



8299 South Dixie Highway  
Miami, FL 33143  
Tel: (786) 528-3000  
Fax: (888) 971-4034  
Email: [info@mycaredoctors.com](mailto:info@mycaredoctors.com)  
[WWW.mycaredoctors.com](http://WWW.mycaredoctors.com)

---

**Informacion Del Paciente:**

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Número de Seguro Social: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Sexo: M / F (Circule uno) Casado/Soltero/Divorciado/viudo  
Dirección: \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_  
Teléfono Casa: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Correo Electrónico: \_\_\_\_\_  
Teléfono Celular:(\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
Doctor que Refirió: \_\_\_\_\_  
**\*\*Como Supo de Nuestra Práctica?** \_\_\_\_\_

---

**A quien Acudir en caso de Emergencia:**

Nombre: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_  
Teléfono Casa: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Teléfono Trabajo: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
Teléfono Celular:(\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
Relación: \_\_\_\_\_

---

**INFORMACION DE SEGURO MEDICO:**

Nombre Plan: \_\_\_\_\_ Número ID: \_\_\_\_\_  
Número Grupo: \_\_\_\_\_ Dueño de Póliza: \_\_\_\_\_  
Efectiva Fecha: \_\_\_\_\_ Numero de seguro social dueño de Póliza: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Sex: M / F

**SEGUNDO SEGURO MEDICO:**

Nombre de Plan: \_\_\_\_\_ Número ID: \_\_\_\_\_  
Número Grupo: \_\_\_\_\_ Dueño de Póliza: \_\_\_\_\_  
Fecha de Efectividad: \_\_\_\_\_: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Sexo: M / F

---

\*\*\*Si su seguro requiere un referido para ver a Dr. Bango o Dr. Kini, es su responsabilidad de proveer a nuestra oficina el referido. Si la compañía de seguro denegar su pago (por falta de referido) usted, el paciente, está de acuerdo de pagar MyCare Health Partners el Monto completo de los cargos ocurridos durante su visita.

**Firma de Paciente:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

**LIBERAR INFORMACION AL SERGURO MEDICO:**

Por la presente autorizo a la oficina MyCare Health Partners, para liberar a mi compañía de seguros de la información necesaria para presentar y agilizar el pago de mi reclamo. Asigno más beneficios a pagar de mi parte a MyCare Health Partners Socio Salud. Entiendo que soy financieramente responsable de cualquier saldo no cubierto por mi seguro.

**Firma de Paciente:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_



8299 South Dixie Highway  
Miami, FL 33143  
Tel: (786) 528-3000  
Fax: (888) 971-4034  
Email: [info@mycaredoctors.com](mailto:info@mycaredoctors.com)  
[WWW.mycaredoctors.com](http://WWW.mycaredoctors.com)

### Aviso a Todos Los Pacientes

Su plan médico cuenta con normas específicas que usted debe de seguir para evitarse la responsabilidad del pago total a los servicios prestados por su médico.

**Referidos:** Nosotros participamos con muchos planes médicos. Es su responsabilidad como paciente que nos proporcione un referido actualizado en el día de su visita. Nuestra oficina no se hace responsable de obtener el referido. Si no tenemos es referido en el día de su cita, le cambiaremos la cita para otro día. Para esta inconveniencia, sugerimos que contacte a su médico primario de antemano.

**Formas de Pago:** Aceptamos efectivo, Visa, MasterCard, Discover, y cheques personales.

**Cancelación de Cita:** Por favor sea cortés y llámenos si usted no puede asistir a su cita con 24 horas de anticipación. Esto nos permitirá ver a otros pacientes que puedan necesitar de nuestros servicios. Un cargo de \$35 será aplicado si usted pierde una cita sin previo aviso.

**Formas:** Aplicamos un cargo de \$10 por completarles cualquier formulario.

**Cargos:** Copago y deducibles se aplicaran el día de su visita. Después de 60 días de no residir pago, se aplicara un cargo de \$10 por cada estado de cuenta que se envíe.

**Resultados de Pruebas:** MyCare Health Partners puede requerir una visita de seguimiento para revisar y discutir los resultados de las pruebas de diagnóstico o de patología.

**HIPPA (La Ley de Responsabilidad y Transferibilidad de los seguros médicos):** Si usted requiere una copia, esta se le proveerá.

Por último, esta es su plan médico. Por favor familiarícese con todas las reglas del plan médico con el cual usted está incito. Su compañía de seguro le enviara por correo un resumen de los cargos y pagos. Por favor revise toda correspondencia de su seguro.

Por favor firme y regrese esta forma después de leerla. Si tiene alguna pregunta puede comunicarse con nuestro personal.

**Hi leído y entiendo la información anterior:**

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

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

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



8299 South Dixie Highway  
Miami, FL 33143  
Tel: (786) 528-3000  
Fax: (888) 971-4034  
Email: [info@mycaredoctors.com](mailto:info@mycaredoctors.com)  
[WWW.mycaredoctors.com](http://WWW.mycaredoctors.com)

### Historial Medico

Por favor complete el siguiente cuestionario antes de su cita con el doctor, esta informacion es muy importante para nosotros para el su cuidado, por favor conteste las preguntas lo mas preciso posible.

