

# SOUTH FLORIDA INTERNATIONAL ORTHOPAEDICS, P.A.

THEODORE A. EVANS, M.D.

RICHARD F. PELL IV, M.D.

MICHAEL R. GOMBOSH, M.D.

Diplomates, American Board of Orthopaedic Surgery

JOHN F. TORREGROSA, D.P.M.

Fellow American College of Foot & Ankle Surgeons

Redwood Medical Pavilion

9165 S.W. 87<sup>th</sup> Avenue

Miami, Florida 33176-2302

Phone: 305.233.0011, Fax: 305.233.0033

Website: www.sfiortho.com

Portofino Professional Center

925 N.E. 30<sup>th</sup> Terrace, Suite 102

Homestead, Florida 33033-7914

Phone: 305.247.1701, Fax: 305.247.1799

## INFORMACION DEL PACIENTE

Nombre del Paciente \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

A sido ud. tratado por estos doctores?  Si  No Sí es así, qué medico? \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_ Telefono de la casa \_\_\_\_\_

Direccion \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ ZIP \_\_\_\_\_

Edad \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Numero social # \_\_\_\_\_

Masculino  Femenino Estado civil:  Casado  Soltero(a)  Divorciado(a)  Viudo(a)

Origin etnico  Hispano o latino  No hispano o latino

Idioma preferido  Ingles  Espanol  Otros especifique \_\_\_\_\_

Raza  Negro o afroamericano  White  Asian  Indio Americano o native de Alaska  Otra raza

Doctor primario Dr. \_\_\_\_\_ Direccion \_\_\_\_\_

Nombre y direccion del empleador \_\_\_\_\_

Telefono del trabajo# \_\_\_\_\_ Ocupacion del paciente \_\_\_\_\_

Nombre del conyugoe o padres \_\_\_\_\_

Direccion del conyugoe o padres \_\_\_\_\_

Numero del seguro social# del conyugoe o padres \_\_\_\_\_

Nombre del empleador del conyugoe o padres \_\_\_\_\_

Telefono del trabajo del conyugoe o padres \_\_\_\_\_

Persona responsable para pagar la cuenta \_\_\_\_\_

Nombre de su seguro primario \_\_\_\_\_

Direccion de su seguro primario \_\_\_\_\_

Numero de grupo # \_\_\_\_\_ Numero de poliza # \_\_\_\_\_ Nombre del asegurado \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ SS # \_\_\_\_\_

Nombre de su seguro secundario \_\_\_\_\_

Direccion de su seguro secundario \_\_\_\_\_

Numero de grupo # \_\_\_\_\_ Numero de poliza # \_\_\_\_\_ Nombre del asegurado \_\_\_\_\_

Fecha de naimiento \_\_\_\_\_ SS # \_\_\_\_\_

Nombre de su farmacia \_\_\_\_\_ Direccion \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_

**SOUTH FLORIDA INTERNATIONAL ORTHOPAEDICS, P.A.**

**FORMULARIO DE RECOLECCION DE HISTORIA MEDICA**

**NOMBRE DEL PACIENTE** \_\_\_\_\_ **FECHA** \_\_\_\_\_

**HISTORIA DEL PACIENTE:**

Motivo de su visita \_\_\_\_\_ Edad del Paciente \_\_\_\_\_

Que tiempo hace que esto le esta molestando? \_\_\_\_\_

Si es la extremidad superior, su mano dominante es  Derecha  Izquierda

Dolor al reposo o dolor que te despierta en la noche? \_\_\_\_\_

Severidad (Leve/Moderado/Fuerte) \_\_\_\_\_

Que alivia sus síntomas? \_\_\_\_\_

Que hace que sus síntomas empeoren? \_\_\_\_\_

Describe algun tratamiento anterior? (Cirugia/Terapia/Inyecciones/Medicamentos)

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

**HISTORIA PASADA Y OTROS PROBLEMAS:**

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

**CIRUGIAS PREVIAS Y HOSPITALIZACIONES:**

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

**HISTORIA FAMILIAR: MARQUE SI UN FAMILIAR HAS TENIDO ALGO DE LO SIGUIENTE**

- Artritis  Hipertension  Enfermedad del corazon  Diabetes  Problemas endocrinos, glandulares  
 Enfermedad Musculares

