

Fecha: _____

Nombre del paciente _____ Fecha de nacimiento: _____

Edad _____ Teléfono celular _____ Teléfono de la casa _____

Dirección _____

Correo electrónico/email: _____

Médico primario _____ Teléfono _____

NPI _____

Nombre del paciente/ o del representante _____

Firma: _____

Procedure code:

New Patient Established Patient Consultation Prolonged Visit Stim test

99201	99211	99241	99354	99374 (insulin)
99202	99212	99242	99355x()	36400
99203	99213	99243	Injection 96374	36415
99204	99214	99244	83036 (Hba1c)	99000
99205	99215	99245	82962 accucheck	36000

BMI _____

Diagnostic code: _____

Follow up: _____

INSURANCE _____

ID _____

SUBSCRIBER NAME _____

DOB _____ COPAY _____

INS: _____

HF: _____

LAB: _____ ULT: _____ XR _____ MRI _____

REF: _____ AUT # _____

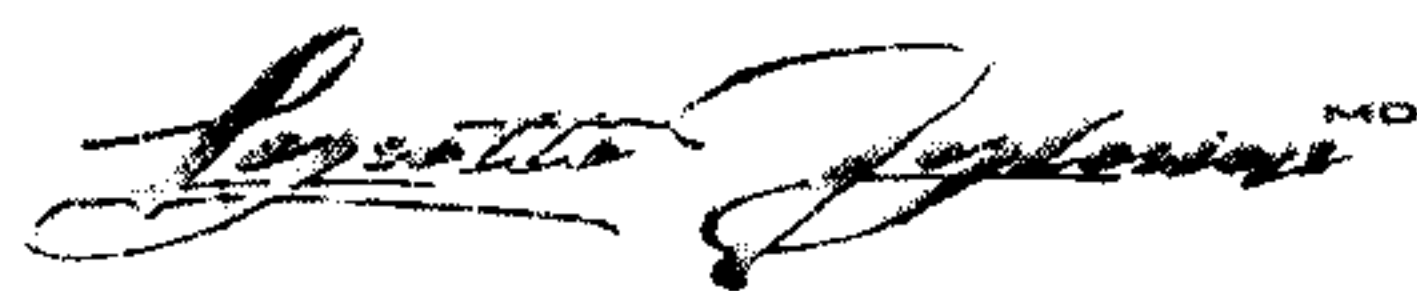
VIST _____

EXP _____

Dr. Lysette Iglesias MD

Endocrinologist

Signature: _____



INFORMACION DEMOGRAFICA

NOMBRE/APELLIDOS : _____ FEMENINA/MASCULINA

FECHA DE NAC: _____ .TELEFONO _____

DIRECCION: _____

EMAIL: _____ TELEFONO ADICIONAL: _____

MEDICO PRIMARIO _____ TELEFONO: _____

DIRECCION: _____

PADRE O GUARDIAN SI EL PACIENTE ES UN MENOR:

MADRE: _____ PADRE: _____) _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____

DIRECCION: _____ DIRECCION: _____

TELFONO _____ TELEFONO _____

EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A : _____ RELATION _____

TELEFONO: _____

INFORMACION DEL SEGURO

SEGURO _____ NUMERO POLIZA : _____

DUENO DE POLIZA : _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____

FIRMA _____ FECHA _____



CONSENTIMIENTO PARA OBTENER MEDICAL RECORDS/CONSENT TO OBTAIN MEDICAL RECORDS

FECHA/DATE: _____

YO, _____, AUTORIZO A LA ENTIDAD DEBAJO EXPUESTA A
OBTENER MEDICAL RECORDS INCLUYENDO LABORATORIOS, RESULTADOS DE PRUEBAS DIAGNOSTICAS
ASI COMO NOTAS DE CONSULTA .

I, _____ AUTHORIZE THE FOLLOWING ENTITY TO OBTAIN
MEDICAL RECORDS , INCLUDING LABORATORY, DIAGNOSTICS TESTS AND MEDICAL NOTES.

