



## Dr Mercade & Associates, LLC

Gracias por elegir la oficina de Dr Mercade y Asociados, LLC , para sus necesidades de medico primario. Estamos orgullosos de los servicios que podemos proveerle. Hemos implementado un sistema de trabajo que nos permite dedicarle el tiempo necesario cuando nos viene a visitar.

Como todas las oficinas médicas en el país, seguimos todas las leyes estatales y federales, incluso la ley de Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA), una ley federal que requiere la creación de guías nacionales para proteger su información médica, donde no se puede divulgar su información sin su consentimiento. Esto quiere decir que toda la información que comparte con nosotros es confidencial, segura y protegida por ley.

Como en muchas industrias que proveen servicios, le vamos a solicitar su información de tarjeta de crédito para acelerar el proceso cuando usted llega y cuando se va de su visita.

Una vez que su Seguro médico paga lo que le corresponde por los servicios prestados en la consulta, si queda un remanente sin pagar que es parte de su obligación, vamos a usar su tarjeta de crédito. Le mandaremos una copia de la transacción.

Para mantener su información actualizada, por favor dejemos saber si alguna de la información demográfica/tarjeta de crédito ha cambiado cuando llegue a la oficina. Cuando sea necesario vamos a cobrar el pago antes de su visita.

Por favor dejemos saber si tiene alguna duda y alguien del departamento de cuentas lo va a contactar.

Sinceramente

A handwritten signature in black ink, appearing to be the initials 'FM' or similar, written in a cursive style.

Fernanda Mercade, MD

Medical Director

Dr Mercade & Associates 747 Ponce De Leon Blvd, Suite 405, Coral Gables, FL, 33134 Phone 786-442-2100

Fax 786-442-2101

<https://drmercade.com>



**Dr. Mercade  
& Associates LLC**



**TopLine MD Alliance**

REGISTRACION

Informacion del paciente:

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Sexo: M / F (marque)

Casado/a/Solterao/a/Viudo/a

Direccion: \_\_\_\_\_

Codigo postal: \_\_\_\_\_ Telefono de casa: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

E-mail : \_\_\_\_\_

Celular: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ (para recibir mensajes/ver laboratorios)

Lenguaje preferido: (Espanol) o (Ingles)

Empleador: \_\_\_\_\_

Telefono del empleador: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Doctor que lo refirio \_\_\_\_\_

Como conocio nuestra oficina? Familiar:  Amigo:  Seguro:

Pagina Web:  De boca en boca  Doctor:

En caso de emergencia a quien llamamos:

Nombre: \_\_\_\_\_ Direccion: \_\_\_\_\_

Telefono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Celular: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Relacion: \_\_\_\_\_

INFORMACION DEL SEGURO MEDICO

Nombre del Plan: \_\_\_\_\_

Numero de identificacion: \_\_\_\_\_

Numero de grupo: \_\_\_\_\_

Titular del seguro: \_\_\_\_\_ Dia efectivo \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento del titular: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Sexo: M / F

INFORMACION DEL SEGURO SECUNDARIO

Nombre del plan: \_\_\_\_\_

Numero de identificacion: \_\_\_\_\_Numero de grupo:

Titular del seguro: \_\_\_\_\_

Dia efectivo: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento del titular: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Sexo: M / F

**Autorización de tarjeta de crédito y divulgación de registros médicos relacionados.**

Por la presente cedo, transfiero y cedo a Dr Mercade & Associates, LLC, todos mis derechos, título e intereses sobre mis beneficios de reembolso médico bajo mi póliza de seguro. Autorizo la divulgación de mi información médica necesaria para determinar estos beneficios. Entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos, estén o no cubiertos por mi seguro, Al enviar este formulario firmado y fechado, reconozco plenamente que soy el titular de la tarjeta y por la presente autorizo al Dr. Mercade & Associates, LLC a cobrar la tarjeta de crédito mencionada a continuación y a aplicar cualquier cargo por el que sea responsable. La autorización seguirá siendo válida hasta Yo notifico por escrito la revocación de dicha autorización.

Tarjeta de Credito Number: \_\_\_\_\_

VISA:\_\_\_MasterCard:\_\_\_ Amex:\_\_\_ Fecha de vencimiento:\_\_\_\_\_CVV:\_\_\_

Nombre en la tarjeta:\_\_\_\_\_

Firma del titular \_\_\_\_\_

**Informacion para divulgar informacion al seguro medico:**

Yo, por la presente, autorizo a Dr Mercade & Associates, a divulgar a mi seguro medico cualquier informacion medica necesaria para remitir y procesar pagos por los servicios prestados . Mas aun, yo entiendo que yo soy el responsable financiero por cualquier saldo que el Seguro no pague .

