

NEW PATIENT PACKAGE(Paciente Nuevo)Scan and return via email to info@FLSAC.com OR Fax to 954-901-2727

BASIC INFORMATION (Infomación Básica)

--	--	--

First Name (Primer Nombre)

Middle Name (Segundo)

Last Name (Apellido)

Female (Mujer) Male (Hombre) **Date of Birth (Fecha de Nacimiento):** Month (Mes) Day (Día) Year (Año)

Preferred Contact Method (Método Preferido de Contacto): Email Telephone (Teléfono) Mail / Correo

Personal Email (Correo Electrónico Personal):

Home Phone (Teléfono de la Casa): - - **Cell** (Celular): - -

HOME ADDRESS (Dirección Personal)

Street

City / Ciudad State (Estado) Zip Code (Codigo Postal)

INSURANCE INFORMATION (Información del Seguro) Are you uninsured / self paid? (No tiene seguro médico?) Yes No

Name of **PRIMARY** Insurance (Nombre del Seguro Primario):

Insurance ID #: Group Name / ID #:

Name of Insured Person (Nombre de la persona asegurada):

Relationship to Insured (Relación con el asegurado) Self (Misma Persona) Spouse (Esposo/a) Child (Hijo / Hija)

Name of **SECONDARY** Insurance (Nombre del Seguro Secundario):

Insurance ID #: Group Name / ID #:

Name of Insured Person (Nombre de la persona asegurada):

Relationship to Insured (Relación con el asegurado) Self (Misma Persona) Spouse (Esposo/a) Child (Hijo / Hija)

Person & Phone # To Call In Emergency (Persona y teléfono al que debe llamar en caso de emergencia):

Name: Relationship:

Cell: Home:

I consent and authorize my health practitioner and/or their staff to communicate with the contact person above regarding all confidential matters in a situation deemed as an emergency.

Patient / Guardian's **Signature**: **Date**:

Pharmacy **Telephone** (Teléfono): - -

Address

Primary Care Physician (Médico Primario): Tel - -

Referring Physician (Médico Remitente): Tel - -

SURGERIES Since Birth and Year of Procedure (Cirugías Desde el Nacimiento y Año de Procedimiento)

ALLERGIES (Alergias) Medications (Medicinas) None

Medicine	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Mild <input type="checkbox"/> Moderate <input type="checkbox"/> Severe	Year of Reaction	<input type="text"/>
Medicine	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Mild <input type="checkbox"/> Moderate <input type="checkbox"/> Severe	Year of Reaction	<input type="text"/>
Medicine	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Mild <input type="checkbox"/> Moderate <input type="checkbox"/> Severe	Year of Reaction	<input type="text"/>

SMOKING HISTORY (Historia de Fumar): Have you ever smoked? (¿Alguna vez ha fumado?) Yes No

If yes, how many years did you smoke? (En caso afirmativo, ¿cuántos años fumó?)

How many cigarettes per day did you smoke? (¿Cuántos cigarrillos al día fumaba?)

In which year did you quit smoking? (¿En qué año dejó de fumar?) or I still smoke (Todavía fumo)

PREVENTIVE CARE (Cuidado Preventivo)

Indicate the last time you received the following vaccines or had a test performed. (Indique la última vez que recibió las siguientes vacunas o realizó uno de los siguientes exámenes.)

Flu (Vacuna contra el flu): Month: Year: or Never (Nunca)

Pneumonia (Vacuna contra la neumonía) Month: Year: or Never (Nunca)

REVIEW OF SYSTEMS (Revision de Sintomas Generales)

Have you had any of the following in the past 2 weeks or chronically? (¿Ha tenido alguno de los siguientes, en las últimas 2 semanas o crónica?)

