



# Mariela Perez MD PA

## Family Medicine

2048 North East 8th Street

Homestead, FL 33033-4702

Phone: (305) 245-8858 Fax: (305) 245-8865



### Patient Information Form

Nombre: \_\_\_\_\_ Lenguaje Primario: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Apt # \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Teléfono de casa: \_\_\_\_\_ Teléfono Móvil: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

Farmacia: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_

Número de Seguro Social#: \_\_\_\_\_ Estado Civil: Single Married Divorce Widow

Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

Empleado por: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono de trabajo: \_\_\_\_\_

Contacto de emergencia: \_\_\_\_\_ Teléfono #: \_\_\_\_\_

Referido por: \_\_\_\_\_

**PLEASE PROVIDE PHOTO ID & CURRENT INSURANCE CARD(S)**

**Seguro Primario:** \_\_\_\_\_ Effective Date: \_\_\_\_\_

ID#: \_\_\_\_\_ Group: \_\_\_\_\_ Co-pay: \_\_\_\_\_

Insured's Name: \_\_\_\_\_ Insured's Date of Birth: \_\_\_\_\_

**Seguro Secundario:** \_\_\_\_\_ Effective Date: \_\_\_\_\_

ID#: \_\_\_\_\_ Group: \_\_\_\_\_ Co-pay: \_\_\_\_\_

Insured's Name: \_\_\_\_\_ Social Security #: \_\_\_\_\_

### No aceptamos compensación de trabajadores y seguro de auto

El abajo firmante autoriza la liberación de cualquier información relacionada con todas las reclamaciones por beneficios presentados en nombre de mí mismo y/o dependientes. Además, expreso mi acuerdo y reconozco que mi firma en este documento autoriza a mi médico o proveedores de servicios por beneficios, por servicios prestados, sin obtener mi firma en cada reclamación que se presentará para mí y/o dependientes.

**Reconozco y entiendo que soy en última instancia responsable de todos los cargos de todos los servicios prestados a mí y/o dependientes incluyendo co-pagos y deducibles.**

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

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



**Mariela Perez MD PA**  
**Family Medicine**

2048 North East 8<sup>th</sup> Street  
 Homestead, FL 33033-4702

Phone: (305) 245-8858 Fax: (305) 245-8865



**Communication Authorization Form**

Nuestra práctica está dedicada a mantener la privacidad de su información médica protegida (PHI) y la de sus pacientes. Los métodos de comunicación y el contenido de los mensajes que nuestra práctica dejará a un paciente son los descritos en nuestro Aviso de prácticas de privacidad, que usted tiene la oportunidad de revisar. Además, cualquier mensaje que nuestra práctica dejaría en su lugar de trabajo será para recordarle una cita con nuestra oficina o para pedirle que llame a la oficina con respecto a sus asuntos médicos. Nuestra práctica no dejará un mensaje de carácter personal ni divulgará información privada. Indique a continuación si reconoce y autoriza a la Dra. Mariela Pérez y al personal de la oficina a:

**Patient's Initials**

Confirmar citas programadas? Si No \_\_\_\_\_

Dejar un mensaje en tu lugar de trabajo? Si No \_\_\_\_\_

Mandar por correo electronico resultados de laboratorio para usted? Si No \_\_\_\_\_

En caso afirmativo, Correo electronico: \_\_\_\_\_

Discutir tus asuntos médicos con otro miembro de su casa/familia? Si No \_\_\_\_\_

Si es así, ¿con quién?: \_\_\_\_\_

Numero de telefono: \_\_\_\_\_

Discutir asuntos de facturación con otro miembro de su casa/familia? Si No \_\_\_\_\_

Si es así, ¿con quién?: \_\_\_\_\_

Numero de telefono: \_\_\_\_\_

Nombre del paciente (Print)

Firma del Paciente

Fecha

---

Nombre del padre/guardián (Print)



Firma del padre/guardián

**Mariela Perez MD PA**  
**Family Medicine**

2048 North East 8<sup>th</sup> Street  
Homestead, FL 33033-4702

Phone: (305) 245-8858 Fax: (305) 245-8865

Fecha



### **Insurance Acknowledgement Form**

Baja las leyes de la Florida, se requiere generalmente que los medicos tengan seguro de negligencia medica o si no demostrar responsabilidad financiera para cubrir posibles reclamos por la negligencia medica.