LYSETTE IGLESIAS MD

5801 NW 151 STREET SUITE 103

MIAMI LAKES, FL 33014

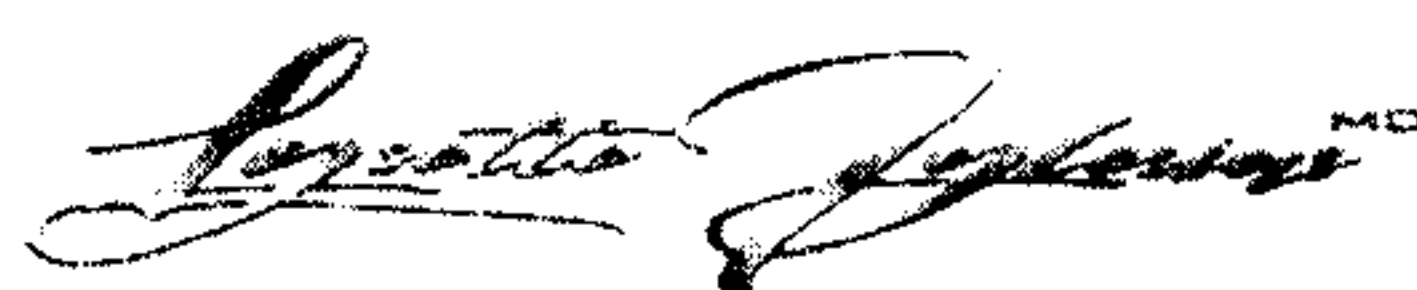
PH. 305-381-5301 FAX : 305-381-5541 EFAX: 305-503-7390

FIRMA DEL PACIENTE O GUARDIAN /SIGNATURE _____

INFORMACION DEL PACIENTE /PATIENT INFORMATION:

NOMBRE/NAME _____ FECHA DE NACIMIENTO /DOB _____

SOCIAL SECURITY _____ TELEFONO/PHONE: _____



CONFIRMACION DE HABER RECIBIDO POR ESCRITO LAS PRACTICAS DE PRIVACIDAD

YO, _____, HE RECIBIDO LAS PRACTICAS DE PRIVACIDAD
POR ESCRITO DE :

LYSETTE IGLESIAS MD

5801 NW 151 STREET SUITE 103

MIAMI LAKES, FL 33014

PH. 305-381-5301 FAX : 305-381-5541 EFAX: 305-503-7390

RECEIPT OF NOTICE OF PRIVACY PRACTICES WRITTEN FORM

I, _____, HAVE RECEIVED A COPY OF THE NOTICE OF
PRIVACY PRACTICES FROM :

LYSETTE IGLESIAS MD

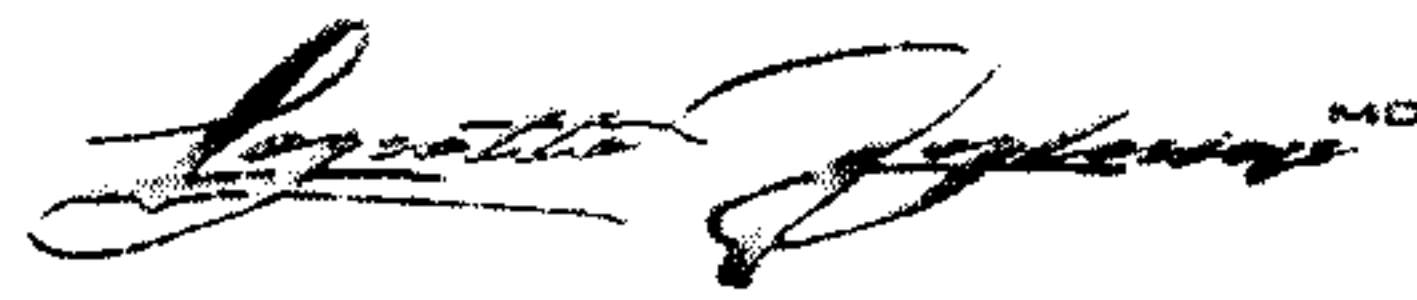
5801 NW 151 STREET SUITE 103

MIAMI LAKES, FL 33014

PH. 305-381-5301 FAX : 305-381-5541 EFAX: 305-503-7390

FIRMA DEL PACIENTE O GUARDIAN /SIGNATURE _____

FECHA/DATE _____



PEDIDO DE REFERIDO

NOMBRE/APELLIDOS : _____ FEMENINA/MASCULINA

FECHA DE NAC: _____ .TELEFONO _____

MEDICO PRIMARIO _____ TELEFONO: _____

PADRE O GUARDIAN SI EL PACIENTE ES UN MENOR:

