



<b>Date:</b> _____ <b>Fecha</b> _____		<b>Patient Registration</b> <b>Registración del Paciente</b>		<b>FOR INTERNAL USE ONLY</b> <b>PATIENT NUMBER:</b> _____	
<b>Patient Information – Información del Paciente</b>					
Social Security _____ <i>Numero de seguro social</i>			Home Address: _____ <i>Dirección del Hogar</i>		
First Name _____ Middle _____ <i>Nombre Segundo Nombre</i>		City _____ State _____ Zip _____ <i>Ciudad Estado Código Postal</i>			
Last Name _____ <i>Apellido</i>			Email Address _____		
Sex _____ Date of Birth ____ / ____ / ____ <i>Sexo Fecha de Nacimiento</i>		Home Phone (____) _____ <i>Teléfono del hogar</i>			
Marital Status <input type="checkbox"/> Married <input type="checkbox"/> Single <input type="checkbox"/> Divorced <input type="checkbox"/> Widowed <i>Estado Civil Casada Soltera Divorciada Viuda</i>			Work Phone (____) _____ <i>Teléfono del trabajo</i>		
(Check One) <input type="checkbox"/> Employed <input type="checkbox"/> Retired <input type="checkbox"/> Full-Time Student <i>Marque Uno Empleada Retirada Estudiante tiempo complete</i>			Referring Physician _____ <i>Referida por el Dr.</i>		
Other _____ <i>Otro</i>			How did you hear of us? _____ <i>Como supo de nosotros?</i>		
Employer _____ <i>empleador</i>					
<b>Insurance Information – Información del Seguro</b>					
Please provide your insurance card to the receptionist – <i>Por favor entregue su tarjeta de seguro a la recepcionista</i>					
<input type="checkbox"/> Commercial <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Worker's compensation <input type="checkbox"/> Other _____					
Insurance Company _____ <i>Compañía de seguro</i>					
Insured / Card Holder's Name _____ <i>Nombre del asegurado</i>			Relationship _____ <i>Relación</i>		
Policy # _____ <i>Numero de Póliza</i>		Group # _____ <i>Numero de grupo</i>		Phone (____) _____ <i>Teléfono</i>	
<b>Secondary Insurance Informaion – Información del Seguro Secundario</b>					
<input type="checkbox"/> Commercial <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Worker's compensation <input type="checkbox"/> Other _____					
Insurance Company _____ <i>Compañía de seguro</i>					
Insured / Card Holder's Name _____ <i>Nombre del asegurado</i>			Relationship _____ <i>Relación</i>		
Policy # _____ <i>Numero de Póliza</i>		Group # _____ <i>Numero de grupo</i>		Phone (____) _____ <i>Teléfono</i>	
<b>Emergency Contact – En emergencia contactar a:</b>					
First Name _____ Middle _____ <i>Nombre Segundo Nombre</i>		Social Security _____ <i>Numero de seguro social</i>			
Last Name _____ <i>Apellido</i>			Sex _____ Date of Birth ____ / ____ / ____ <i>Sexo Fecha de Nacimiento</i>		
Home Phone (____) _____ <i>Teléfono del hogar</i>			Work Phone (____) _____ <i>Teléfono del trabajo</i>		
<b>Spouse / Guarantor / Responsible Party – Esposo / Persona Responsable</b>					
First Name _____ Middle _____ <i>Nombre Segundo Nombre</i>		Social Security _____ <i>Numero de seguro social</i>			
Last Name _____ <i>Apellido</i>			Sex _____ Date of Birth ____ / ____ / ____ <i>Sexo Fecha de Nacimiento</i>		
Relationship _____ <i>Relación</i>			Daytime Phone (____) _____ <i>Teléfono del hogar</i>		
Employer _____ <i>empleador</i>			Address: _____ <i>Dirección</i>		
Home Address: _____ <i>Dirección del Hogar</i>			City _____ State _____ Zip _____ <i>Ciudad Estado Código Postal</i>		
City _____ <i>Ciudad</i>		State _____ <i>Estado</i>		Zip _____ <i>Código Postal</i>	



## FEES AND INSURANCE INFORMATION

All fees are payable at the time services are rendered. We accept Visa, Master Card and American Express. Your medical insurance is a contract between you and your insurance carrier and the terms of the contract vary according to the terms of the policy. Final payment for all charges is the patient's responsibility and should it be necessary for this account to be turned over to either an attorney or collection agency for collection, I understand that I will be liable for any charges incurred, including attorney's fees and court costs.

You are responsible for providing our office with required referrals from your insurance company and/or primary care physician.

We will also bill your health plan for all services we provide in the hospital. Any balance due is your responsibility and is due upon receipt of a statement from our office.

Todos los honorarios por servicio deben ser pagados al recibir el servicio. Aceptamos visa. Master Card y American Express y su seguro medico es un contrato entre usted y su compañía de seguro. Pagos por nuestros servicios dependen de los términos de su póliza. El pago final de todos los cargos es su responsabilidad. Si es necesario tomar acción legal para cobrar esta deuda usted es responsable de los gastos legales.

Usted es responsable por proveer en nuestra oficina los referidos de su medico de cabecera y su compañía de seguro.

Nosotros facturaremos su seguro medico por todos los servicios proveídos en el hospital. Cualquier balance pendiente es su responsabilidad y deberá ser pagado al recibir el estado de cuenta de nuestra oficina.

We have elected not to carry Medical Malpractice insurance or otherwise demonstrate financial responsibility. However, we agree to satisfy any adverse judgments up to the minimum amounts pursuant to S.458.320 (.5)(g). Florida Law imposes penalties against non-insured physicians who fail to satisfy adverse judgments arising from claims of medical malpractice. This notice is pursuant to Florida law.

Hemos elegido no llevar seguro de negligencia médica o no demostrar de otra manera responsabilidad financiera. Sin embargo, acordamos satisfacer cualquier juicio adverso hasta las cantidades mínimas conforme a S.458.320 (la ley 5) (g). Florida impone penas contra los médicos no-asegurados que no pueden satisfacer los juicios adversos que se presentan demandas por negligencia médica. Este aviso esta conforme a la ley de la Florida.

## PHYSICIAN'S RELEASE AND ASSIGNMENT

I hereby authorize payment directly to the physician of all benefits applicable and otherwise payable to me from my insurance carrier HMO or other third party payer for services rendered by the physician. I understand that I am financially responsible to the physician for any and all charges that the carrier declines to pay. I hereby authorize the release of my medical records as deemed necessary for payment of insurance benefits.

Por la presente autorizo el pago directamente al médico todos los beneficios derivados del seguro que ampara al paciente y que normalmente yo tendría derecho de recibir. Con mi firma autorizo la transferencia de documentos relacionados con mi tratamiento médico a mi compañía de seguro para procesar mi reclamación. Yo entiendo que soy responsable por todos los cargos no cubiertos bajo mi seguro medico.

---

PATIENT'S / GUARANTOR'S SIGNATURE

---

DATE