

INTERNAL MEDICINE
ALAN R. KUTNER, M.D.
IVAN M. JONAS, M.D.
JANE S. COHEN, M.D.
MARTIN DROST, M.D.
JASON L. RADICK, M.D.
LEILANY IRIZARRY-COLON, M.D.
BRIAN G. PACHTER, D.O.

**GASTROENTEROLOGY
& ENDOSCOPY**
DAVID COHEN, M.D.
ARIN H. NEWMAN, M.D.
DANIEL L. WOLFSON, M.D.

Solicitud de Comunicaciones Confidenciales

En ocasiones es necesario comunicarse con nuestros pacientes vía telefónica. A menudo, nuestros pacientes no están disponibles cuando los llamamos y nos gustaría tener el consentimiento de dejar mensajes telefónicos detallados (es decir, los resultados de laboratorio) cuando sea posible. Con el fin de proteger su privacidad, necesitamos su permiso por escrito para dejar mensajes telefónicos detallados en el sistema electrónico de la máquina o la respuesta de voz.

Sin embargo, cabe señalar que nuestro Aviso de normas de confidencialidad nos permite que le Llamemos con un recordatorio de cortesía con respecto a cualquier cita próxima (s).

Nombre del Paciente: _____ Dia de Nacimiento: _____

POR FAVOR SELECCIONAR UNA OPCION:

Yo doy mi consentimiento de que me dejen mensajes detallados en:

<input type="checkbox"/>	Mi casa contestador automático: Teléfono # _____
<input type="checkbox"/>	Mi teléfono celular: Teléfono # _____
<input type="checkbox"/>	Con mi esposa(o) / otros: Nombre: _____

_____ No doy mi consentimiento para que mensajes detallados para se dejen en cualquier contestador automático o buzón de voz; yo prefiere ser contactado personalmente en este número:

_____.

MEJOR FORMA DE CONTACTARME: _____ TEXTO _____ E-MAIL _____ GRABACION DE VOZ

Este consentimiento permanecerá en efecto hasta que usted notifica por escrito que desea realizar un cambio.

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

Si este formulario está firmado por el representante personal, por favor incluya una copia del documento de nombrar el representante personal, por ejemplo, un poder notarial, la forma de designación de representante personal, o para nombrar un tutor o ejecutor.

Firma del Representante Personal: _____ Fecha _____

Representante personal: _____

Relación con el paciente: _____



Patient Financial Responsibility Statement

Thank you for choosing Physicians Group of South Florida, PA (PGSF) as your healthcare provider. The medical services you pursue involve a financial responsibility on your part. This responsibility requires you to ensure payment in full for the services you receive. To assist in understanding that financial responsibility, please read and sign this form.

1. You will be required to follow all registration procedures, such as updating personal information, presenting your insurance card, and providing signatures. Your card or other insurance verification must be on file for your insurance to be billed. If we do not have your card on file, or are unable to verify your eligibility for benefits, you will be considered as a self-pay patient.
2. You are responsible for all payment obligations arising out of your treatment. You are responsible for deductibles, co-payments, co-insurance, and any other patient responsibility indicated by your insurance carrier and payment is due at the time of services.
3. You are responsible for knowing your insurance policy. If you are not familiar with your plan coverage, we suggest you contact your plan provider directly. The burden of proof is your responsibility.
4. If your insurance plan requires a referral authorization from a primary care physician, you are responsible for requesting this at your visit. You acknowledge that it is your responsibility to be aware of what services are covered and you agree to pay for any service deemed to be non-covered or not authorized by the plan.
5. If your insurance plan does not remit timely payment on your claim, you will be responsible for payment of the charges within the terms set forth herein. You agree to facilitate payment of claims by contacting your insurance carrier or other plan provider when necessary.
6. If you decide not to involve your plan to pay for services, be aware that Physicians Group of South Florida, PA will not file your medical claim.
7. If your account has a balance due, we expect payment within thirty (30) days of receipt of your billing statement. If any balance on your account is over ninety (90) days past due, your account will be in default and auto referred to a collection agency. For small balances, between \$2.00 up to \$50.00, we may stop sending billing statements any time after the initial statement, but you understand that the amount shall remain due and owing until paid in full and will be requested to be paid at the time of your next visit.

Additional Fees and Charges

- Returned checks \$50 fee
- Fill out of any form \$20 fee
- Tax itemized bill \$10 fee
- E-visits \$30 fee

Patient Signature

Date



Acknowledgement

You authorize Physicians Group of South Florida, PA to release patient information acquired in the course of your examination and/or treatment; including but not limited to any and all medical records, notes, test results of any kind or other documents related to your treatment that is deemed necessary to process this claim to the necessary insurance companies, third party payors, and/or other physicians or health care entities as they require to participate in your care. It is important to notify us as soon as possible of any changes related to your insurance coverage. Failing to do so may result in unpaid claims, and you will be responsible for the balance of the claim. PGSF does not accept responsibility for incorrect information given by you or your insurance carrier or other plan provider regarding your insurance benefits or benefit plans.

By signing below, each of the undersigned acknowledges that: (i) I have been provided a copy of the Physicians Group of South Florida, PA Patient Financial Responsibility Statement; (ii) I have read, understand, and agree to their provisions and agree to the specified terms; (iii) I agree to pay all charges due (or to become due) to PGSF for the below Patient’s care and treatment, including co-payments and deductibles, as required or provided pursuant to my insurance plan _____ and/or the insurance plan of another, as applicable; (iv) benefits, if any, paid by a third-party will be credited on the Patient account; (v) regardless of my insurance status or absence of insurance coverage, I am ultimately responsible for the balance on the account for any services rendered; (vi) if I failed to make any of the payment, for which I am responsible in a timely manner, I will be responsible for all costs of collecting the money owed, including court costs, collection agency fees, and attorneys’ fees (to the extent allowed by law); and (vii) failure to pay when due may subject me to late payment charges and can adversely affect my credit report. I further agree that a photocopy of this Patient Responsibility Financial Statement shall be as valid as the original. ONCE I HAVE SIGNED THIS AGREEMENT, WHETHER BY ORIGINAL, FACSIMILE OR ELECTRONIC (“.PDF”) SIGNATURE, I AGREE TO ALL OF THE TERMS AND CONDITIONS CONTAINED HEREIN AND THE AGREEMENT SHALL BE IN FULL FORCE AND EFFECT.

_____	_____	_____
Patient/Responsibility Party/Guardian	Date of Birth	Date
_____		_____
Witness		Date

Waiver of Patient Authorizations

I do not wish to have information released and prefer to pay at the time of service and/or to be fully responsible for payment of charges and to submit claims to insurance at my discretion.

_____	_____
Signature of Patient	Date

FORMA DEL CONSENTIMIENTO GENERAL
CONSENTIMIENTO DE TRATAMIENTO

Yo, _____, autorizo a Physicians Group of South Florida, P.A. a el medico, o el médico designado por él/ella, y a otros empleados a examinarme y tratarme. Yo también autorizo la examinacion, el tratamiento y los procedimientos considerado como necesarios por el médico, incluyendo pero no limitado a, el tomar radiografías, medicinas, examen de sangre, examen de la orina y otros tratamientos considerados como necesario. Yo estoy consiente que la practica de medicina no es una ciencia exacta y yo reconosco que no me han hecho una garantía o dado seguridad acerca de los resultados van a obtener por medio de la examinacion y tratamiento. Yo certifico que entiendo esta autorización.

_____ Testigo	_____ Firma del Paciente	
_____ El Paciente o Persona Autorizada	_____ Relación al Paciente	_____ Fecha

NOTIFICACIÓN DE SEGURO DE MALA PRACTICA MEDICA

Debido a la crisis del seguro de mala practica médica, su medico ha decidido no tener seguro de mala practica médica. "Bajo la ley de Florida, los médicos requieren tener seguro de mala practica o de no ser así, demostrar responsabilidad financiera para cubrir los reclamos potenciales de mala practica. SU MEDICO HA DECIDIDO NOTENER SEGURO DE MALA PRACTICA MÉDICA. Esto es permitido por la ley de Florida sujeto a ciertas condiciones; La ley de Florida impone penalidades contra médicos de sin seguro de mala practica que fallan en satisfacer demandas como resultado de recjuicios adversos que surgen de reclamos de negligencia médica. Esta nota es proporcionada conforme a a la Ley de Florida".

Reconocimiento:

_____ Nombre del Paciente	_____ Firma del Paciente
------------------------------	-----------------------------

ASIGNACIONES DE BENEFICIOS DEL SEGURO MEDICÓ

Yo autorizo que el pago por servicios medicos sean directamente hechos a Physicians Group of South Florida, P.A. y me responsabilizo a pagar cargos no cubiertos por mi seguro medico. Yo entiendo que soy responsable por cantidades aplicadas a mi deducible, co-pago y por servicios no cubiertos bajo mi poliza de seguro.

Yo reconozco que he recibido una copia de la poliza financiera de esta oficina.

Nombre del Paciente: _____	La Fecha: _____
----------------------------	-----------------

La Firma: _____

El Testigo: _____	La Fecha: _____
-------------------	-----------------

AVISO DE HIPPA/HITECH NORMAS DE CONFIDENCIALIDAD

EL PRESENTE AVISO DESCRIBE COMO PUEDE UTILIZARSE Y DIVULGARSE SU INFORMACION MEDICA Y COMO USTED PUEDE ACCEDER A ESA INFORMACION.

LEALO CON ATENCION.

Resumen:

Por ley, estamos obligados a ofrecerle nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad (NPP).

El paciente goza de los siguientes derechos:

1. El derecho a inspeccionar y copiar su información.
2. El derecho a solicitar correcciones a su información.
3. El derecho a solicitar restricciones.
4. El derecho a solicitar comunicaciones confidenciales.
5. El derecho a solicitar formas alternativas de comunicación.
6. El derecho a recibir un informe de divulgaciones
7. El derecho a recibir copias electrónicas de su información de salud
8. Los pagos directos. Si pagó de su bolsillo en su totalidad para un servicio específico, usted tiene el derecho de pedir que su PHI con respecto a ese tema no será divulgada a un plan de salud.
9. El derecho a recibir la notificación de una violación de la información de salud protegida.
10. El derecho a recibir una copia impresa de Aviso de Prácticas de Privacidad.

Queremos asegurarle que su información médica / de salud protegida es segura con nosotros. Este aviso contiene información acerca de cómo vamos a asegurar que su información permanezca privada

RECONOCIMIENTO DEL AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Por la presente reconozco que he recibido una copia de la notificación de la práctica médica DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD. Entiendo que la práctica me ofrecerá cambios de este AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD debería ser modificada, cambiada o manipulada de ninguna manera "

Nombre del Paciente o Representante

Firma del Paciente o Representante

Date

____ El Paciente se niega a firmar.

____ El Paciente esta imposibilitado de firmar: Porque: _____

AVISO DE NORMAS DE CONFIDENCIALIDAD

EL PRESENTE AVISO DESCRIBE COMO PUEDE UTILIZARSE Y DIVULGARSE SU INFORMACION MEDICA Y COMO USTED PUEDE ACCEDER A ESA INFORMACION.

LEALO CON ATENCION.

Resumen:

La ley nos exige suministrar a los pacientes el Aviso de Normas de confidencialidad de nuestro establecimiento, que describe como puede utilizarse y divulgarse su informacion medica y establece las formas en que el paciente puede acceder a esta informacion.

El paciente goza de los siguientes derechos:

1. Derecho a acceder a la informacion y realizar copias.
2. Derecho a solicitar correcciones.
3. Derecho a solicitar restricciones.
4. Derecho a solicitar confidencialidad en las comunicaciones.
5. Derecho a solicitar un detalle de la informacion divulgada.
6. Derecho a recibir una copia impresa de este aviso.

Nuestro establecimiento tiene por objeto garantizar la seguridad de la informacion medica de sus pacientes y este aviso expone los metodos que se utilizaran para garantizar su confidencialidad..

