

RICHARD PRAGER, M.D., FCCP, FCCM,

ANDREW PASTEWski, M.D., FCCP

NATALIA LOUREIRO, MD

ARKADY VAKNANSKY, MD

ZAINAB SYED, MD

9299 Coral Reef Dr. Suite #203

Miami, FL 33157

Tel: 305-234-9180

Fax: 305-234-9182 Fax: 786-478-6439

**PACIENTE NUEVO FORMAS DE REGISTRACION (ESPANOL)**

FECHA: \_\_\_\_\_

NOMBRE: \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_

SEXO: (M / F ) \_\_\_\_\_ NUMERO SEGURO SOCIAL: \_\_\_\_\_

DIRECCION: \_\_\_\_\_

CIUDAD: \_\_\_\_\_ ESTADO: \_\_\_\_\_ CODIGO POSTAL: \_\_\_\_\_

TELEFONO CASA: \_\_\_\_\_ TELEFONO CELULAR: \_\_\_\_\_

E-mail ADDRESS: \_\_\_\_\_

ESTADO CIVIL: Casado / Soltero / Otro

EMPLEADO: (Y / N) OCUPACION: \_\_\_\_\_

NOMBRE DE EMPLEADOR O NOMBRE DE ESCUELA: \_\_\_\_\_

DIRECCION DE EMPLEADOR O ESCUELA: \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL MEDICO REFERENTE: \_\_\_\_\_

DIRECCION: \_\_\_\_\_

NUMERO TELEFONICO: \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL MEDICO PRIMARIO: \_\_\_\_\_

DIRECCION: \_\_\_\_\_

NUMERO TELEFONICO: \_\_\_\_\_

PERSONA A NOTIFICAR EN CASO DE EMERGENCIA: \_\_\_\_\_

RELACION CON EL PACIENTE: \_\_\_\_\_

TELEFONO: \_\_\_\_\_

**INFORMACION DEL SEGURO**

SEGURO PRIMARIO: \_\_\_\_\_

ID#: \_\_\_\_\_

GRUPO#: \_\_\_\_\_

DUENO DEL SEGURO/RELACION CON EL DUENO DEL SEGURO: SUYO PROPIO ESPOSO/A PADRE HIJO

NOMBRE DEL DUENO DEL SEGURO: \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_ SSN: \_\_\_\_\_

NUMERO DE SUScriptor: \_\_\_\_\_

ID#: \_\_\_\_\_

GRUPO #: \_\_\_\_\_

RICHARD PRAGER, M.D., FCCP, FCCM,

ANDREW PASTEWSKI, M.D., FCCP

NATALIA LOUREIRO, MD

ARKADY VAKNANSKY, MD

ZAINAB SYED, MD

9299 Coral Reef Dr. Suite #203 Miami, FL 33157

Tel: 305-234-9180

Fax: 305-234-9182 Fax: 786-478-6439

**RECORDS RELEASE AUTHORIZATION / AUTORIZACION DE LIBERACION DE REGISTROS**

To whom it may concern, (A quien se dirige la peticion)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

I (yo), \_\_\_\_\_ hereby request that you release my medical records to (Solicito que libere mis registros medicos a),

RICHARD PRAGER, M.D., FCCP, FCCM,

ANDREW PASTEWSKI, M.D., FCCP

NATALIA LOUREIRO, MD

ARKADY VAKNANSKY, MD

ZAINAB SYED, MD

9299 Coral Reef Dr. Suite #203 Miami, FL 33157

Tel: 305-234-9180

Fax: 305-234-9182 Fax: 786-478-6439

A report of my diagnosis, treatment, prognosis and recommendations, as well as other data pertinent to your treatment of me from:

(Reporte de diagnostic, tratamiento, recomendaciones, y cualquier otra informacion que tenga que ver en mi tratamiento entre las fechas:)

\_\_\_\_\_ to \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Fecha de peticion)

\_\_\_\_\_  
(Firma del Paciente)

\_\_\_\_\_  
(Testigo)

\_\_\_\_\_  
(Numero Seguro Social)

\_\_\_\_\_  
(Today's Date)

\_\_\_\_\_  
(Date of Birth)



RICHARD PRAGER, M.D., FCCP, FCCM,

ANDREW PASTEWSKI, M.D., FCCP

NATALIA LOUREIRO, MD

ARKADY VAKNANSKY, MD

ZAINAB SYED, MD

9299 Coral Reef Dr. Suite #203 Miami, FL 33157

Tel: 305-234-9180

Fax: 305-234-9182 Fax: 786-478-6439

**Estimado Paciente:** Para brindarle un mayor servicio con su atencion medica, enumere a continuacion su Doctor Promario, y todos los demas especialistas que esta viendo actualmente junto con su informacion.

