

Formulario de registro del paciente

Información del paciente

Nombre del paciente: _____ niCkname (si existe): _____

Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____ Sexo Hombre Mujer

SSN del paciente: _____ - ____ - ____ Estado/número de la licencia de conducir: _____

Dirección: _____

Ciudad/Estado/Código postal: _____

Teléfono de casa # _____ # _____ celular Trabajo# _____

Dirección de correo electrónico: _____

Étnico:

No hispanos HISPANIC

Preferencia de idioma:

Inglés Español Otros: _____

Raza:

Caucásico o americano europeo negro o afroamericano Asiático o asiático americano
 Nativo americano o nativo de Alaska Nativo hawaiano o Otros Islas del Pacífico Otros

Religión:

Católico Christian Judío Muslim Otro: _____

Estado del empleo:

Empleado: nombre del empleador: _____ profesión: _____
 Retirado Desempleados Estudiante

Estado civil:

Solo Casado Divorciado Viuda

Contacto de emergencia:

Nombre: _____ Relación: _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

¿a quién le agradecemos por contarle sobre nuestra práctica?

Médico Miembro de la familia Amigo Seguro Web

Entiendo que es mi responsabilidad informar a la oficina de cualquier cambio en mi dirección, número de teléfono y seguro.

Firma del paciente, asegurado o beneficiario

Fecha

Angela M Giron MD PA

3661 S. Miami Ave # 1002, Miami, FL 33133 • Tel. 786.502.2688 FaX: 786.502.2699

Información del seguro

Compañía de seguros: _____ Tel. #: _____
Grupo #: política de _____ #: _____ EFF. Fecha: _____
Ensnombre de configurado: _____ Relación: _____

Insurance _____ secundario _____
Directiva #: _____ Grupo #: _____

Por favor presente tarjeta de seguro e identificación de imagen

Por la presente doy autorización de por vida para el pago de los beneficios del seguro que se hacen directamente a Angela M Giron MD PA y cualquier proveedor de asistencia médica para los servicios prestados. Entiendo que soy responsable financieramente de todos los cargos Si o no están cubiertos por el seguro. En caso de defecto, Acepto pagar todos los costos de cobros y honorarios razonables del abogado. Por la presente autorizo a este proveedor de salud la divulgación de cualquier información relacionada con todas las reclamaciones por beneficios presentados en nombre de mí y/o dependientes. Además expreso mi acuerdo y autorizo Angela M Giron MD PA presentar reclamaciones por prestaciones por servicios prestados o servicios que se prestarán sin obtener mi firma en todos y cada uno reclamar ser presentado por mí mismo y/o dependientes y que yo estaré obligado por esta firma como si los abajo firmantes firmaran personalmente la reclamación en particular. También entiendo que cualquier suma que me deba si menos de \$50,00 será abonada a mi cuenta médica.

Estoy de acuerdo en que una fotocopia de este acuerdo será tan válida como el original.

