Carlos G. Peña, MD, FACOG

PATIENT INFORMATION *Informacion del Paciente*

Patient Name: _____ Home Phone: _____
Nombre del Paciente *Telefono del Hogar*

Home Address: _____ Cell Phone: _____
Direccion del Hogar *Numero del Celular*

City: _____ State: _____ Zip Code: _____ Work Phone: _____
Ciudad *Estado* *Codigo Postal* *Telefono del Trabajo*

Occupation: _____ Date of Birth: _____ Age: _____
Ocupacion *Fecha de Nacimiento*

Employer: _____ Social Security #: _____
Empleo *Numero de Seguro Social*

Name of Spouse or Emergency Contact: _____
Contacto de Emergencia

Relationship: _____ Phone Number: _____
Relaccion *Numero de Telefono*

Marital Status: _____
Estado Civil

Referring Physician: _____ Ethnic Group: _____ Race: _____
Nombre de su Medico *Groupo Etnica* *Raza*

Phone Number: _____ Primary Language: _____
Telefono *Idioma Principal*

Email Address: _____ How did you hear about us? _____
Correo Electronico *Quien reirio a nuestra oficina?*

Pharmacy Name: _____ Pharmacy Number: _____
Farmacia *Telefono de su farmacia*

INSURANCE INFORMATION *Informacion de Seguro*

Name of Primary Insurance: _____ Insured ID: _____
Nombre del Seguro *Numero de indentificacion de Asegurado*

Name of Subscriber: _____ Subscriber's SS#: _____
Nombre del Asegurado *Numero de Seguro Social del Asegurado*

Relation to Patient: _____ Subscriber's Date of Birth: _____
Relacion al Paciente *Fecha de Nacimiento del Asegurado*

Subscriber's Employer: _____ Subscriber's Work Number: _____
Empleo del Asegurado *Telefono de Trabajo del Asegurado*

Name of Secondary Insurance: _____ Insured ID: _____
Nombre del Seguro Secundario *Numero de indentificacion de Asegurado*

Name of Subscriber: _____ Subscriber's SS#: _____
Nombre del Asegurado *Numero de Seguro Social del Asegurado*

Relation to Patient: _____ Subscriber's Date of Birth: _____
Relacion al Paciente *Fecha de Nacimiento del Asegurado*

Subscriber's Employer: _____ Subscriber's Work Number: _____
Empleo del Asegurado *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 dueda, 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: _____