

460 State Road 7
Royal Palm Beach, Florida 33411
P: 561-792-7333 F: 561-792-6444

Patient Label

PATIENT INFORMATION / INFORMACION DEL PACIENTE
PLEASE BRING THIS COMPLETED FORM WITH YOU ON THE DAY OF SURGERY

PATIENT'S NAME, HOME PHONE, PERMANENT ADDRESS, CELL PHONE, CITY, STATE, ZIP CODE, DATE OF BIRTH, AGE, MALE - Maculino, FEMALE - Feminine, PATIENT SOCIAL SECURITY #, MARITAL STATUS, EMPLOYER, WORK NUMBER

PRIMARY CARE PHYSICIAN/ DOCTOR PRIMARIO, EMERGENCY CONTACT / En caso de emergencia, NAME, TELEPHONE, RELATIONSHIP

INSURANCE INFORMATION / Informacion del seguro

DATE OF FIRST SYMPTOM / FECHA DE PRIMER SINTOMA, IF THIS IS RELATED TO A WORK COMP INJURY OR AUTOMOBILE ACCIDENT, PLEASE WRITE THE DATE OF INJURY

INSURANCE COMPANY NAME & ADDRESS:

CLAIM #, ADJUSTER NAME, POLICY #, PHONE #

ARE YOU BEING REPRESENTED BY AN ATTORNEY? YES NO, Attorney's Name, Phone #, Address

PRIMARY INSURANCE / SEGURO PRIMARIO

Primary Insurance Name/Address/Telephone, Nombre/Direccion/Telefono de seguro primario

I.D. # / Numero de identificacion, GROUP # / Grupo #, NAME OF INSURED, RELATIONSHIP, DATE OF BIRTH

SECONDARY INSURANCE / SEGURO SECUNDARIO

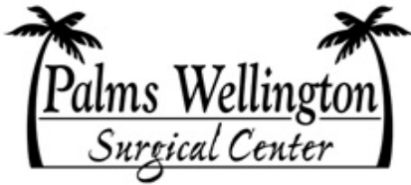
Secondary Insurance Name/Address/Telephone, Nombre/Direccion/Telefono de seguro secundario

I.D. # / Numero de identificacion, GROUP # / Grupo #, NAME OF INSURED, RELATIONSHIP, DATE OF BIRTH

EMPLOYEE USE ONLY

INITIALS, DATE





**PODER NOTARIAL, DIVULGACION MÉDICA Y RECONOCIMIENTO DEL AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD**

460 N. State Road 7 • Royal Palm Beach, Florida 33411 561.792.7333 • Fax: 561.792.6444

PODER NOTARIAL PARA ENDOSAR CHEQUES O FIRMAR CUALQUIER DOCUMENTO QUE MEJORARÁ O ACELERARÁ EL PAGO A UN PROVEEDOR POR LOS SERVICIOS PRESTADOS, INCLUYENDO PERO NO LIMITADO A UNA DIVULGACIÓN DE EXPEDIENTES MÉDICOS Y CESIONES DE BENEFICIOS/AUTORIZACIÓN PARA PAGAR.

Por la presente se hace saber que: El suscrito ha hecho, constituido y nombrado y por la presente aquí hace, constituye y nombra a Palms Wellington Surgical Center y a cualquiera de sus agentes y empleados debidamente autorizados como y para que sea el legítimo abogado del suscrito para y en nombre del suscrito endosar todo y cualquier cheque, giro o giro postal que sean pagaderos al suscrito solo o al suscrito y al dicho Palms Wellington Surgical Center cuyos cheques, giros o giros postales sean hechos pagadero para servicios que han sido hechos por Palms Wellington Surgical Center a solicitud o con el conocimiento y la aprobación del suscrito o el que gire el cheque, giro o giro postal.

Además, el suscrito le permite a Palms Wellington Surgical Center o a cualquiera de sus agentes que firme cualquier documento que sea necesario para mejorar, acelerar o permitir el pago a dicho proveedor. Esto pudiera incluir affidavits de no ser propietario de vehículos, formularios del seguro u otras declaraciones.

Por la presente el suscrito da y otorga a Palms Wellington Surgical Center como abogado el pleno poder y autoridad para hacer y realizar toda y cada acción que se requiera y sea necesaria que se haga en y por el centro tan plenamente con toda intención y propósito que el suscrito pudiera o pueda hacer para presentar personalmente en cuanto al endosamiento y cambio de dichos cheques concierna tanto como cualquier otro documento.

