13701 Cypress Terrace Cir
Fort Myers, FL 33907
PH: (239) 277-1655 | FX: (239) 277-1255

PATIENT INTAKE FORM

Multi-Care Medical "Of SW Florida"

DATOS DEMOGRÁFICOS E HISTORIAL DEL PACIENTE:

Nombre : _____ **Fecha**: _____

Fecha De Nacimiento: _____ **Edad:** _____ **Sexo**: ☐ Masculino ☐ Feminino **SS#:** _____

Direccion: _____ **Ciudad/Estado/ZIP**: _____

Teléfono#: _____ **Correo electrónico**: _____@_____ ._____

☐ **Autorizo recibir correos electrónicos/mensajes de texto para recordatorios de citas y salud general de esta oficina**

Estado Civil: ☐ Soltero ☐ Casado ☐ Divorciado ☐ Separado ☐ Viudo

Nombre De Su Cónyuge: _____ **Teléfono del Cónyuge**: _____

Farmacia: _____ **Teléfono #:** _____

Nombre del contacto de emergencia: _____ **Relación**: _____ **Teléfono**: _____

☐ **Si un familiar o amigo pide hablar contigo, podemos decirle que estás aquí**

Estoy tomando: ☐ Medicamentos para la presión arterial ☐ Aspirina
☐ Relajantes musculares ☐ Anticoagulantes

¿Alguna vez ha tenido alguno de los siguientes síntomas?

☐ Ataque cardíaco/derrame cerebral	☐ Cirugía cardíaca/marcapasos	☐ Cardiopatía	☐ Abuso de alcohol
☐ Abuso de drogas	☐ Herpes	☐ Cáncer	☐ Enfermedad venérea
☐ Problemas sinusales	☐ Problemas respiratorios	☐ VIH/SIDA	☐ Problemas renales
☐ Diabetes	☐ Glaucoma	☐ Artritis	☐ Anemia
☐ Desmayos / Convulsiones	☐ Presión arterial alta/baja	☐Hepatitis	☐ Asma
☐ Úlcera/colitis	☐ Problemas psiquiátricos	☐Otro:	

¿Tienes algún metal en tu cuerpo? ☐ No ☐ Si, tengo: _____

Condición(es) médica(s):_____

Alergias: _____

Enumere cirugías/tratamientos anteriores con fechas: _____

_____

Enumere todos los accidentes graves pasados con fechas:_____

_____

Antecedentes de salud familiar (cáncer, presión arterial alta, enfermedad cardíaca, etc.):_____

¿Tomas suplementos o vitaminas? ☐ Si ☐ No **¿Haces ejercicio?** ☐ Si ☐ No

¿Estás siguiendo una dieta especial? ☐ Si ☐ No **¿Fuma usted?** ☐ Si ☐ No

Para mujeres: ¿Estás embarazada?☐ Si ☐ No **último ciclo menstrual:** _____

MOTIVO DE LA VISITA DE HOY:

☐ Accidente Automovilístico ☐ Resbalones y caídas ***Si fue un accidente, asegúrese de completar la sección Información del accidente a continuación***

☐ Trabajar ☐Deportes ☐ Crónico

¿Estas experimentando dolor? ☐ Si ☐ No **Fecha en que comenzó el dolor: _____**

¿El dolor está empeorando? ☐ Si ☐ No **El dolor es:** ☐ Constante ☐ Va y viene

INFORMACIÓN DEL ACCIDENTE: fecha del accidente: _____ @ ___:___ ☐ AM ☐ PM

Yo era el: ☐ Conductor ☐ Pasajero delantero ☐ Pasajero trasero

¿Número de personas en el vehículo?____ **¿La policía vino al lugar del incidente?** ☐ Si ☐ No

¿Hay un informe policial? ☐ Si ☐ No **¿Llevabas puesto el cinturón de seguridad?** ☐ Si ☐ No

¿Testigos?☐ Si ☐ No **¿Se desplegaron los airbags?** ☐ Si ☐ No

¿Quién fue citado?:☐ Ser ☐ Otro

En relación a su cráneo, el reposacabezas era: ☐ Arriba ☐ Abajo ☐ En la base del cráneo

¿Qué impacto tuviste? ☐ Otro vehiculo ☐ Otro: _____

¿Alguna parte del cuerpo golpeó el vehículo? _____

¿Marca/modelo del vehículo que usted ocupaba? _____

¿Nombre de la calle por la que viajabas?_____

En que dirección se dirijia usted? : ☐ Norte ☐ Sur ☐ Este ☐ Oeste - A (velocidad)_____ MPH.

