

PATIENT INFORMATION			
Primer Nombre:	Apellido:	Apellido de Soltera:	Fecha de Nacimiento: <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer
Escoja una: <input type="checkbox"/> Residente (año entero) <input type="checkbox"/> Residente del Invierno (Octubre-Abril) <input type="checkbox"/> Residente del Verano (Mayo-Septiembre)			
Direccion:		Numero Social:	
Ciudad, Estado, Codigo Postal:		<input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> Divoclado(a) <input type="checkbox"/> Viudo(a)	
Telefono Casa:	Telefono Trabajo:	Telefono Celular:	Lenguaje Preferible:
Referencia de Medico:		Etnicidad: <input type="checkbox"/> Hispano or Latino <input type="checkbox"/> No Hispano or Non-Latino	
Raza:			
<input type="checkbox"/> Indios Americanos, Nativo de Alaska _____		<input type="checkbox"/> Nativo de Hawaii o de ??slenos Pacificos _____	
<input type="checkbox"/> Asiatico _____		<input type="checkbox"/> Otra Raza _____	
<input type="checkbox"/> Negro o afroamericano _____		<input type="checkbox"/> Blanco _____	
CONTACTOS de EMERGENCIA			
Nombre:	Relacion:	Numero telefonico:	Numero Celular:
Nombre:	Relacion:	Numero telefonico:	Numero Celular:
GARANTE (si otra persona):			
Nombre:	Relacion:		
Direccion:	Ciudad, Estado, Codigo Postal:		
Casa Telefono:	del Trabajo	Telefono Celular	
SEGURO PRIMARIO o MEDICARE		SEGURO SECUNDARIO	
<input type="checkbox"/> Igual al paciente <input type="checkbox"/> Igual que elgrante <input type="checkbox"/> Otro		<input type="checkbox"/> Igual al paciente <input type="checkbox"/> Igual que elgrante <input type="checkbox"/> Otro	
POR FAVOR TRAIGA SUSTARIETAS DE SEGUNO MEDICO			
Para mejorar las interacciones y las comunicaciones con nuestros pacientes, hemos implementado sistemas automatizados de mensajes de teléfono y correo electrónico para las comunicaciones relativas a recordatorios de la cita, el saldo pendiente las alertas y la gestión de la enfermedad, etc. que nos lugar llamadas telefónicas automatizadas o los mensajes de correo electrónico es "Si" o No Si la respuesta es "Si", sirvese indique preferencia a continuación:			
Las notificaciones de estado	Citas	Anuncios	Informacion de facturacion
<input type="checkbox"/> Teléfono	<input type="checkbox"/> Teléfono	<input type="checkbox"/> Teléfono	<input type="checkbox"/> Teléfono
<input type="checkbox"/> Correo electrónico	<input type="checkbox"/> Correo electrónico	<input type="checkbox"/> Correo electrónico	<input type="checkbox"/> Correo electrónico
Direccion electronica:		Como se entero de nosotros?	
		<input type="checkbox"/> TV <input type="checkbox"/> Radio <input type="checkbox"/> Periodico <input type="checkbox"/> Amistad <input type="checkbox"/> Doctor	

Acuerdo De Servicios

- Por la presente asigno mis beneficios del seguro ?? ser pagados directamente Socrates Perez MD
- Estoy de acuerdo en ser el(la) ??nlco(a) responsable de to?os(a) los(a) gastos de cobranza, honorarios de abogados y gastos necesarios judicial para conrar el pago en oualquier parte del saido en mora, v, por la presente autirizo a Socrates Perez MD para llevar a cabo todos los informes
- Entiendo que si no cancelar o reprogramar una cita, me pueden cobrar una "Si no se presenta cuota"
- Yo autorizo el medico ha liberar mi informacion medica requ?rida para proceder con cuentas.
- Yo autorizo comunicaciones electronicas de Socrates Perez MD para propositos medicos (I.e. Correo electronico, Llammades, v mensajes for el portal de Socrates Perez MD.)

Signo : _____

Fecha: _____

POR FAVOR, LEA ATENTAMENTE

Nuestro compromiso es brindarle el mejor cuidado de salud para usted el paciente. Su comprensión clara de un acuerdo a nuestras políticas financieras en relación con su atención médica, es fundamental. Para nuestra relación profesional con usted. Si tienes preguntas adicionales sobre nuestros honorarios y políticas financieras o sobre sus responsabilidades con, su cobertura de seguro, por favor pongase en contacto, con el gerente de la practica.