**DIVULGACION MÉDICA**

Una fotocopia de este documento será suficiente para autorizar a cualquier persona que tenga archivos del tratamiento médico, servicios o suministros que a mi pertenezca que divulgue copias fieles de lo mismo a Palms Wellington Surgical Center o a cualquier aseguradora que me proporcione cobertura en conexión con el procesamiento de cualquier reclamación para beneficios hecha por mí o por el cesionario aquí. Una fotocopia de este documento será igual de vinculante como la hoja de firma original.

El suscrito aquí ratifica y confirma y toda acción tomada por dicho abogado conforme a este poder especial y que dicho abogado haga o cause que se haga en virtud de los presentes.

**CESIÓN DE BENEFICIOS**

Yo, \_\_\_\_\_ aquí autorizo \_\_\_\_\_  
A: (Nombre del asegurado) (Nombre de la aseguradora)

Pagadero y enviado directamente a:  
Palms Wellington Surgical Center  
460 N. State Road 7  
Royal Palm Beach, Florida 33411

Los beneficios médicos que de otra manera son pagaderos a mí por sus servicios, pero que no excedan los cargos de esos servicios. Yo aquí IRREVOCABLEMENTE CEDO a Palms Wellington Surgical Center cualquier derecho y beneficio bajo cualquier póliza de seguro, acuerdo de indemnización, o cualquier otra fuente de garantía según definido en las leyes de la Florida por cualquier servicio o cargos proporcionado por Palms Wellington Surgical Center.

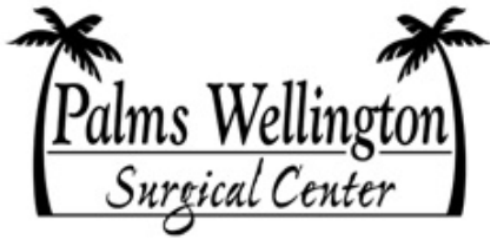
**YO RECONOZCO QUE HE RECIBIDO UNA COPIA DEL AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD PARA PALMS WELLINGTON SURGICAL CENTER.**

YO ENTIENDO Y ACEPTO PLENAMENTE LOS TÉRMINOS DE ESTA AUTORIZACIÓN

EN FE DE LO CUAL el suscrito firma lo presente, este \_\_\_\_ día de \_\_\_\_\_ 201 \_\_\_\_.

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

\_\_\_\_\_  
NOMBRE DEL PACIENTE (EN LETRA DE MOLDE POR FAVOR)



## ACUERDO FINANCIERO

460 State Road 7 • Royal Palm Beach, Florida 33411  
561.792.7333 • Fax: 561.792.6444

1. En consideración de los servicios que se me prestarán, YO AQUÍ INDIVIDUALMENTE ME OBLIGO A PAGAR LA CUENTA DE PALMS WELLINGTON SURGICAL CENTER O SUS CESIONARIOS DE ACUERDO CON LAS TARIFAS NORMALES Y LOS TÉRMINOS DE PALMS WELLINGTON SURGICAL CENTER.

Si la cuenta es remitida a un abogado o agencia de cobro autorizada para ser cobrada, yo pagaré los gastos honorarios de abogado y agencia de cobro razonables. Toda cuenta morosa (aquellas no pagadas dentro de sesenta (60) días a partir de la fecha de servicio) devengará interés a una tasa de 18% por año.

2. Yo aquí autorizo el pago directo a Palms Wellington Surgical Center de beneficios del seguro cualesquiera que de otra manera serían pagaderos a mí por los servicios prestados a una tasa que no exceda los cargos normales de Palms Wellington Surgical Center. Se acepta que pago a Palms Wellington Surgical Center, de acuerdo con esta autorización, por una compañía de seguros que liberará a dicha compañía de seguros de cualquier y toda obligación bajo una póliza en la medida de tal pago. Yo entiendo que soy responsable económicamente por los cargos no cubiertos por este acuerdo.

Yo entiendo que Palms Wellington Surgical Center tendrá el derecho en cualquier momento de rehusarse a prestarme cuidado médico o tratamiento. Yo certifico que yo soy el paciente o estoy debidamente autorizado por el paciente como el agente general del paciente para formalizar este documento y aceptar sus términos.

3. Yo entiendo que, como una cortesía, Palms Wellington Surgical Center presentará la reclamación a mi seguro primario. Si después de sesenta (60) días a partir de la fecha de servicio o cirugía el seguro no ha pagado, el balance total será considerado como vencido y pagadero.

### **ÉSTO SE REFIERE A PACIENTES DE MEDICARE SOLAMENTE:**

4. En relación a la **CESIÓN DE MEDICARE**: Esto significa que Palms Wellington Surgical Center aceptará pago en su totalidad por lo que MEDICARE permita no por lo que MEDICARE pague. El 20% de lo permitido de MEDICARE por el cual MEDICARE no paga es la responsabilidad del paciente. Yo entiendo plenamente que acepto hacerme responsable por este 20%.

