



South Florida Nephrology Consultants

Memorial Regional Hospital Medical Office Centre
1150 N. 35th Avenue, Suite 465
Hollywood, FL 33021

Tel: (954) 986-9008 - Fax: (954) 986-6646

Syed J. Hashmi, M.D.

Julio C. Vijil, M.D.

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

Joanna M. Rodriguez, M.D.

Neil J. Weiner, D.O.

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

Tel: (954) 437-2101 - Fax: (954) 437-9773

Nancy M. Tran M.D.

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 Regional Hospital Medical Office Centre
1150 N. 35th Avenue, Suite 465
Hollywood, FL 33021

Tel: (954) 986-9008 - Fax: (954) 986-6646

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

Tel: (954) 437-2101 - Fax: (954) 437-9773

Syed J. Hashmi, M.D.

Joanna M. Rodríguez, M.D.

Nancy M. Tran M.D.

Julio C. Vijil, M.D.

Neil J. Weiner, D.O.

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 _____