

PATIENT INFORMATION  
Información Del Paciente



**NAME** **DATE**  
Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**PERMANENT ADDRESS** **CITY**  
Dirección permanente: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_

**STATE** **ZIP CODE**  
Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

**SOCIAL SECURITY** **HOME PHONE** **BUS. PHONE**  
Número social: \_\_\_\_\_ Teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Tel. De trabajo: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

**SEX: MALE FEMALE**  
Sexo: Masculino Femenino

**MARITAL STATUS: SINGLE MARRIED DIVORCED WIDOW**  
Estado civil: Soltero/a Casado/a Divorciado/a Viudo/a

**DATE OF BIRTH:** **PRIMARY LANGUAGE**  
Fecha de nacimiento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Lengua natal: \_\_\_\_\_

**ADDRESS** **HOME PHONE** **BUS. PHONE**  
Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Tel. de trabajo: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

**IN AN EMERGENCY SITUATION CALL**  
En caso de emergencia llamar a: \_\_\_\_\_ PHONE (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

**NAME OF 1ST/2nd INSURANCE**  
Nombre de su 1er/2do seguro: \_\_\_\_\_

**HOW DID YOU HEAR ABOUT US**  
Como usted escucho de nosotros: \_\_\_\_\_

**REFERRED BY/Referido por:** \_\_\_\_\_

**PATIENT'S OCCUPATION/Ocupación del paciente:** \_\_\_\_\_

**EMPLOYED BY/Empleo:** \_\_\_\_\_

**EMPLOYMENT ADDRESS/Dirección de Trabajo:** \_\_\_\_\_

**EMPLOYMENT PHONE/Teléfono de Trabajo:** \_\_\_\_\_

**EMAIL/Correo Electrónico:** \_\_\_\_\_

PATIENT INFORMATION  
Información Del Paciente



**PHYSICIAN'S RELEASE AND ASSIGNMENT**  
LIBERACIÓN Y ASIGNACIÓN DEL MÉDICO

**I HEREBY AUTHORIZE PAYMENT DIRECTLY TO** (Autoriso los pagos directamente a) \_\_\_\_\_ **OF BENEFITS DUE TO ME FROM MY INSURANCE COMPANY OTHERWISE PAYABLE TO ME. I FURTHER AUTHORIZE THE RELEASE OF ANY MEDICAL INFORMATION REQUIRED BY MY INSURANCE CARRIER(S). A COPY OF THIS AUTHORIZATION MAY BE ISSUED IN LIEU OF THE ORIGINAL.**

(De los beneficios debidos a mí de mi compañía de seguros de otro modo pagados a mí. Además, autorizo la divulgación de cualquier información médica que mi compañía de seguro ('s) requiera. Una copia de esta autorización podrá concederse en lugar de la original.)

**I AUTHORIZE ANY HOLDER OF MEDICAL OR OTHER INFORMATION ABOUT ME TO RELEASE TO THE SOCIAL SECURITY ADMINISTRATION AND HEALTH CARE FINANCING ADMINISTRATION OR ITS INTERMEDIARIES OR CARRIERS ANY INFORMATION NEEDED FOR THIS OR A RELATED MEDICARE CLAIM. I REQUEST PAYMENT OF MEDICAL INSURANCE BENEFITS EITHER TO MYSELF OR TO THE PARTY WHO ACCEPTS ASSIGNMENT.**(Autorizo a cualquier poseedor de información médica o de otro tipo a liberar a la Administración del Seguro Social y Health Care Financing Administration o sus intermediarios o portadores, cualquier información necesaria para esto o un reclamo relacionado con Medicare. Solicito el pago de las prestaciones de seguro médico ni a mí ni a la parte que acepta la asignación.)

**I UNDERSTAND THAT I AM FINANCIALLY RESPONSIBLE FOR CHANGERS NOT COVERED BY THIS AUTHORIZATION.** (Entiendo que soy financieramente responsable de los cambios que no están cubiertos por esta autorización.)

**PATIENT'S SIGNATURE** (Firma del paciente): \_\_\_\_\_

.....



**PATIENT CONSENT AND AUTHORIZATION FORM**  
CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE Y FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN

**CONSENT FOR TREATMENT:** I voluntarily consent to the rendering of care, including treatment, and performance of diagnostic procedures. I understand that I am under the care and supervision of the attending physician and it is the responsibility of the staff to carry out the instructions of such physician.

(CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO: Yo voluntariamente consiento a la prestación de la atención, incluyendo el tratamiento, y los resultados de los procedimientos de diagnóstico. Entiendo que estoy bajo el cuidado y supervisión del médico a cargo y es responsabilidad del personal para llevar a cabo las instrucciones de dicho médico.)

**ASSIGNMENT OF BENEFITS:** I hereby assign payment directly to the physician accepting this assignment of medical benefits applicable and otherwise payable to me, but not to exceed the physician's regular charges. I understand that I am financially responsible for the charges which the insurance carrier declines to pay. It is further agreed that any credit balance resulting from payments of insurance or the sources may be applied to any other accounts owed to said physician by the insurance or his/her family.

