

Welcome to Sylvia Velarde, M.D. LLC. For those of you who have been to our practice before. We appreciate your support and confidence you have in our practice. For those of you who are a new patient to our office, we will strive to meet your expectations.

Please be advised that we only deliver and work out of **Memorial Hospital West**. If you seek care at any other hospital other than **Memorial Hospital West**, we will be unable to care for you while you are in the hospital.

Please note that it is possible that our patients may be seen by my colleagues in Obstetrics/Gynecology that offer coverage in unforeseen emergencies, vacations, and seminars, etc.

Once again, we welcome you to our practice. Please feel free to let us know if you have any questions or concerns.

Español

Bienvenidos a Sylvia Velarde, M.D, LLC. Para aquellos pacientes que han estado en nuestra practica anteriormente, apreciamos su apoyo y cofinancia. Para aquellos de ustedes que son pacientes nuevos, nos esforzamos por satisfacer sus expectativas.

Tenga en cuenta que solo trabajamos con el hospital **Memorial Hospital West**, si busca atención en cualquier otro hospital que no sea **Memorial Hospital West**, no podremos ofrecerle atención medica mientras este en el hospital.

Por favor tenga en cuenta que es posible que nuestros pacientes sean vistos por mis colegas obstétrico/ginecólogos que me ofrecen cobertura en caso de emergencia imprevista, vacaciones, o semanarios, etc.

Una vez más, le damos la bienvenida a la práctica. Por favor no dude en hacer cualquier pregunta o expresar cualesquiera inquietudes.

Nombre del paciente

Firma del paciente

Testigo

Fecha

FORMULARIO DE RESPONSABILIDAD FINANCIERA DEL PACIENTE

Nombre Del Paciente: _____ Fecha De Nacimiento: _____

Gracias por elegir a la **Dra. Sylvia Velarde M.D, LLC** como su proveedor de salud. Nos sentimos honrados por su elección y estamos comprometidos a brindarle atención medica de la más alta calidad. Le pedimos que firme este formulario para demostrar que reconoce nuestras políticas financieras para pacientes.

- El paciente (O el guardián del paciente, si es menor de edad) es finalmente responsable del pago de su tratamiento y atención.
- Nos complace ayudarlo a usted mediante la facturación a los seguros. Sin embargo, se requiere que el paciente nos brinde la información más correcta y actualizada sobre su seguro y será responsable de cualquier cargo incurrido si la información proporcionada no es correcta o actualizada.
- Los pacientes son responsables del pago de copagos, coaseguros, deducibles y todo los demás procedimientos o tratamientos no cubiertos por su plan de seguro. El pago se debe realizar en el momento del servicio, y para su comodidad, aceptamos efectivo, y la mayoría de las principales tarjetas de crédito en nuestra oficina.
- Los pacientes pueden incurrir, y son responsables del de cargos adicionales a discreción de la Dra. Sylvia Velarde M.D LLC. Estos cargos pueden incluir (pero no se limitan a):
 - Cualquier costo asociado con la conversión de cuentas impagas a nuestra agencia de cobranza.

He leído la política con respecto a mi responsabilidad financiera para con la práctica, por brindarme servicios médicos o al paciente mencionado anteriormente. Certifico que la información es, según mi leal saber y entender, verdadera y precisa. Autorizo a mi aseguradora a pagar cualquier beneficio; o, si corresponde, cualquier monto adeudado después de que mi aseguradora haya efectuado el pago.

Firma Del Paciente O Guardian

Fecha

Estimado paciente,

Según la ley de la Florida, los médicos generalmente deben tener un seguro de negligencia médica o demostrar responsabilidad financiera para cubrir posibles reclamos por negligencia médica.

Su médico ha decidido no llevar un seguro de negligencia profesional.

Esto está permitido por la ley de la Florida sujeto a ciertas condiciones. La Florida impone impuestos contra los médicos que no están asegurados, y no cumplen con el juicio adverso que surge de reclamos de negligencia médica. Este aviso se proporciona de conformidad con la ley de la Florida.

Estatuto de Florida § 458.320(5)(g)(1)

Firma del paciente

Fecha

**Consentimiento Del Paciente para el uso y Divulgación de
información de salud para tratamiento, pago, O Operaciones de
Atención Medica**

Yo, _____ entiendo que como de mi atención médica, este centro origina y mantiene registros en papel y /o electrónicos que describen mi historial de salud, exámenes y resultados de pruebas, diagnósticos, tratamiento y cualquier plan para atención o tratamiento en el futuro. Entiendo que información sirve como:

- Una base para planificar mi cuidado y tratamiento,
- Un medio de comunicación entre los muchos profesionales de la salud que contribuyen a mi cuidado,
- Una fuente de información para aplicar mi diagnóstico e información quirúrgica a mi factura,
- Un medio por el cual un tercero pagador puede verificar que los servicios facturados se prestaron realmente, y
- Una herramienta para las operaciones de atención medica de rutina, como la evaluación de la calidad y la competencia de los profesionales de la salud.

