

Informacion Del Paciente

Nombre _____
Apellido _____ Nombre _____ Segundo Nombre _____
Direccion _____
Calle _____ Apto# _____ Ciudad _____ Estado _____ Codoco Postal _____
Telefono(Casa) _____ (Trabajo) _____ (Celular) _____
Correo Electronico _____ Fecha Nacimiento ____/____/____ Edad _____ Sexo _____ Estado Civil _____

Persona Responsable Para La Cuenta

Nombre _____
Apellido _____ Nombre _____ Segundo Nombre _____
Direccion _____
Calle _____ Apto# _____ Ciudad _____ Estado _____ Codoco Postal _____
Telefono(Casa) _____ (Trabajo) _____ (Celular) _____
Correo Electronico _____ Fecha Nacimiento ____/____/____ Edad _____ Sexo _____ Estado Civil _____
Referido Por: _____ Medico Primario _____ Telefono _____

Autorizacion Del Paciente y Responsabilidad Financiera

Permiso Para Tratamiento

Por la presente, doy mi consentimiento voluntario para que el médico y el personal médico de J. Brahmatewari M.D.P.A. brinden tratamiento médico. Esto puede incluir un examen, diagnóstico y / o cualquier otro tratamiento médico de este tipo, incluyendo el área genitales según lo descrito por el proyecto de ley 698 del Senado que se considere necesario para el diagnóstico y el tratamiento de mi afección médica.

Autorizacion de Revelar Informacion Medical

Yo, autorizo al Dr. Just Brahmatewari y sus asistentes medico de revelar mi informacion medica obtenida en el curso de mi consulta para el proposito de pago por parte del seguro medico. Ademas, autorizo que tal informacion sea revelada a mi Medico Primario o al Medico que me refirio.

Asignación de beneficios de seguro / beneficios de Medicare

Por la presente, autorizo a mi compañía de seguros a realizar pagos en mi nombre de todos y cada uno de los beneficios grupales directamente al proveedor, a los médicos y al personal médico de J. Brahmatewari M.D.P.A. para servicios médicos prestados a mí. Cuando los beneficios de Medicare sean aplicables, solicito a Medicare y las compañías de seguros complementarias que paguen los beneficios médicos autorizados directamente al médico y al personal médico de J. Brahmatewari M.D.P.A. en mi nombre.

Garantía de pago

Sé que mi póliza de seguro es un contrato entre mí y mi compañía de seguros y entiendo que soy financieramente responsable del pago al médico y al personal médico de J. Brahmatewari M.D.P.A. por cualquier cargo no cubierto o no permitido por mi compañía de seguros y todos los gastos de bolsillo correspondientes, incluidos deducibles, coseguros y copagos. El pago vence en el momento del servicio.

Además, entiendo y acepto que si esta cuenta se coloca en cobranzas, seré responsable de pagar el saldo adeudado a J. Brahmatewari M.D.P.A. más cualquier honorario de abogado si corresponde. Si mi cuenta está asignada a una agencia de cobro, J. Brahmatewari M.D.P.A. tendrá derecho a cualquier costo de cobro, además de mi saldo. El costo de la recolección es el 50% de mi saldo adeudado.

Yo, _____ (Nombre en letra Molde) ACEPTO QUE HE LEIDO Y ENTENDIDO CADA UNO DE LOS PARRAFOS ANTERIORES. YO DOY MI CONSENTIMIENTO A ESTOS DISPOSICIONES INDIVIDUALMENTE Y COLECTIVAMENTE.

Paciente o Guardia Legal

Fecha

Testigo

HIPAA POLÍTICA DE PRIVACIDAD

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO

Entiendo que tengo ciertos derechos de privacidad con respecto a mi portabilidad de seguro de salud protegida y responsabilidad acto de 1996 de (HIPAA). Entiendo que al firmar este consentimiento, autorizo a utilizar y divulgar mi información de salud protegida para llevar a cabo:

- El tratamiento (incluyendo el tratamiento directo o indirecto por otros profesionales de la salud involucrados en mi tratamiento)
- Obtención de pago de los pagadores de terceros (es decir, mi compañía de seguros)
- La operación del día a día de salud de su práctica

También se me ha informado y dado el derecho de revisar y obtener una copia de la Notificación de Prácticas de Privacidad, la cual contiene una descripción más completa de los usos y revelaciones de mi información protegida de la salud, y mis derechos bajo HIPAA. Entiendo que se reserva el derecho de cambiar los términos de este aviso de vez en cuando y que puedo contactar con usted en cualquier momento para obtener la copia más actual de este aviso.

Yo entiendo que tengo el derecho de solicitar restricciones sobre cómo se utiliza mi información protegida de la salud y revelada para llevar a cabo el tratamiento, pago y operaciones de atención médica, pero que no están obligados a aceptar estas restricciones solicitadas. Sin embargo, si lo hace de acuerdo, entonces usted está obligado a cumplir con esta restricción.

Entiendo que puedo revocar este consentimiento, por escrito, en cualquier momento. Sin embargo, cualquier uso o divulgación que se ha producido con anterioridad a la fecha de revoco, este consentimiento no se ve afectada.

Imprimir Nombre de IPaciente _____

Relación con Patient _____

Firma _____ **Fecha** _____

_____ (Iniciales) **Me niego a firmar el formulario de consentimiento de Hipaa Política de Privacidad.**

NO SHOW CHARGE POLICY

PATIENTS WHO DO NOT CALL TO CANCEL AND RESCHEDULE THEIR APPOINTMENT WILL BE CHARGED A NO-SHOW FEE OF \$20.00.

IF YOU NEED TO CANCEL OR RESCHEDULE YOUR APPOINTMENT, PLEASE CALL OUR OFFICE NO LATER THAT 24 HOURS BEFORE YOUR SCHEDULED APPOINTMENT.

