

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

## Patient Registration Registración del Paciente

FOR INTERNAL USE ONLY

PATIENT NUMBER \_\_\_\_\_

### Patient Information - Información del Paciente

Social Security # _____ <i>Numero de Seguro Social</i>	Home Address _____ <i>Direccion del Hogar</i>
First Name _____ Middle _____ <i>Primer Nombre Segundo Nombre</i>	City _____ State _____ Zip _____ <i>Ciudad EstadoCodigo Postal</i>
Last Name _____ <i>Apellido</i>	Email Address _____
Sex _____ Date of Birth _____ / ____ / ____ <i>Sexo Fecha de Nacimiento</i>	Home Phone ( _____ ) _____ Cell Phone ( _____ ) _____ <i>Telefono del Hogar Telefono Celular</i>
Marital Status <input type="checkbox"/> Married <input type="checkbox"/> Single <input type="checkbox"/> Divorced <input type="checkbox"/> Widowed <i>Estado Civil Casada Soltera Divorciada Viuda</i>	I was referred to: _____ by / por _____ <i>Fui recomendado por</i>
Race/Ethnicity _____ <i>Raza/Etnia</i>	<input type="checkbox"/> Friend _____ <input type="checkbox"/> Relative _____ <i>Amigo Familiar</i>
(Check One) <input type="checkbox"/> Employed <input type="checkbox"/> Retired <input type="checkbox"/> Full-Time Student <i>Marque Uno Empleada Retirada Estudiante Tiempo Completo</i>	<input type="checkbox"/> Physician _____ <input type="checkbox"/> Insurance _____ <i>Médico Seguro</i>
<input type="checkbox"/> Other _____ <i>Otro</i>	<input type="checkbox"/> Reputation of the LLC's Physicians _____ <i>Reputación de los Médicos del LLC</i>
Employer _____ <i>Empleador</i>	<input type="checkbox"/> Existing Patient of the LLC _____ <i>Paciente Existente de la LLC</i>
Work Phone ( _____ ) _____ <i>Telefono de Trabajo</i>	<input type="checkbox"/> Other _____ <i>Otro</i>

### Insurance Information - Información del Seguro

Please provide your insurance card to the receptionist - Por favor entregue su tarjeta de seguro a la recepcionista

Commercial  Medicaid  Medicare  Worker's Compensation  Other \_\_\_\_\_

Insurance company \_\_\_\_\_  
*Compañía de Seguro*

Insured / Card Holder's Name \_\_\_\_\_ Relationship \_\_\_\_\_  
*Nombre del Asegurado Relación*

Policy # \_\_\_\_\_ Group # \_\_\_\_\_ Phone ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_  
*Numero de Poliza Numero de Grupo Telefono*

### Secondary Insurance Information - Información del Seguro Secundario

Commercial  Medicaid  Medicare  Worker's Compensation  Other \_\_\_\_\_

Insurance company \_\_\_\_\_  
*Compañía de Seguro*

Insured / Card Holder's Name \_\_\_\_\_ Relationship \_\_\_\_\_  
*Nombre del Asegurado Relación*

Policy # \_\_\_\_\_ Group # \_\_\_\_\_ Phone ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_  
*Numero de Poliza Numero de Grupo Telefono*

### Emergency Contact - En Emergencias, contactar a:

Social Security # _____ <i>Numero de Seguro Social</i>	Sex _____ <i>Sexo</i>
First Name _____ Middle _____ <i>Primer Nombre Segundo Nombre</i>	Home Phone ( _____ ) _____ <i>Telefono del Hogar</i>
Last Name _____ <i>Apellido</i>	Work Phone ( _____ ) _____ <i>Telefono del Trabajo</i>

### Pharmacy - Farmacia

Pharmacy _____ <i>Farmacia</i>	Pharmacy Address _____ <i>Direccion de la farmacia</i>
Pharmacy Phone _____ <i>Numero de telefono de la farmacia</i>	

### Spouse / Guarantor / Responsible Party - Esposo / Persona Responsable

Social Security # _____ <i>Numero de Seguro Social</i>	Sex _____ Date of Birth _____ / ____ / ____ <i>Sexo Fecha de Nacimiento</i>
Relationship _____ <i>Relación</i>	Daytime Phone ( _____ ) _____ <i>Teléfono durante el día</i>
First Name _____ Middle _____ <i>Primer Nombre Segundo Nombre</i>	Employer _____ <i>Empleo</i>
Last Name _____ <i>Apellido</i>	Address _____ <i>Dirección</i>
Address _____ <i>Dirección</i>	City _____ State _____ Zip _____ <i>Ciudad EstadoCodigo Postal</i>
City _____ State _____ Zip _____ <i>Ciudad EstadoCodigo Postal</i>	

## **FEES AND INSURANCE INFORMATION**

All fees are payable at the time services are rendered. We accept most major credit cards. Your medical insurance is a contract between you and your insurance carrier and the terms of the contract vary according to the terms of the policy. Final payment for all charges is the patient's responsibility and should it be necessary for this account to be turned over to either an attorney or collection agency for collection, I understand that I will be liable for any charges incurred, including attorney's fees and court costs.