Firma autorizada

Fecha

Facturas de pacientes y políticas de cuentas

1. la programación de una cita constituye un acuerdo para pagar el tiempo profesional reservado exclusivamente para usted. Usted es responsable de actualizar su dirección, número de teléfono y seguro en cada visita. Una información completa/formulario financiero debe ser completado anualmente.
2. facturamos a su compañía de seguros por servicios prestados como cortesía para usted. En ciertos casos es posible que encontremos la necesidad de cobrar de usted la cuota por nuestros servicios que fueron prestados a usted, incluso si usted tiene seguro. Por ejemplo, no pudimos verificar que usted tiene seguro activo o que los beneficios disponibles para usted bajo su póliza de seguro no pudieron ser verificados o no son claros. El monto recolectado es puesto en cuenta y si su compañía de seguros paga por los servicios su pago será reembolsado.
3. su compañía de seguros determina los servicios que proveemos serán pagados bajo las estipulaciones de su póliza. No tenemos ninguna garantía de pago ni ningún control sobre la decisión de su compañía de seguros de pagar o negar una reclamación. Usted es responsable de cualquier servicio prestado que no sea pagado por su compañía de seguros. Dado que no tenemos conocimiento de los detalles de cada plan de seguro disponible, debemos confiar en usted para determinar si somos proveedores participantes con su seguro. Ya que cada plan es diferente, por favor asegúrese de verificar su cobertura si tiene preguntas sobre lo que su seguro cubrirá o pagará.
4. por favor verifique y asegúrese de que participamos con su plan de seguro ya que la participación puede haber cambiado. Si usted es visto y nuestro proveedor no está en la red con su plan actual o usted estaba obligado a proporcionar una referencia y no, usted será responsable del pago por los servicios prestados. Usted es en última instancia responsable de sus beneficios de seguro, así como el costo de su atención médica.
5. estamos felices de compartir con usted la información que hemos recibido con respecto a sus beneficios del plan. No garantizamos la cobertura por su compañía de seguros y usted debe ponerse en contacto con su compañía de seguros con respecto a los beneficios cubiertos si usted no está seguro acerca de lo que su plan cubre. Si tiene preguntas sobre su póliza de seguro y beneficios, por favor refiérase a su plan de salud. Si tiene preguntas acerca de nuestro estado de cuenta, por favor póngase en contacto con **Oficina de facturación al (305) 629-2669.**
6. todos los copagos y co-seguros de la visita de la oficina se recogen de acuerdo con los términos de su compañía de seguros. No podemos renunciar a los copagos, deducibles, co-seguros o cantidades de servicios no cubiertos bajo los términos de nuestro contrato con los diferentes planes de seguro. **El pago de copagos y coseguros se adeudan en el momento de la visita a la oficina.**
7. cualquier monto que su compañía de seguros identifique como "responsable del paciente" que no fue recolectado en el momento de su visita se le factura en una declaración mensual. Las declaraciones se envían por correo mensual y los saldos se vencen al final de cada mes. Es su responsabilidad de enviar el monto adeudado dentro de los 45 días de su declaración para evitar ser enviado a cobros y tener su cuenta cerrada con nuestra práctica.
8. las citas deben ser canceladas **Por adelantado.** Nuestra oficina le da un recordatorio llame 48 horas antes de las citas programadas. Si usted necesita cancelar o reprogramar por favor darnos por lo menos 24 horas de aviso. Si no tenemos suficiente Aviso no podemos llenar la ranura de cita que habíamos reservado para usted. Además, no se darán medicamentos para las citas canceladas/no presentadas. **Hay una no show tarifa cargada por citas perdidas: \$50 para una cita con el proveedor, \$35 para una cita de laboratorio.** Esta tarifa no está cubierta por compañías de seguros o Medicare y será su responsabilidad de pagar antes de su próxima visita.
9. todos los proveedores de atención médica facturan por servicios usando códigos de facturación. Estos códigos le dicen a la compañía de seguros lo que se hizo y por qué. Los servicios rutinarios y preventivos causan confusión para muchos pacientes. No es raro que los pacientes en el curso de una visita para recibir tanto tratamiento para un problema y servicio preventivo. Si usted discute los síntomas de enfermedades agudas o crónicas en su visita de cuidado preventivo (físico) se considera "diagnóstico" y lo más probable es que se le exija pagar un copago.
10. usted puede recibir una declaración de proveedores externos para servicios ordenados por nuestros proveedores tales como laboratorios, rayos x, etc. incluso cuando hemos recogido los especímenes en nuestra oficina. Si tiene preguntas sobre estas declaraciones Póngase en contacto con ellos directamente. Usted siempre debe preguntar acerca de su obligación financiera con su compañía de seguros por los servicios prestados a usted antes de que se realicen. Usted es en última instancia responsable de sus beneficios de seguro, así como el costo de su atención médica.
11. We Cargue \$35 por cheques devueltos, más un cargo adicional de \$12,00 cada vez que su banco devuelva un cheque sin pagar. Nosotros podemos, a nuestra discreción, requerir que todos los pagos futuros sean hechos en forma de efectivo, cheque de cajero o giro bancario.
12. tenga en cuenta que si un saldo no se paga sin un intento de pagar la deuda, usted puede ser dado de alta de la práctica. Una vez que su cuenta alcanza los 90 días vencidos, podemos entregar la cuenta a una agencia de cobranzas externa para que sea pagada. Es la política de esta oficina que cuando su cuenta se coloca en colecciones ya no lo veremos como un paciente y se le requerirá transferir su atención a otro médico. Todos los honorarios de cobro serán responsabilidad de los pacientes.

Mi firma a continuación indica mi total comprensión y consentimiento a las políticas descritas anteriormente.