(ASIGNACION DE BENEFICIOS: Por la presente asigno el pago directamente al médico aceptar esta asignación de las prestaciones médicas y de otro tipo aplicables a pagar a mí, pero que no exceda los cargos regulares del médico. Entiendo que soy financieramente responsable de los cargos que la compañía de seguros se niega a pagar. Se acordó además que el saldo acreedor resultante de los pagos de seguro o de las fuentes se puede aplicar a otras cuentas adeudadas a dicho médico del seguro o su / su familia.)

**RELEASE OF INFORMATION:** The physician may disclose all or part of my medical record to any person or corporation which is or may be liable under contract to the physician or to the patient or to a family member or employer of the patient for all or part of the physician's charges, including but not limited to, insurance companies, workers compensation carriers, welfare funds or the patient's employer.

(Divulgación de información: El médico puede divulgar la totalidad o parte de mi expediente médico a cualquier persona o empresa que sea o pueda ser responsable bajo contrato con el médico o el paciente o para un miembro de la familia o el empleador del paciente para la totalidad o parte de cargos del médico, incluyendo pero no limitado a, las compañías de seguros, los trabajadores portadores de compensación, los fondos de asistencia social o el empleador del paciente.)

**MEDICARE/MEDICAID PATIENT CERTIFICATION- PAYMENT CERTIFICATION AND AUTHORIZATION TO RELEASE INFORMATION AND PAYMENT REQUEST:**

I certify that the information given by me in applying for payment under Title XVII and/or Title XIX, of the Social Security Administration or its intermediary carriers any information needed for this or a related Medicare or Medicaid claim. I request

PATIENT INFORMATION  
Información Del Paciente



**that payment of authorized benefits be made on my behalf. I assign benefits payable for physician services. I understand that I am responsible for my health insurance deductibles and co-insurance.**

(CERTIFICACION DE PACIENTES CON MEDICARE/MEDICAID - CERTIFICACIÓN DE PAGO Y AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN Y SOLICITUD DE PAGO: Certifico que la información dada por mí en la solicitud de pago bajo el Título XVII y / o Título XIX, de la Administración del Seguro Social o de sus compañías intermediarias cualquier información necesaria para esto o una reclamación de Medicare o Medicaid relacionado. Solicito que el pago de los beneficios autorizados se haga en mi nombre. Cedo los beneficios pagaderos por servicios médicos. Yo entiendo que soy responsable de mis deducibles de seguro de salud y el co-seguro.)

\_\_\_\_\_  
**PATIENT NAME** (Nombre Del Paciente)

\_\_\_\_\_  
**PATIENT SIGNATURE** (Firma)

\_\_\_\_\_  
**WITNESS** (Testigo)

\_\_\_\_\_  
**DATE** (Fecha)

.....  
**SUPPLEMENTARY INSURANCE CONSENT/INFORMATION**  
**CONSENTIMIENTO/INFORMACIÓN DE SEGURO SUPLEMENTARIO**

**HEALTH INSURANCE CARRIER** (Provedor De Seguro De Salud): \_\_\_\_\_

**I hereby understand that I am responsible for any outstanding balance in full for services rendered by Dr. Gilda M. De La Calle.** (Por este medio entiendo que soy responsable por cualquier pago pendiente en su totalidad por los servicios prestados por la Dra. Gilda M. De La Calle.)

**PATIENT SIGNATURE** (Firma Del Paciente): \_\_\_\_\_  
.....



**ATTENTION TO ALL PATIENTS**  
**ATENCION PACIENTES**

**Under Florida Law, physicians are generally required to carry Medical Malpractice Insurance or otherwise demonstrate financial responsibility to cover potential claims for Medical Malpractice. YOUR DOCTOR HAS DECIDED NOT TO CARRY MEDICAL MALRACTICE INSURANCE. This is permitted under Florida Law subjected to certain conditions. Florida Law imposes penalties against noninsured physicians who fail to satisfy adverse judgments arising from claims of Medical Malpractice.**

(Bajo las leyes de la Florida, se requiere generalmente que los médicos tengan Seguro de Mala Práctica Médica o si no demostrar responsabilidad financiera para cubrir posibles reclamaciones por la Mala Práctica Médica. SU MEDICO HA DECIDIDO NO TENER SEGURO DE MALA PRACTICA MEDICA. Esto se permite por las leyes de la Florida sujeto a ciertas condiciones. Las leyes de la Florida imponen multas a los médicos no asegurados que no satisfagan juicios adversos derivados de reclamaciones de Mala Práctica Médica.)

**YOUR DOCTOR (SU DOCTOR),**

**This notice is provided pursuant to Florida Law. I have read this statement and fully understand it.**

(Este aviso ha sido provisto siguiendo las leyes de la Florida. Yo he leído esta declaración y la entiendo completamente.)