Entiendo y me han proporcionado un Aviso de prácticas de información que proporciona una descripción mas completa de las usos y divulgaciones de la información. Entiendo que tengo los siguientes derechos y privilegios:

- El derecho a revisar el aviso antes de firmar este consentimiento,
- El derecho a objetar el uso de mi información de salud para fines de dirección, y
- El derecho a solicitar restricciones en cuanto a como se puede usar o divulgar mi información de salud para llevar a cabo tratamientos, pagos u operaciones de atención médica.

Entiendo que este servicio no está obligado a aceptar las restricciones solicitadas. Entiendo que puedo revocar este consentimiento por escrito, excepto en la medida en que la organización ya haya tomado medidas de confianza al respecto. También entiendo que el negarme a firmar este consentimiento o revocar este consentimiento, esta organización puede negarse a tratarme según lo permitido por la Sección 164.506 del código de regulaciones federales.

Además, entiendo que esta instalación se reserve el derecho de cambiar su aviso y practicas y antes de la implementación, de acuerdo con la Sección 164.520 del código de Regulaciones Federales. Si esta instalación cambia su notificación, enviaran una copia de cualquier notificación revisada a la dirección que he proporcionado.

Deseo tener las siguientes restricciones al uso o divulgación de mi información de salud:

Entiendo que, como parte del tratamiento, el pago o las operaciones de atención medica de esta organización, puede ser necesario divulgar mi información medica protegida a otra entidad, y doy mi consentimiento para dicha divulgación para esto uso permitidos, incluidas las divulgaciones por fax.

Autorizo a este centro para discutir mi tratamiento, pago y operación de atención medica con:

Entiendo completamente y acepto

Rechazo los términos de este consentimiento

Firma del paciente

Fecha

Testigo

AVISO DE RECONOCIMIENTO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Sylvia Velarde, MD, LLC

I understand that under the Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA), I have certain rights to privacy regarding my protected health information. I acknowledge that I have receive or have been given the opportunity to receive a copy of your Notice of Privacy Practices and that I may contact the practice at any time to obtain a current copy of the Notice of Privacy Practices.

Español

Entiendo que conforme a la Ley de responsabilidad y portabilidad del seguro de salud (HIPAA). Tengo ciertos derechos de privacidad con respecto a mi información médica protegida. Reconozco que he recibido o se me ha brindado 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 Practicas de Privacidad y que puedo comunicarme con la practica en cualquier momento para obtener una copia actual de la Notificación de Privacidad.

Nombre del paciente

Fecha

Firma del paciente

NO-SHOW AND LATE CANCELLATION POLICY

When we make your appointment, we are reserving an appointment for your particular needs. We ask that if you must change an appointment, please give us at least 24 hours' notice. This courtesy makes it possible to give your reserved room to another patient.

It is our office Policy to charge you a **\$30.00 dollar** fee for not showing up, rescheduling, or cancelling your appointment

If you have any question, please call our office at 954-251-3186.

Español

POLITICA DE CANCELACION Y TARDE

Cuando hacemos su cita, estamos reservando una habitación para sus necesidades particulares.

Le pedimos que, si tiene que cambiar una cita, por favor dénosla con al menos 24 horas de anticipación. Esta cortesía hace posible dar su habitación reservada a otra paciente.

Es nuestra política de oficina cobrarle una **tarifa de \$30.00 dólares** por no presentarse, Reprogramar o cancelar el mismo día de su cita.

Si tiene alguna pregunta, llame a nuestra oficina al 954-251-3186.

Firma del paciente

Fecha

ACUERDO DE PRUEBA DEL LABORATORIO

Este Acuerdo se aplica a todos los pacientes que tienen una póliza de seguro y los que pagan por cuenta propia. Debido a que muchas compañías de seguros ahora contratan directamente con el laboratorio, nos vemos en la posición de tener que proporcionarle una receta para los análisis que se consideren necesarios y esperamos que se los hagan en el plazo estipulado.

Para aquellos que no pueden o quieren pagar el tiempo y la molestia de esperar en una estación de laboratorio, para su comodidad, ofrecemos este servicio en nuestra oficina.

Los pacientes que desean que Sylvia Velarde MD, LLC les extraiga sangre, entienden que se les cobrará una tarifa de conveniencia de veinte dólares (\$20.00) para el paciente de ginecología y una tarifa única de cuarenta dólares (\$40.00) para pacientes obstétrica. Se entiende que esta tarifa de conveniencia no es para la extracción y el manejo de su sangre y que no es un “Servicio cubierto” por su compañía de seguro. Por lo tanto, esta tarifa no es reembolsable por su compañía de seguros.

Si está de acuerdo con esta política y desea que sus análisis de laboratorio se realicen en la oficina, indique su aceptación de esta política firmando a continuación.

He leído, comprendo y estoy de acuerdo con las políticas de la oficina indicadas anteriormente.

Firma del paciente

Fecha