LOS HONORARIOS PROFESIONALES: Precios son representativos de los cargos habituales por nuestra zona son honorarios dedicado a los proveedores de su cuidado. Ese tiempo incluye la revisión de los registros médicos de autorización previa de pruebas de diagnóstico y otros requisitos de seguros, así como la coordinación de su atención con otros médicos que participan en su planificación de la atención de salud.

LOS PAGOS DEL SEGURO: Participamos en la asignación de pago con planes de seguros específicos en el estado de Florida. Su cobertura de seguro es un contrato entre usted y su plan de seguro. Es su responsabilidad de verificar y conocer su cobertura de beneficios de seguro incluyendo sus necesidades fuera de su bolsillo. Si su seguro es como uno de los que participamos y si ha proporcionado una prueba válida de seguro para que el plan vaya a presentar sus reclamaciones como cortesía que usted es paciente.

PRUEBA DE SEGURO: Antes de ser visto por un médico debe, completar al formulario de información del paciente licencia, de conducir o tarjeta de identificación previstos legal y proporcionar una tarjeta de seguro enviógor que acredite su seguro. Si la información del seguro que proporcionó es incorrecta, usted será completamente responsable por el saldo de la reclamación.

PAGOS DE LOS PACIENTES/SELF-PAY PAGOS: Sus co-pagos y deducibles y servicios no cubiertos por su plan de seguro y el balance de la paga se colectaran cuando venga a su cita medica o cuando recibe su cuenta de Millennium Physician Group. Puede pagar con dinero efectivo, cheques, tarjeta de credito y aceptamos, Visa, MasterCard, Discover y American Express. Le animamos que utilice el programa de credito de ahorro para resolución de cuentas. Después de 90 días de la falta de pago de su cuenta, se puede activar a una agencia de colección.

LAS CITAS: Por favor entiendan que su cita es el tiempo que se ha reservado para el cuidado de su salud. Si va llegar tarde, por favor llémenos tan pronto como sea posible. Si necesita cancelar su cita de oficina y procedimiento, llámenos 24 horas, de antelacion. Si no se presenta a una cita en la oficina programada es posible que se cobrara un espectáculo sin cargo de \$50.00 que se colectara en su proxima cita.

SERVICIOS NO CUBIERTOS: Algunos servicios que reciba pueden ser no cubiertos o pueden no considerados necesarios por Medicare por otros seguros que debe pagar por los servicios en su totalidad al momento de su visita.

LOS BENEFICIARIOS DE MEDICARE: A veces Medicare limitar la cobertura de determina dos bienes o servicios con base en el diagnóstico o la frecuencia con que se realizan. En el caso de que usted es proveedor identificar el potencial para la denegación de su reclamación por cualquier, de estos motivos de conformidad con los requisitos de Medicare. Se le pedirá que complete un formulario de notificación al Beneficiario que se proporcionará a usted la oportunidad de ser dado el costo esperado a usted por los servicios anteriores a los servicios que se quenden. Usted podrá optar por recibir los servicios y sera responsable por el costo de Medicare asigna o elegir declino los servicios.

LA AGENCIA DE COBRO: Si llega a ser necesario colocar su cuenta con una tercera agencia de colección de fiesta debido a la falta de nuestra practica debería ocurrir esto, le trataremos con caracter de emergencia sólo para los próximas 30 días, mientras que encuentres alternativa atención médica.

CHEQUES SIN FONDOS: \$50.00 de carga se aplicará por cheque devuelto por su banco. Si ha tenido más de un cheque rechazado de su médico puede optar por no aceptar futuros cheques de usted.

SU FIRMA EN ESTA PAGINA CONSTITUYE, UN ACUERDO A ESTA POLITICA.

He leído y estoy de acuerdo con las políticas financieras anteriores y la información. Por la presente asigno todos los beneficios médico y quirúrgicos a los que tengo derecho a través de mi cobertura de seguro mental o privado a Millennium Physician Group, LLC. Esta asignación se mantendrá en efecto hasta que sea revocada por escrito. Una copia de esta asignación se considera tan válida como la original.

Nombre del Paciente: _____ Fecha del Nacimiento: _____

Firma de la persona responsable de la cuenta	Nombre de la persona responsable de la cuenta	Fecha
--	---	-------

Complete todas las secciones de este documento - formularios incompletos no serán procesados.

Nombre del Paciente: _____ **Fecha de Nacimiento:** _____

No deseo nombrar a un representante en este momento.

Firma del paciente: _____ **Fecha:** _____

Yo, _____, doy autorización al Doctor _____ para discutir mi condición de cuidado con la siguiente (s) persona (s):

Nombre: _____

Nombre: _____

Dirección _____

Dirección _____

Ciudad/Estado/Código Postal: _____

Ciudad/Estado/Código Postal: _____

Parentesco: _____

Parentesco: _____

Número Telefónico: _____

Número Telefónico: _____

Información médica discutida/Divulgada puede incluir?

- Alcohol y/o abuso de drogas Enfermedad de transmisión sexual Salud Mental No a??cable
 Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA) Virus de Inmuno Deficiencia Humano (HIV)

Esta autorización para discutir/divulgar información privada de salud con la persona designada, se mantendrá en vigor durante un ??? a partir de la fecha de este comunicado firmado, al menos que sea revocada por escrito por mi persona a mi médico de atención primaria de (seleccione la oficina apropiada.)

Entiendo que tengo el derecho a inspeccionar los expedientes médicos solicitados y que la información divulgada, en virtud de la presente autorización podrá estar sujeta a divulgación por parte del destinatario y no podrá ser protegida por leyes estatales o federales.

Nombre _____ Firma _____ Fecha _____
 (en letra de ??oide) (Firma de padre/madre ó tutor legal del paciente - si es menor de edad)

Nombre del Paciente:

ID#

Fecha de Nacimiento:

Fecha de hoy:

EQUIPO DE ATENCION AL PACIENTE

	Nombre/Especialidad	Direccion	Telefono
Doctor Primario			
Specialista			

FARMACIA

	Localizacion de Farmicia:	Telefono de Farmicia: (if known)
Farmacia preferida (local):		
Farmacia preferida (mail away):		

Medicamentos:

?????????

Nombre	Dosis-mg	Direccion
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		
8.		
9.		
10.		

ALLERGIAS

Tiene alergia al medio de contraste? Si No

Allergia ha:	Reacciones:
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	
6.	

IMMUNIZACION

Nombre:	Dado:	Fecha:	Nombre:	Dado:	Fecha:
Gripe			Tetanus		
Pneumonia			Hepatitis		
Zostivax (Herpes)			Otro		

Nombre del Paciente:

ID#

Fecha de Nacimiento:

Fecha de hoy:

ANTECEDENTES MEDICOS marque lo que aplique		Historia Operaccinal Liste cirugia año	
<input type="checkbox"/> Abuso de Alcol	<input type="checkbox"/> Hepatitis		
<input type="checkbox"/> Allergias (other than meda)	<input type="checkbox"/> Le Presion Alta Arterial		Ano
<input type="checkbox"/> Amputation (location)	<input type="checkbox"/> Colesterol Alta	1.	
<input type="checkbox"/> (Anemia)	<input type="checkbox"/> Sida	2.	
<input type="checkbox"/> (Anxiedad Presion)	<input type="checkbox"/> Reemplazo Hormonal	3.	
<input type="checkbox"/> Arthritis	<input type="checkbox"/> Hospitalizaciones Ademas de cirugia	4.	
<input type="checkbox"/> Asthma	<input type="checkbox"/> Ictericia	5.	
<input type="checkbox"/> Dolor de Espalda	<input type="checkbox"/> Enfermedad derñonas	6.	
<input type="checkbox"/> Barretts' Esophagus	<input type="checkbox"/> Enfermedad piedras	7.	
<input type="checkbox"/> Desorden de la Sangre	<input type="checkbox"/> Sarampon	8.	
<input type="checkbox"/> Tratamiento adelgazante de la sangre	<input type="checkbox"/> Perdida de memoria /Alzheimer	9.	
<input type="checkbox"/> Tipo de Cancer	<input type="checkbox"/> Dano en los nerous	10.	
<input type="checkbox"/> Arrhythmias Cardiacos / Ritmo cardiatico irregular	<input type="checkbox"/> Crisis Nerviosa	11.	
<input type="checkbox"/> Marcapasos cardiaco / DeFlb	<input type="checkbox"/> Osteopen??a / Osteoporosis	12.	
<input type="checkbox"/> Varicelas	<input type="checkbox"/> Ostomies (location)	Tienes un Ritmo Maker <input type="checkbox"/> S? <input type="checkbox"/> No	
<input type="checkbox"/> Cirrosis	<input type="checkbox"/> Otro	Maintanence de Salud	
<input type="checkbox"/> Polipo del colon	<input type="checkbox"/> Paralysis	Por favo??anote la fecha del ultimo examen	
<input type="checkbox"/> Colon Problemas	<input type="checkbox"/> Parkinson's		Ano
<input type="checkbox"/> La insuficiencia cardiac congestiva	<input type="checkbox"/> Problema de la próstata	Stress Test	
<input type="checkbox"/> Crohn's Disease	<input type="checkbox"/> Roc/Condicion la piel	Echocardiogram	
<input type="checkbox"/> Depresión	<input type="checkbox"/> Flebre Rheumatica	EKG	
<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Ataque	Rayo X	
<input type="checkbox"/> Emficema / COPD	<input type="checkbox"/> Graves Lesiones	Mammograma	
<input type="checkbox"/> Disfuncion Erectil	<input type="checkbox"/> Transmision Sexual Enternedad	Pap Smear	
<input type="checkbox"/> Cia das	<input type="checkbox"/> Trastorno del sueno	PSA	
<input type="checkbox"/> Enfermedad de la vesicula biliar	<input type="checkbox"/> Stroke / TIA	Bone Density	
<input type="checkbox"/> Gastritis	<input type="checkbox"/> Problemas de la tiroide		
<input type="checkbox"/> GERD / Ulcera	<input type="checkbox"/> Problemas Urinarios		
<input type="checkbox"/> Gota	<input type="checkbox"/> Enfermedad Vascu??ar		
<input type="checkbox"/> Dolor de cabeza / Migranas	<input type="checkbox"/> Problemas de Vista		
<input type="checkbox"/> Ataque Cardiaco / Enternedad del corazon	<input type="checkbox"/>		