Firma del paciente/cliente/guardián

Fecha

Angela M Giron MD PA

3661 S. Miami Ave # 1002, Miami, FL 33133 • Tel. 786.502.2688 FaX: 786.502.2699

Políticas y procedimientos de la oficina

Correo electrónico: Nunca divulgaremos su dirección de correo electrónico a ninguna tercera parte. Al proporcionarnos su dirección de correo electrónico nos autoriza expresamente a comunicarnos con usted por correo electrónico. Animamos a todos los nuestros pacientes a utilizar nuestro HealthTracker sistema.

Formas médicas: Cobramos una cuota administrativa para completar ciertos trabajos o documentos relacionados con el seguro presentados por pacientes que no estén directamente relacionados con el reembolso del seguro médico de los cargos incurridos en nuestra oficina. Cobramos \$25 por forma debida antes de liberar el formulario. Por favor, permita 7 días hábiles para completar su formulario. Usted es responsable de completar su parte del formulario y devolverla a la institución apropiada.

Devolver llamadas telefónicas: Cualquier solicitud de una llamada de devolución de nuestros proveedores debe ser explicada al personal de la oficina antes de recibir una llamada de devolución. Muchas veces, el personal de la oficina puede resolver el problema/responder a su pregunta o puede hablar con el administrador de la oficina. Cualquier "asunto médico privado" que usted no quiera discutir con nuestro personal, requerirá una cita programada. Todos los problemas no emergentes se manejarán en consecuencia.

Referencias: Si su compañía de seguros requiere que emitamos una remisión o autorización previa a otro especialista o centro médico, por favor revise sus beneficios disponibles para ese especialista/instalación directamente con ellos. Hacemos un esfuerzo razonable para referirnos a especialistas/instalaciones que participan con su compañía de seguros, pero no podemos garantizar su participación en el momento de su visita. Usted siempre debe preguntar sobre su obligación financiera por los servicios prestados a usted antes de que se realicen. Además, es su responsabilidad proporcionar cualquier información de referencia necesaria para nos que su seguro requiere antes de su visita con nuestra oficina. Si usted es visto y nuestro proveedor no está en la red con su plan actual o usted estaba obligado a proporcionar una referencia y no, usted será responsable del pago por los servicios prestados.

ORDENES de laboratorio: Para sus laboratorios de conveniencia ordenados por nuestros proveedores se puede dibujar en nuestra oficina. Sin embargo, a su solicitud, podemos darle una solicitud de laboratorio para hacer sus laboratorios en LabCorp o Quest. Por favor, llame con 2 días de antelación para que podamos procesar su solicitud de laboratorio. Puesto que tenemos interfaces electrónicas con los laboratorios, sus órdenes del laboratorio, una vez que están impresos, son buenas por cinco días (los fines de semana incluyendo). El paciente es responsable de recoger la copia dura de la requisita.

Resultados del laboratorio: Es importante para nosotros que usted comprenda perfectamente los resultados de sus pruebas y las recomendaciones y planes de tratamiento que puedan ser necesarios. No damos resultados por teléfono, correo o correo electrónico. Requerimos que los pacientes programen una cita para discutir los resultados de las pruebas en persona con un proveedor de atención médica. Una vez que los resultados se han discutido con el proveedor, se le dará una copia impresa de sus resultados. Por favor guarde esta copia para dar a sus administradores de casos, otros doctores, etc. pues no enviaremos resultados por fax. Puede acceder a los resultados de su laboratorio utilizando HealthTracker Portal del paciente después de ser visto.

Recambios de recetas: Es la responsabilidad del paciente asegurarse de no agotar la medicación. Los recambios serán manejados en el momento de su visita a la oficina. Si usted necesita un reabastecimiento, antes de una cita programada y usted ha sido visto dentro de 3-6 meses, su guión puede ser rellenado a discreción del doctor. Muchos medicamentos requieren una supervisión cercana de los laboratorios; por lo tanto, es posible que necesite ser visto con el fin de conseguir una recarga. Cuando usted necesita un relleno de un medicamento que ha sido previamente recetado por nosotros para usted, por favor llame a su farmacia y pídale que envíen por fax un refill petición a nuestra oficina en (786) 502-2699. Si usted está planeando viajar fuera de la ciudad, asegúrese de que un suministro suficiente está disponible para su uso en su viaje antes de viajar. Todos los recambios de prescripción se hacen de lunes a viernes entre las 9 a.m. y las 5 p.m. Las solicitudes recibidas después de las 2 p.m. se tramitarán el próximo día hábil. Las nuevas prescripciones/antibióticos requieren una cita para evaluar la conveniencia de la medicación para usted.

