

PATIENT INFORMATION *Informacion del Paciente*

Patient Name: _____
Nombre del Paciente
Home Address: _____
Direccion del Hogar
City: _____ **State:** _____ **Zip Code:** _____
Ciudad Estado Codigo Postal
Occupation: _____
Ocupacion
Employer: _____
Empleo
Name of Spouse or Nearest Relative: _____
Contacto de Emergencia
Referring Physician: _____
Nombre de su Obstetras

Home Phone: _____
Telefono del Hogar
Work Phone: _____
Telefono del Trabajo
Date of Birth: _____ **Age:** _____
Fecha de Nacimiento
Social Security #: _____
Numero de Seguro Social
Marital Status: _____
Estado Civil
Phone Number: _____
Telefono
Driver's License #: _____
Numero de Licencia de conducir

INSURANCE INFORMATION *Informacion de Seguro*

Name of Primary Insurance: _____
Nombre del Seguro
Name of Subscriber: _____
Nombre del Asegurado
Relation to Patient: _____
Relacion al Paciente
Subscriber's Employer: _____
Empleo del Asegurado

Subscriber's SS#: _____
Numero de Seguro Social del Asegurado
Subscriber's Date of Birth: _____
Fecha de Nacimiento del Asegurado
Subscriber's Work Number: _____
Telefono de Trabajo del Asegurado

Name of Secondary Insurance: _____
Nombre del Seguro Secundario
Name of Subscriber: _____
Nombre del Asegurado
Relation to Patient: _____
Relacion al Paciente
Subscriber's Employer: _____
Empleo del Asegurado

Subscriber's SS#: _____
Numero de Poliza
Subscriber's Date of Birth: _____
Fecha de Nacimiento del Asegurado
Subscriber's Work Number: _____
Telefono de Trabajo del Asegurado

FEES AND INSURANCE INFORMATION

All fees are payable at the time services are rendered. We accept Visa, Master Card, American Express and Discover Card. Your medical insurance is a contract between you and your insurance carrier and the terms of the contract vary according to the terms of your policy. Final payment for all charges is the patient's responsibility and should it be necessary for this account to be turned over to either an attorney or collection agency for collection, I understand that I will be liable for any charges incurred, including attorney's fees and court costs.

Todos los honorarios por servicio deben ser pagados al recibir el servicio. Aceptamos Visa, Master Card, American Express y Discover. Su seguro medico es un contrato entre usted y su compania de seguro. Pagos por nuestros servicios dependen de los terminos de su poliza. El pago final de todos los cargos es su responsabilidad. Si es necesario tomar accion legal para cobrar esta deuda, usted es responsable de los gastos legales.

We have elected not to carry Medical Malpractice insurance or otherwise demonstrate financial responsibility. However, we agree to satisfy any adverse judgments up to the minimum amounts pursuant to S.458.320 (5)(g). F.S.Florida Law imposes penalties against non-insured physicians who fail to satisfy adverse judgments arising from claims of medical malpractice. This notice is pursuant to Florida Law.

BAJO LA LEY DEL ESTADO DE LA FLORIDA, LOS MEDICOS REQUIERES LLEVAR SEGURO DE MALA PRACTICA O DEMONSTRAR SOLVENCIA PARA CUBRIR ACUSACIONES DE MALA PRACTICA MEDICA. **NUESTROS MEDICOS DECIDIERON NO LLEVAR SEGURO DE MALA PRACTICA MEDICA.** ESTO ESTA PERMITIDO BAJO LA LEY DEL ESTADO DE LA FLORIDA Y ESTA SUJETO A CIERTAS CONDICIONES. LA LEY DE LA FLORIDA IMPONE PENALIDADES CONTRA MEDICOS NO ASEGURADOS QUIENES NO SATISFACEN JUICIOS ADVERSOS QUE SURGEN DE ACUSACIONES DE MALA PRACTICA MEDICA. ESTA NOTICIA ESTA PROVISTA DE ACUERDO A LA LEY DEL ESTADO DE LA FLORIDA".

PHYSICIAN'S RELEASE AND ASSIGNMENT

I hereby assign payment directly to Femwell Group Health, Inc. / South Florida Perinatal Medicine (SFPM) of all benefits applicable and otherwise payable to me from my insurance carrier, HMO or other third party payor, for services rendered by Femwell Group Health, Inc. I understand that I am financially responsible to Femwell Group Health, Inc. / SFPM for any and all charges that the carrier declines to pay (including but not limited to: Not a covered benefit; Disallowed by plan). I hereby authorize the release of my medical records as deemed necessary for payment of insurance benefits.

Por la presente autorizo el pago directamente a Femwell Group Health, Inc. todos los beneficios derivados del seguro que ampara al paciente y que normalmente yo tendria derecho de percibir. Con mi firma autorizo transferir documentos relacionados a mi tratamiento medico a mi compania de seguro para procesar mi reclamacion. Yo entiendo que soy responsable por todos los cargos no cubiertos bajo mi seguro medico.

PATIENT'S/GUARANTOR'S SIGNATURE *Firma del Paciente:* _____ **DATE:** _____