



ISAAC LEVY MD PA, 9937 Pines Boulevard Pembroke Pines, Florida 33024
Tel. (954) 450-1808 FAX (954) 450-4884

ISAAC LEVY MD PA

Información Personal

Fecha _____

Nombre _____ Apellido _____

Dirección: _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Fecha de Nacimiento _____ Edad _____ Seguridad Social # _____ - _____ - _____

Masculino/Femenino Hogar # de teléfono _____ Celular _____

Trabajo # _____ Correo Electrónico _____

Contacto de emergencia _____ relación _____ # de teléfono _____

Numero de teléfono con el cual estamos autorizados a discutir su atención médica?

Médico de atención Primaria _____ # de teléfono _____

Médico de referencia por la visita de hoy? _____ Phone # _____

Me autoriza el pago a Isaac Levy MD PA por los servicios prestados.

X _____ Fecha _____



ISAAC LEVY MD PA, 9937 Pines Boulevard Pembroke Pines, Florida 33024
Tel. (954) 450-1808 FAX (954) 450-4884

Inicial Por favor,

_____ Entiendo que existe un cargo por citas canceladas en el mismo día o por no llegar. Visita de Oficina \$25.00.

_____ Yo soy el responsable de notificar a la oficina de Isaac Levy MD PA de cualquier cambio en mi dirección, números de teléfono y de seguro inmediatamente.

ISAAC LEVY MD PA

Nombre del paciente (En letra de imprenta): _____

Acuerdo Financiero:

El abajo firmante acepta que él/ella queda obligado y se compromete a pagar al que se hace referencia médico(s) Isaac Levy MD PA los gastos de los servicios prestados por los médicos. Estoy de acuerdo además que el pago es debido a la recepción de la factura o declaración. Tengo entendido que cuentas no pagadas serán considerados en forma predeterminada de sesenta (60) días, después de lo cual tiempo interés será impuesta en la tasa de 1-1/2% por mes sobre los saldos no pagados (Tasa de porcentaje anual del 18%) o el tipo de interés legal, el que sea más bajo. En el caso de que la acción legal es necesario para hacer cumplir el pago de la cuenta, estoy de acuerdo en pagar, los honorarios de los abogados y los gastos de la corte que se consideren razonables. El paciente/garante renuncia a jurisdicción local, y se somete a la jurisdicción y competencia de los Tribunales Estatales de Dade y Broward County, Florida.

Assignment de las prestaciones del seguro:

Por la presente autorizo los pagos que se harán directamente a los que se hace referencia médico(s) Isaac Levy MD PA de todas las prestaciones, lo que puede ser debido y pagadero en cobertura de



ISAAC LEVY MD PA, 9937 Pines Boulevard Pembroke Pines, Florida 33024
Tel. (954) 450-1808 FAX (954) 450-4884

seguro para el paciente. En beneficios de Medicare son aplicables, certifico que la información dada por mi solicitud de pago en virtud del Título VIII o XIX de la Ley de Seguridad Social es correcto, y solicitar que dicho pago de beneficios pagaderos en mi nombre a la que se hace referencia médico(s) Isaac Levy MD PA. Yo uso autorizado de la aplicación o copias de los mismos a los efectos de la tramitación de las solicitudes y efectuar los pagos. Además, acepto que esta asignación de beneficios no se de ninguna manera me libere de responsabilidad y que seguiré siendo financieramente responsable a los médico(s) Isaac Levy MD PA.

Autorización Médica para liberar:

Isaac Levy MD PA es y se autoriza a revelar todo o parte del historial médico sobre el paciente, a las compañías de seguros, organismos o entidades que sean responsables del pago a los servicios prestados a los que se hace referencia médico(s). Esta autorización se otorga con plena reconocer que la revelación puede contener información de carácter confidencial y puede dar lugar a una denegación de la cobertura del seguro de los servicios prestados por dicho médico(s).

Divulgación a Isaac Levy MD PA los médicos:

Por medio de la presente autorizo Isaac Levy MD PA para amueblar y revelar mi información médica a sus "socios comerciales", tal como se define en la Ley de Responsabilidad y Transferibilidad de Seguros Médicos de 1996, en su forma enmendada, es necesario o conveniente para Isaac Levy MD PA operar eficientemente su práctica médica.