Prescripciones controladas/narcóticas: Debido a las regulaciones de la DEA, las prescripciones para medicamentos controlados/narcóticos serán manejadas en el momento de su visita a la oficina. Si usted necesita un reabastecimiento, antes de una cita programada, y usted ha sido visto dentro de 3 meses, su guión puede ser rellenado a discreción del doctor. Tendrá que ser recogido en persona en nuestra oficina a discreción del médico. Las prescripciones controladas/narcóticas no serán llamadas por fax ni se pueden cambiar las dosificaciones por teléfono. Esté preparado para mostrar su identificación con foto al recoger estas recetas. Esta oficina no sustituye las prescripciones o medicamentos perdidos/robados. Al firmar este formulario, usted acepta que recibió una copia y ha tenido la oportunidad de leer nuestro *Acuerdo de sustancias controladas (narcóticos)* y de acuerdo con los términos expuestos. Usted indica que entiende cualquier discusión sobre el uso de medicamentos narcóticos, incluyendo los efectos secundarios, y acuerda comenzar su tratamiento (si aplica) bajo los términos establecidos por Angela M Giron MD PA.

Autorizaciones previas: Su seguro puede requerir una autorización previa (PA) en un medicamento prescrito. Sus opciones son pagar por la medicación en el bolsillo, hacernos elegir otro medicamento, o hacer que nosotros archivemos el papeleo de PA a su seguro. Como cortesía, archivarémos el papeleo de PA (a su petición) sin cargo (1) tiempo por medicación. Las solicitudes recibidas después de las 2 p.m. se tramitarán el próximo día hábil. Si se le niega, y usted solicita apelar la decisión de su seguro; habrá una tarifa de \$25. La presentación de un pa no garantiza una aprobación, la decisión es hecha en última instancia por su compañía de seguros. Los PA pueden tomar hasta 30 días para obtener la aprobación de la compañía de seguros.

Acceso del paciente a los expedientes médicos: Los expedientes médicos son documentos confidenciales y serán puestos en libertad sólo cuando lo permita la ley o con la debida autorización por escrito del paciente. *Los pacientes pueden acceder a sus registros a través de nuestro portal de pacientes.* También proporcionamos a los pacientes una copia de sus resultados de consulta/laboratorio al final de cada visita a la oficina. Los expedientes médicos serán copiados para ser transferidos a otro médico sin costo alguno para el paciente la primera vez que se les solicite. Para cualquier petición adicional, habrá un honorario razonable para la preparación y/o fotocopia de expedientes médicos. Nota, el proveedor tiene hasta 30 días para proporcionar registros médicos completos.

Aviso de prácticas de privacidad: Nuestro aviso de prácticas de privacidad proporciona información sobre cómo podemos usar y revelar información de salud protegida sobre usted. También proporciona información sobre sus derechos como paciente de nuestra práctica y a quien puede contactar en nuestra práctica para hacer preguntas sobre nuestras prácticas de privacidad. Al firmar este formulario, usted acepta que usted recibió una copia y ha tenido la oportunidad de leer nuestro aviso de prácticas de privacidad.

Mi firma a continuación indica mi total comprensión y consentimiento a las políticas descritas anteriormente.

Firma del paciente/cliente/guardián

Fecha

Angela M Giron MD PA

3661 S. Miami Ave # 1002, Miami, FL 33133 • Tel. 786.502.2688 FaX: 786.502.2699

Primaria Nombre del médico:

Primaria Número de médico: () _____ - _____

Nombre y ubicación de la farmacia:

Número de teléfono de Farmacia: () _____ - _____

Medicamentos:

Nombre de la medicación:	Dosis:	Nombre de la medicación: dosificación:

Alergias: _____

Motivo de la visita: _____

Antecedentes médicos pasados:**Por favor coloque el cheque al lado de todas las condiciones que aplican.**