Todos los honorarios por servicio deben ser pagados al recibir el servicio. Aceptamos ciertas tarjetas de credito. Su seguro medico es un contrato entre usted y su compañía de seguro. Pagos por nuestros servicios dependen de los terminos de su poliza. El pago final de todos los cargos es su responsabilidad. Si es necesario tomar accion legal para cobrar esta deuda, usted es responsable de los gastos legales.

We have elected not to carry Medical Malpractice insurance or otherwise demonstrate financial responsibility. However, we agree to satisfy any adverse judgements up to the minimum amounts pursuant to S.458.320 (5) (g). Florida Law imposes penalties against non-insured physicians who fail to satisfy adverse judgements arising from claims of medical malpractice. This notice is pursuant to Florida law.

Hemos elegido no llevar seguro de negligencia medica o no demostrar de otra manera responsabilidad financiera. Sin embargo, acordamos satisfacer cualquier juicio adverso hasta las cantidades minimas conforme a S.458.320 (la ley 5) (g). Florida impone penas contra los medicos de los no-asegurado que no pueden satisfacer los juicios adversos que se presentan de demandas de la negligencia medica. Este aviso esta conforme a la ley de la Florida.

## **PHYSICIAN'S RELEASE AND ASSIGNMENT**

I hereby authorize payment directly to the physician of all benefits applicable and otherwise payable to me from my insurance carrier, HMO or other third party payor, for services rendered by the physician. I understand that I am financially responsible to the physician for any and all charges that the carrier declines to pay. I hereby authorize the release of my medical records as deemed necessary for payment of insurance benefits.

Por la presente autorizo el pago directamente a el medico todos los beneficios derivados del seguro que ampara al paciente y que normalmente yo tendria derecho de percibir. Con mi firma autorizo transferir documentos relacionados a mi tratamiento medico a mi compañía de seguro para procesar mi reclamacion. Yo entiendo que soy responsable por todos los cargos no cubiertos bajo mi seguro medico.

\_\_\_\_\_  
PATIENT'S / GUARANTOR'S SIGNATURE

\_\_\_\_\_  
DATE



# LIEVANO - PEREZ

OBSTETRICS & GYNECOLOGY OF MIAMI

8525 SW 92 ST, UNIT D13

Miami, Florida 33156

PH (305) 270-3562 Fax (786)384-5766

## **Reconocimiento de la privacidad del paciente de HIPAA**

Designo a las siguientes personas enumeradas a continuación como personas actualmente involucradas con mi atención médica. Estoy de acuerdo en que la práctica puede divulgar algunos o todos los aspectos de mi información médica o facturación a las personas que figuran en la lista. Entiendo que no estoy obligado a enumerar a nadie y que puedo actualizar esto en cualquier momento en persona.

1. _____ Nombre	_____ Relación con el paciente	_____ Teléfono
2. _____ Nombre	_____ Relación con el paciente	_____ Teléfono
3. _____ Nombre	_____ Relación con el paciente	_____ Teléfono

Me han presentado y revisado los términos de este aviso. Entiendo que puedo solicitar una copia de este aviso en cualquier momento.

_____ Nombre del paciente	_____ Fecha de nacimiento
_____ Firma del paciente	_____ Fecha



## LIEVANO - PEREZ

OBSTETRICS & GYNECOLOGY OF MIAMI

8525 SW 92 ST, UNIT D13

Miami, Florida 33156

PH (305) 270-3562 Fax (786)384-5766

Nuestro objetivo es brindarle a cada paciente un servicio amigable y conveniente durante su visita. Para su comodidad durante esta visita, nuestra oficina procesará su sangre aquí en la oficina y la enviará al laboratorio.

Por este servicio, la oficina cobrará una tarifa administrativa de **\$20.00** para pacientes ginecológicas anuales y una tarifa única de **\$40.00** para pacientes obstétricas que cubrirá cualquier manipulación y procesamiento de sangre durante su embarazo actual y, si es necesario, las visitas posparto. Este servicio se brinda como cortesía para aquellos pacientes que no desean ir a su médico de atención primaria o al laboratorio.

Si opta por aprovechar este servicio, la tarifa administrativa vence en el momento en que se procesa y manipula la sangre y no es reembolsable. El laboratorio facturará a su compañía de seguros por las pruebas que se soliciten.

Nuestra oficina **NO verifica** los beneficios de laboratorio. Es responsabilidad del paciente conocer su cobertura de laboratorio, ya que es posible que algunas de estas pruebas no estén cubiertas o se apliquen a su deducible/coseguro.

**También hay un cargo administrativa de \$ 20 por administrar cualquier tipo de inyección (Rhogam, progesterona, etc.)**

**Hay un cargo de \$ 30 por cualquier formulario o carta de maternidad y \$ 10 por cualquier tipo de carta GYN (por carta)**

**Indique si desea que le realicen un análisis de sangre hoy en nuestra oficina.**

SÍ \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

Firma del paciente \_\_\_\_\_

Nombre en letra de imprenta \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

\* Ocasionalmente se solicitará una prueba que necesite un manejo especial o tubos de muestra que no tenemos disponibles. Si es así, se le entregará una solicitud para que la lleve a la instalación correspondiente. No se cobrará ninguna tarifa.

