

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 **Florida Center for Urogynecology**, to release any information acquired in the course of my treatment necessary to process insurance claims.

Autorizo a **Florida centro de Uroginecología**, para liberar cualquier información adquirida en el curso de mi tratamiento es necesario para procesar reclamaciones de seguros.

Signature/Firma: _____ Date/Fecha: _____

*****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

Florida Center for Urogynecology's Notice of Privacy Practices.

Recibo de la notificación de prácticas de privacidad reconocimiento escrito

_____, He revisado/recibido una copia de

Florida centro de Uroginecología'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: _____

Nombre del paciente: _____

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

**Centro de Florida para Uroginecología
4340 Sheridan St. Suite 201
Hollywood, FL 33021.**

Por la presente autorizo el pago de beneficios médicos y/o quirúrgicos para proceder directamente a **Centro de Florida para Uroginecología**, 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: _____

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

CANCELACIÓN Y PÉRDIDA DE LA POLÍTICA DE DESIGNACIÓN

Gracias por elegir nuestra oficina para su atención médica. Valoramos a todos nuestros pacientes y nos esforzamos por proporcionar una atención compasiva y experta. Por favor entienda que cuando programamos su cita, estamos reservando tiempo para sus necesidades particulares. Para garantizar la comodidad y accesibilidad de todos nuestros pacientes, es importante que los pacientes lleguen oportunamente a todas las citas programadas o cancelen las citas con 48 horas de anticipación.

Política de Cancelación y Nombramiento de Citas

Puede cancelar su cita programada llamándonos al **(954) 989-9998**. Las citas tienen una gran demanda y su cancelación anticipada le dará a otro paciente la oportunidad de hacer una cita. Consideramos una "cita perdida" cuando alguien no se presenta a una cita y no cancela la cita con 48 horas de anticipación. Se registrará una "cita perdida" en nuestros registros.

Tasas por citas perdidas - Acuerdo financiero

A partir del 1 de junio de 2018, **Centro de Florida para Uroginecología** cobrará a los pacientes cuando no se presenten a las citas programadas.

Si no cancela o vuelve a programar la cita dentro de las **48 horas** de la hora programada para la cita, se cobrará una tarifa por una cita perdida. Esta tarifa no se enviará al plan de salud; se le cobrará al paciente. Entendemos que la flexibilidad es importante. Debido a que las citas perdidas pueden ocurrir por una variedad de razones, a los pacientes se les puede permitir un cargo por cita perdida "gratis".

La estructura de la tarifa de cita perdida es de **\$50** para las citas de terapia de rehabilitación del piso pélvico y de **\$30** para los demás tipos de citas. Las tarifas de citas perdidas se deben antes de reprogramar su cita.

Autorizo previamente al **Centro de Florida para Uroginecología** que use la información de pago (tarjeta de débito y / o tarjeta de crédito) registrada para cobrar las tarifas correspondientes. Si no hay información de pago en el archivo, entiendo que se me facturará la tarifa correspondiente. Reconozco que he leído y entiendo la declaración de política anterior con respecto a los honorarios por citas perdidas.

Tenga en cuenta: las "citas perdidas" repetidas pueden dar como resultado el alta de la práctica.

Nombre del paciente

Firma

Fecha