



# South Florida Nephrology Consultants

Memorial Hospital West Medical Office Centre  
603 N. Flamingo Road, Suite 265  
Pembroke Pines, FL 33028

Tel: (954) 437-2101 & (954) 986-9008 - Fax: (954) 437-9773 & (954) 986-6646

**Syed J. Hashmi, M.D.**

**Beth M. Leventhal, M.D.**

**Joanna M. Rodriguez, M.D.**

**Nancy M. Tran M.D.**

Board Certified, American Board of Internal Medicine

Board Certified, American Board of Nephrology

## Registro de pacientes

Nombre y apellido del paciente \_\_\_\_\_ Masculino - Femenino

SS# \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Casado – Soltero – Otro \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

Teléfono casa \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_

Correo electrónico del paciente \_\_\_\_\_

Raza: Asiático - Africano Americano – Isleño del pacífico – Blanco - Otro – Declino indicar

Etnicidad: Hispánico o Latino - No hispánico o Latino

Médico de cabecera \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Farmacia \_\_\_\_\_ \*Teléfono \_\_\_\_\_

Nuestra oficina ofrece prescripciones electrónicas. Si está disponible ¿Usted autoriza el uso de E-prescribing? Si - No

Contacto de emergencia \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Relación \_\_\_\_\_

¿Cómo supo de South Florida Nephrology Consultants?

Amigo/ Familiar – Internet - Seguro – Referido por el Doctor \_\_\_\_\_

¿Cómo va a pagar la consulta de hoy? Yo mismo – Seguro – Reclamo a Compensación del trabajador

Voy a pagar la cuenta completa o co-pago usando: efectivo – tarjeta debito – tarjeta crédito – cheque

Información del  
seguro

Nombre del Asegurado: \_\_\_\_\_

Miembro Numero: \_\_\_\_\_

SS#: \_\_\_\_\_

Relación con el paciente: Yo Mismo – Cónyuge – Hijo(a) - Otro \_\_\_\_\_

¿Tiene usted seguro con más de una aseguradora? Si - No



# South Florida Nephrology Consultants

Memorial Hospital West Medical Office Centre  
603 N. Flamingo Road, Suite 265  
Pembroke Pines, FL 33028

Tel: (954) 437-2101 & (954) 986-9008 - Fax: (954) 437-9773 & (954) 986-6646

**Syed J. Hashmi, M.D.**

**Beth M. Leventhal, M.D.**

**Joanna M. Rodriguez, M.D.**

**Nancy M. Tran M.D.**

Board Certified, American Board of Internal Medicine  
Board Certified, American Board of Nephrology

## Política Financiera

**Seguro:** El seguro es un contrato entre usted y su aseguradora. En la mayoría de los casos nosotros no somos parte de su contrato. Enviaremos factura solamente a su compañía de seguros primario y secundario. Nosotros estimamos lo que la compañía va a pagar, pero es potestad de la compañía de seguros la decisión final del pago y su elegibilidad para dicho pago.

Opción de pago si usted **NO** tiene seguro o **NO ACEPTAMOS** la compañía de seguro a la que usted está afiliado: Ud. Acepta pagar, el día que recibe los servicios, usando efectivo, tarjeta de crédito, tarjeta de débito o cheque.

Por la presente autorizo el pago directo de las prestaciones médicas a South Florida Nephrology Consultants por servicios prestados por el médico. Entiendo que soy financieramente responsable por cualquier saldo no cubierto por el seguro. Certifico que soy responsable de seguro de salud co-pago y co-seguro. Certifico que toda la información es correcta y autorizo South Florida Nephrology Consultants a divulgar cualquier información, ya sea para atención médica o en aplicación de procesamiento de beneficios financieros. Mediante la ejecución de este acuerdo, usted acepta pagar todos los servicios que se prestan.

Nombre y Apellido del paciente (use letra de imprenta) \_\_\_\_\_

Responsable del pago (Si no es el paciente): \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**Aviso de Prácticas de Privacidad:** Se me ha presentado una copia de la Notificación de Prácticas de Privacidad detallando cómo mi información de salud puede ser usada y divulgada según lo permitido bajo la ley federal y estatal, y esbozar mis derechos con respecto a mi información de salud.

Nombre y Apellido del paciente (use letra de imprenta) \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

### Liberación de expediente médico:

Yo, \_\_\_\_\_, Autorizo la entrega de mi expediente médico e información a mi médico de cabecera o cualquier otro médico bajo petición. Entiendo que esta autorización puede ser revocada en cualquier momento.

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_