



PULMONARY PHYSICIANS OF SOUTH FLORIDA, LLC

REGISTRACION DEL PACIENTE

Paciente _____ Fecha _____
Apellido Nombre Inicial
Dirección _____
Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____
Número Seguro Social: _____ *Email Address: _____
Teléfono (Casa): _____ (Trabajo): _____ Ext. : _____ Celular: _____
Sexo: M / F Edad _____ Fecha de nacimiento _____ Soltero / Casado / Viudo / Separado / Divorciado
Empleado a tiempo completo / Estudiante a tiempo parcial / Retiered _____
Paciente empleado por _____ Occupational Hazards: _____
Ocupación _____ Teléfono comercial _____
Cónyuge (o parte responsable) Nombre _____ Fecha de nacimiento _____

INFORMACION DEL SEGURO MEDICO

¿Quién es responsable de esta cuenta? _____ Relación con el paciente _____
¿Tienes seguro médico? No / Sí Si es así, nombre del asegurador primario _____
N. ° de contrato _____ N. ° de grupo _____ N. ° de suscriptor _____
Nombre de la aseguradora secundaria (si corresponde) _____
N. ° de contrato _____ N. ° de grupo _____ N. ° de suscriptor _____
En caso de emergencia, ¿a quién se debe notificar? _____
Teléfono _____ Relación con el paciente _____
Razón para ver _____
¿Cómo se enteró de nuestra práctica? _____
¿A quién podemos agradecerle por recomendarlo? _____



PULMONARY PHYSICIANS OF SOUTH FLORIDA, LLC

Today's date: _____

Patients Name: _____ Date of Birth: _____

Primary Physician (PCP): _____

Pharmacy Name: _____ Telephone#: _____

Pharmacy Address: _____

(If you have a medication list please just provide a copy)

Medications List:

- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____

Medical/Surgery List

- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____

Allergies to medications: _____

History of Smoking: ☐ YES ☐ NO

Age Started _____ Age Quit _____ # Packs _____ #Cigarette _____

Have you received vaccinations for: ___ Flu ___ Pneumococcal ___ Covid

Have you Fallen in the last year? ___ Yes ___ No If Yes How many times: _____

Recent Travels: ___ Out of State ___ Out of the Country Where: _____

Animals in the home ___ Yes ___ No Cats ___ Dogs ___ Birds ___ Others _____

Do you have a Health Care Surrogate: ___ Yes ___ No Name: _____



PULMONARY PHYSICIANS OF SOUTH FLORIDA, LLC

EPWORTH SLEEPINESS SCALE

Fecha: _____

Patient Name: _____

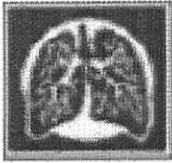
D.O.B.: _____

How likely are you to doze off or fall asleep? in the following situations, in contrast to feeling just tired. This refers to your usual way of life in recent times. Even if you have not done some of these things recently, try to work out how they would have affected you. Use the following scale to choose the most appropriate number for each situation:

¿Cuál es la probabilidad que se duerma? en las siguientes situaciones compara a solamente sentirse cansado, esto se refiere a las cosas que se hacen diariamente durante este tiempo. Aunque últimamente no haya hecho algunas de las cosas, trate de imaginar cómo le hubiera afectado. Use las siguientes escalas y escoja en número más apropiado para la situación.

- 0= would NEVER doze (*Nunca se dormiría*)
1= SLIGHT chance of dozing (*Probabilidad menos moderada de dormirse*)
2= MODERATE chance of dozing (*Probabilidad moderada de dormirse*)
3= HIGH chance of dozing (*Probabilidad alta de dormirse*)

SITUATION (Situación)	SCALE NUMBER (Número de escala)
SITTING AND READING (Sentado Leyendo)	
SITTING, INACTIVE IN A PUBLIC PLACE (EG. A THEATER OR A MEETING) (Sentado, inactive en un lugar público (Ejemplo: en el teatro o en una reunión)	
AS A PASSENGER IN A CAR FOR AN HOUR WITHOUT A BREAK (Como pasajero en un carro sin descanso por una hora)	
LYING DOWN TO REST IN THE AFTERNOON WHEN CIRCUMSTANCES PERMIT (Acostarse a descansar en la tarde cuando tiene la oportunidad.)	
SITTING AND TALKING TO SOMEONE (Sentado hablando con alguien)	
SITTING QUIETLY AFTER A LUNCH WITHOUT ALCOHOL (Sentado tranquilo después del almuerzo sin haber tomado bebida alcohólica)	
IN A CAR, WHILE STOPPED FOR A FEW MINUTES IN TRAFFIC (Sentado en un coche mientras espera por el tráfico)	
WATCHING TV (Viendo la televisión)	
TOTAL SCORE:	