AESTHETIC PRODUCT POLICY

ALL AESTHETIC PRODUCTS ARE NON-REFUNDABLE. IF YOU DEVELOP AN ALLERGIC REACTION WITHIN 7 DAYS OF PURCHASE AND THE REACTION IS DIAGNOSED BY THE DOCTOR, YOU CAN RETURN THE PRODUCT AND RECEIVE CREDIT.

VIDEO RECORDING/AUDIO RECORDING/PHOTOGRAPH POLICY

VIDEO RECORDING, AUDIO RECORDING, AND PHOTOGRAPHS ARE STRICTLY PROHIBITED WITHIN THE OFFICE.

I have read and understood the above POLICIES. I also agree to be responsible for any No-show fee that is charged to me if I fail to cancel my appointment.

Signature _____

POLIZA DE CARGO POR NO PRESENTARSE A LA CITA MEDICA

LOS PACIENTES QUE NO LLAMEN PARA CANCELAR O CAMBIAR SU CITA SE LES VA COBRAR **\$20.00 DE RECARGO.**

SI USTED NECESITA CANCELAR O CAMBIAR SU CITA, POR FAVOR LLAME A NUESTRA OFICINA POR LO MENOS 24 HORAS ANTES DE SU CITA.

POLIZA DE PRODUCTOS ESTETICOS

LOS PRODUCTOS ESTETICOS NO PUEDEN SER DEVUELTOS. SI TIENE UNA REACCION ALERGICA DENTRO DE LOS 7 DIAS DE HABER COMPRADO UN PRODUCTO Y HA SIDO DIAGNOSTICADO POR UN DOCTOR, USTED PUEDE DEVOLVER EL PRODUCTO Y RECIBIR CREDITO

POLIZA DE GRABACIÓN DE VIDEO / GRABACIÓN DE AUDIO / FOTOGRAFÍA

LA GRABACIÓN DE VIDEO, LA GRABACIÓN DE AUDIO Y LAS FOTOGRAFÍAS ESTÁN ESTRUCTAMENTE PROHIBIDAS EN LA OFICINA.

He leído y entendido las POLIZAS anteriores. También acepto ser responsable de cualquier tarifa de que se me cobre si no llamo a cancelar mi cita.

Firma _____

Just Brahmatewari M.D.
Cosmetic Surgery and Dermatology

Cosmedic
C E N T R E



The Art of Beauty

Email Updates

The physician and staff at J. Brahmatewari M.D.P.A. would like the opportunity to provide you with the latest information, news, promotions and messages that can benefit your treatment. In order to better serve you and contact you more efficiently, we ask that you provide us with you email address.

Please note that the use of your email is intended only for use by J. Brahmatewari M.D.P.A.

First Name / Last Name

Date of Birth

Email Address

6301 Biscayne Blvd., Suite 200, Miami, Fl. 33138
Tel: 305-751-7771 Fax: 305-756-0270

Just Brahmawari M.D.
Dermatology & Cosmetic Surgery



Autorización para divulgar información

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____

De acuerdo con los requisitos para H.I.P.P.A. no podemos divulgar su ISP (Información de salud protegida) a nadie sin el consentimiento del paciente. Si desea que su ISP sea divulgada a cualquier individuo, debe firmar este formulario. Al firmar este formulario, dará su consentimiento para divulgar su ISP, que puede incluir enfermedades de transmisión sexual, síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) o virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) a las personas indicadas a continuación. También puede incluir información sobre servicios de salud conductual o mental, y tratamiento para el abuso de alcohol y drogas.

Usted tiene el derecho de revocar este consentimiento, por escrito, excepto cuando ya hayamos hecho divulgaciones en base a su consentimiento previo.

Autorizo a J. Brahmawari M.D.P.A. para divulgar mi ISP a las siguientes personas.

Nombre _____ Relacion _____ Tel: _____

Nombre _____ Relacion _____ Tel: _____

Nombre _____ Relacion _____ Tel: _____

Nombre _____ Relacion _____ Tel: _____

Firma del paciente / Tutor: _____

INFORMACION DE SEGURO

SEGURO PRIMARIO

Nombre de Seguro _____(HMO/PPO/POS/OTHER)

Numero de ID _____Numero de Grupo _____

Direccion de Seguro _____

Telefono _____ Segurado Principal _____

Fecha Nacimiento _____ Relacion al Segurado _____

SEGURO SECUNDARIO

Nombre de Seguro _____(HMO/PPO/POS/OTHER)

Numero de ID _____Numero de Grupo _____

Direccion de Seguro _____

Telefono _____ Segurado Principal _____

Fecha Nacimiento _____ Relacion al Segurado _____

AUTORIZACIÓN DE LIBERACIÓN DE REGISTRO

FECHA: _____

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____

Yo, _____ autorizo a J. Brahamatewari M.D.P.A, y sus empleados a publicar:

o notas de progreso médico

o Informe de biopsia, informe operativo

o información de facturación

o registro completo

proporcionado o que se me proporcionará y que identifica mi nombre, dirección, número de seguro social, número de identificación de miembro) a:

___ Yo mismo

___ Doctor en instalaciones: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____ Fax: _____

Vía:

o Número de fax: _____

o Dirección de correo electrónico: _____

o Enviar a: _____

Dirección: _____

Firma del paciente o tutor _____ Fecha _____

6301 Biscayne Blvd, Suite 200, Miami, Fl. 33138
Tel: 305-751-7771 Fax: 305-756-027

4445 W. 16th Ave. Suite 402, Hialeah, Fl. 33012
Tel: 305-341-7551 Fax: 305-756-0270