El impacto vino de: ☐ De Frente ☐ Trasero ☐ Lado izquierdo ☐ Lado derecho

Durante el impacto usted estaba mirando a su: ☐ Norte ☐ Sur ☐ Este ☐ Oeste

Tu eras ☐ Consciente del impacto antes de que ocurriera ☐ Sorprendido por el impacto

¿Cuál era la marca/modelo del otro vehículo?_____

Ellos se dirigían: ☐ Norte ☐ Sur ☐ Este ☐ Oeste A (velocidad)_____ MPH

Describa el accidente en detalle:_____

_____

_____

¿Quedaste inconsciente?☐ No ☐ Sí, ¿por cuánto tiempo?_____

Describa cómo se sintió después del accidente: _____

¿Hospital?☐ Si ☐ No

¿Ambulancia?☐ No ☐ Si (¿dónde?)_____

¿Cuando fuiste? ☐ despues del accidente ☐ dia siguiente ☐ 2+ días

¿Hiciste alguna toma de imágenes? ☐ rayos x ☐ tomografías computarizadas ☐ resonancias magnéticas

CUÉNTANOS SOBRE TU DOLOR:

☐ **Vertigo** ☐ **Dolor/rigidez de cuello** ☐ **Dolor de codo __ L __ R**
☐ **Pérdida de memoria** ☐ **Dolor en el pecho** ☐ **Dolor de muñeca/mano __ L __ R**
☐ **dolores de cabeza** ☐ **Dolor de espalda superior** ☐ **dolor de pierna __ L __ R**
☐ **Nauseas** ☐ **Dolor de espalda media** ☐ **dolor de rodilla __ L __ R**
☐ **Visión borrosa** ☐ **Dolor de espalda baja** ☐ **Dolor de pie/tobillo __ L __ R**
☐ **Zumbido / pitido en el oído __L __R** ☐ **Entumecimiento en el brazo, las manos y los dedos**
☐ **Dolor de hombro __ L __ R** ☐ **Piernas/pies entumecidos __ L __ R**

☐ **Otro: _____**

Empleador:_____ Ocupación: _____

¿Su dolor interfiere con: ☐ Trabajar ☐ Dormir ☐ Rutina diaria

¿Ha tenido usted una condición similar en el pasado? ☐ Si ☐ No

¿Alguna vez ha sido tratado por un médico?☐ Si ☐ No

¿Alguna vez has sido tratado por un quiropráctico?☐ Si ☐ No **¿Quien?**_____

¿Has podido trabajar?☐ Si ☐ No **¿Cuanto tiempo dura un dia laboral?** _____

¿Se ha visto afectado su trabajo desde el accidente?☐ Si ☐ No

Mientras está en recuperación, ¿hay algún trabajo liviano que pueda solicitar? ☐ Si ☐ No

Para evaluar el efecto que tendrá continuar trabajando en su recuperación, complete:

☐ **De pie** ☐ **Conduciendo** ☐ **Operar equipo** ☐ **Sesión** ☐ **Retortijón**
☐ **Caminando** ☐ **Arrastrándose** ☐ **trabajar con brazos** ☐ **Levantamiento** ☐ **Doblar**
☐ **Cargado de espaldas** ☐ **Otro: _____**

Indique su grado de comodidad al realizar las siguientes actividades:

Actividad	Cómodo	Incómodo	Doloroso	N/A
Acostado boca arriba	☐	☐	☐	☐
Acostado de lado	☐	☐	☐	☐
Acostado boca abajo	☐	☐	☐	☐
Durmiendo sentado	☐	☐	☐	☐
De pie	☐	☐	☐	☐
Caminando	☐	☐	☐	☐
Corrienado	☐	☐	☐	☐
Deportes	☐	☐	☐	☐
Trabajando	☐	☐	☐	☐
Levantamiento	☐	☐	☐	☐

Autorizo al personal a realizar cualquier servicio necesario durante el diagnóstico y el tratamiento. También autorizo al proveedor o a la organización de atención médica administrada a divulgar cualquier información necesaria para procesar las reclamaciones de seguros. Entiendo la información anterior y garantizo que este formulario se completó correctamente según mi leal saber y entender, y entiendo que es mi responsabilidad informar a esta oficina sobre cualquier cambio en la información que he proporcionado

FIRMA: _____ FECHA: _____

TESTIGO: _____

Cesión de Beneficios de Primera Parte
[Excluyendo Cobertura de Automovilista No Asegurado (UM)]

