



# FLORIDA ENT ADULT & PEDIATRIC, INC.

**Omar A. Fadhli, M.D.**  
FELLOW AMERICAN ACADEMY OF OTOLARYNGOLOGY

PHONE: (407) 343-9006 FAX: (407) 343-0999

1162 Cypress Glen Circle Kissimmee, FL 34741

400 Celebration Place Suite A 120, Celebration, FL 34747

7460 Doc's Grove Cir. Orlando, FL 32819

OTOLARYNGOLOGY – HEAD & NECK SURGERY – EAR & SINUS SURGERY – FACIAL PLASTIC & SKIN CANCER SURGERY – THYROID SURGERY

FECHA \_\_\_\_\_

FAVOR DE ESCRIBIR EN LETRA DE MOLDE

I N F O R M A C I O N D E P A C I E N T E					
Nombre (favor de escribir el nombre como aparece en la tarjeta de seguro)		Sexo	Edad	Fecha de Nacimiento	# de Seguro Social
Apellido Primer Nombre Segundo Nombre		[ ] H [ ] M		/ /	- -
Dirección			Numero de Casa	Numero de Celular	
No. y Calle	Ciudad	Estado	Código Postal	Correo Electrónico	
FARMACIA (Nombre y número de teléfono)			Idioma Preferido: _____ Etnicidad: [ ] Hispano [ ] No Hispano Raza: Moreno Blanco Hispano Asiático Otro: _____		
I N F O R M A C I O N F I N A N C I E R A					
Oficio	Estado Civil		Contacto de Emergencia		Numero de Teléfono
	[ ] Soltero [ ] Casado [ ] Viudo [ ] Separado				( )
Nombre de Negocio	Dirección de Negocio				Numero de Negocio
	No. y Calle Postal	Ciudad	Estado	Código	( )
Responsable financieramente		Responsable si no es usted			
[ ] Yo [ ] Cónyuge [ ] Padre [ ] Hijo [ ] Otro		Nombre	Dirección		Numero de Teléfono
P L A N M E D I C O P R I M A R I O - - - I N F O R M A C I O N D E L B E N E F I C I A R I O					
Poseedor de Póliza		Numero de Póliza		Fecha de Nacimiento	Seguro Social
Nombre				/ /	- -
Nombre de Compañía de Seguro Medico				Numero de Teléfono	Fecha de Inicio de Póliza
				( )	/ /
P L A N M E D I C O S E C U N D A R I O - - - I N F O R M A C I O N D E L B E N E F I C I A R I O					
Poseedor de Póliza		Numero de Póliza		Fecha de Nacimiento	Seguro Social
Nombre				/ /	- -
Nombre de Compañía de Seguro Medico				Numero de Teléfono	Fecha de Inicio de Póliza
				( )	/ /
Para nosotros mostrar nuestro agradecimiento, favor de indicar como fue referido a nuestra oficina (favor de proveer un nombre apropiadamente)					
[ ] Doctor _____		[ ] Amistad _____		[ ] Su Compañía de Seguro Medico _____	
[ ] Anuncio _____		[ ] Guía Telefónica _____			
Nombre de doctor consultante			Nombre de Doctor Primario		
Nombre			Nombre		
Dirección			Dirección		
Numero de teléfono			Numero de teléfono		

**Favor de darle vuelta a la hoja... lee y firme en la línea indicada**

Al devolver este y otros documentos a la ventana, favor de tener sus tarjetas de seguro e identificación disponible para hacerle copias.

Copagos, Coaseguros se colectaran en la hora de servicio.

Para su conveniencia, aceptamos dinero en efectivo, Visa, MasterCard, y American Express

## **FAVOR DE LEER ANTES DE FIRMAR**

### **COSTOS POR CANCELACIONES**

Yo entiendo que si no cancelo mi cita dentro de 24 horas, se cobrara un costo adicional de \$25.00 por cada consulta de follow-up, \$50.00 por cada procedimiento, y \$100.00 por cada cirugía. Esto lo hacemos como cortesía a otros pacientes que quieren hacer citas.