Nombre del Paciente:

ID#

Fecha de Nacimiento:

Fecha de hoy:

HISTORIA FAMILIAR			
??????????			
??????????			
<input type="checkbox"/> Sabes la historia	<input type="checkbox"/> Madre viva Edad de muerte: _____	<input type="checkbox"/> Madre ha fallecido Causa se muerte: _____	<input type="checkbox"/> Padre vivo Edad de muerte: _____
			<input type="checkbox"/> Padre ha fallecido Causa se muerte: _____
<input type="checkbox"/> Alcolismo	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Enfermedad mental	<input type="checkbox"/> Otro
<input type="checkbox"/> Cancer de los cenos	<input type="checkbox"/> Ataqueda Corazón	<input type="checkbox"/> Osteoporosis	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Cancer del colon	<input type="checkbox"/> Enfermo del Corazón	<input type="checkbox"/> Cancer de la piel	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Colon Polyps	<input type="checkbox"/> Presion Alta	<input type="checkbox"/> Accidente cere brovascular	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Deprecion	<input type="checkbox"/> Cholesterol Alta	<input type="checkbox"/> Suicidio	<input type="checkbox"/>

HISTORIA ???			
Profession: _____		Retirado: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Viuda/Viudo:		Numero denijas: _____	Numerode embarazos: _____
<input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Viuda/Viudo <input type="checkbox"/> Soltero, Soltera <input type="checkbox"/> Divorclado, Divorciada			
Alcohol: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Fuma: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Ejercicio: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Uso de ilicito de drogas: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Tipo: _____	Frecuencia: _____ Paquete/Dia	Tipo: _____	<input type="checkbox"/> Mariгуana
Frecuencia: # _____ <input type="checkbox"/> dia <input type="checkbox"/> Semana <input type="checkbox"/> mes	Numero de años _____ Fecha de dejar de furna?? _____	Frecuencia: # _____ <input type="checkbox"/> dia <input type="checkbox"/> Semana <input type="checkbox"/> mes	<input type="checkbox"/> Uso de drogas intavenosas

Yo autorizo que optenga mi historial medico cuoiquier medicamento historia que se descargan automotica mente de los beneficios de formicia atra de SureScript.

Firma del Paciente: _____

Ademos autoriza de revelar mis registras medicos e informacion de atenclon medica a atos proveedores de servicios medicos e instalaciones que ??o soliciten en relacion con mi atencion y tratamiento medico.

Firma del Paciente: _____

Por la presente autorizo para intercomb??or mi historial de inmunización en el Registro de Inmunización de la Florida.

Firma del Paciente: _____