PULMONARY PHYSICIANS OF SOUTH FLORIDA, LLC

ASIGNACION Y LIBERACION

Yo, el abajo firmante, tiene cobertura de seguro con _____
(Nombre de la compañía de seguro)

Y asignarle directamente al Dr. Scott Lieberman y Dr. Ali Chaudhry todos los beneficios médicos, en su caso, de otro médico pagadero a mí por los servicios prestados. Entiendo que soy financieramente responsable por todos los cargos sean o no pagados por el seguro. Por la presente autorizo al doctor a divulgar toda la información necesaria para asegurar el pago de las prestaciones. Yo autorizo del uso de esta firma en todas mis prestaciones de seguros ya sea manual o electrónico.

Firma del Asegurado / Tutor

Fecha

MEDICARE AUTORIZACION

Solicito que el pago de beneficios autorizados de Medicare, hacerse ya sea para mí o a mi nombre al Dr. Scott Lieberman para cualquier servicio médico hacia mí por este doctor. Autorizo a cualquier poseedor de información médica sobre mí para liberar a la Administración Financiera del Cuidado de la Salud (Health Care Financial Administration) y sus gentes cualquier información necesaria para determinar estos beneficios o los beneficios pagaderos por servicios de lanzamiento.

Entiendo que mi solicitud de firma se realice el pago y autoriza la divulgación de la información médica necesaria para pagar el reclamo. Si "Otro seguro de salud" en el elemento indica en el punto 9 del formulario HCFA-1500, o en otro lugar en otras formas de reclamo aprobados o electrónicamente presentado reclamaciones, mi firma autoriza la divulgación de la información a la compañía de seguros o agencia descritos. En los casos asignados de Medicare, el médico o proveedor se compromete aceptar la determinación de la carga del portador de Medicare como la carga completa, y el paciente solo se hace responsable por el deducible, coaseguro y seguros no cubiertos. Co-asegurados y los reductibles están basados en la determinación de la carga del responsable en Medicare.

Firma del Beneficiario

Fecha



PULMONARY PHYSICIANS OF SOUTH FLORIDA, LLC

FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN DEL PACIENTE Y RESPONSABILIDAD FINANCIERA

CONSENTIMIENTO AL TRATAMIENTO

Por la presente, doy mi consentimiento voluntario para que los médicos y el personal médico de los Médicos Pulmonares del Sur de Florida presten tratamiento médico. Esto puede incluir exámenes, diagnósticos y / o procedimientos quirúrgicos, administración de inyecciones y / o cualquier otro tratamiento médico que se considere necesario para el diagnóstico y el tratamiento de la afección médica del paciente.

ASIGNACIÓN DE LOS BENEFICIOS DE SEGURO

Por la presente autorizo a mi compañía de seguros a realizar pagos en mi nombre de todos y cada uno de los beneficios individuales, grupales, de compensación laboral, responsabilidad o PIP directamente al proveedor, médicos y personal médico de los Médicos Pulmonares del Sur de Florida por los servicios médicos que se me prestaron.

MEDICARE / MEDICAID ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS

Cuando los beneficios de Medicare y Medicaid son aplicables, certifico que la información proporcionada por mí al solicitar el pago bajo el Título XVII o XIX de la Ley del Seguro Social es correcta. Solicito que Medicare, Medicaid, Medigap y las compañías de seguros suplementarias hagan pagos de beneficios médicos autorizados a los médicos y al personal médico de los Médicos Pulmonares del Sur de Florida en mi nombre.

GARANTÍA DE PAGO

Entiendo que soy financieramente responsable del pago a los médicos y al personal médico de los Pulmonary Physicians of South Florida por cualquier cargo no cubierto o permitido por mi compañía de seguros y todos los gastos de bolsillo aplicables, incluidos deducibles, coaseguros y copagos. Además, entiendo y acepto que, si esta cuenta se coloca para cobrar, seré responsable de pagar el saldo adeudado a los médicos y al personal médico de los Pulmonary Physicians of South Florida, más los honorarios de abogados, si corresponde.

COLECCIONES DE BENEFICIOS DE TERCEROS

Por la presente, autorizo a los Pulmonary Physicians of South Florida a actuar en mi nombre como abogado, de hecho, en (1) la recopilación de beneficios de cualquier tercero pagador responsable a través de cualquier medio legal necesario y (2) en el endoso de los cheques de beneficios pagaderos para mí o los médicos y el personal médico de los médicos pulmonares del sur de Florida.