MIEMBRO	VIVO	FALLECIDO	EDAD	ESTADO DE SALUD O CAUSA DE MUERTE
Padre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Madre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Hermana/Hermano	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Hermana/Hermano	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Hermana/Hermano	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____

**HISTORIA SOCIAL:**

Education (en años) \_\_\_\_\_ Descripción del trabajo \_\_\_\_\_

Estados Civil  Soltero  Casado Numero de hijos \_\_\_\_\_ Hijos(s) Edades \_\_\_\_\_

Situación en que vive \_\_\_\_\_ Uso de alcohol (cantidad & tipo) \_\_\_\_\_

Uso de droga (cantidad & tipo) \_\_\_\_\_ Fumar (# cajas al día) \_\_\_\_\_

**ALERGIAS:**

**MEDICAMENTOS, INCLUYE VITAMINAS Y SUPLEMENTOS:**

**REVICION POR SISTEMAS - Tiene o ha presentado alguno de los siguientes problemas (circule todos los que apliquen):**

- | NO                       | SI  |
|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Artritis Inflammaci3n de las articulaciones Fibromialgia Fracturas Atrofia Muscular              |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Erupciones de la piel Tumoraciones Problemas de cicatrizaci3n Picaz3n                            |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza Convulsiones Debilidad/infarto cerebral o isquemia cerebral                    |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Depresion Desorden del sueo Alucinaciones Trastorno de ansiedad                                  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Diabetes Hipo-Hipertoidismo  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Sangrado f3cil, o hematomas Anemia Gl3ndulas inflamadas o adenopat3as (ganglios inflamados)      |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Dermatitis Aalergia al l3tex Alergia a medicamentos O alergias medioambientales                  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Asma Tos Silbido de los pulmones Obstrucci3n pulmonar Expectoraci3n con sangre                   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Nauseas Vomitos Dolor de estomago Heces con sangre Diarrea Estrenimiento Perdida de apetito      |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Dificultad al orinar Dolor o ardor al orinar Sangre en orina Incontinencia Problemas menstruales |
|                          | Problemas prost3ticos Disfunci3n er3ctil  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Fiebre Sudoraciones nocturnas Escalofr3os P3rdida de peso Cansancio Malestar                     |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Problemas visuales Espejuelos  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Problemas de audici3n Problemas con los senos paranasales V3rtigo/mareo Ronquera                 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Inflammaci3n de los tobillos Presi3n elevada   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Dolor de pecho Falta de aire Latido del coraz3n anormal  |

Para todas las preguntas que responda **SI, EXPLIQUE:** \_\_\_\_\_

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

**\*\*SI LA RAZON DE SU VISTA HOY ES POR DOLOR OR LESIONES PROVOCADAS POR UN ACCIDENTE DE AUTOMOVIL, TRABAJO, O OTRA, RESPENDA LAS PREGUNTAS SIGUIENTES. SI NO, PASE A LA PAGINA 7 Y FIRME:**

1. Naturaleza de lesi3n/enfermedad/accidente:

Autom3vil \_\_\_\_\_

Trabajo \_\_\_\_\_  
Otro \_\_\_\_\_

2. Fecha del accidente \_\_\_\_\_

3. Lugar del accidente \_\_\_\_\_

4. Hora del accidente \_\_\_\_\_

Por favor describa las circunstancias \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**\*\*Si es un accidente de auto, responda las siguientes preguntas; si no lo es, pase a la pregunta #20**

5. ¿En qué clase de carro estaba usted? \_\_\_\_\_

6. ¿En dónde estaba sentado/a?

\_\_\_\_\_ Conductor    \_\_\_\_\_ Pasajero delantero    \_\_\_\_\_ Detrás del conductor    \_\_\_\_\_ Detrás del pasajero

7. ¿Estaba usted viajando?

\_\_\_\_\_ Norte    \_\_\_\_\_ Sur    \_\_\_\_\_ Este    \_\_\_\_\_ Oeste

8. ¿Estaba usted moviendo, o estaba detenido?    \_\_\_\_\_ Moviendo    \_\_\_\_\_ Estaba detenido

9. ¿Cuál era la velocidad aproximada a la que viajaba su vehículo?    \_\_\_\_\_ mph

10. ¿Qué parte del vehículo fue golpeado?

