

# Carlos G. Peña, MD, FACOG

## 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*

**Home Phone:** \_\_\_\_\_  
*Telefono del Hogar*

**Cell Phone:** \_\_\_\_\_  
*Numero del Celular*

**Work Phone:** \_\_\_\_\_  
*Telefono del Trabajo*

**Date of Birth:** \_\_\_\_\_ **Age:** \_\_\_\_\_  
*Fecha de Nacimiento*

**Social Security #:** \_\_\_\_\_  
*Numero de Seguro Social*

**Name of Spouse or Emergency Contact:** \_\_\_\_\_  
*Contacto de Emergencia*

**Relationship:** \_\_\_\_\_ **Phone Number:** \_\_\_\_\_  
*Relacion Numero de Telefono*

**Marital Status:** \_\_\_\_\_  
*Estado Civil*

**Ethnic Group:** \_\_\_\_\_ **Race:** \_\_\_\_\_  
*Grupo Etnica Raza*

**Primary Language:** \_\_\_\_\_  
*Idioma Principal*

**Referring Physician:** \_\_\_\_\_  
*Nombre de su Medico*

**Phone Number:** \_\_\_\_\_  
*Telefono*

**Email Address:** \_\_\_\_\_  
*Correo Electronico*

**How did you hear about us?** \_\_\_\_\_  
*Quien reirio a nuestra oficina?*

**Pharmacy Name:** \_\_\_\_\_  
*Farmacia*

**Pharmacy Number:** \_\_\_\_\_  
*Telefono de su farmacia*

## 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*

**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*

**Insured ID:** \_\_\_\_\_  
*Numero de indentificacion de 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*

**Insured ID:** \_\_\_\_\_  
*Numero de indentificacion de 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*

### FEES AND INSURANCE INFORMATION

All fees are payable at the time services are rendered. We accept Visa, Master Card, or CASH. 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. Some insurance companies require that you have a referral from your PRIMARY CARE PHYSICIAN, and it is the patient's responsibility to obtain and bring referral before our services can be rendered. 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, interest, and court costs.

### IMPORTANT NOTICE:

- YOU MUST NOTIFY OUR OFFICE 48 HOURS IN ADVANCE OF ANY SCHEDULED APPOINTMENT CANCELLATION IN ORDER TO AVOID CANCELLATION FEES.
- IF YOU DO NOT SHOW UP FOR A SCHEDULED APPOINTMENT, YOU WILL BE CHARGED A NO SHOW FEE.

Todos los honorarios por servicio deben ser pagados al recibir el servicio. Aceptamos Visa, Master Card, o CASH. Su seguro medico es un contrato entre usted y su compania de seguro. Pagos por nuestros servicios dependen de los terminos de su poliza. Muchas compania de seguro requieren un referido de su MEDICO FAMILIAR, es la responsabilidad de el paciente de traer su referido a la hora de la visita. 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.

### AVISO IMPORTANTE:

- USTED DEBE NOTIFICAR A NUESTRA OFICINA 48 HORAS ACTICIPACION DE CUALQUIER CANCELACIÓN DE SU CITA PARA EVITAR CARGOS DE CANCELACIÓN.
- SI USTED NO SE PRESENTA A SU CITA, USTED TENDRÁ UN CARGO DE NO SHOW.

### PHYSICIAN'S RELEASE AND ASSIGNMENT

I hereby assign payment directly to Carlos G. Pena, MD of all benefits applicable and otherwise payable to me from my insurance carrier, HMO or other third party payor, for services rendered by PA. I understand that I am financially responsible to PA for any and all charges that the carrier declines to pay (including but not limited to: Not a covered benefit; Disallowed by plan), Such as Intrauterine devices, Sterilization ( Tubal Ligation), Circumcision, ECT . I hereby authorize the release of my medical records as deemed necessary for payment of insurance benefits.

Por la presente autorizo el pago directamente Carlos G. Pena, MD. 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.

### HIPPA PRIVACY COMPLIANCE

PLEASE NOTE OUR HIPPA COMPLIANT PATIENT PRIVACY NOTICES IS POSTED IN OUR WAITING ROOM FOR EVERYONE TO REVIEW; YOU MAY REQUEST A COPY FOR YOUR RECORDS.  
NOTICE OF PRIVACY ACKNOWLEDGEMENT: I have read and understand the Privacy Act:

EN NUESTRA SALA DE ESPERA SE ENCUENTRA UNA COPIA VISIBLE PARA QUE EL PACIENTE PUEDA LEER DE QUE ESTAMOS EN CUMPLIMIENTO DE SUS DERECHOS DE PRIVACIDAD, SI NECESITA COPIA PARA USTED PORFAVOR PEDIRLA.  
YO HE LEIDO Y ENTIENDO LOS DERECHOS DE PRIVACIDAD AL PACIENTE:

**Signature:** \_\_\_\_\_

**Date:** \_\_\_\_\_