



Date/Fecha: _____ Referred by/Referido por: Internet Friend/Amistad Doctor

| | |
|--|---|
| Name/Nombre: | Phone/ Teléfono: |
| Email Address/Correo Electrónico: | DOB/FDN: |
| Address/Dirección: | Instagram @ |
| 1. - What is the reason for your visit today? <i>Cual es la razón de su visita de hoy?</i> | |
| 2. - Do you have any gynecologist complaint or ongoing problem? <i>¿Tiene alguna queja ginecológica o un problema continuo?</i> | <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO <u>YES, specify: / SI, especifique</u> |
| 3.- When was your last menstrual period? <i>Cuando fué su última Menstruación?</i> | Date: _____ Are you pregnant? <i>Esta embarazada?</i> <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> N/A |
| 4.- When was your last Pap smear? <i>Cuando fué su última Citología o Papanicolaou?</i> | Date: _____ Was it Normal? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO Fué Normal? |
| 5.- Did you bring your medical records, including ER visits? <i>¿Trajo sus registros médicos, incluidas las visitas a la sala de emergencias?</i> | <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> N/A |
| 6.- Are you interested in Hormone Therapy? Pelvic Floor Therapy? Aesthetic Care? <i>Esta interesada en Terapia Hormonal? Terapia Pélvica? Cuidado Estético?</i> | <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> N/A |

*If today is your wellness visit and you would like to discuss a problem with your doctor, you may have to book another appointment.
 Si hoy es su visita de bienestar y desea discutir un problema con su médico, es posible que deba reservar otra cita.

** OFFICE USE **

Health Insurance: _____

Problem Visit:

Copay : _____ Ded: _____ Coin: _____

Caring for Women in all stages of Life

Nisseth Urribarri, MD,FACOG

Jose Berthe, MD,FACOG

1-954-368-9656 1-954-368-9356 www.UniqueWellnessCenter.com
9750 NW 33rd Street, Suite 111
Coral Springs FL 33065



Estimado paciente,

Usted está programado para su Examen Anual de Bienestar de la Mujer con uno de nuestros proveedores. El examen se lleva a cabo para un paciente que no tiene síntomas/problemas que necesitan ser abordados por el proveedor. Si se encuentra alguna anomalía o se soluciona un problema preexistente en el proceso de realizar este servicio de evaluación y gestión de medicamentos preventivos, y desea que el proveedor aborde este, entonces y los códigos adicionales de procedimiento de visita a la oficina, 99201-99215 también se notificarían a su seguro.

Si se encuentra un problema e implica servicios adicionales (incluyendo trabajo de laboratorio, cultivos genitales, prueba de orina, prueba de embarazo de orina, cultivo de orina y procedimientos menores en el cargo, etc.), usted puede ser responsable de un copago adicional o deducible.

Nuestra oficina determinará esto al final de su visita y coleccionará cualquier dinero aplicable en ese momento o después de que su compañía de seguros pague a nuestra oficina por su parte.

Al firmar esta notificación, verifico que he leído lo anterior y que mis preguntas han sido respondidas a mi satisfacción. Entiendo que el dinero puede ser debido antes de mi salida de esta oficina.

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Firma: _____ Fecha: _____

Testigo: _____ Date: _____

Caring for Women in all stages of Life



Cancelación de cita/Política de no presentarse a su cita “No show”

Nuestro objetivo es proporcionar a todos nuestros pacientes una atención excepcional. "No Shows" y cancelaciones tardías incomoden a aquellas personas que necesitan atención médica. Por lo tanto, nos gustaría recordarle nuestra política de oficina con respecto a las citas perdidas.

Cancelación de una cita

Para ser respetuoso de las necesidades de otros pacientes, llámenos de inmediato si necesita cancelar o reprogramar su cita. Requerimos que llame con veinticuatro (24) horas de antelación. Las citas son de alta demanda, y su cancelación temprana le dará a otra persona la posibilidad de recibir atención médica de manera oportuna. Como cortesía, nuestro personal se pondrá en contacto con usted por mensaje de texto, correo electrónico o llamada telefónica con cuarenta y ocho (48) horas de antelación para confirmar su cita. Dejaremos un mensaje de correo de voz si no podemos comunicarnos con usted personalmente. Si no puede cumplir con su cita, estaremos encantados de reprogramarla para usted. Por favor, dénos un aviso con 24 horas de anticipación para cancelar o reprogramar.

Política de no presentarse “No show”

"No Show" es alguien que no está presente en el momento de su cita programada y no ha proporcionado una notificación adecuada. Entendemos que las emergencias pueden ocurrir, sin embargo, cuando usted no llama para cancelar una cita, usted está impidiendo que otro paciente obtenga el tratamiento muy necesario.

Cargo por Tardía de cita/Política de no presentarse “No show”.

Si no se da una cancelación por adelantado de 24 horas, que es un "No Show", se aplicará un cargo administrativo no reembolsable de \$50.00. Esta tarifa no será cubierta por su compañía de seguros. Si tiene alguna pregunta con respecto a esta política, por favor pregunte a nuestro personal y estaremos encantados de aclarar sus preguntas.

Le agradecemos de antemano su cooperación y comprensión.

Cancelación Tardía de cita/Política de no presentarse “No show”.

Reconozco que se me ha presentado la Política de Cancelación de Citas/No Show y que entiendo la política claramente.

| | | |
|--------|-------|-------|
| Nombre | Firma | Fecha |
|--------|-------|-------|

Caring for Women in all stages of Life