Alcoholismo	Depresión	Infecciones renales
Alergias, fiebre del heno	DM tipo 1	Cálculos renales
Anemia	DM tipo 2	Migrañas
Ansiedad	Epilepsia	Esclerosis múltiple
Asma	Fractura	Infarto de miocardio
Fibrilación auricular	Úlcera gástrica	Obesidad
Transfusiones de sangre	Enfermedad gastrointestinal	Osteoartritis
CAD	Enfermedad por reflujo gastroesofágico	Osteoporosis
Cáncer	Diabetes gestacional	Neumonía
Marcapasos cardíaco	Glaucoma	Trastorno neurológico progresivo
CHF	Soplo cardíaco	Enfermedad pulmonar
Enfermedades cardiovasculares	Hepatitis	Fiebre reumática
CHF	Colesterol alto	Artritis reumatoide
Varicela	Hiperlipidemia	Tejas
Cirrosis	Hipertensión	STD
Colitis	Hipertiroidismo	Enfermedad terminal
EPOC	Hipotiroidismo	Enfermedad tiroidea
Insuficiencia renal crónica	Bomba de insulina	TIA
Enfermedad de Crohn	Dolor articular	Tuberculosis
CVA	Enfermedad renal	Problemas valvulares
TVP		

Hospitalizaciones:

Historia clínica:

Angela M Giron MD PA

3661 S. Miami Ave # 1002, Miami, FL 33133 • Tel. 786.502.2688 FaX: 786.502.2699

Quirúrgico/procedimental**Por favor, coloque check y fecha junto a todos los que se aplican.** Sin antecedentes quirúrgicos previos

Apendicectomía	Ablación endometrial	Mastectomía
Tumorectomía mamaria	Vesícula biliar	Miomectomía
Cirugía cardíaca	Cirugía cardíaca	Ooforectomía
Cirugía de cataratas	Hemorroides	Ostorny
Colectomía	Hernia	Cirugía de próstata
Subtotal extirpación del intestino	Histerectomía	Splenectomy
Biopsia de cono	Reemplazo de la articulación	Amígdala/Adenoldectomy
Quitármelo	Laparoscopia	Ligadura de trompas

OB/GYN Historia (sólo para mujeres)**Por favor, coloque el cheque y la fecha junto a toda esa aplicación mentiras.** Actualmente embarazada Nunca embarazada

Número de embarazos pasados: _____

Número de partos vaginales: _____

Número de C-secciones: _____

Otros OB-GYN Historia: _____

Historia social:**Por favor, coloque el cheque junto a todo lo que se aplica.****Niños:** Ninguno Hijo (s); # _____ Hija (s); # _____**Vive con:** Solo Cónyuge Otros significativos Padres Compañero Otros: _____**Mascotas:** Ninguno Perro (s) CAT (s) Pájaro (s) Reptil (es) Caballo (s) Otros: _____**Nutrición:** Vegetariano Dieta deficiente Dieta media Buena dieta Dieta excelente**Angela M Giron MD PA**

3661 S. Miami Ave # 1002, Miami, FL 33133 • Tel. 786.502.2688 FaX: 786.502.2699

Historia social (continúa):

Por favor, compruebe junto a todo lo que se aplica.

Ejercicio:

Ninguno Sedentaria En; ___ días por semana Regular; ___ días por semana

Sexual Orientación:

Heterosexual homosexual Bisexuales Otros: _____ Optó por no revelar

Anticoncepción:

Ninguno Diafragma Vasectomía Condones Histerectomía
 Menopausia Anticonceptivos orales Ligadura de trompas Dispositivo intrauterino
Abstinencia

Fumar:

Nunca fumó Fumador actual Ex fumador Exposición al tabaquismo secundario

Detalles que fuman:

Número ahumado en un día: _____ cigarettes _____ Pack (s)

Edad de fumar Inicio: _____ Edad cuando se rinde: _____

Alcohol:

Nunca Raro Ocasional Socialmente Dependiente Ex bebedor Recuperación de alcohólicos

Detalles del alcohol:

Número de bebidas: _____ en un día; _____ en un semana

Ocasionalmente bebedor binge Bebedor frecuente de binge

Edad de inicio del alcohol: _____ Edad cuando se rinde: _____

Droga (s) ilícitas:

Nunca Cocaína Crack Éxtasis Heroína LSD (ácido) Marihuana
 Cristal/metanfetamina Opio PCP-fenciclidina (polvo de Ángel) Psicocybin Seta
 Poppers Otros: _____

Drogas ilícitas(s) Estado:

Nunca Raro Ocasional Socialmente Dependiente Antiguo usuario Drogodependencias
Recuperación

Droga (s) Inicio edad: _____ Edad cuando se rinde: _____

Cinturón:

Sí No Ocasional

Angela M Giron MD PA

3661 S. Miami Ave # 1002, Miami, FL 33133 • Tel. 786.502.2688 FaX: 786.502.2699

Historia familiar

Por favor coloque el cheque al lado de todas las condiciones que aplican.