- Fever (Fiebre) Chills (Escalofríos) Night Sweats (Sudores Nocturnos)
 Fatigue (Fatiga) Weight Loss (Pérdida de Peso) Weigh Gain (Ganancia de Peso)

Respiratory

- Shortness of Breath (Dificultad para respirar) Cough (Tos)
 Sputum Production (Secreciones con la tos) Coughing blood (Tos con Sangre)
 Wheezing (Sibilancias / Píticos Cuando Respira)

Sleep

- Snoring (Ronca) Poor Sleep Quality (Sueño no reparador)
 Insomnia (Insomnias) Day Time Sleepiness (Somnolencia durante el día)
 Stop Breathing While Sleeping (Deja de respirar mientras duerme) Restless Legs (Piernas Inquietas)

Eyes

- Pain (Dolor) Visual Loss (Pérdida de Visión) Discharge (Secreción)

Ear Nose and Throat

- Hoarseness (Ronquera) Sore Throat (Dolor de Garganta) Earache (Dolor de Oídos)
 Ear Discharge (Secreción) Hearing Loss (Pérdida de la Audición) Nose Bleed (Sangrado Nasal)
 Nose Discharge (Moqueadera)

Cardiovascular

- Chest Pain (Dolor de Pecho) Palpitations (Palpitaciones) Leg Swelling (Inchazon de Piernas)
 Inability to sleep flat in bed (No es capaz de dormir totalmente plano en la cama)

Gastrointestinal

- Nausea (Náusea) Abdominal Pain (Dolor Abdominal) Vomiting (Vomito)
 Diarrhea (Diarrea) Constipation (Estreñimiento) Black Stools (Heces Negras)
 Incontinence (Incontinencia) Rectal Bleeding (Sangrado Rectal)

Genitourinary

- Difficulty Initiating Urination (Dificultad para Comenzar a Orinar) Pain with urination (Dolor al Orinar)
 Blood in the urine (Sangre en la Orina) Incontinence (Incontinencia)
 Vaginal Bleeding (Sangrado Vaginal) Vaginal Discharge (Secreción Vaginal)

Musculoskeletal

- Muscle pain (Dolor Muscular) Neck Pain (Dolor de Cuello) Back Pain (Dolor de Espalda)
 Joint Pain (Dolor en las Articulaciones)
 Swollen Joints (Inflamacion de Articulaciones)

Skin

- Rash (Erupción) Bleeding (Sangrado) Bruising (Moretones) New Moles (Lunares Nuevos)

Neurologic

- Headache (Dolor de cabeza) Seizures (Convulsiones) Dizziness (Mareo)
 Loss of Consciousness (Perdida de Conocimiento)
 Inability to Move a Part of the Body (Incapacidad para Mover una Parte del Cuerpo)

Psychological

- Depression (Depresión) Hallucinations (Alucinaciones) Anxiety (Ansiedad)
 Suicidal or homicidal ideation (Ideas suicidas u homicidas)

Hematologic

- Bleeding (Sangrado) Bruising (Moretones)

Endocrine

- Very Thirsty (Muy Sediento) Very Hungry (Con mucha hambre) Urinating a lot (Orinando mucho)
 Uncontrolled Sugar (Descontrol de la Azucar)

Signature (Firma)

Date (Fecha)

Print Name (Letra de Molde)

FINANCIAL POLICIES

Payment of fees for the services rendered is expected at the time services are provided. We bill insurances directly. However, WE REQUIRE CO-PAYS, CO-INSURANCE, DEDUCTIBLES, OUTSTANDING BALANCES, ETC, TO BE PAID BEFORE SEEING THE DOCTOR. We accept cash, credit, and debit cards. WE DO NOT ACCEPT CHECKS.

INSURANCE ASSIGNMENT AND RELEASE OF INFORMATION

I, the undersigned, have medical insurance coverage and assign directly to the Practice and / or treating physician, all medical benefits, if any, otherwise payable to me for services rendered. I understand that I am financially responsible for all charges whether or not paid by insurance. I hereby authorized the doctor(s) / medical company to release all information necessary to secure the payment of benefits. I authorize the use of this signature on all my insurance submissions. I am responsible for any fees that the Practice and / or treating physician incurs for the full collection of payments.

ACUERDO FINANCIERO

El pago por los servicios prestados se espera en el momento de que los servicios se proporcionan. Facturamos directamente a las empresas de seguros. Sin embargo, SE REQUIRERE QUE CO-PAGOS, CO-SEGUROS, DEDUCIBLES, SALDOS PENDIENTES, ETC, SE PAGARA ANTES DE VER EL MEDICO. Aceptamos efectivo, tarjetas de crédito y débito. NO ACEPTAMOS CHEQUES .

ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS DEL SEGURO Y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN

Yo, el abajo firmante, tengo derecho a beneficios médicos y todos los beneficios médicos quedan asignados directamente a la Práctica y / o el médico tratante. Entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos no pagados por el seguro. Autorizó la Práctica y / o el médico(s) tratante a divulgar toda la información necesaria para asegurar el pago de los servicios prestados. Autorizo el uso de esta firma en toda la comunicación con los seguros. Yo soy responsable de los costos del cobro incurridos por la Práctica o médico tratante.

Signature (Firma): Patient or Legal Guardian
(Paciente o Representante Legal)

Print Name (Letra de Molde)

Date (Fecha):

Relationship to Patient (Relación con el Paciente):

Self (Yo) Legal Guardian (Representante Autorizado) Other (Otro)

INSURANCE PAYMENT AUTHORIZATION

I request that payments of medical benefits be made to me or on my behalf to Florida Lung and Sleep Apnea Center, LLC / Pulmonary Physicians of South Florida, LLC, for any services furnished by that doctor / group. I authorize any holder of medical information about me to release it to the Health Care Financial Administration and its agents to determine benefits or the benefits payable to pay the claim. If "other health insurance" is indicated in Item 9 of the HCFA 1500 form, or elsewhere on other approved claim form or electronically submitted claims, my signature authorizes releasing of the information to the insurer or agency shown. In Medicare assigned cases, the physician or supplier agrees to accept the charge determination of the Medicare carrier as the full charge, and the patient is responsible only for the deductible, coinsurance and non-covered services. Coinsurance and deductible are based on the charge determination of the Medicare carrier.

AUTORIZACION DEL PAGO DE SEGURO

Solicito que los pagos de los beneficios médicos a mí o en mi nombre, se hagan a Florida Lung and Sleep Apnea Center, LLC / Pulmonary Physicians of South Florida, LLC, para cualquier servicios prestados por el médico(s) / grupo. Autorizo cualquier persona o entidad con información médica acerca de mí a divulgarla al Health Care Financial Administration y sus agentes para determinar los beneficios y / o los beneficios pagaderos. Si "otro seguro médico" está indicado en el punto 9 de la forma HCFA 1500, o en otro lugar en otra forma de reclamo aprobado o reclamaciones presentadas electrónicamente, mi firma autoriza la divulgación de la información a la aseguradora o agencia indicada. Para los casos asignados Medicare, el médico o el proveedor se compromete a aceptar la determinación de Medicare como la carga completa, y el paciente es responsable sólo por el deducible, co-seguro y servicios no cubiertos. Co-seguro y deducible se basan en la decisión de Medicare.

Signature (Firma): Patient or Legal Guardian
(Paciente o Representante Autorizado)

Print Name (Letra de Molde)

Date (Fecha):

Relationship to Patient (Relación con el Paciente):

Self (Yo) Legal Guardian (Representante Autorizado) Other (Otro)

NOTICE

YOUR DOCTOR HAS DECIDED NOT TO CARRY MALPRACTICE INSURANCE

Dear Patient and / or Legal Representative: Under Florida law statute 458.320 chapter 458, physicians are generally required to carry medical malpractice insurance or otherwise demonstrate financial responsibility to cover potential claims for medical malpractice.

YOUR DOCTOR HAS DECIDED NOT TO CARRY MEDICAL MALPRACTICE INSURANCE. This is permitted under Florida law subject to certain conditions. Florida law imposes penalties against non-insured physicians who fail to satisfy adverse judgments arising from claims of medical malpractice. This notice is provided pursuant to Florida law.

This document must be **SIGNED AND WITNESSED** before you initiate or continue under the care of Dr. Juan Carlos Rodriguez and / or Dr. Eduardo André. This form is provided to protect your rights under Florida statute 458.320(5)(g)(1).

AVISO

SU MÉDICO HA DECIDIDO NO LLEVAR EL SEGURO MÉDICO DE NEGLIGENCIA

Estimado Paciente y / o Representante Legal: Bajo la ley de la Florida, generalmente los médicos son requeridos a llevar el seguro médico de negligencia o de otro modo demostrar responsabilidad financiera para cubrir los reclamos potenciales en caso de negligencia médica.

SU MÉDICO HA DECIDIDO NO LLEVAR EL SEGURO MÉDICO DE NEGLIGENCIA. Esto se permite bajo la ley de la Florida sujeto a ciertas condiciones. La ley de la Florida impone penas contra médicos no-asegurados que fallen de satisfacer juzgamientos adversos que pueda surgir de reclamos de negligencia médica. Este aviso es proporcionada conforme a la ley de la Florida.