**La Dra. Mariela Perez a decidido no tener seguro de negligencia medica.**

Esto se permite por las leyes de la Florida sujeto a ciertas condiciones. Las leyes de la Florida imponen multas a los medicos que no estan asegurados y que no satisfagan juicios adversos derivados de reclamos de negligencia medica. Este aviso ha sido provisto siguiendo las leyes de la Florida.

**Yo entiendo que la Dra. Mariela Perez no tiene seguro de negligencia medica.**

---

Nombre de Paciente (Print)

Firma de Paciente

Fecha

---

Nombre de Padre / Guardia (Print)

Firma de Padre / Guardia

Fecha

## Family Medicine

2048 North East 8<sup>th</sup> Street  
Homestead, FL 33033-4702  
Phone: (305) 245-8858 Fax: (305) 245-8865

### Consent for Use & Disclosure of Health Information

(please read the following carefully)

Propósito del consentimiento: Al firmar este formulario, usted acepta nuestro uso y divulgación de su información médica protegida para llevar a cabo la atención médica, el tratamiento, las reclamaciones y las solicitudes de pago.

Aviso de privacidad: tiene derecho a leer el Aviso de prácticas de privacidad de la práctica antes de que decida firmar este consentimiento. El aviso proporciona una descripción de nuestras operaciones de atención médica y la forma de tratamiento del paciente. El aviso también describe el uso y la divulgación de su información de salud protegida según sea necesario para abordar las actividades de pago con las compañías de seguros / parte responsable. Una copia de nuestro aviso acompaña este consentimiento. Le recomendamos que lo lea detenidamente y por completo antes de firmar este consentimiento. También puede obtener una copia de nuestro Aviso de prácticas de privacidad, incluida cualquier revisión de nuestro Aviso, en cualquier momento comunicándose con nuestra oficina.

Nos reservamos el derecho de cambiar nuestras prácticas de privacidad como se describe en nuestro Aviso de prácticas de privacidad. Si cambiamos nuestras prácticas de privacidad, emitiremos un Aviso de Prácticas de Privacidad revisado, que contendrá todas y cada una de las modificaciones. Tales modificaciones pueden aplicarse a su información de salud protegida que mantenemos.

Derecho de revocación: El paciente / tutor tiene el derecho de revocar este consentimiento en cualquier momento mediante el envío de un aviso de revocación por escrito a nuestra oficina. Comprenda que la revocación de este consentimiento no afectará a ninguna acción que la práctica haya tomado con respecto a este consentimiento antes de que recibamos su revocación y que podemos negarnos a tratarlo o a continuar tratándolo si revoca este consentimiento.

#### Acknowledgement:

Reconozco que he tenido la oportunidad de leer y considerar el contenido de este formulario de consentimiento, así como el Aviso de prácticas de privacidad. Además, reconozco que al firmar este formulario de consentimiento, estoy otorgando mi consentimiento para el uso y divulgación de la información médica protegida de mi práctica con el fin de llevar a cabo actividades de atención médica, tratamiento, reclamaciones y pagos.

---

Patient's Name (Print)	Patient's Signature	Date
------------------------	---------------------	------

Patient's Address: \_\_\_\_\_ Phone #: \_\_\_\_\_

Patient's Social Security #: \_\_\_\_\_

---

Parent's / Guardian's Name (Print)	Parent's / Guardian's Signature	Date
------------------------------------	---------------------------------	------



**Mariela Perez MD PA  
Family Medicine**

2048 North East 8<sup>th</sup> Street  
Homestead, FL 33033-4702  
Phone: (305) 245-8858 Fax: (305) 245-8865



**Laboratory Acknowledgement Form**

**Acknowledgement:**

I understand that I have the option of going to my insurance specified laboratory to have my blood drawn but should I choose to have my blood drawn at this facility, I agree to payment of a ten dollar (\$10.00) convenience service fee in addition to any co-payment or deductible due at time of service

---

Patient's Name (Print)	Patient's Signature	Date
------------------------	---------------------	------

---

Parent's / Guardian's Name (Print)	Parent's / Guardian's Signature	Date
------------------------------------	---------------------------------	------

**Reconocimiento:**

Entiendo que tengo la opcion de ir al laboratorio especificado por mi seguro para sacarme la sangre, pero si decido sacarme la sangre en esta oficina, estoy de acuerdo en pagar diez dolares (\$10.00) de cargo de conveniencia sobre cualquier co-pago o deducible pagadero al momento de servicio.

---

Nombre de Paciente (Print)	Firma de Paciente	Fecha
----------------------------	-------------------	-------

---

Nombre de Padre / Guardia (Print)	Firma de Padre / Guardia	Fecha
-----------------------------------	--------------------------	-------