**Doctor Primario**

Nombre: \_\_\_\_\_

Direccion: \_\_\_\_\_

Numero Telefonico: \_\_\_\_\_ Numero de Fax: \_\_\_\_\_

**Especialista**

1)Name: \_\_\_\_\_

Direccion: \_\_\_\_\_

Numero Telefonico: \_\_\_\_\_ Numero de Fax: \_\_\_\_\_

**Especialista**

1)Name: \_\_\_\_\_

Direccion: \_\_\_\_\_

Numero Telefonico: \_\_\_\_\_ Numero de Fax: \_\_\_\_\_

**Especialistas**

1)Name: \_\_\_\_\_

Direccion: \_\_\_\_\_

Numero Telefonico: \_\_\_\_\_ Numero de Fax: \_\_\_\_\_

RICHARD PRAGER, M.D., FCCP, FCCM,

ANDREW PASTEWSKI, M.D., FCCP

NATALIA LOUREIRO, MD

ARKADY VAKNANSKY, MD

ZAINAB SYED, MD

9299 Coral Reef Dr. Suite #203 Miami, FL 33157

Tel: 305-234-9180

Fax: 305-234-9182 Fax: 786-478-6439

Name: \_\_\_\_\_

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

### ASIGNACION DE BENEFICIOS

#### PARA TODOS LOS PACIENTS (PORFAVOR ESCRIBA SUS INICIALES)

- \_\_\_\_\_ I Por la presente autorizo a los medicos anteriores a solicitar beneficios en mi nombre por los servicios prestados, y autorizo el pago de todos los beneficios del Seguro medico que sean pagables a mi segun los terminus de mi poliza de Seguro, que se pagaran directamente a MD. PRAGER, SIMON % ASSOCIATES, LLP O Sus medicos
- \_\_\_\_\_ I certifico que la informacion que he reportado con respecto a la cobertura del Seguro es correcta y autorizo la divulgacion de cualquier informacion y documentacion medica necesaria para este o cualquier reclama futuro, a mi compania de seguros (y para los benedicios de la parte B de Medicare a la administracion del Seguro social y financiamiento de la atencion medica administracion.)
- \_\_\_\_\_ Entiendo y acepto que soy financieramente responsable de los cargos incurridos. Ademas, entiendo que si mi cuenta es entregada a un abogado o una agencia de cobranza por falta de pago, sere responsable de cualquier costo adicional incurrido, Incluyendo las tarifas de cobro de hasta el 33 ½% asi como los honorarios del abogado y costos judiciales.
- \_\_\_\_\_ Solicito que el pago de los beneficios autorizados de Medicare que se me paguen, se pague directamente a PRAGER, SIMON & ASSOCIATES, LLP o su medico o proveedor. Autorizo a cualquier poseedor de informacion medica sobre mi divulgar a la administracion de financiamiento de la atencion medica y sus agentes cualquier informacion necesaria para determinar estos beneficios a los pagadores por los servicios relacionados.

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Date

RICHARD PRAGER, M.D., FCCP, FCCM,

ANDREW PASTEWSKI, M.D., FCCP

NATALIA LOUREIRO, MD

ARKADY VAKNANSKY, MD

ZAINAB SYED, MD

9299 Coral Reef Dr. Suite #203

Miami, FL 33157

Tel: 305-234-9180

Fax: 305-234-9182 Fax: 786-478-6439

Nombre: \_\_\_\_\_

### Consentimiento para Telehealth

#### PARA TODO PACIENTE: ( PORFAVOR ESCRIBA SUS INICIALES )

- \_\_\_\_\_ Por la presente, autorizo a Professional Health Care Associates a utilizar la plataforma de practica de " Telehealth " para las telecomunicaciones para evaluar, probar y diagnosticar mi afeccion medica.
- \_\_\_\_\_ Comprendo la posibilidad de dificultades tecnicas antes o durante las sesiones de " Telehealth " y que mi cita no se puede inicar ni finalizar segun lo previsto.
- \_\_\_\_\_ Acepto que los profecionales me puedan contactar por llamada Telefonica para una session interactiva; sin embargo se me informara si las sesiones pueden llevarse a cabo mediante comunicacion de voz.
- \_\_\_\_\_ Entiendo que puede haber posibilidades de que mi Seguro actual de salud no cobra las tarifas adiconles de las practicas de telesalud, y por donde puedo ser responsable de cualquier tarifa que mi compania de Seguro no cobra.
- \_\_\_\_\_ Estoy de acuerdo en que mi informacion medica discutida sobre " Telehealth " puede conservarse para su posterior evaluacion, analysis y documentacion y en todo caso mi informacion se mantendra privada.

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

RICHARD PRAGER, M.D., FCCP, FCCM,

ANDREW PASTEWSKI, M.D., FCCP

NATALIA LOUREIRO, MD

ARKADY VAKNANSKY, MD

ZAINAB SYED, MD

9299 Coral Reef Dr. Suite #203  
Tel: 305-234-9180

Miami, FL 33157  
Fax: 305-234-9182 Fax: 786-478-6439

**Poliza para cancelaciones de 24 horas de la prueba de funcion pulmonar y tarifas por " AUSENTE "**

Cada vez que un paciente es Ausente a una cita sin notificarlo debidamente, se impide que otro paciente reciba atencion. Por lo tanto, los Doctores Richard Prager & Andrew Pastewski Se reservan el derecho de cobrar una tarifa de \$50.00 por todas las citas PFT perdidas y citas sin ninguna razon que no se cancelen con aviso de ante mano de 24 horas por adelantado sera cobrado \$50.00.

Gracias por su comprension y cooperacion, ya que nos esforzamos por ver a cada paciente directamente. Tenga en cuenta que mas de ( 2 ) cancelaciones, resultara en la incapacidad de la reprogramacion de la cita para la prueba de funcion pulmonar.

Al firmar a continuacion, reconoce que ha recibido este aviso y comprende esta politica.

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre en letra de molde