia: \_\_\_\_\_

Patient Name / Nombre: \_\_\_\_\_ Date / Fecha: \_\_\_\_\_

### Physician History/Historial médico :

Primary care Physician/Médico de atención primaria : \_\_\_\_\_

Address/Dirección : \_\_\_\_\_

Phone/Teléfono : \_\_\_\_\_ Fax : \_\_\_\_\_

Referring Physician/Referir a médico : \_\_\_\_\_

Address/Dirección: \_\_\_\_\_

Phone/Teléfono: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

### Payment Authorization/Autorización de pago:

I hereby authorize **Jennifer Pollak, MD PA**, to release any information acquired in the course of my treatment necessary to process insurance claims.

Autorizo a **Jennifer Pollak, MD, PA**, para liberar cualquier información adquirida en el curso de mi tratamiento es necesario para procesar reclamaciones de seguros.

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



Phone: 954-989-9998  
fax: 954-989-9979

www.floridaurogyn.com  
info@floridaurogyn.com

4340 Sheridan Street, Suite 201  
Hollywood, Florida 33021

**\*\*\*Please write in English / Por favor escribe en ingles\*\*\***

**Which Problems would you like addressed at the Florida Center for Urogynecology?**

**¿Qué problemas usted cómo abordar en el centro de Florida para Uroginecología?**

---

---

---

---

**Please list all current medications and dosages if known or attach a list.**

**Por favor una lista de todos los actuales medicamentos y dosis si se conoce o adjuntar una lista.**

---

---

---

---

**Please list all previous surgeries. /Por favor una lista de todas las cirugías anteriores.**

---

---

---

---

**Please list all allergies. /Por favor una lista de todas las alergias.**

---

---

---

**Please list any chronic medical problems. /Por favor una lista de cualquier problema médico crónico:**

---

---

---

---

## Receipt of notice of privacy practices written acknowledgement form

I, \_\_\_\_\_, have reviewed/received a copy of

**JENNIFER T. POLLAK, MD PA's** Notice of Privacy Practices.

## Recibo de la notificación de prácticas de privacidad reconocimiento escrito

\_\_\_\_\_, He revisado/recibido una copia de

**JENNIFER T. POLLAK, MD PA's** Aviso de privacidad.

\_\_\_\_\_  
Signature /Firma

\_\_\_\_\_  
Date/Fecha

---

### Office Use Only/Usó de oficina solamente

I attempted to obtain the patient's signature in acknowledgment on this Notice of Privacy Practices Acknowledgement, but was unable to do so as documents below:

Trató de obtener la firma del paciente en el reconocimiento de este aviso de privacidad prácticas de reconocimiento, pero no pudo hacerlo como documentos a continuación:

Date/Fecha: \_\_\_\_\_

Initials/Iniciales: \_\_\_\_\_

Reason/Razón: \_\_\_\_\_



Florida Center for  
Urogynecology

Phone: 954-989-9998  
fax: 954-989-9979

www.floridaurogyn.com  
info@floridaurogyn.com

4340 Sheridan Street, Suite 201  
Hollywood, Florida 33021

Patient's Name: \_\_\_\_\_

I hereby instruct and direct \_\_\_\_\_ insurance company to pay by check made out and mailed to:

**Jennifer T. Pollak, MD PA  
4340 Sheridan St. Suite 201  
Hollywood, FL. 33021**

I hereby authorize payment of Medical and/or Surgical benefits to proceed directly to Jennifer Pollak, MD PA, and all associated physicians who may take care of me. I understand I am responsible for any co-payments, non-covered services and any balances my Medicare and/or Insurance does not cover. In the event I do not meet my obligations I will be responsible for collection cost if any, including legal fees and allowed interest.

If my current policy prohibits direct payment to doctor, I hereby also instruct and direct you to make out the check to me and mail it as follows: same as above.

For the professional or medical expense benefits allowable, and otherwise payable to me under my current insurance policy as payment towards the total charges for the professional services rendered **THIS IS A DIRECT ASSIGNMENT OF MY RIGHTS AND BENEFITS UNDER THIS POLICY.**

This payment will not exceed my indebtedness to the above-mentioned assignee, and I have agreed to pay, in a current manner, any balance of said professional service charges over and above this insurance payment. A photocopy of this assignment shall be considered as effective and valid as the original.

I also authorize the release of any information pertinent to my case to any insurance company, adjusted, or attorney involved in this case. I authorize doctor to initiate a complaint to the insurance company for any reason on my behalf.

Signature: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_



Phone: 954-989-9998  
fax: 954-989-9979

www.floridaurogyn.com  
info@floridaurogyn.com

4340 Sheridan Street, Suite 201  
Hollywood, Florida 33021

**Nombre del paciente:** \_\_\_\_\_

Por este medio instruir y dirigir \_\_\_\_\_ aseguradora a pagar con un cheque hecho y enviado por correo a:

**Jennifer T. Pollak, MD PA  
4340 Sheridan St. Suite 201  
Hollywood, FL 33021.**

Por la presente autorizo el pago de beneficios médicos y/o quirúrgicos para proceder directamente a Jennifer Pollak, MD, PA, y todos los asociados médicos que pueden cuidar de mí. Entiendo que soy responsable de cualquier copagos, servicios no cubiertos y cualquier saldo mi Medicare o el seguro no cubre. En caso de que no cumplen con mis obligaciones será responsable de la colección de costos si los hay, incluyendo honorarios legales y permitieron interés.