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

#### Farmacia

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

#### Razon de su visita:

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

#### Por cuanto tiempo tiene este problema:

\_\_\_\_\_

#### Lista de Medicamentos : (si toma alguno)

##### Medicinas

Nombre	Dosis	Cuantas veces al dia?
1. _____	_____	_____
2. _____	_____	_____
3. _____	_____	_____
4. _____	_____	_____
5. _____	_____	_____



8299 South Dixie Highway  
Miami, FL 33143  
Tel: (786) 528-3000  
Fax: (888) 971-4034  
Email: [info@mycaredoctors.com](mailto:info@mycaredoctors.com)  
[WWW.mycaredoctors.com](http://WWW.mycaredoctors.com)

**Enumere sus problemas medicos: (ejemplo: presión alta, diabetes...)**

- 1. \_\_\_\_\_ 2. \_\_\_\_\_ 3. \_\_\_\_\_
- 4. \_\_\_\_\_ 5. \_\_\_\_\_ 6. \_\_\_\_\_
- 7. \_\_\_\_\_ 8. \_\_\_\_\_ 9. \_\_\_\_\_

**Usted sufre de alergias? (ej: medicina, medio ambiente, etc)**

\_\_\_\_\_

Quisiria tener un examen de alergias: Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

**Enumere cirugías pasadas con sus respectivas fechas (ej: cesaría Feb,2002)**

- 1. \_\_\_\_\_ 2. \_\_\_\_\_
- 3. \_\_\_\_\_ 4. \_\_\_\_\_
- 5. \_\_\_\_\_ 6. \_\_\_\_\_

**Hospitalization**

- 1. \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_
- 2. \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_
- 3. \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_
- 4: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

**Historia Familiar**

Alguien en su familia padece or sufre de alguna enfermedad cronica? Por favor ser especifico Quien y Que. Si nadie por favor escriba **Nadie**

Ej: Diabetes, presión alta, cáncer, etc

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



8299 South Dixie Highway  
Miami, FL 33143  
Tel: (786) 528-3000  
Fax: (888) 971-4034  
Email: [info@mycaredoctors.com](mailto:info@mycaredoctors.com)  
[WWW.mycaredoctors.com](http://WWW.mycaredoctors.com)

**Historia Social:**

Usted Fuma?                      SI   NO    \_\_\_\_\_ # paquete al dia                      \_\_\_\_\_ # de anos que fuma

Ex-fumador    \_\_\_\_\_ #Paquete al dia    \_\_\_\_\_ Por cuantos anos                      cuantos anos ya dejo de fumar \_\_\_\_\_

Usted bebe alguna bebida alcohólica?   SI \_\_\_ NO \_\_\_ que tipo \_\_\_\_\_ # de Bebidas/Semana \_\_\_\_\_

Ex Bebedor:    por cuantos anos \_\_\_\_\_                      #de Bebidas/Semana \_\_\_\_\_ lo dejo: \_\_\_\_\_ #anos

Alguna otra información adicional que usted cree que deberíamos saber acerca de usted?: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

---

**Medical Use Only**

Vital Signs:    BP \_\_\_\_\_                      HR \_\_\_\_\_                      TEMP \_\_\_\_\_                      BMI \_\_\_\_\_                      WT \_\_\_\_\_                      HT \_\_\_\_\_

R \_\_\_\_\_    OX \_\_\_\_\_

---

**Yo confirmo que según mis conocimientos la información en este documento es correcta**

**PACIENTE:** \_\_\_\_\_                      **FECHA:** \_\_\_\_\_

**FIRMA:** \_\_\_\_\_                      **ASISTENTE MEDICO:** \_\_\_\_\_



8299 South Dixie Highway  
Miami, FL 33143  
Tel: (786) 528-3000  
Fax: (888) 971-4034  
Email: [info@mycaredoctors.com](mailto:info@mycaredoctors.com)  
[WWW.mycaredoctors.com](http://WWW.mycaredoctors.com)

## Aviso De Privacidad Reconocimiento

MyCare Health Partners, 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 he recibido o he 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: \_\_\_\_\_



8299 South Dixie Highway  
Miami, FL 33143  
Tel: (786) 528-3000  
Fax: (888) 971-4034  
Email: [info@mycaredoctors.com](mailto:info@mycaredoctors.com)  
[WWW.mycaredoctors.com](http://WWW.mycaredoctors.com)

**MEDICAL RECORD RELEASE FORM**

**Telephone: 786-528-3000**

**Fax: 1-888-971-4034**

**E-mail: [info@mycaredoctors.com](mailto:info@mycaredoctors.com)**

\_\_\_\_\_  
**Patient Name**

\_\_\_\_\_  
**Date of Birth**

I hereby authorize the below listed entity to release medical information to **MyCare Health Partners:**

Name: \_\_\_\_\_ Telephone#: \_\_\_\_\_  
Address: \_\_\_\_\_ Fax#: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Medical Information Requested:**

- All Records
- Specific Records from \_\_\_\_\_ to \_\_\_\_\_
- Immunizations & Physical Examinations
- Radiology Films {X-Ray, Mammography, Ultrasound, CT, MRI, etc.}

\_\_\_\_\_  
**Signature of Patient or Legal Guardian**

\_\_\_\_\_  
**Date**

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.