El abajo firmante certifica que ha leído y entiende cada uno de los apartados anteriores y es el paciente o responsable con el poder de ejecutar este documento y aceptación de estos términos .

Seguros por negligencia médica:



ISAAC LEVY MD PA, 9937 Pines Boulevard Pembroke Pines, Florida 33024
Tel. (954) 450-1808 FAX (954) 450-4884

Los médicos bajo la ley del Estado de la Florida, en general, obligados a llevar seguros por mala práctica médica o demostrar responsabilidad financiera para cubrir las posibles reclamaciones por negligencia médica. **HEMOS DECIDIDO NO LLEVAR SEGUROS POR NEGLIGENCIA MEDICA.** Esto está permitido bajo la ley del Estado de la Florida bajo ciertas condiciones. La ley de la Florida impone sanciones contra médicos no asegurados que no satisfacen juicios adversos que surgen de las reclamaciones de negligencia médica. Este aviso se proporciona con arreglo a la ley del Estado de la Florida.

Con los cuales estamos autorizados a hablar sobre su atención médica?

NOMBRE COMPLETO Y RELACION: _____

x _____

Firma del paciente o de persona responsable

Fecha

Firma del testigo

Derecho a Solicitar Comunicaciones Confidenciales: Usted tiene el derecho de solicitar que nos comuniquemos con usted acerca de asuntos médicos de cierta manera o en cierto lugar. Tendremos en cuenta todas las solicitudes razonables. Para solicitar comunicaciones confidenciales, usted debe hacer su solicitud por escrito al Oficial de Privacidad. Su solicitud debe especificar cómo o cuándo desea ser contactado, por que no es necesario explicar la razón para hacer la solicitud.

Derecho a una copia de papel de esta copia: Si usted recibió este aviso forma desde nuestro sitio web o por correo electrónico, usted tiene el derecho a una copia de papel de este aviso. Usted puede pedir que le demos una copia de este aviso en cualquier momento. Para obtener una copia en papel de este aviso, póngase en contacto con nuestro oficial de privacidad.



ISAAC LEVY MD PA, 9937 Pines Boulevard Pembroke Pines, Florida 33024
Tel. (954) 450-1808 FAX (954) 450-4884

Cambios en el presente aviso: Nos reservamos el derecho de cambiar este aviso y de hacer la revisión efectiva o aviso de cambio de información de salud protegida que ya tenemos sobre usted, así como cualquier información que recibamos en el futuro. En el caso de que se revise la presente notificación, la nueva notificación será proporcionada a un como se ha descrito anteriormente.

Quejas: Si usted cree que sus derechos de privacidad han sido violados, usted puede presentar una queja con Isaac Levy MD PA, o con el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos. Para presentar una queja con Isaac Levy MD PA, póngase en contacto con nuestro Oficial de Privacidad. Todas las quejas deben ser presentadas por escrito. Usted no será penalizado por presentar una queja.

Su autorización es necesaria para otros usos de la información: Otros usos y divulgación de información protegida de salud no cubiertos por este aviso o las leyes que se aplican a nosotros serán hechos solamente con su autorización por escrito. Si usted nos autoriza a utilizar o divulgar información de salud protegida sobre usted, puede revocar la autorización para utilizar o divulgar información de salud protegida sobre usted, usted puede revocar la autorización, por escrito, en cualquier momento. Si usted revoca la autorización, ya no podremos usar o divulgar información de salud protegida sobre usted por las razones cubiertas por su autorización por escrito. Usted entiende que la divulgación puede que ya haya hecho con su autorización no se verán afectados. Honraremos revocación de autorizaciones de la fecha Isaac Levy MD PA Oficial de Privacidad.

POR LA PRESENTE ACUSO RECIBO DE ISAAC LEVY MD PA PRIVACIDAD PRACTICA DEL _____, 2013.

X _____

Firma

Nombre de impresión



ISAAC LEVY MD PA, 9937 Pines Boulevard Pembroke Pines, Florida 33024
Tel. (954) 450-1808 FAX (954) 450-4884

REQUEST FOR MEDICAL RECORDS

To: _____

I, _____ D.O.B. _____, AUTHORIZE THE RELEASE OF MY MEDICAL RECORDS TO
DR. ISAAC LEVY.

PLEASE SEND COPIES OF:

_____ ALL RECORDS

_____ MOST RECENT

_____ OTHER

PATIENT SIGNATURE _____