\_\_\_\_\_ Por delante    \_\_\_\_\_ Por delante, izquierdo    \_\_\_\_\_ Por delante, derecha    \_\_\_\_\_ Trasero

\_\_\_\_\_ Trasero, izquierdo    \_\_\_\_\_ Trasero, derecho OR

\_\_\_\_\_ Otra \_\_\_\_\_

11. Al momento del impacto yo estaba mirando:

\_\_\_\_\_ Hacia adelante    \_\_\_\_\_ Hacia la izquierda    \_\_\_\_\_ Hacia la derecha

12. ¿Usted tenía puesto el cinturón de seguridad?    \_\_\_\_\_ Si    \_\_\_\_\_ No

13. ¿Su vehículo tenía bolsas de aire?    \_\_\_\_\_ Si    \_\_\_\_\_ No

¿Las bolsas de aire se desplegaron?    \_\_\_\_\_ Si    \_\_\_\_\_ No

14. Fui lanzado/a después del impacto hacia:

\_\_\_\_\_ Adelante    \_\_\_\_\_ Hacia atrás    \_\_\_\_\_ De lado a lado

15. Yo golpeé:

Tablero     Cabecera     Parabrisas     Espejo retrovisor     Puerta  
 Cinturón de seguridad     Ventana lateral     Volante     Otro \_\_\_\_\_

16. ¿Qué parte del cuerpo usted se golpeó?

Cabeza     Pecho     Cara     Rodillas     Brazos     Hombro  
 Otro \_\_\_\_\_

17. Yo tuve:

Cortadas     Moretones     Los dos  
en mi: \_\_\_\_\_

18.  Yo estuve     No estuve     Inconsciente en la escena del accidente.

19. Tuve:

Sordera momentaria     Pérdida de balance     Nausea     Zumbido en los oídos  
 Visión borrosa     Dolor inmediato     Mareo

20. Fui retirado de la escena del accidente mediante:

Ambulancia     Amigo/a     Padres     otro \_\_\_\_\_  
 Al hospital     A la casa     Otro \_\_\_\_\_

21. ¿Cuándo fue que usted buscó atención médica debido este accidente por primera vez? \_\_\_\_\_

¿A quién vió? \_\_\_\_\_

22. En (nombre del hospital) \_\_\_\_\_

Fui examinado/a por \_\_\_\_\_

23. ¿Fue admitido/a?     Si     No

24. Fui examinado/a y administrado:

Rayos x     Medicamentos     Collar de cuello     Aparato ortopédico    puntos de sutura  
 Otro \_\_\_\_\_

25. ¿Después de que fue dado de alta, usted que hizo?

Volver a casa y a la cama     Volver al trabajo  
 Otro \_\_\_\_\_

26. Trabajo:

¿Ha perdido usted tiempo de trabajo desde el accidente?:     Si     No

1. Todavía está sin trabajar?     Si     No

2. Fecha en la que regresó a trabajar \_\_\_\_\_

27. Proporcione todos los nombres de los médicos que le han tratado a usted por las lesiones de su accidente:

A. Nombre \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

¿Qué hizo él/ella? \_\_\_\_\_

¿Qué dijo él/ella que estaba mal con usted? \_\_\_\_\_

B. Nombre \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

¿Qué hizo él/ella? \_\_\_\_\_

¿Qué dijo él/ella que estaba mal con usted? \_\_\_\_\_

28. Marque los síntomas que usted a notado/desde su accidente:

A \_\_\_\_\_ Espalda media (dolor; rigidez)

B \_\_\_\_\_ Espalda baja (dolor; rigidez)

C \_\_\_\_\_ ¿Hinchazón?

¿Donde? \_\_\_\_\_

D \_\_\_\_\_ Restricción del movimiento del cuello

E \_\_\_\_\_ Dolor y rigidez en la espalda alta

F \_\_\_\_\_ Sensación de pinchazos en

\_\_\_\_\_ brazos \_\_\_\_\_ piernas

G \_\_\_\_\_ Adormecimiento en

\_\_\_\_\_ dedos \_\_\_\_\_ brazos \_\_\_\_\_ piernas

H \_\_\_\_\_ Dolor de cabeza

I \_\_\_\_\_ Dolor en el cuello

K \_\_\_\_\_ Dificultad excesiva para

\_\_\_\_\_ pararse \_\_\_\_\_ caminar

\_\_\_\_\_ montar \_\_\_\_\_ doblarse

L \_\_\_\_\_ Dolor en el cuello, rigidez levantándose

M \_\_\_\_\_ Dolor en la espalda baja, rigidez levantándose

N \_\_\_\_\_ ¿Dolor que se irradia hacia?

\_\_\_\_\_ brazos \_\_\_\_\_ piernas

O \_\_\_\_\_ Dificultad levantando

\_\_\_\_\_ Liviano \_\_\_\_\_ moderado

\_\_\_\_\_ Pesado

\_\_\_\_\_ Después de levantar varias veces

P \_\_\_\_\_ Dolor que se irradia hacia:

\_\_\_\_\_ Neck/ cuello

\_\_\_\_\_ Base del cráneo

\_\_\_\_\_ Brazos

\_\_\_\_\_ Caderas

\_\_\_\_\_ Piernas

29. Tengo dolor en las siguientes áreas (Nombra la más severa primero, escriba todas sus quejas/síntomas):

A. \_\_\_\_\_

B. \_\_\_\_\_

C. \_\_\_\_\_

D. \_\_\_\_\_

E. \_\_\_\_\_

30. Mis síntomas se agravan debido a:

\_\_\_\_\_ Caminar \_\_\_\_\_ Permanecer parado \_\_\_\_\_ Levantar peso \_\_\_\_\_ Voltearse \_\_\_\_\_ Trabajar

\_\_\_\_\_ Permanecer sentado \_\_\_\_\_ Practicar deportes \_\_\_\_\_ Permanecer acostado \_\_\_\_\_ Ejercicio

\_\_\_\_\_ Otro \_\_\_\_\_

31. Mis síntomas mejoran debido a:

\_\_\_\_\_ Descanso \_\_\_\_\_ Medicamentos \_\_\_\_\_ Reposo en cama \_\_\_\_\_ Paquetes de hielo

\_\_\_\_\_ Baños de agua caliente \_\_\_\_\_ Aspirina

\_\_\_\_\_ Otro \_\_\_\_\_

32. Medicamentos que toma actualmente relacionado con tus lesiones:

A. \_\_\_\_\_ D. \_\_\_\_\_

B. \_\_\_\_\_ E. \_\_\_\_\_

C. \_\_\_\_\_ F. \_\_\_\_\_

33. Ha tenido lesiones anteriores o ha recibido tratamiento en las áreas que actualmente están lesionadas?

Fecha \_\_\_\_\_ Nombre del doctor \_\_\_\_\_

Dirección del doctor \_\_\_\_\_

34. Yo \_\_\_\_\_ he podido o \_\_\_\_\_ no he podido trabajar desde el accidente.

Desde \_\_\_\_\_ Hasta \_\_\_\_\_ Otro \_\_\_\_\_

35. ¿Qué actividades han cambiado desde el día del accidente?

A. Trabajo: \_\_\_\_\_ Sin cambio \_\_\_\_\_ No puede trabajar \_\_\_\_\_ Tiene dolor al trabajar

B. Ejercicios: \_\_\_\_\_ Todavía puede \_\_\_\_\_ No puede \_\_\_\_\_ Duele hacer ejercicios

C. Trabajos en la casa: \_\_\_\_\_ Todavía puede \_\_\_\_\_ Limitado

\_\_\_\_\_ Duele al hacer las tareas del hogar \_\_\_\_\_ No puede

D. Deportes: \_\_\_\_\_ Todavía puede \_\_\_\_\_ Limitado

\_\_\_\_\_ Tiene dolor al hacer deportes \_\_\_\_\_ No puede

E. Lifting \_\_\_\_\_ Llevar peso \_\_\_\_\_ Sin limitaciones \_\_\_\_\_ Limitado \_\_\_\_\_ No puede

F. Otro: \_\_\_\_\_

36. Yo \_\_\_\_\_ he estado o \_\_\_\_\_ no he estado involucrado en otros accidentes automovilísticos.

En caso de ser positivo, proporciones la(s) fecha(s): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

37. Yo \_\_\_\_\_ he estado \_\_\_\_\_ o no he estado involucrado en ningún tipo de accidente.

En caso de ser positivo proporcione la(s) fecha(s) y describa \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

38. ¿Tiene algún tipo de discapacidad o ha sido clasificado con un porcentaje de impedimento?

\_\_\_\_\_ Si \_\_\_\_\_ No. En caso de ser positivo, por favor explique \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

FIRMA DEL PACIENTE \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

**FOR OFFICE USE ONLY:**

Lien and Cover letter sent out \_\_\_\_\_

Lien returned \_\_\_\_\_

Report fee paid \_\_\_\_\_

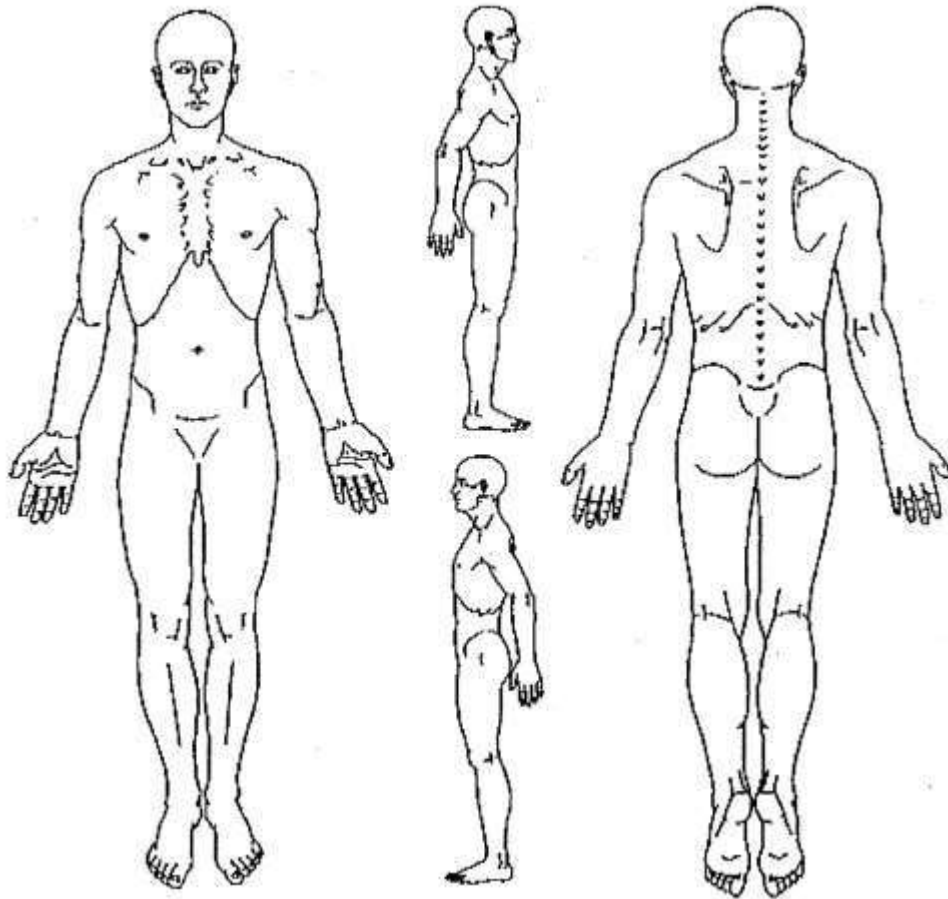
REV 09/24/2020

**DIAGRAMA DE QUEJAS**

**NOMBRE:** \_\_\_\_\_ **FECHA:** \_\_\_\_\_

Desde cuando ha tenido este dolor \_\_\_\_Semanas \_\_\_\_Meses \_\_\_\_Años

*En el diagrama de abajo, por favor indique donde usted está experimentando dolor u otros síntomas.*



**A = DOLOR**

**B = QUEMANTE**

**N = ENTUMECIDO**

**P = HORMIGUEOS**

**S = PUNZANTE**

**E = ELÈCTRICO**

Rev 8-26-19



**SOUTH FLORIDA INTERNATIONAL ORTHOPAEDICS, P.A.**

**Reconocimiento del Recibo de la “Noticia de Acto Privado”**

**\*\*\*\*Usted puede negarse de firmar este reconocimiento\*\*\*\***

Yo he aceptado una copia de la “Noticia de Acto Privado” en la oficina.

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

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

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

---

Uso de Oficina Solo

We attempted to obtain written acknowledgment of receipt of our Notice of Privacy Practices, but acknowledgment could not be obtained because:

- \_\_\_\_\_ Individual refused to sign.
- \_\_\_\_\_ Communication barriers prohibited obtaining the acknowledgment.
- \_\_\_\_\_ An emergency situation prevented us from obtaining acknowledgment.
- \_\_\_\_\_ Other \_\_\_\_\_



# SOUTH FLORIDA INTERNATIONAL ORTHOPAEDICS, P.A.

## SOLICITUD DEL PACIENTE PARA DIVULGAR INFORMACIÓN DE SALUD

*Solicito y autorizo a South Florida International Orthopaedics, P.A. a proporcionar una copia de la información médica y de salud específica como se describe a continuación.*

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

La solicitud se aplica a la siguiente información que se proporcionará una vez, lo antes posible. Seleccione solo **UNO** de los siguientes:

Toda la información de salud relacionada con cualquier historial médico, condición mental o física y tratamiento recibido. [OPCIONAL]

Excepto \_\_\_\_\_

Solo los siguientes registros o tipos de información de salud (incluidas las fechas)

\_\_\_\_\_

La información designada debe enviarse a:

Nombre \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

Si usted ha autorizado la divulgación de su información de salud a alguien que no está legalmente obligado a mantenerla confidencial, puede volver a divulgarse y dejar de estar protegida.

Firma del paciente \_\_\_\_\_ Firma del testigo \_\_\_\_\_  
(**O CIRCULE UNO** Representante / Cónyuge / Parte financieramente responsable)

*Un cónyuge o una parte financieramente responsable solo puede autorizar la divulgación de información médica para su uso en el procesamiento de una solicitud para el paciente, como cónyuge o dependiente, para un plan o póliza de seguro médico, un plan hospitalario sin fines de lucro, un plan de servicios de atención médica o un plan de beneficios para empleado.*

# SOUTH FLORIDA INTERNATIONAL ORTHOPAEDICS, P.A.

## Asignación de beneficios / derechos de póliza

El paciente abajo firmante asigna los derechos y beneficios de la Protección contra lesiones personales (PIP), los pagos médicos y / u otro seguro aplicable a South Florida International Orthopaedics, PA, por los servicios y / o suministros prestados por él para diagnóstico y / o tratamiento de lesiones personales sufridas en el incidente de (fecha de ocurrencia) \_\_\_\_\_ al paciente abajo firmante, qué servicios están cubiertos por la Protección contra lesiones personales (PIP) u otra cobertura de seguro que beneficia al paciente abajo firmante, de acuerdo con el Estatuto de Florida 627.736 (5) El paciente abajo firmante acepta pagar cualquier deducible o copago aplicable que no esté cubierto por el PIP u otra cobertura de seguro.

Esta asignación incluye, pero no se limita a, todos los derechos para cobrar beneficios directamente de la Compañía de seguros obligada a proporcionar beneficios, en cualquier acción, incluida una demanda legal, si por alguna razón la Compañía de seguros no realiza el pago de los beneficios a los que tiene derecho el que suscribe . Específicamente, esta asignación incluye el derecho a cobrar el pago de los costos razonables relacionados con fotocopias y registros de correo al asegurador a solicitud del asegurado, de acuerdo con F.S. «627.736 (5). Esta asignación también incluye el derecho a recuperar los honorarios y costos de abogados por cualquier acción interpuesta por el proveedor como cesionario del paciente. Acepto que South Florida International Orthopaedics, PA, puede seleccionar a cualquier abogado que desee para hacer cumplir los derechos asignados en este documento, y entiendo y acepto que el abogado seleccionado por South Florida International Orthopaedics, PA, puede ser diferente del abogado que maneja mi lesión personal / reclamo de lesiones corporales o caso.