03/23



# LIEVANO - PEREZ

OBSTETRICS & GYNECOLOGY OF MIAMI

8525 SW 92 ST, UNIT D13

Miami, Florida 33156

PH (305) 270-3562 Fax (786)384-5766

## Registro del historial del Paciente

**Enfermedades:** \_\_\_ anemia \_\_\_ asma \_\_\_ cáncer \_\_\_ diabetes \_\_\_ depresión \_\_\_ enfermedad  
\_\_\_ cardíaca \_\_\_ hipertensión \_\_\_ problemas de riñón / vejiga \_\_\_ enfermedad pulmonar  
\_\_\_ enfermedad de la tiroides \_\_\_ problemas gastrointestinales

**Fumas:** \_\_\_ S \_\_\_ N → Paquetes por día: \_\_\_\_\_  
**Cuántas bebidas alcohólicas consume a diario:** \_\_\_\_\_

**Alergias Medicamentos:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Medicamentos que está tomando:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Historia Menstrual:**  
Tu ciclo menstrual es normal: \_\_\_ S \_\_\_ N \_\_\_\_\_  
edad en que comenzó la menstruación: \_\_\_\_\_ número de días que dura: \_\_\_\_\_

### Historial de embarazo: cuántas veces.....

embarazada: \_\_\_\_\_  
nacimientos prematuros: \_\_\_\_\_  
partos normales: \_\_\_\_\_  
abortos espontáneos: \_\_\_\_\_  
abortos: \_\_\_\_\_  
hijos vivos: \_\_\_\_\_



# LIEVANO - PEREZ

OBSTETRICS & GYNECOLOGY OF MIAMI

8525 SW 92 ST, UNIT D13

Miami, Florida 33156

PH (305) 270-3562 Fax (786)384-5766

## Revisión de sistemas

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

Tiene ahora o ha tenido algún problema relacionado con los siguientes sistemas? Circule **Sí** o **No**

### Síntomas constitución

Fiebre	S	N
Escalofríos	S	N
Dolor de cabeza	S	N
Otro		

### Ojos

Visión borrosa	S	N
Visión doble	S	N

### Alergia

Fiebre del heno	S	N
Alergias a medicamentos	S	N
Alergias estacionales	S	N

### Neurológico

Temblores	S	N
Vértigo / mareos	S	N

### Endocrino

Sed excesiva	S	N
Cansado	S	N
Demasiado calor / frío	S	N

### Gastrointestinal

Dolor abdominal	S	N
Náuseas / vómitos	S	N
Indigestión/acidez de estómago	S	N

### Cardiovascular

Dolor de pecho	S	N
Hipertensión	S	N

### Tegumentarios

Erupción cutánea	S	N
Hierva	S	N
Prurito persistente	S	N
Otro		

### Musculoesqueléticos

Dolor en las articulaciones	S	N
Dolor en las extremidades	S	N

### Oídos / Nariz / Garganta / Boca

Infección del oído	S	N
Dolor de garganta	S	N
Problemas de los senos nasales	S	N

### Genitourinario

Retención de orina	S	N
Micción dolorosa	S	N

### Respiratorio

Sibilancias	S	N
Tos frecuente	S	N
Falta de aire	S	N

### Hematológico / linfático

Glándulas inflamadas	S	N
Coagulación de sangre	S	N

### Psiquiátrico

Depresión	S	N
Ansiedad	S	N

Médico Revisado: \_\_\_\_\_



LIEVANO - PEREZ

OBSTETRICS & GYNECOLOGY OF MIAMI

8525 SW 92 ST, UNIT D13

Miami, Florida 33156

PH (305) 270-3562 Fax (786)384-5766

## POR FAVOR LEA CUIDADOSAMENTE

El Dr. Lievano, el Dr. Pérez y / o el Dr. Collado han ordenado análisis de sangre que son médicamente necesarios para evaluar su condición. Nuestra oficina ofrece servicios de laboratorio para brindar la mejor atención posible a nuestros pacientes. Su análisis de sangre se envía a un laboratorio que participa con su plan de seguro actual. Si tiene cobertura de seguro, el laboratorio enviará una factura directamente a su compañía de seguros. Esto no lo factura nuestra oficina. Es posible que se apliquen deducibles, coseguros o copagos según su tipo de cobertura y plan.

Usted será responsable de las facturas o reclamaciones que reciba del laboratorio. Cualquier pregunta sobre facturación con respecto a los cargos del laboratorio debe dirigirse directamente al laboratorio. Nuestro personal de oficina no tiene acceso ni control de su cuenta de laboratorio.

Este formulario reconoce que usted es consciente de que es posible que su compañía de seguros no cubra todas las pruebas de sangre y patología realizadas y que usted sea responsable de la factura.

Firma del paciente \_\_\_\_\_

Nombre en letra de imprenta \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_