

Informacion Del Paciente

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

Autorizacion Del Paciente y Responsabilidad Financiera

Permiso Para Tratamiento

Yo, voluntariamente permito ser tratado por el Dr. Just Brahmatewari y sus asistentes medicos. Esto puede incluir ser examinado y/o cualquier procedimientos necesarios para llegar al diagnostico de mi condicion medica.

Autorizacion de Revelar Informacion Medica

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 , yo autorizo a mi compañia de seguros para realizar pagos en mi nombre de todas y todos los beneficios individuales del grupo directamente al proveedor, , los médicos y el personal médico de J. Brahmatewari MDPA por los servicios médicos prestados a mí. Cuando los beneficios de Medicare son aplicables, solicito que Medicare y las compañias de seguros secundario de hacer el pago de las prestaciones médicas autorizadas directamente al médico y el personal médico de J. Brahmatewari MDPA en mi nombre.

Garantía de Pago

Yo sé que mi póliza de seguro es un contrato entre yo y mi compañía de seguros y entiendo que soy financieramente responsable del pago para el médico y el personal médico de J. Brahmatewari MDPA por los cargos no cubiertos o permitidos por mi compañía de seguros y todos los gastos de bolsillo aplicable, incluyendo el deducible, coaseguro y copagos. El pago es debido en el momento del servicio.

Además, entiendo y acepto que si esta cuenta se coloca a la agencia de cobro, seré responsable de pagar el saldo adeudado a J. Brahmatewari MDPA además de los honorarios del abogado, si corresponde. Si mi cuenta está asignada a una agencia de cobro, J. Brahmatewari MDPA tendrá derecho a cualquier / todos los gastos de recogida, además de mi saldo. Costo colección son el 50% de mi saldo adeudado.

Yo, _____ (Nombre en letra Molde) ACEPTE 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 estos restricciones solicitados. 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 THAN 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.

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

Signature _____

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

Yo lei y entendi lo antes mencionado sobre el CARGO POR NO PRESENTARSE A LA CITA MEDICA y entiendo y soy responsable por cualquier cargo que se me haga si no llamo para cancelar o cambiar la cita. Tambien yo lei y entendi la POLIZA DE PRODUCTOS ESTETICOS.

Just Brahmatewari M.D.
Cosmetic Surgery and Dermatology

Cosmedic
C E N T R E



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 your 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 Brahmatewari M.D.
Dermatology & Cosmetic Surgery**



Autorización para divulgar información a los miembros de la familia

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____

En virtud de los requisitos para H.I.P.P.A. no se nos permite dar esta información a nadie sin el consentimiento del paciente. Si usted desea que los resultados de las pruebas se entregan a miembros de la familia, debe firmar este formulario. La firma de este formulario, sólamente da su consentimiento para divulgar los resultados de laboratorio / patología de los miembros de la familia indicada a continuacion. Este formulario de consentimiento no permitirá J . Brahmatewari MDPA para liberar cualquier otra información a estos miembros de la familia.

Usted tiene el derecho de revocar este consentimiento, por escrito, salvo que ya hemos hecho revelaciones en dependencia de su consentimiento previo.

Autorizo J. Brahmatewari M.D.P.A. para liberar mi laboratorio / resultados de la patología y los informes a las siguientes personas.

Nombre _____ Relacion _____ Tel: _____

Firma del paciente / Tutor: _____

INFORMACCION 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 _____ Relaccion 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 _____ Relaccion al Segurado _____