Como parte de esta asignación de derechos y beneficios, por la presente instruyo a la compañía de seguros, en caso de que los beneficios médicos en cuestión se disputen por cualquier motivo, incluida la razonabilidad y / o necesidad médica, que la cantidad de beneficios reclamada por South Florida International Orthopaedics, PA, debe dejarse de lado y no desembolsarse hasta que se resuelva la disputa. Como parte de esta asignación de derechos y beneficios, le pido a la compañía de seguros que notifique al proveedor de inmediato sobre cualquier disputa en cuanto a los pagos para que pueda ejercer sus derechos legales. Entiendo que cualquier persona que a sabiendas y con la intención de dañar, defraudar o engañar a cualquier compañía de seguros presente una declaración que contenga información falsa, incompleta o engañosa es culpable de un delito grave de tercer grado. He leído la información aquí contenida y es verdadera y correcta según mi leal saber y entender. Si es necesario que South Florida International Orthopaedics, P.A., use una agencia de cobranza y / o un abogado para cobrar su factura, también seré responsable de todos sus honorarios y costos incurridos en el cobro de mi factura. Seré responsable de cualquier otro costo involucrado en el cobro de mi factura, incluidos los costos judiciales. Seré responsable de un cargo por atraso del 1.5% mensual en cualquier parte no pagada de mi factura que comience 60 días después de la fecha del servicio.

**DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN:** Por la presente autorizo a South Florida International Orthopedics, PA, a divulgar una parte o la totalidad de mis registros médicos y / o radiografías, incluidos los registros de diagnóstico, examen y cualquier tratamiento que se me brinde a las aseguradoras según sea necesario para el procesamiento de reclamos médicos por atención y a otros médicos tratantes y personal hospitalario según lo considere necesario mi médico.

=====

\_\_\_\_\_ NO soy un paciente de Medicare.

\_\_\_\_\_ Soy un paciente de Medicare (exención de responsabilidad de HMO): por la presente declaro que no soy miembro de ninguna HMO o PPO. Si se deniegan los beneficios de Medicare porque soy miembro de una HMO o PPO, acepto que seré personalmente responsable de mi factura a South Florida International Orthopaedics, P.A. Si es necesario que South Florida International Orthopaedics P.A., use una agencia de cobranza y / o un abogado para cobrar su factura, también seré responsable de todos sus honorarios y costos incurridos en el cobro de mi factura. Seré responsable de cualquier otro costo involucrado en el cobro de mi factura, incluidos los costos judiciales. Seré responsable de un cargo por atraso del 1.5% mensual en cualquier parte no pagada de mi factura que comience 60 días después de la fecha del servicio.

FIRMA DEL PACIENTE \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Testigo \_\_\_\_\_

**SOUTH FLORIDA INTERNATIONAL ORTHOPAEDICS, P.A.**  
**(Asignación de beneficios / derechos de póliza page two)**

FIRMA DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

***ELIJA EL QUE LE APLIQUE:***

\_\_\_\_\_ Stoy embarazada.

\_\_\_\_\_ Embarazo: no estoy embarazada en este momento. Si el Dr. Evans, Pell, Gombosh, Torregrosa y / o la APRN Mauricio Aragón Cáceres me dan algún medicamento y quedo embarazada mientras lo tomo, notificaré inmediatamente a mi obstetra que estoy tomando este medicamento.

\_\_\_\_\_ Las preguntas previas no me aplican.

**PROVEEDOR**

El abajo firmante, en nombre de South Florida International Orthopaedics, P.A. por la presente acepta la asignación de los derechos y beneficios del seguro por los servicios a patient listed above que se pagarán directamente a South Florida International Orthopaedics, P.A. Esto incluye la Protección contra lesiones personales (PIP) u otra cobertura de seguro con as listed above, de acuerdo con F.S.627.736 (5).

**South Florida International Orthopedics, P.A.**

E.I.N. # 27-3378728

Por \_\_\_\_\_  
Agente autorizado / Representante

\_\_\_\_\_  
Fecha

Por \_\_\_\_\_  
Paciente's Signature

\_\_\_\_\_  
Fecha