ACUSE DE RECIBO DEL AVISO DE NORMAS DE CONFIDENCIALIDAD

*“Por el presente declare que he recibido una copia del **AVISO DE NORMAS DE CONFIDENCIALIDAD** de este establecimiento. Comprendo que en caso de dudas o reclamos respect de mis derechos de confidencialidad puedo comunicarme con las personas cuyo nombre se indica mas arriba y que el establecimiento me entregara copias actualizadas de este **AVISO DE NORMAS DE CONFIDENCIALIDAD** siempre que ese efectuen correcciones, modificaciones o cambios de cualquiera naturaleza”.*

Nombre del Paciente o Representante (letra de imprenta)

Firma del Paciente o Representante

Date

_____ El Paciente se niega a firmar.

_____ El Paciente esta imposibilitado de firmar: Porque: _____

Medical Release Form

Your medical records are strictly confidential. The Health Information Portability and Accountability Act (HIPAA) restricts practices from releasing any information without your written permission.

Your new Primary Care Physician would like to know your past medical history including information regarding past illnesses and conditions to best treat you.

To allow us to obtain a copy of your records from your previous doctor(s) or primary care physician, please complete and sign the attached records release form.

Please ask us if you need additional forms.



INTERNAL MEDICINE

ALAN R. KUTNER, M.D.
IVAN M. JONAS, M.D.
JANE S. COHEN, M.D.
MARTIN DROST, M.D.
LEILANY IRIZARRY-COLON, M.D.
BRIAN G. PACHTER, D.O.
KATHLEEN MELENDEZ, M.D.
NAOMI K. WHITE, APRN.

**GASTROENTEROLOGY
& ENDOSCOPY**

DAVID COHEN, M.D.
ARIN H. NEWMAN, M.D.
DANIEL L. WOLFSON, M.D.

AUTORIZACION PARA DIVULGACION DE INFORMACION MEDICA

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento ____/____/____

Nombre del Doctor: _____ Telefono # _____

Direccion: _____

Por la presente autorizo _____ para liberar mis registros médicos y / o información de salud protegida incluyendo las partes, en su caso, de mis registros médicos relacionados con el diagnóstico o tratamiento de las pruebas del VIH, drogas o alcohol y el tratamiento de tratamiento psiquiátrico a:

PHYSICIANS GROUP OF SOUTH FLORIDA, P.A.

4300 Alton Rd Suite 810
Miami Beach, Florida 33140
Tel: 305-674-5925 *Fax: 305-674-5927

1801 NE 123rd Street Suite 405
North Miami, Florida 33181
Tel: (305)692-6100* Fax :(305)692-6101

Esta autorización es para la fecha indicada (s) de tratamiento de: _____ a: _____

Por favor, especifique la parte (s) de los expedientes médicos solicitados: _____

Al autorizar la divulgación de los record mencionados anteriormente, entiendo que la informacion medica es confidencial y no puede ser divulgada sin un consentimiento en escrito por la persona pertinente or permitida por la ley.

Tambien entiendo que, segun lo regulado en las normas HIPAA, una vez que los registros se liberen, el custodio de expedients o sus empleados no tienen ninguna responsabilidad que puedan surgir sobre cualquier aspecto de esta autorizacion.

Además, entiendo que puedo revocar este consentimiento por escrito en cualquier momento, excepto cuando su divulgación ya se ha hecho o en presencia de la finalidad para la cual se autoriza la divulgación.

La autorización para la divulgación de la información (a menos que expresamente haya sido revocada antes) expira seis (6) meses a partir de la fecha en que se firmó la liberación por parte del paciente o representante autorizado

Estoy de acuerdo en aceptar la responsabilidad por el pago de la tarifa a cobrar por la información solicitada. Entiendo que los honorarios son permitidos por la ley de la Florida. La tarifa de la copia no se aplica sólo cuando son fotocopias de los fines de atención médica continua.

Firma del Paciente

Nombre del Paciente

Fecha

Firma del Testigo

Nombre del Testigo

Fecha

Mt. Sinai Medical Center
4300 Alton Rd Suite 810
Miami Beach, Florida 33140
Tel: 305-674-5925 *Fax: 305-674-5927

Causeway Square
1801 NE 123rd Street Suite 405
North Miami, Florida 33181
Tel: 305-692-6100* Fax: 305-692-6101