YO, _____ (NOMBRE DE LA IMPRESIÓN) RECONOZCO QUE HE LEÍDO Y
ENTIENDO CADA UNA DE LAS DISPOSICIONES ANTERIORES QUE APARECEN EN ESTE FORMULARIO Y QUE AL
FIRMAR ESTE FORMULARIO, CONSIENTO EN ESTAS DISPOSICIONES DE FORMA INDIVIDUAL Y COLECTIVA.

Paciente or Guardian Legal

Date

Testigo

Date

Today's date: _____



PULMONARY PHYSICIANS OF SOUTH FLORIDA, LLC

La comunicación por correo electrónico, mensaje de texto y otros medios no seguros

Puede llegar a ser útil durante el curso del tratamiento de comunicarse mediante correo electrónico, mensaje de texto (por ejemplo, "SMS") u otros métodos de comunicación electrónicos. Estos métodos, en su forma típica, no son medios de comunicación confidenciales. Si utiliza estos métodos para comunicarse con [PPSF, LLC], existe una posibilidad razonable de que un tercero pueda ser capaz de interceptar y escuchar a escondidas esos mensajes. Los tipos de partes que pueden interceptar estos mensajes incluyen, pero no se limitan a:

- Las personas en su hogar o en otros entornos que pueden acceder a su teléfono, ordenador u otros dispositivos que se utilizan para leer y escribir mensajes.
- Su empleador, si utiliza el correo electrónico del trabajo para comunicarse con [PPSF, LLC].
- Los terceros a través de Internet, tales como los administradores de servidores y otros que supervisan el tráfico de Internet

Si hay gente en su vida que usted no desea acceder a estas comunicaciones, por favor hable con el administrador de oficinas sobre maneras de mantener sus comunicaciones segura y confidencial.

[PPSF, LLC] también ofrece las siguientes, los medios más seguros de comunicación. Si bien no se puede garantizar que van a evitar que el 100% de las violaciones de la confidencialidad, que están diseñados con la intención de apoyar a la confidencialidad de las comunicaciones clínicas:

- Recepción de recogida en un momento determinado.
- Entrega a través del Servicio Postal de los Estados Unidos.
- Correo electrónico seguro

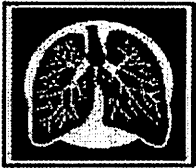
Doy mi consentimiento para permitir [PPSF, LLC] para utilizar el correo electrónico no seguro y mensajes de texto de teléfono móvil para transmitir a mí la siguiente información protegida de la salud:

- La información relacionada con la programación de las reuniones u otras citas.
- La información relacionada con la facturación y pago.
- Otros (especificar:

Se me ha informado de los riesgos, incluyendo, pero no limitado a la confidencialidad en el tratamiento, de transmitir mi información de salud protegida por medios no garantizados. Yo entiendo que no estoy obligado a firmar este acuerdo con el fin de recibir el tratamiento. También entiendo que puedo terminar este consentimiento en cualquier momento.

Firma Del Paciente (Signature of Patient)

Fecha (Date)



PULMONARY PHYSICIANS OF SOUTH FLORIDA, LLC

RECORDS RELEASE AUTHORITY ACTAS DE LIBERACION DEL HISTORIAL MEDICO

I hereby authorize and request _____ to release complete medical records in your possession, concerning my illness and/or treatment on _____, to the physician(s) named above. Incorporated in this release form is my authorization for you to include any and all information relating to (please check as applicable)

Por la presente autorizo y solicito a _____ para liberar los registros médicos completos en su posesión, con respecto a mi enfermedad y / o el tratamiento de _____, al médico(s) nombrado arriba. Incorporadas en esta forma de liberación es mi autorización para que lo incluya toda la información relacionada con (marcar según corresponda)

- _____ Physician Office Notes
(Notas de oficina del médico)
- _____ Imaging Studies (PET, CT, Chest x-ray, Ultrasound)
Estudios de imagen (PET, CT, radiografía de tórax, ultrasonido)
- _____ Sleep Studies, PFTs, Cardiology Diagnostic Studies
Los estudios del sueño, PFT, diagnósticos de cardiología
- _____ Labs
Laboratorios
- _____ All Medical Records
Todos los registros médicos

SIGNATURE: _____

Date: _____

RELATIONSHIP IF OTHER THAN PATIENT: _____
(Relación si OTRO QUE NO SEA EL PACIENTE)

PRINT PATIENT'S NAME: _____
(NOMBRE DEL PACIENTE)

DATE OF BIRTH: _____
(FECHA DE NACIMIENTO)

SOCIAL SECURITY #: XXX-XX-_____
(NUMERO DE SEGURO SOCIAL)