MADRE: _____ PADRE: _____) _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____

TELFONO _____ TELEFONO _____

INFORMACION DEL SEGURO

SEGURO _____ NUMERO POLIZA : _____

DUENO DE POLIZA : _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____

INFORMACION DEL ESPECIALISTA

NOMBRE: DR LYSETTE IGLESIAS MD ENDOCRINOLOGA

NPI: 1073749057

NPI GRUPO: 1518267343

TAX ID: 27-368-94153

LIC: 99314

CODIGOS:

FIRMA _____ FECHA _____

Loretta Fyfe MD

Fecha :

Nombre del paciente : _____

Fecha de Nacimiento: _____

La paciente niega estar embarazada en el momento de la visita.

UPM Fecha:

Firma del paciente: _____

Fecha: _____

Staff : _____



5801 NW 151 STREET, SUITE 103. MIAMI LAKES, FL 33014

POLIZA DE NUESTRA OFICINA:

1. UD NECESITA CONFIRMAR SU CITA ANTES DE SU VISIT. RECIBIRA UNA LLAMADA DIAS ANTES PARA ELLO.
2. SI TIENE UNA CITA Y NO PUEDE ACUDIR, POR FAVOR CANCELE 24 HOURS ANTES. SI UD NO CANCELA SU CITA , NO PODRA SER ACOMODADO EN UNA CITA CERCANA Y SE LE DARA SOLO LA PROXIMA CITA DISPONIBLE.
3. LOS REFERIDOS SON RESPONSABILIDAD DE UD, SU CLINICA Y/O MEDICO PRIMARIO, Y DEBEN ESTAR LISTOS PARA EL DIA DE SU CITA.
4. EL COPAGO SE COBRA AL MOMENTO DE LA CITA.
5. SI LA VISITA NO ESTA CUBIERTA POR SU SEGURO, UD ES RESPONSABLE DE CUBRIR LOS GASTOS DE ESA CITA.
6. ON LA PRIMERA CITA , UD ES RESPONSABLE DE PROVEER CON RAYOS X, ULTRASONIDOS , LABORATORIOS U OTRAS ESTUDIOS DE INTERES.
7. LOS MENORES SIEMPRE REQUIEREN VENIR CON UNO DE SUS PADRES O EL GUARDIAN. DE LO CONTRARIO, NECESITA UNA CARTA NOTARIZADA CON LA FIRMA DE UNO DE LOS PADRES Y DE LA PERSONA QUE ACUDE A LA CITA CON EL MENOR. SOLO CARTAS NOTARIZADAS SE ACEPTAN.
8. DEBIDO A HIPPA , NO PODEMOS MANDAR INFORMACION DE SALUD A EMAILS PERSONAL O A FAXES PERSONALES, POR NO SER HIPPA COMPLAINT. SOLO SE PODRA ENVIAR ESA INFORMACION A HIPPA COMPLIANT ENTITIES COMO SU DOCTOR U HOSPITALES.
9. NOS RESERVAMOS NUESTRO DERECHO DE ACOMODAR A PACIENTES CON NECESIDADES ESPECIALES.
10. ACTUALICE LA INFORMACION DEL PACIENTE O FARMACIA CADA VEZ QUE CAMBIE.
11. ES NUESTRA REGLA QUE SE VAYA DE NUESTRA OFICINA CON UNA CITA.
12. LAS COPIAS DE RECORDS MEDICOS TOMARAN UNA SEMANA PARA ENTREGA. SI NECESITA ANTES, POR FAVOR DIGA A SU MEDICO DE CABECERA, Y ESTE LAS PUEDE SOLICITAR DE FORMA MAS RAPIDA.
13. OFRECEMOS VISITAS SIN SEGURO. PREGUNTE LOS PRECIOS AL PERSONAL DEL FRONT DESK.
14. NOS RESERVAMOS EL DERECHO DE NO VER EMBARAZADAS PUES LA DOCTORA NO TIENE ENTRENAMIENTO PARA ELLO.