### **PARA NUESTROS PACIENTES CON DISCAPACIDAD AUDITIVA NECESITADOS DE UN INTÉRPRETE DE LENGUAJE DE SEÑAS**

Si su seguro no cubre los gastos por un intérprete, Florida ENT, le proveerá un intérprete para su visita. Si necesitas cancelar su cita es su responsabilidad advertirnos 48 horas antes de la cita para nosotros poder cancelar los servicios de interpretación. Si no cancelas con 48 horas de aviso se le cobrara \$90 para compensar el gasto del intérprete. Esta regla es rígidamente esforzada así que asegúrese de hablar con un miembro del personal para cancelar su cita.

### **ACCESO A DOCUMENTOS MEDICOS**

Por lo presente autorizo acceso a información médica, psiquiatra, pruebas de alcohol, VIH, y/o abuso de drogas para compañías de seguro o la continuación de cuidado médico. Cualquier documento mencionado puede si no quieres compartirlo.

### **COSTOS POR DOCUMENTOS MEDICOS**

Florida ENT Adult and Pediatric PA cobrara el paciente para documentos médicos (mínimo de \$5.00) en la cantidad de \$1.00 por página por las primera 25 páginas y .25¢ por cada página adicional entregada al paciente o enviada de su parte. (Florida Administration Code, Rule, 64B8-10.003).

### **ASIGNACION DE SEGURO MEDICO**

Por lo presente autorizo que mis beneficios de seguro médico sean pagados directamente a Florida ENT, Adult and Pediatric, PA. Entiendo y acepto que yo soy responsable por el balance en mi cuenta de cualquier servicio que el seguro no pague. Entiendo que cualquier balance de \$5.00 o menos quedara como un crédito en mi cuenta para citas futuras, al menos que pida un reembolso por escrito.

### **RESPONSABILIDAD A COMPAÑIA DE SEGURO**

He sido informado que es mi responsabilidad confirmar con mi compañía de seguro cual laboratorio o facilidad diagnostica es aprobado por mi plan. También entiendo que será mi responsabilidad pagar cualquier cargo por estudios diagnósticos hechos en un laboratorio o facilidad diagnostica no cubierto por mi seguro médico.

### **CONSENTIMIENTO POR EVALUACION Y TRATAMIENTO**

La firma abajo concede a cualquier evaluación o tratamiento que el medico asignado estime necesario a nombre del paciente. Entiendo que es mi responsabilidad dar seguimiento de acuerdo a las instrucciones del Dr. Fadhlí, para así obtener cualquier resultado de estudios ordenado por esta oficina.

### **MEDICARE PARTE B AUTORIZACION FIRMANTE – DE POR VIDA**

#### ***Este párrafo solo aplica a los pacientes con Medicare:***

Certifico que la información dada por mí al aplicar por pago bajo el título XVII del Acto de Seguro Social esta correcta. Autorizo cualquier poseedor de mi información, sea medica u otra, a entregar a la Administración de Seguro Social y sus intermediarios o compañías cualquier información necesaria o relatada a este reclamo de Medicare.

Permito una copia de los intermediarios y compañías cualquier información necesaria para este u otro reclamo relatado de Medicare. Permito que una copia de esta autorización sea usada en lugar del original. Pido que el pago de los beneficios autorizados se haga en mi nombre. Asigno que los beneficios pagaderos por servicios médicos sometan un reclamo a Medicare. Asigno que el beneficio pagadero de los servicios médicos se someta a una reclamación de Medicare para el pago.

### **AUTORIZACION**

Por lo presente autorizo que cualquier médico o hospital que me ha dado tratamiento en el pasado que de acceso a Florida ENT Adult & Pediatrics, PA. También autorizo que Florida ENT Adult & Pediatrics, PA que de acceso a mi información durante el tiempo de mi tratamiento a (compañías de seguro, facilidades diagnósticas, facilidades laboratorios, y otros médicos).

Entiendo y acepto todas las previas declaraciones.

**X**

Firma de Paciente, Padre, Guardián Legal, o Representante Autorizado

Date