Madre: Historia desconocida Vivo Difuntos

Alcoholismo	Anomalía congénita	Hipertensión
Anemia	EPOC	Hipotiroidismo
Ansiedad	Enfermedad de Crohn	Enfermedad renal
Asma	Depresión	Enfermedad hepática
Defectos congénitos	Diabetes	Nacimientos múltiples
CAD	Epilepsia	Osteoartritis
Cardiovascular	Gerd	Osteoporosis
CHF	Hipercolesterolemia	Enfermedad pulmonar
Cancer: _____	Hiperlipidemia	Movimiento
		Abuso de sustancias

Padre: Historia desconocida Vivo Difuntos

Alcoholismo	Anomalía congénita	Hipertensión
Anemia	EPOC	Hipotiroidismo
Ansiedad	Enfermedad de Crohn	Enfermedad renal
Asma	Depresión	Enfermedad hepática
Defectos congénitos	Diabetes	Nacimientos múltiples
CAD	Epilepsia	Osteoartritis
Cardiovascular	Gerd	Osteoporosis
CHF	Hipercolesterolemia	Enfermedad pulmonar
Cáncer: _____	Hiperlipidemia	Movimiento
		Abuso de sustancias

Sibling(s): Historia desconocida Vivo Difuntos

Alcoholismo	Anomalía congénita	Hipertensión
Anemia	EPOC	Hipotiroidismo
Ansiedad	Enfermedad de Crohn	Enfermedad renal
Asma	Depresión	Enfermedad hepática
Defectos congénitos	Diabetes	Nacimientos múltiples
CAD	Epilepsia	Osteoartritis
Cardiovascular	Gerd	Osteoporosis
CHF	Hipercolesterolemia	Enfermedad pulmonar
Cáncer: _____	Hiperlipidemia	Movimiento
		Abuso de sustancias

Angela M Giron MD PA

3661 S. Miami Ave # 1002, Miami, FL 33133 • Tel. 786.502.2688 FaX: 786.502.2699



Dr. Angela M Giron

3661 S Miami Ave, Ste 1002 | Miami, FL 33133
Teléfono: 786.502.2688 | Fax: 786.502.2699 | Info@DocGiron.com |

Autorización para divulgar información médica

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Nombre anterior: _____ Seguridad social #: _____

Solicito y autorizo al Dr. _____ Médico Dirección: _____
para divulgar la información sanitaria del paciente nombrado arriba para: _____
Médico Teléfono: _____

Esta solicitud y autorización se aplica a:

Healthcare information relating to the following treatment, condition, or dates

Lista: _____

All healthcare information Other

Información adicional: _____

Definición: eNfermedad de transmisión sexual (STD) según lo definido por la ley, RCW 70,24 y siguientes, incluye herpes, simplex de herpes, virus del papiloma humano, Verruga, Verruga genital, condiloma, clamidia, uretritis no específica, sífilis, VDRL, chancro, Linfogranuloma venereuem, El VIH (virus de inmunodeficiencia humana), el SIDA (síndrome de inmunodeficiencia adquirida) y la gonorrea.

Yes No Autorizo la liberación de mis resultados de ETS, pruebas de VIH/SIDA, ya sean negativas o positivas, a la persona (s) listada arriba. Entiendo que la persona (s) listada arriba será notificada que debo dar permiso específico por escrito antes de revelar estos resultados de prueba a cualquiera.

Yes No Autorizo la liberación de cualquier registro relacionado con drogas, alcohol o tratamiento de salud mental a la persona (s) listada arriba.

Firma del paciente: _____ Fecha firmada: __ __

Esta autorización expira 90 días después de su firma.

Angela M Giron MD PA

3661 S. Miami Ave # 1002, Miami, FL 33133 • Tel. 786.502.2688 FaX: 786.502.2699