Este documento debe ser **FIRMADO y ATESTIGUADO** antes de iniciar o continuar bajo el cuidado del Dr. Juan Carlos Rodríguez y / o Dr. Eduardo André. Esta forma se proporciona para proteger sus derechos bajo la estatua de la Florida 458.320 (5) (g) (1).

Sincerely,

Juan Carlos Rodriguez, MD

Eduardo André, MD

I have read this document and acknowledge that I understand its contents. (Reconozco que he leído este documento y comprendo su contenido.)

Signature (Firma)

Patient / Legal Guardian (Paciente / Representante Autorizado)

Signature (Firma): Witness (Testigo)

Print Name (Letra de Molde)

Patient / Legal Guardian (Paciente / Representante Legal)

Date/Fecha:

Print Name (Letra de Molde)

Witness (Testigo)

Relationship to Patient (Relación con el Paciente):

Self (Yo) Legal Guardian (Representante Autorizado) Other (Otro)

PATIENT HIPAA CONSENT FORM

I understand that I have certain rights to privacy regarding my protected health information. These rights are given to me under the Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996 (HIPAA). I understand that by signing this consent I authorize you to use and disclose my protected health information to carry out:

- Treatment (including direct or indirect treatment by other healthcare providers involved in my treatment);
- Obtaining payment from third party payers (e.g. my insurance company);
- The day-to-day healthcare operations of your practice.

I have also been informed of and given the right to review and secure a copy of your Notice of Privacy Practices, which contains a more complete description of the uses and disclosures of my protected health information and my rights under HIPAA. I understand that you reserve the right to change the terms of this notice from time to time and that I may contact you at any time to obtain the most current copy of this notice.

I understand that I have the right to request restrictions on how my protected health information is used and disclosed to carry out treatment, payment and health care operations, but that you are not required to agree to these requested restrictions. However, if you do agree, you are then bound to comply with this restriction.

I understand that I may revoke this consent, in writing, at any time. However, any use or disclosure that occurred prior to the date I revoke this consent is not affected.

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE- HIPAA

Entiendo que tengo ciertos derechos de privacidad con respecto a mi información médica protegida. Estos derechos se les da a mí bajo la Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996 (HIPAA). Entiendo que al firmar este consentimiento se le autorizo a utilizar y divulgar mi información de salud protegida para llevar a cabo:

- El tratamiento (incluyendo tratamiento directo o indirecto por otros profesionales de la salud involucrados en mi tratamiento);
- Para obtener pagos de los pagadores de terceros (por ejemplo, mi compañía de seguros);
- Las operaciones del día a día de su práctica.

También he sido informado y dado el derecho de revisar y obtener una copia de su Aviso de Prácticas de Privacidad, el cual contiene una descripción más completa de los usos y divulgaciones de mi información de salud protegida y mis derechos bajo HIPAA. Entiendo que usted 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 actualizada de este aviso.

Yo entiendo que tengo el derecho de solicitar restricciones sobre cómo se utiliza mi información de salud protegida y divulgada para llevar a cabo el tratamiento, pago y atención médica, pero que Ud. no está obligado a aceptar estas restricciones solicitadas. Sin embargo, si Ud. está de acuerdo, está entonces 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 produjo antes de la fecha de revocar este consentimiento no se ve afectada.

Signature (Firma)

Patient / Legal Guardian (Paciente / Representante Autorizado)

Signature (Firma) Witness (Testigo)

Printed Name (Letra de Molde)

Patient / Legal Guardian (Paciente / Representante Legal)

Date/Fecha

Printed Name (Letra de Molde)

Witness (Testigo)

Relationship to Patient (Relación con el Paciente)

Self (Yo) Legal Guardian (Representante Autorizado) Other (Otro)

AUTHORIZATION FOR RELEASE OF RECORDS

TODAY'S DATE: Month (Mes) Day (Día) Year (Año)

PATIENT'S NAME:

First Name (Primer Nombre) Middle Name (Segundo) Last Name (Apellido)

DATE OF BIRTH: Month (Mes) Day (Día) Year (Año)