Si mi póliza actual prohíbe pago directo al médico, por este medio también instruir y directo que haga el cheque a mi correo como sigue: iguales que arriba.

Para los gastos médicos o profesionales benefician de pago permitido y si no me bajo mi póliza actual como pago a los gastos totales de los servicios profesionales prestados

**Este es un directo asignación de mis derechos y beneficios bajo esta política.**

Este pago no excederá de mi deuda al cesionario antes mencionado, y he accedido a pagar, de una manera actual, cualquier saldo de dicho profesionales cargos de servicio por encima de este pago del seguro. Una fotocopia de esta asignación se considerará como eficaz y válida como la original.

También autorizo la liberación de la información pertinente a mi caso para cualquier compañía de seguros, ajustar, o un abogado involucrado en este caso. Autorizo a médico para iniciar una denuncia a la aseguradora por cualquier motivo en mi nombre.

**Firma:** \_\_\_\_\_

**Fecha:** \_\_\_\_\_



Phone: 954-989-9998  
fax: 954-989-9979

www.floridaurogyn.com  
info@floridaurogyn.com

4340 Sheridan Street, Suite 201  
Hollywood, Florida 33021

**PATIENT AUTHORIZATION FOR USE AND DISCLOSURES OF PROTECTED HEALTH INFORMATION TO THIRD PARTIES**

**Florida Center for Urogynecology**

**Section A: Must be completed for all authorizations**

I hereby authorize the use of disclosure of my individually health information as described below. I understand that this authorization is voluntary. I understand that if the organization authorized to receive the information is not a health plan or health care provider; the released information may no longer be protected by federal privacy regulations.

Please list any relative/friend whom we can release any medical information, if they were to call regarding your care.

Patient Name: \_\_\_\_\_

Please list the name and relation of the person(s) whom you authorize us to release any information:

Name \_\_\_\_\_ Phone Number: \_\_\_\_\_

Name \_\_\_\_\_ Phone Number: \_\_\_\_\_

Name \_\_\_\_\_ Phone Number: \_\_\_\_\_

**Please note by signing this authorization you are giving us consent to release your medical information.**

\_\_\_\_\_

Signature of Patient or Patient Representative

\_\_\_\_\_

Date

**PACIENTE AUTORIZACIÓN PARA EL USO Y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN PROTEGIDA DE SALUD A TERCEROS**

**Florida centro de Uroginecología**

**Sección A: debe completarse para todas las autorizaciones**

Por la presente autorizo el uso de la divulgación de mi información de salud individualmente como se describe a continuación. Entiendo que esta autorización es voluntaria. Entiendo que si la organización autorizada para recibir la información no es un plan de salud o proveedor de atención médica; la información liberada ya no puede estar protegida por las regulaciones federales de privacidad.

Por favor indique a cualquier familiar/amigo a quien podemos liberar cualquier información médica, si se tratara de llamar tu atención.

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Por favor indique el nombre y la relación de la persona que usted nos autoriza a divulgar cualquier información:

Nombre \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

**Atención: al firmar esta autorización nos está dando consentimiento a usted dar su información médica.**

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente o representante del paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha



## Appointment Cancellation Policy

At the **Florida Center for Urogynecology** we pride ourselves with providing specialized treatments and high quality care to our patients. There are just a few **well-trained, board-certified subspecialists** in our area providing care to this large population. With this in mind, many patients are waiting for appointments and treatments. We ask that you keep this in mind.

**Our office will call you 3 Days prior to your appointment, if we are unable to reach you we will follow up with a texted message. If you do not call or text back to confirm your appointment it will automatically be cancelled.**

Please give us, and other patients who are waiting for appointments, the courtesy to contact our office at least **48 hours** prior to your appointments if you need to cancel or reschedule. If you do not contact us, you will be subject to a **\$100** charge and we will cancel any future appointments that are scheduled for you.

**Thank you for your understanding and we look forward to providing you with comprehensive pelvic floor care.**

**Signature:** \_\_\_\_\_ **Date:** \_\_\_\_\_

## Política de cancelación de cita

En el **Centro de Florida para Uroginecología** nos enorgullecemos de proporcionar tratamientos especializados y atención de alta calidad a nuestros pacientes. **Hay pocos subespecialistas capacitados, certificados en nuestro área proporcionando de cuidado para esta población.** Con esto en mente, muchos pacientes están esperando para citas y tratamientos. Le pedimos que tenga esto en cuenta.

**Nuestra oficina le llamará 3 días antes de la cita, si no podemos llegar a usted que carta recordativa con un mensaje texto. Si usted no llama o detrás de texto para confirmar su cita automáticamente se anula.**

Por favor dar nosotros y otros pacientes que están a la espera para las citas, la cortesía en contacto con nuestra oficina al menos **48 horas** antes de sus citas si necesita cancelar o reprogramar. Si no en contacto con nosotros, usted estará sujeto a un cargo de **\$100** y se cancelará cualquier citas futuras que están programadas para usted.

**Gracias por su comprensión y miramos adelante a proveer de usted con la atención integral del suelo pélvico.**

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_