**Propiedad Financiera del Médico:** Por requerimiento de Ley Federal, Palms Wellington Surgical Center notifica que todos los cirujanos que le han sido referido en este Centro de Cirugía Ambulatorio tienen un interés financiero o propietario para con éste. Es nuestra responsabilidad y obligación notificarle por escrito antes de que usted sea sometido a cualquier procedimiento quirúrgico

### **AUTORIZACIÓN DE POR VIDA**

Yo certifico que la información dada por mí al solicitar el pago bajo el Título XVII de la Ley de Seguro Social es correcta. Yo autorizo a cualquier portador de información médica u otra información acerca de mí que la divulgue a la Administración del Seguro Social o sus intermediarios o que tenga cualquier información necesitada para esto o para una reclamación relacionada de MEDICARE. Yo solicito que el pago de beneficios autorizados sea hecho de parte mía, yo cedo los beneficios pagaderos por servicios de médico al médico u organización que preste los servicios o autorizo a tal médico u organización a que someta una reclamación a MEDICARE para pago a mí.

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

\_\_\_\_\_  
FECHA



460 N. State Road 7  
Royal Palm Beach, Florida 33411  
561.792.7333 – Fax 561.792.6444

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

Esta información es requerida por la AGENCIA DE ADMINISTRACION DE CUIDADO DE SALUD, Capítulo 59B9.023 de la Estadística del Estado de la Florida. La sección de Raza/Etnicidad del paciente se usa con objetivos estadísticos y epidemiológicos.

Favor de circular uno de los siguientes:

**Raza del Paciente/ Campo Personalizado 9:**

1. Indio Americano o Nativo de Alaska
2. Asiático
3. Negro o Afroamericano
4. Hawaiano u Otro Isleño Pacifico
5. Blanco
6. Otro
7. Desconocido

**Etnicidad del Paciente/ Campo Personalizado 11:**

- E1. Hispano o Latino
- E2. No Hispano o Latino
- E7. Desconocido

Hispano o Latino - una persona de México, Puerto Rico, Cuba, Centro o Sur América u otra cultura Española u origen independiente de la raza.

No Hispano o Latino – una persona que no es de ninguna cultura y origen español.

Desconocido – use si el paciente se niega o no lo revela.



460 N. State Road 7  
Royal Palm Beach, Florida 33411  
561.792.7333 – Fax 561.792.6444

## AUTORIZACION DEL PACIENTE PARA USAR O REVELAR INFORMACION DE SALUD PROTEGIDA

Yo, \_\_\_\_\_, entiendo que Palms Wellington Surgical Center está autorizado por mí a usar o revelar mi información de salud protegida para un propósito además de tratamiento, pago u operaciones de cuidado de la salud. He leído el Aviso de Practicas de Privacidad y entiendo que la información va a ser usada o revelada a quien puede usar y revelar la información y el/los destinatarios de dicha información. Yo específicamente autorizo cualquier empleado actual o dueño de PWSC o cualquier otro individuo que he puesto a continuación para revelar mi información de salud protegida como se describe en esta forma a los destinatarios que he puesto a continuación. Entiendo que cuando la información es usada o revelada de acuerdo con esta información, puede ser sujeta a una nueva revelación por el recipiente y pueda ya no ser información de salud protegida. Además, entiendo que retengo el derecho de revocar esta autorización de ser hecha según los pasos que se exponen a continuación.

Descripción de la información que se va a utilizar o revelar (por favor marque todas las que aplican)

- El Registro Médico Entero del Paciente:** Esto requiere una explicación del porque el registro médico completo debe ser revelado.
- Información Demográfica del Paciente:**
- Nombre                       Dirección                       Teléfono                       Fecha de Nacimiento
- Datos Médicos:**
- Cita(s) – Fecha y Hora                       Medicamentos                       Laboratorios y Resultados de Pruebas
- Abogado autorizado por esta forma que puede usar y revelar la Información de Salud Protegida del Paciente:**
- Nombre del Abogado: \_\_\_\_\_
- Dirección: \_\_\_\_\_
- Teléfono: \_\_\_\_\_
- Otro Destinatario (s):** \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- Nombre(s) de persona(s) autorizadas por esta forma a la cual la información de salud protegida de este paciente se revelará:**
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

**Marque solo si aplica.** Esta autorización permite a PWSC enviar información de salud protegida SOLAMENTE a ésta dirección y/o vía fax:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

***Palms Wellington Surgical Center deberá enviar información solamente como se autorizó arriba. Cualquier revelación de información de salud protegida del paciente a otra persona o entidad no mencionada anteriormente requerirá una autorización por separado.***

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha