



Barbara Martinez M.D.  
 17900 NW 5th Street, Suite 205  
 Pembroke Pines, FL 33029  
 Ph (954) 367-3157 Fax: (954) 374-9038

**PATIENT INFORMATION**

Name: \_\_\_\_\_ Date of Birth: \_\_\_\_\_ Age: \_\_\_\_\_  
 Nombre \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Place of Birth: \_\_\_\_\_ Marital Status: \_\_\_\_\_ Social Security #: \_\_\_\_\_  
 Lugar de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_ Numero Seguro Social \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_ Home Phone: \_\_\_\_\_  
 Direccion: \_\_\_\_\_ Telefono del Hogar: \_\_\_\_\_

City: \_\_\_\_\_ State: \_\_\_\_\_ Zip Code: \_\_\_\_\_ Alternate Ph: \_\_\_\_\_  
 Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_Codigo Postal \_\_\_\_\_ Telefono Alternativo \_\_\_\_\_

E-mail Address: \_\_\_\_\_  
 Direccion correo electronico: \_\_\_\_\_

Occupation: \_\_\_\_\_ Name of Employer: \_\_\_\_\_  
 Ocupacion: \_\_\_\_\_ Nombre del Lugar de Empleo: \_\_\_\_\_

Primary Language Spoken: \_\_\_\_\_ How Did you hear about us?: \_\_\_\_\_  
 Primer Idioma: \_\_\_\_\_ Como se entero de nosotros: \_\_\_\_\_

**Health Insurance Information/ Informacion de su Seguro Medico**

Name of Primary Insurance: \_\_\_\_\_ Policy #: \_\_\_\_\_  
 Nombre del Seguro Primario: \_\_\_\_\_ Numero de Poliza: \_\_\_\_\_

Name of Secondary Insurance: \_\_\_\_\_ Policy #: \_\_\_\_\_  
 Nombre del Seguro Secundario: \_\_\_\_\_ Numero de Poliza: \_\_\_\_\_

Name of Subscriber: \_\_\_\_\_ Date of Birth: \_\_\_\_\_ Relationship: \_\_\_\_\_  
 Nombre del Asegurado \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Parentesco \_\_\_\_\_

**Emergency Contact Information/ Informacion de su Contacto de Emergencia**

Name of Relative: \_\_\_\_\_ Relationship: \_\_\_\_\_ Phone: \_\_\_\_\_  
 Nombre del Familiar \_\_\_\_\_ Parentesco \_\_\_\_\_ Telephone \_\_\_\_\_

**Please read and sign the following/ Por favor de leer y firmar lo siguiente:**

1. Payment for services is expected at time of visit.  
 \*Pago por el servicio brindado es requerido al momento de la visita
2. If insurance is filed, I authorize benefits to be paid directly to Tenet Florida Physician Services.  
 \* Al proveer mi seguro, Yo permito que mis beneficios sean pagados directamente a Barbara Rosa Martinez MD LLC
3. I am responsible for the balance on my account, regardless, of insurance coverage. My failure to pay off outstanding balances may resul in collection procedures  
 \* Yo soy responsable por cualquier balance en mi cuenta, a pesar de, cual sea mi prima de seguro. Mi falta de pagar cualquier cuenta pendiente puede dar lugar a procedimiento de coleccion.
4. I authorize Dr. Barbara Rosa Martinez to release any information requested in regards to the processing of my medical claims  
 \* Yo permito a Dr Barbara Rosa Martinez a proveer cualquier informacion requerida para el proceso de mis reclamos medicos

Patient Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_  
 Firma del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_



Barbara Martinez, MD – 17900 NW 5<sup>th</sup> Street – Suite 205- Pembroke Pines, Fl 33029 – Tel 954-367-3157 Fax 954-374-9038

Nombre del paciente \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**HISTORIA MEDICA:**

Motivo de su visita \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**HISTORIA MEDICA PASADA**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Ninguna                | <input type="checkbox"/> Cáncer Tipo de cáncer: _____ |
| <input type="checkbox"/> Diabetes               |   |
| <input type="checkbox"/> Hipertensión           | <input type="checkbox"/> Cáncer de Seno:              |
| <input type="checkbox"/> Ataque cardiaco        | <input type="checkbox"/> Hepatitis                    |
| <input type="checkbox"/> Enfermedades Cardiacas | <input type="checkbox"/> Artritis                     |
| <input type="checkbox"/> HIV                    | <input type="checkbox"/> Asthma                       |
| <input type="checkbox"/> Derrame cerebral       | <input type="checkbox"/> Problemas de Coagulación     |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad de Tiroides | <input type="checkbox"/> Epilepsia                    |
| <input type="checkbox"/> Hemorroides            |   |

OTHERS: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**ALLERGIES AND TYPE OF REACTIONS**

No tengo alergias

Alergias:  LATEX -  IODINE/IODO -  TAPE

Alergias a medicamentos:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Firma del Doctor \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_



Barbara Martinez, MD – 17900 NW 5<sup>th</sup> Street – Suite 205- Pembroke Pines, Fl 33029 – Tel 954-367-3157 Fax 954-374-9038

Nombre del paciente \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**CIRUGIAS – TIPO DE CIRUGIA Y FECHAS**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**VACUNAS:**

---

---

---

---

---

---

---

---

**MEDICAMENTOS QUE ESTA TOMANDO:**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Nombre de Pharmacia: \_\_\_\_\_ Nro de Teléfono: \_\_\_\_\_



Barbara Martinez, MD – 17900 NW 5<sup>th</sup> Street – Suite 205- Pembroke Pines, Fl 33029 – Tel 954-367-3157 Fax 954-374-9038

Nombre del paciente \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**HISTORIA SOCIAL**

Fuma:  si  no      Cuanto: \_\_\_\_\_

Bebe alcohol? \_\_\_\_\_ Socialmente o todos los días? \_\_\_\_\_

Cuanto alcohol bebe? \_\_\_\_\_

Usa drogas? \_\_\_\_\_

Que drogas usa? \_\_\_\_\_

Con que frecuencia? \_\_\_\_\_

**HISTORIA FAMILIAR**

Por favor indicar que miembros de su familia tienen los siguientes problemas de salud:

	Padre	Madre	Hermano	Hermana	Abuelos	Otro
Cáncer de seno						
Indicar otro tipo de cáncer						
Diabetes						
Ataque cardiaco						
Angina						
Derrame cerebral						
Presión alta						
Colesterol alto						
Alcoholismo						
Uso de drogas						
Depresión						
Enfermedades mentales						
Otras enfermedades						

Firma del paciente \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del Doctor \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_



**Barbara Martinez M.D.  
17900 NW 5<sup>th</sup> Street, Suite 205  
Pembroke Pines, FL 33029  
Ph (954) 367-3157 Fax (954) 374-9038**

### **Poliza Financiera**

Apreciamos la confianza que Ud ha expresado en la selección de Barbara Martinez MD para sus necesidades de salud y esperamos con interés trabajar con usted. Si usted tiene alguna pregunta acerca de nuestros servicios, derechos u otros aspectos de su atención por favor siéntase libre de hablar de sus preocupaciones con nosotros

Un pago por su visita a la oficina se requiere en al momento del servicio para:

1. Los pacientes sin seguro.
2. Los pacientes con seguro privado.
3. Los pacientes que no están cubiertos por uno de nuestros planes de seguro contratados.
4. Los pacientes que no nos proporcionan información sobre el seguro contratado.

(Hay que tener una copia de su tarjeta de seguro en los archivos.)

**Todas las cantidades adeudadas por el paciente: Co-pagos, deducibles y que no están cubiertos se pagan en el momento de servicio.**

Cualquier servicio que se presta por esta oficina que no es un beneficio cubierto por su póliza de seguro es su responsabilidad de pagar.

Nuestro personal le ayudará a lidiar con su compañía de seguros, pero es su responsabilidad de conocer y entender su propia póliza de seguro. Es nuestra sincera esperanza de que esta política vaya a ser útil y reducir cualquier confusión o malentendido en una fecha posterior.

Se requieren 24 horas de anticipación para cancelar su cita, puede llamar a 954-367-3157. Un cargo de \$ 25.00 puede ser aplicado por falta de cancelar su cita a tiempo. Ud. pagara los cargos de hoy y los cargos futuros en efectivo, cheque o tarjeta de crédito.

Yo entiendo la política de arriba y reconozco que soy financieramente responsable de los servicios prestados.

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Firma del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**PRIMEHEALTH PHYSICIANS**  
17900 NW 5<sup>th</sup> Street, Suite No. 205 Pembroke Pines, FL 33029

**Releasing Information / Patients Rights and  
Acknowledgement of Receipt of Notice of Privacy Practices**

The Department of Health and Human Services Has established a "Privacy Rule" to help insure that personal health care information is protected for privacy and is only to be used or shared in the minimum necessary fashion. Healthcare providers are to obtain their patient's consent for uses and disclosure of health information about the patient to carry out treatment, payment, or health care operations. By signing this consent, you understand that your physician may need to provide necessary medical information to other appropriate physicians, pharmacies, hospitals, insurance companies, laboratories, and billing agencies. Refusing to consent to the use or disclosure of your personal health information prohibits the doctor from billing for their services; scheduling your care at a hospital; or calling in a prescription to a pharmacy; or medical need. Under this law we have the right to refuse to treat you should you choose to refuse to disclose your Personal Health Information (PHI). If you choose to give consent in this document, at some future time you may request to refuse all or part of your PHI. You may not revoke any actions that have already been taken which relied on this or a previously signed consent.

If you have any objections to this form, please ask to speak with our Office Manager.

El departamento de Servicios Humanos y de Salud ha establecido una Regla de Privacidad con miras de asegurar que se proteja la privacidad de la informacion sobre la atencion personal de la salud y que se use o se comparta solamente la minima informacion que sea necesaria con el fin de proporcionarles una norma a revelaciones de informacion acerca de la salud de usted para fines de tratamientos, pagos, y operaciones de cuidado de la salud. El negarse a dar su consentimiento al uso o revelacion de informacion personal sobre su salud le prohíbe al medico facturar sus servicios, programar la atencion que se le vaya a dar a usted en el hospital, llamar a una farmacia para que le despachen una receta asi como satisfacer otras necesidades medicas. En virtud de esta ley, tenemos el derecho de negarnos a dar tratamiento si usted decide negarse a revelar informacion personal sobre la salud (PHI Personal Health Information por sus siglas en ingles). Si usted decide dar su consentimiento mediante este documento, en algun momento futuro usted tambien podra revocar dicho consentimiento por escrito. No se dara a conocer ninguna otra informacion a partir de la fecha en que usted le presente dicha revocacion al doctor. Si tiene alguna pregunta acerca del presente formulario, pida hablar con nuestro gerente de oficina.

Patient Consent for use and disclosure of Protected Health Information as required and/or permitted by law.

Consentimiento del Paciente para usar y compartir informacion personal sobre la salud como lo permitad y/o requiera la ley.

\_\_\_\_\_  
Patient's Name / Nombre del Paciente

\_\_\_\_\_  
Patient or Legal Representative Signature  
Firma del Paciente o Representante Legal

\_\_\_\_\_  
Date / Fecha

And I also acknowledge that I have been provided with the "Notice Of Privacy Practices"  
Y tambien confirmo haber recibido la "Noticia De las Practicas de Privacidad"

**Compliance Assurance Notification for Our Patient's**

The misuse of PHI has been identified as a national problem causing inconvenience, aggravation, and money. We want you to know that all of our employees, managers, and doctors continually undergo training so that they may understand and comply with government regulations regarding HIPAA with particular emphasis on the "Privacy Rule". We strive to achieve the very highest standards of ethics and integrity in performing service for our patients. It is our policy to properly determine appropriate use of PHI in accordance with the governmental rules, laws and regulations. We want to ensure that our practice never contributes in any way to the growing problem of improper disclosure of PHI. As part of this plan, we have implemented a Compliance Program that we believe will help us prevent any inappropriate use of PHI. We also know that we are not perfect! Because of this fact, our policy is to listen to our employees and our patients without any thought of penalization if they feel that an event in any way compromises our policy of integrity. More so, we welcome your input regarding any service problem so that we may remedy the situation promptly.

El mal uso de la PHI ha sido identificado como un problema nacional que causa molestias, exasperacion y gasto de dinero. Queremos que sepa que todos nuestros empleados, gerentes y doctores continuamente reciben entrenamiento para que sepan comprender y cumplir las reglas y regulaciones gubernamentales con respecto a HIPAA dandole especial enfasis a la Regla de Privacidad. Nos esforzamos por alcanzar las mas elevadas normas de etica e integridad en la prestacion de servicios a nuestros pacientes. Nuestra politica es el determinar adecuadamente los usos apropiados de la Informacion Personal sobre la Salud en conformidad con las reglas, leyes y regulaciones gubernamentales. Queremos asegurar que nuestra practica nunca contribuya de manera alguna al creciente problema de la revelacion inapropiada de dicha informacion. Como parte de este plan, hemos implementado un Programa de Cumplimiento que creemos nos ayudara a impedir cualquier uso inapropiado de PHI. Tambien sabemos que no somos perfectos, a causa de ello, nuestra politica es escuchar a nuestros empleados y pacientes sin intencion alguna de sancionarlos ni penalizarlos si ellos son de la opinion que un evento compromete nuestra politica de integridad de algun modo. Mas aun, acogemos las ideas que usted tenga acerca de qualquier problema que tenga el servicio para poder resolver esa situacion prontamente. Gracias por ser nuestro valioso paciente.

**Patient Request for Confidential Communications of Protected Health Information**

The Health Insurance Portability Act of 1996 ("HIPAA") le provee el derecho que **PRIMEHEALTH PHYSICIANS., (PHP)** se comunique con usted acerca de su información medica a direcciones alternas o teléfonos, y otras vías alternativas (por ejemplo, correos electrónicos) si esto es mas confidencial para usted. **PHP** hará las adaptaciones necesarias si su pedido es razonable. **PHP** le puede pedir que especifique la dirección alterna o el método de contacto antes que le podamos proveer este servicio. Si su pedido es aceptado, este Centro de Salud hará todo intento de comunicación con usted en la forma que usted a pedido. Cambiar otras vías de comunicación no podrá ser efectuada hasta que usted no los haya pedido por escrito.

Para pedir otras vías de comunicación, por favor complete esta forma y envíela a:

**PRIMEHEALTH PHYSICIANS. 17900 NW 5<sup>th</sup> Street, Suite No. 205 Pembroke Pines, FL 33029**

Nombre Paciente: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Describe el alternativo: \_\_\_\_\_

Yo estoy pidiendo que **PRIMEHEALTH PHYSICIANS.,** se comunique conmigo vías alternas o a alternas direcciones y teléfonos es confidencial para mí. Yo comprendo que este Centro Medico no podrá acomodar pedidos Irrazonables.

Firma Paciente o Representante Legal \* Podemos pedir prueba del estatutos del representante \* Fecha Firmada: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**RECORDATORIO: SI la dirección alterna pedida por el paciente es un e-mail, entonces el consentimiento para e-mail debe ser completado.**

**E-Mail Consent Form**

**PROPÓSITO: Esta forma es usada como consentimiento de usted para comunicarnos vía e-mail en referencia a su Información de Salud Protegida .**

**PRIMEHEALTH PHYSICIANS.,(PHP)** ofrece a sus pacientes la oportunidad de comunicación vía e-mail. Trasmitir información vía e-mail tiene numerosos riesgos que el paciente debe considerar antes de otorgarnos este consentimiento para estos propósitos. **PHP** usara formas razonables de proteger confidencial y seguro la información mandada a usted vía e-mail. De todas formas, **PHP** no podrá garantizarle proteger confidencial y seguro la comunicación vía e-mail y no será en ninguna forma responsable si esta información confidencial es usada inadvertidamente por otros.

Paciente Recibió y Acordó  
Yo comprendo haber leído y completamente entendido el consentimiento de esta forma. Yo comprendo los riesgos asociados con la comunicación vía e-mail entre **PHP** y yo y consentimiento a las condiciones que me han sido dadas. Cualquier pregunta que yo haya tenido me a sido respondida.

Yo estoy de acuerdo y consiento que **PHP** se pueda comunicar en referencia a mi Información de Salud Protegida (por sus siglas en Ingles PHI) vía e-mail.

Mi dirección de e-mail consentida es: \_\_\_\_\_

Firma Paciente o Representante Legal \* Podemos pedir prueba del estatutos del representante \* Fecha Firmada: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Uso de Oficial : Recibido: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Completado: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Iniciales: \_\_\_\_\_



**Barbara R. Martinez, M.D.**  
17900 N.W. 5<sup>th</sup> Street, Suite 205  
Pembroke Pines, FL 33029-2809  
Tel: (954) 367-3157  
Fax: (954) 374-9038

Starting June 1<sup>st</sup>, 2016, there is a charge for not showing up for scheduled appointments. \$25.00 per appointments cancelled without a 24 hour notice. Repeated cancellations or missed appointment will result in loss of future appointment privileges.

**OTHER CHARGES INCLUDE:**

\$20.00 to have the blood drawn in the office.

\$1.00 per page not exceeding \$25.00 for Medical Records/Lab Results

\$25.00 for Insurance Paperwork or Forms to be filled out.

---

Empezando el 1 de Junio del 2016, se aplicara un cargo por no asistir a su cita de \$25.00 por visita que no se cancele con 24 horas de anticipacion. Muchas cancelaciones repetitivas causara perder privilegios para sus futuras citas.

**OTROS CARGOS INCLUYE:**

\$20.00 por hacer sus analisis de sangre en la oficina.

\$1.00 por paginas que no exceda \$25.00 por Historia Medica/resultados de laboratorios

\$25.00 para llenar los papeles del seguro y formulatios.

**Nombre del Paciente:**

Patient's Name: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

**Firma del Paciente:**

Patient's Signature: \_\_\_\_\_





## Formulario de Consentimiento para PROGRAMA ePrescribe

### Programa ePrescribe

A través del Programa ePrescribe los médicos envían electrónicamente una prescripción precisa, sin errores, y comprensible directamente del consultorio del médico a la farmacia. El programa ePrescribe también incluye:

- **Formulario de Información sobre Cobertura de Medicamentos.** - proporciona la información al médico acerca de los medicamentos que están cubiertos por su plan de beneficios de medicamentos.
- **Estado de Receta Médica** - Permite que nuestro proveedor, médico primario, u otro proveedor de atención médica reciba una notificación electrónica de la farmacia indicando si su receta médica ha sido recogida y/o entregada total o parcialmente.
- **Historial de sus Medicamentos Recetados** - Proporciona información al proveedor de salud acerca de sus recetas médicas actuales y pasadas. Esto permite a los proveedores de atención médica estar mejor informados sobre los posibles problemas de medicación y utilizar esa información para mejorar la seguridad y la calidad en la atención. Los datos del historial de medicación pueden indicar: el cumplimiento de los tratamientos recetados, intervenciones terapéuticas farmacológicas y las interacciones de alergia a los fármacos, las reacciones adversas a los medicamentos y terapia duplicada.

La información del historial de medicación podría incluir medicamentos recetados por su proveedor de cuidados de la salud en **PrimeHealth Physicians, LLC**, así como otros profesionales de la salud involucrados en su cuidado. Igualmente, se podrá incluir información confidencial acerca de medicamentos relacionados con las condiciones de salud mental, enfermedades venéreas, enfermedades de transmisión sexual, aborto (s), violación, asalto sexual, la sustancia (drogas y alcohol) abuso, enfermedades genéticas, y el VIH/SIDA. *Como parte de este Formulario de Consentimiento, usted autoriza expresamente el suministro de dicha información, así como cualquier otra información sanitaria que sea requerida por su Médico Primario.*

### Consentimiento

Al firmar este formulario de consentimiento usted acepta que su proveedor de salud perteneciente a **PrimeHealth Physicians, LLC**, pueda solicitar y utilizar su historial de medicamentos recetados por otros proveedores de atención médica y/o prestadores de beneficios de farmacia para propósitos de tratamiento médico. Usted puede decidir no firmar este formulario. Su elección no afectará su capacidad de obtener atención médica, el pago de su atención médica o sus beneficios de atención médica. Su opción de dar o negar el consentimiento no puede ser la base para la denegación de los servicios de salud. Usted también tiene derecho a recibir una copia de este formulario después de haberlo firmado. Este formulario de consentimiento permanecerá efectivo hasta el día en que usted decida revocar su consentimiento. Usted puede revocar esta autorización en cualquier momento por escrito, pero si lo hace, no tendrá ningún efecto sobre cualquier acción tomada antes de recibir la revocación.

Declaro que he leído el presente documento y otorgo consentimiento a **PrimeHealth Physicians, LLC** para inscribirme en el Programa ePrescribe. Declaro que he tenido la oportunidad de hacer preguntas y todas mis preguntas han sido contestadas satisfactoriamente.

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento del paciente: \_\_\_\_\_  
Firma del paciente o tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
Relación con el paciente: \_\_\_\_\_

**ACKNOWLEDGMENT OF OUR NOTICE OF PRIVACY PRACTICES**

I hereby acknowledge that I have received or have been given the opportunity to receive a copy of PrimeHealth Physicians, LLC Notice of Privacy Practices. By signing below I am “only” giving acknowledgment that I have received or have had the opportunity to receive the Notice of our Privacy Practices.

\_\_\_\_\_  
Patient Name (Type or Print)

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Signature