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

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

## INFORMACION IMPORTANTE PARA TODOS LOS PACIENTES

Su plan de seguro tiene regulaciones especiales que usted debe seguir para evitar tener que pagar la totalidad de la cuenta , una vez que los servicios se hayan proveido.

**Política de pago:** Por favor tenga lista la informacion de su seguro medico, tarjeta de credito y tarjeta de identificacion en cada visita. Asegurese de que nuestro doctor participa en su seguro medico. Informe de las politicas de su seguro medico, beneficios y limitaciones. Asegurese que su seguro medico este actualizado antes de llegar a la oficina. Si nuestro personal no puede verificar que su seguro este activo o ciertos servicios no estan cubiertos por el seguro, es su responsabilidad pagar la cuenta completa en el momento de la visita. Todos los pagos, deducibles y copagos deben ser pagados antes de su visita . Los pacientes pueden recibir y ser responsables de cuentas generadas en otras instalaciones, como laboratorios o centros de diagnosticos , debido a que pueden no estar cubiertos por su seguro. Los pacientes son responsables por pagar cuentas que su seguro niegue o no tenga cobertura para el mismo. Los pacientes tienen la responsabilidad de pagar cuentas cuando nuestra practica o el seguro , no recibieron la informacion correcta del paciente. Los saldos que usted deba seran cobrados a su tarjeta de credito. Si un saldo queda sin pago por mas de 45 dias y usted no se ha comunicado con nosotros para pagarlo, la cuenta se va a transferir a una agencia de cobros . Por favor dejenos saber si esta pasando por problemas financieros, nosotros podemos desarrollar un plan de pago. Aceptamos efectivo, Visa, MasterCard, Discover. En la situacion en donde no hay informacion clara con respecto a la cobertura de un servicio, Dr Mercade & Associates, LLC va a cobrar por los servicios en el momento de la visita . Si su seguro cubre por los servicios , se le devolvera el dinero recaudado, dentro de los 30 dias de haber recibido el pago del seguro medico.

Dr Mercade & Associates LLC usara una agencia de cobros con las cuentas que no hayan pagado sus saldos . Usted como paciente esta de acuerdo que usted es responsable por los costos incurridos por el uso de una agencia de cobros si su cuenta queda sin pagar .

**Referidos:** Ciertos seguros medicos requieren una autorizacion del medico primario para ver un especialista. Este proceso puede tomar hasta 5 dias habiles. Si su medico primario cree que usted necesita ver un especialista, por favor llame al especialista para confirmar que tiene

contrato con su seguro y haga una cita .Llame a nuestra oficina y dejenos la informacion del especialista, fecha de la cita.En los proximos 3-5 dias habiles nuestra oficina va a completar el referido.No aceptamos referidos para el mismo dia.

**Política de cancelacion de cita:**Por favor sea amable y dejenos saber con 24 horas de anticipacion, si no va a asistir a su cita. Pacientes que confirman su cita y no asisten a la misma, se les cobrara un cargo de \$100 por faltar a la cita .Se procesara usando su tarjeta de credito.

**Formas:** se necesita una cita con el medico para llenar formas .

**Resultados :** Nuestra oficina tiene un protocolo con respecto a los resultados de laboratorio/estudios. Si nuestra doctora necesita hablar con usted, lo llamaremos para darle una cita .Si no hay necesidad de una visita, se le pondra la informacion disponible en el portal del paciente , si usted firmo el consentimiento para aceptar este tipo de comunicacion.

**Visita sin cita:** Nuestra oficina vera a todos los pacientes que tienen una cita.Ofrecemos citas el mismo dia despues que nuestro personal haya hablado por telefono con usted .A menos que sea urgente, todos los pacientes que lleguen sin cita se les dara una cita lo antes posible.

**Renovacion de recetas:** La renovacion de recetas se realiza en cada visita. Si por alguna razon usted se queda sin recetas, por favor llame a la oficina de 8:00 a 5:00 , deje su nombre, telefono, fecha de naciemiento, nombre de la receta , miligramos y telefono de la farmacia. Nosotros procesaremos el pedido dentro de las 72 horas siguientes. Sepa que no mandamos recetas por antibioticos sin ver al paciente. Por ley federal todas las sustancias controladas requieren una visita con el medico.