**Patient Signature (Firma Del Paciente):** \_\_\_\_\_

.....

PATIENT INFORMATION  
Información Del Paciente



**Medical Responsibility Consent**  
Consentimiento De Responsabilidad Médica

**PATIENT** (Paciente): \_\_\_\_\_

**This Document certifies that I** (Este Documento certifica que yo), \_\_\_\_\_, **free Dr. De La Calle, any of this employees, or any of its doctors, from any legal or medical responsibility arising out of special medical examination, diagnostic procedure, or out of treatment/procedures under said organization, as stipulated in the following** (libero la Dra. De La Calle, y cualquiera de sus empleados, o cualquiera de sus médicos, de cualquier responsabilidad legal o médico que surja de un examen médico especial, procedimiento de diagnóstico o de tratamiento/procedimientos bajo dicha organización, como se estipula en las siguientes):

- **Being advised by the doctor(s) about the risk involved in taking special medical examination and/or procedures. I hereby consent and take full responsibility for the consequences.** (Estar informado por el médico(s) sobre el riesgo que implica tomar un examen médico especial y / o procedimientos. Doy mi consentimiento y asumo toda la responsabilidad de las consecuencias.)
- **Being advised by the doctor(s) about the risk involved in taking x-rays. I hereby consent and take full responsibility for the consequences.** (Estar informado por el médico (s) sobre el riesgo que implica la toma de rayos x. Doy mi consentimiento y asumo toda la responsabilidad de las consecuencias.)
- **Being advised by the doctor(s) about the risk involved in undergoing surgery. I hereby consent and take full responsibility for the consequences.** (Estar informado por el médico (s) sobre el riesgo que implica someterse a una cirugía. Doy mi consentimiento y asumo toda la responsabilidad de las consecuencias.)
- **I hereby acknowledge that I am ultimately and solely responsible for any amount or outstanding for the services rendered to me.** (Por la presente reconozco que soy en última instancia, el único responsable de cualquier cantidad o pendientes por los servicios prestados a mí.)
- **I hereby authorize the release of my records** (Por la presente autorizo la divulgación de mis registros):

**Having read the above and being full consent with it, I hereto affix my seal.**

(Después de leer lo anterior y estar en el pleno consentimiento con ella, por la presente colocar mí sello.)

\_\_\_\_\_  
**Patient Signature** (Firma Del Paciente)

\_\_\_\_\_  
**Witness** (Testigo)

\_\_\_\_\_  
**Date** (Fecha)



**ACKNOWLEDGEMENT OF RECEIPT OF  
NOTICE OF PRIVACY PRACTICES**  
*RECONOCIMIENTO DE RECIBO DE  
AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD*

I (Yo), \_\_\_\_\_, **acknowledge and agree that I received a copy or [physician or Practice]’s Notice of Privacy Practices.** (Reconozco y acepto que he recibido una copia o [médico o práctica]’s Aviso de prácticas de privacidad.)

\_\_\_\_\_  
**Patient’s Signature**  
Firma Del Paciente

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

**ATTENTION TO ALL PATIENTS**  
ATENCION A TODOS LOS PACIENTES

**IT’S A POLICY IN THIS OFFICE THAT ALL PATIENTS ARE RESPONSIBLE FOR; ASSISTING ALL APPOINTMENTS (OR CHAGING THE APPOINTMENTS IF NECESSARY), PICKING UP RESULTS THE LABORATORY AND TESTS REALIZED INSIDE OR OUTSIDE OF THE MEDICAL OFFICE.**

(ES POLIZA DE ESTA OFICINA QUE TODOS LOS PACIENTES SON RESPONSABLE DE; ASISTIR A SUS CITAS MEDICAS (O CAMBIAR SUS CITAS MEDICAS SI ES NECESARIO), RECOGER RESULTADOS DE LABORATORIOS Y PRUEBAS REALIZADAS DENTRO O FUERA DE ESTA OFICINA MEDICA.)

**I HAVE READ THIS DOCUMENT AND UNDERSTAND IT COMPLETELY.**  
(YO HE LEIDO ESTE DOCUMENTO Y LO ENTIENDO COMPLETAMENTE.)

\_\_\_\_\_  
**Patient’s or Tutor’s Name**  
Nombre del paciente O Tutor

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

**FOR CLINICAL USE ONLY:**

**[Physician or Practice] made the following good faith efforts to obtain the above-referenced individual’s acknowledgement of receipt of the Notice of Privacy Practices. Identify the efforts that were made to obtain the individual’s written acknowledgement, including the reasons (if known) why the written acknowledgement was not obtained.]**

([Médico o práctica] hicieron los siguientes esfuerzos de buena fe para obtener el reconocimiento del individuo antes mencionado de la recepción de la Notificación de Prácticas de Privacidad. Identificar los esfuerzos que se hicieron para obtener el reconocimiento por escrito de la persona, incluyendo las razones (si se conoce) por qué no se obtuvo el reconocimiento por escrito.)