



Mariela Perez MD PA
Family Medicine

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



Formulario de información del paciente

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: Soltero Casado Divorciado Viudo/a

Correo Electrónico: _____

Empleado por: _____ Ocupación: _____

Dirección: _____ Teléfono de trabajo: _____

Contacto de emergencia: _____ Teléfono #: _____

Referido por: _____

PROPORCIONE UNA FOTO ID Y TARJETA (S) DE SEGURO ACTUAL

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 a presentar reclamaciones 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 8th Street
Homestead, FL 33033-4702
Phone: (305) 245-8858 Fax: (305) 245-8865



Formulario de autorización de comunicación

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:

Iniciales del paciente

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 Fecha



Mariela Perez MD PA
Family Medicine

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



Formulario de reconocimiento de seguro

Bajo 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



Mariela Perez MD PA

Family Medicine

2048 North East 8th Street

Homestead, FL 33033-4702

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



Consentimiento para el uso y divulgación de información de salud (lea atentamente lo siguiente)

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 8th Street
Homestead, FL 33033-4702
Phone: (305) 245-8858 Fax: (305) 245-8865



Formulario de reconocimiento de laboratorio

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 twenty-dollars (\$20.00) 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 veinte dólares (\$20.00) 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
-----------------------------------	--------------------------	-------