**Derechos individuales del paciente:** Yo tengo el derecho de revisar y obtener una copia de mis informacion de salud personal en cualquier momento.Yo tengo el derecho de pedir que Dr Mercade & Associates, LLC corrija informacion que es incorrecta o incompleta en mi record medico. Tambien tengo el derecho de pedir una lista a Dr Mercade & Associates, LLC de cuando la oficna divulgo mi informacion medica por razones distintas de tratameinto , pagos u otros procesos administrativos .

Por favor familiarisece con las reglas de su seguro medico.Su compania de seguro le debe mandar por correo un resumen de sus beneficios , pagos, cargos etc.Por favor revise toda la informacion que su seguro le envia.

Yo he leido y entendido la informacion arriba

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

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

Testigo: \_\_\_\_\_

**Reconocimiento de noticias de privacidad** Dr Mercade & Associates , LLC

Entiendo que bajo el Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA), tengo ciertos derechos a la privacidad con respecto a mi información de salud protegida. Reconozco que han recibido o han tenido la oportunidad de recibir una copia de su aviso de prácticas de privacidad. También entiendo que esta práctica tiene el derecho de cambiar su aviso de prácticas de privacidad y que puedo contactar con la práctica en cualquier momento para obtener una copia actual de la notificación de prácticas de privacidad.

\_\_\_\_\_  
Nombre del paciente o la Legal de guarda (impresión)                      Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma

Office Use Only: We have made the following attempt to obtain the patient's signature acknowledging receipt of Notice of Privacy Practices:

Date: \_\_\_\_\_ Attempt: \_\_\_\_\_ Staff Name:

\_\_\_\_\_

# Authorizacion para la divulgacion de informacion medica:

\_\_\_\_\_

Nombre del paciente \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Por la presente autorizo a Dr Mercade & Associates, LLC para solicitar/divulgar mi informacion medica a las siguientes entidades (doctor or grupo):

Nombre: \_\_\_\_\_ Telefono: \_\_\_\_\_

Direccion: \_\_\_\_\_ Fax#: \_\_\_\_\_

Informacion medica requerida:

Laboratorios

Consultas

Rayos X: {X-Ray, Mamografia, Ultrasonido, CT, MRI, etc.}

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

Dr Mercade & Associates, LLC

747 Ponce de Leon Blvd, Suite 405 ,Coral Gables, FL,33134

Phone : 786-442-2100 Fax: 786-442-2101

This release authorizes the disclosure of records for one year from the date signed above. I understand that these records are protected under Federal and/or State law and cannot be disclosed without written consent unless otherwise provided by law. I further understand that the specific type information to be disclosed may, if applicable, include: diagnosis, prognosis, and treatment for physical and/or mental illness , including treatment of alcohol or substance abuse, auto-immune deficiency syndrome (AIDS), AIDS related complex (ARC) or human immunodeficiency virus (HIV) infection for any admissions. I understand that I have the right to revoke this consent at any time unless the facility, which is to make the disclosure of information, has already done so in reliance on the consent.11111

**Historia medica:** Por favor complete el cuestionario antes de su cita con el medico. Esta informacion es muy importante para nosotros, trate de completar todas las secciones con la informacion mas precisa.

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

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

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

Telefono: \_\_\_\_\_

Direccion: \_\_\_\_\_

Cual es la razon de su visita?

\_\_\_\_\_

Lista de medicamentos: (recetas y sin recetas):

Nombre	Dosis	Frecuencia

Lista de problemas medicos: marque todos los que correspondan:

Diabetes	Hipertension	Colesterol alto	Demencia
Artritis	Insuficiencia renal	Ataque al corazon	convulsiones
Problema de prostata	Astma	arritmias	Ansiedad
Osteoporosis	Tiroides	Migranias	Depresion
Isquemia cerebral	Incontinencia urinaria	Glaucoma	Polipos de colon

Tiene alergias a alguna medicacion?

\_\_\_\_\_

Cirugias

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_



Hospitalizacion

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

3. Historia familiar

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

Historia social:

Fuma: SI NO paquetes al dia: Ex fumador:

Toma alcohol :SI NO

Ex-tomador: cuando dejo?

Vacunaciones:

Flu(gripe)	Neumonia	Covid 19
HPV(papiloma virus)	MMR	Tetanos
Hepatitis	Herpes Zoster	other

Ha tenido alguno de estos estudios en el pasado?:

colonoscopia	fecha	resultado
mamografia	fecha	resultado
Densitometria osea	fecha	resultado
PAPanicolao	fecha	resultado
stress test cardiaco	fecha	resultado

Informacion adicional que quiera compartir?:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Como se entero de nosotros?:

La informacion que he proveido es precisa y actualizada.

Nombre del paciente \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

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