



**Advanced Surgical &
Weight Loss Institute, LLC
Dr. Diego Velarde
321-549-2000**

Forma para Nuevos Pacientes

Por favor Complete todas las Paginas

Día _____

Como Escuhó de Nosotros? _____

Nombre

Paciente _____

Nombre

Apellido

Edad

Fecha de Nacimiento

Sexo

Dirección _____

Calle

APT#

Ciudad

Estado

Código Postal

Telefono de la Casa _____

Telefono Celular _____

Email _____

SS# _____

Farmacia _____

Direccion/Intersección _____

Doctor Primario _____

Referido por _____

Estado Civil: _____

Idioma: _____

Raza: _____

Contacto de Emergencias: _____

Telefono# _____

Seguro Primario: _____

Nombre del Titular de la Poliza: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Seguro Secundario: _____

Nombre del Titular de la Poliza: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Su programa de seguro de salud puede tener límites que afectarán sus cargos en nuestra oficina. Algunas compañías de seguros no pagarán por ciertas pruebas o visitas al consultorio y esos cargos serán su responsabilidad. Aceptamos asignaciones con numerosas compañías de seguros. Verifique con su seguro para asegurarse de que estamos en la red con su seguro. Si no tiene seguro, los pagos son su responsabilidad y se vencerán en / antes del momento del servicio.

HE LEÍDO Y ENTIENDO LO ANTERIOR y por la presente doy mi consentimiento a cualquier miembro médico o persona designada para que me brinde tratamiento médico que incluya procedimientos de diagnóstico y terapéuticos.

Firma del Paciente

Fecha



**Advanced Surgical &
Weight Loss Institute, LLC
Dr. Diego Velarde
321-549-2000**

Por favor lea e Inicialice cada Línea. Si tiene alguna pregunta, consulte en la Recepción.

_____ **Costos de Autopago / Deducibles / Coseguro / Copagos**

El pago se debe al momento de la visita. Se le puede proporcionar un costo estimado por los servicios antes de que nuestros médicos lo atiendan. Entendiendo que este es un Estimado y el saldo se deberá pagar una vez que su seguro lo procese.

_____ **Planes de seguro participantes**

Es responsabilidad del paciente comprender su seguro y buscar atención de un proveedor dentro de la red para evitar costos más altos. Para facturar adecuadamente a su compañía de seguros y evitar retrasos prematuros, requerimos que nos proporcione su tarjeta / información de seguro para que se mantenga como parte de sus registros.

Para aquellos pacientes que requieren una referencia o autorización para el servicio de su Proveedor de atención primaria, traiga toda la información con usted a su cita

_____ **Seguro Secundario**

Estaremos encantados de presentar su seguro secundario si nos proporciona la información necesaria. Si no nos proporciona información de seguro secundario, será responsable de presentar cualquier reclamo ante el seguro.

Medicare: Aceptamos la asignación de todos los cargos cubiertos por Medicare. Presentaremos sus cargos a Medicare y usted es secundario. Si no tiene un secundario, será responsable del 20% de los cargos permitidos por Medicare en el momento del servicio, incluidas las visitas al consultorio y los procedimientos. Estaremos encantados de proporcionarle un costo aproximado antes de que lo vea el médico.

_____ **Pago**

Entiendo que habrá un cargo de \$ 25.00 por cheques sin fondos. Si se rechaza el pago, se deberá pagar el saldo más la tarifa.

Gracias por su comprensión de esta Política financiera. Por favor, háganos saber si tiene alguna pregunta o inquietud.

Reconozco que me proporcionaron una copia del Aviso de prácticas de privacidad y que he leído (o tuve la oportunidad de leer si así lo elijo) y entiendo el aviso.

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

El Aviso de prácticas de privacidad explica en detalle cómo nuestra oficina maneja su información confidencial de salud. También describe cómo puede ejercer sus derechos con respecto a su información de salud protegida.

Yo, _____ doy mi permiso para que Advanced Surgical and Weight Loss Institute discuta mi atención médica con las siguientes personas además de mí:

Nombre _____ Relación _____

Nombre _____ Relación _____

Firma del paciente Fecha _____

Cuestionario sobre Historial Medico