I , HEREBY AUTHORIZE

TO RELEASE ALL OF MY RECORDS, WHICH INCLUDES HIV, MEDICAL HEALTH STATEMENTS, INITIAL EVALUATION NOTE, LAST FOLLOW-UP NOTE, PFT RESULTS, PATHOLOGY REPORTS AND, RADIOLOGY TESTS TO:

Florida Lung And Sleep Apnea Center, LLC / Pulmonary Physicians of South Florida, LLC

12600 Pembroke Rd., Suite 200 Miramar, FL 33027

Tel: 954-271-0411 Fax: 954-901-2727

Email: Info@FLSAC.com www.FLSAC.com

Signature (Firma):
Patient / Legal Guardian (Paciente / Representante Autorizado)

Signature (Firma): Witness (Testigo)

Printed Name (Letra de Molde)
Patient / Legal Guardian (Paciente / Representante Legal)

Printed Name (Letra de Molde)
Witness (Testigo)

Date (Fecha): Month Day Year

Relationship to Patient (Relación con el Paciente):

Self (Yo) Legal Guardian (Representante Autorizado) Other (Otro)

This page left blank.

Esta página se ha dejado en blanco.

Are you tired of **Snoring?** (¿Cansado de los **Ronquidos?**)

Apnea happens when the throat muscles collapse while sleeping. This produces a decrease in oxygen in the blood that leads to cardiac arrhythmias and in severe cases sudden death. *(Apnea son episodios en los que se cierra la garganta durante el sueño, y se disminuye el oxígeno en la sangre, lo que puede producir arritmias cardiacas y muerte súbita.)*

We specialize in the complete care of Sleep Apnea. *(Nosotros nos especializamos en el cuidado del Apnea del Sueño.)*

Other diseases and consequences related to Sleep Apnea are:

- Hypertension Difficult to Control
- Increase in the Pulmonary Artery Pressure
- Heart Failure
- Strokes
- Difficulty Losing Weight
- Depression / Anxiety
- Decrease Sexual Stamina
- Conflict with Bed Partner
- Traffic Accidents

Do you or someone you know have:

- Constant Snoring
- Tiredness or Sleepiness During the Day
- Multiple Awakenings at Night
- Wake up with Headaches
- Memory Loss or Difficulty Concentrating
- Shortness of Breath While Sleeping
- Falls Asleep While Doing Daily Activities



Otras enfermedades y consecuencias relacionadas con la apnea del sueño son:

- Hipertensión Difícil de Controlar
- Hipertension Pulmonar
- Falla Cardíaca
- Infartos Cerebrales
- Dificultad Perdiendo Peso
- Depresión / Ansiedad
- Perdida de Libido
- Problemas con su Compañero de Cama
- Accidentes de Tráfico

¿Usted o alguien cercano a usted tiene?

- Ronquido Persistente
- Cansancio y Sueño Durante el Día
- Se Despierta Varias Veces en la Noche
- Despierta con Dolor de Cabeza
- Pérdida de la Memoria
- Dificultad Prestando Atención
- Dificultad Respirando Mientras se Duerme
- Se Duerme Haciendo Actividades Diarias

Breath Well, Sleep Well, Live Well

PLEASE REMEMBER:

ANY TIME YOU ARE ADMITTED TO THE MEMORIAL HOSPITAL SYSTEM, DR. RODRIGUEZ AND DR. ANDRE WILL BE HAPPY TO SEE YOU WHILE IN THE HOSPITAL.

JUST ASK THE ADMITTING DOCTOR TO CONTACT DR. RODRIGUEZ OR DR. ANDRE, OR CALL OUR OFFICE AND GIVE US YOUR ROOM NUMBER INFORMATION.

Tel: 954-271-0411, Option 1

POR FAVOR RECUERDE:

SI ALGUNA VEZ ES HOSPITALIZADO/A EN EL SISTEMA DE MEMORIAL, EL DR. RODRIGUEZ Y EL DR. ANDRE ESTAN DISPONIBLE PARA VERLO DURANTE LA HOSPITALIZACIÓN.

SOLO TIENE QUE PEDIRLE AL MÉDICO QUE LO/A ADMITIO QUE SE COMUNIQUE CON EL DR. RODRIGUEZ O DR. ANDRE, O USTED PUEDE LLAMAR A NUESTRA OFICINA PARA DARNOS SU INFORMACIÓN DE HABITACIÓN.

Tel: 954-271-0411, Opción 1