Yo, el paciente/asegurado que suscribe, con pleno conocimiento, de manera voluntaria e intencional, cedo los derechos y beneficios de mis coberturas de Protección contra Lesiones Personales (PIP) y Pagos Médicos (MedPay) de mi póliza de seguro de automóvil a **Multi Care Medical of SW Florida, PLLC**. Entiendo que la intención del proveedor es aceptar esta cesión de beneficios en lugar de exigir el pago en el momento en que se prestan los servicios. Asimismo, entiendo que este documento autoriza a **Multi-Care Medical of SW Florida, PLLC** a presentar una demanda contra la aseguradora para obtener el pago de los beneficios del seguro o una explicación de beneficios, y a reclamar los daños conforme al Estatuto de Florida 627.428. Si las facturas del proveedor se aplican al deducible, acepto que esto constituye un beneficio para mí. Si la aseguradora cuestiona la validez de esta cesión, se le instruye notificar por escrito a **Multi-Care Medical of SW Florida, PLLC** dentro de los cinco (5) días posteriores a la recepción de este documento. La falta de notificación implicará la renuncia por parte de la aseguradora a disputar la validez de esta cesión. El abajo firmante instruye a la aseguradora a pagar directamente al proveedor médico el monto máximo posible, sin reducciones y sin incluir el nombre del paciente en el cheque. En caso de que la aseguradora alegue una falsa declaración material en la solicitud de seguro que conlleve la nulidad, rescisión o cancelación de la póliza, yo, como asegurado principal, cedo a **Multi-Care Medical of SW Florida, PLLC** el derecho a recibir el reembolso de las primas pagadas por mi cobertura PIP y autoridad para demandar su recuperación. La aseguradora deberá emitir dicho reembolso únicamente a nombre del proveedor. Si el monto de las facturas médicas no excede la prima reembolsada, entonces **Multi-Care Medical of SW Florida, PLLC** deberá emitir un cheque al paciente/asegurado por la diferencia entre ambos montos.Entiendo que soy directa, individual y personalmente responsable ante **Multi-Care Medical of SW Florida, PLLC** por todas las facturas médicas derivadas de los servicios que se me presten, y que mi obligación de pago no depende de ninguna recuperación, acuerdo o sentencia.

DISPUTAS: La aseguradora tiene prohibido emitir cheques o giros en pago parcial que contengan o estén acompañados por lenguaje de liberación de responsabilidad, salvo que exista un acuerdo escrito previo entre el proveedor (específicamente el gerente de oficina) y la aseguradora. Cualquier pago parcial depositado por **Multi-Care Medical of SW Florida, PLLC** se considerará bajo protesta y no constituirá una renuncia ni aceptación de un monto reducido como pago total.

Si la aseguradora paga las reclamaciones al 200% de la tarifa de Medicare, se le instruye proporcionar una copia de la póliza de seguro dentro de los 10 días. Cualquier intento de pago en satisfacción total de deuda deberá ser enviado a la dirección arriba indicada, a la atención del Gerente de Oficina, conforme al Estatuto de Florida 673.3111.

DECLARACIONES Y EXÁMENES (EUO / CME): Si la aseguradora programa un Examen de Defensa o Examen Bajo Juramento (EUO), deberá enviar copia de la notificación a **Multi-Care Medical of SW Florida, PLLC**.

El proveedor o su abogado están expresamente autorizados para comparecer a cualquier EUO o CME.

El proveedor no actúa como agente ni de la aseguradora ni del paciente.

Esta cesión aplica a gastos médicos pasados y futuros, es válida aunque no tenga fecha, y una fotocopia tiene la misma validez que el original. Acepto pagar deducibles, copagos y servicios no cubiertos una vez que la póliza se agote o si son ajenos al accidente automovilístico. Autorizo a **Multi-Care Medical of SW Florida, PLLC** a endosar mi nombre en cualquier cheque por servicios prestados y a solicitar copias de declaraciones o EUOs otorgadas por el paciente.

AUTORIZACIÓN DE DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN: Autorizo a **Multi-Care Medical of SW Florida, PLLC** a: Proporcionar a la aseguradora, intermediarios, otros proveedores médicos y mi abogado cualquier información contenida en mis registros médicos. Obtener información sobre mi cobertura de seguro (hoja de declaración y póliza completa).

Solicitar explicaciones de beneficios (EOBs), hojas de pago PIP sin redactar y copias de archivos de siniestros y registros médicos de cualquier proveedor o aseguradora. Producir mis registros médicos a su abogado en relación con litigios pendientes.

La aseguradora está instruida a mantener en confidencialidad los registros médicos de este proveedor y no divulgarlos sin autorización escrita previa del paciente y del proveedor.

DEMANDA Y PAGO: Se demanda a la aseguradora que pague todas las facturas dentro de los 30 días sin reducciones, y que envíe dentro de los 15 días la hoja PIP sin redactar y la declaración de cobertura. Las facturas deberán pagarse en el orden recibido.

Si se reciben en el mismo día una factura de este proveedor y un reclamo de otro, la aseguradora deberá pagar primero a **Multi-Care Medical of SW Florida, PLLC** y no aplicar dicha factura al deducible. En caso de disputa o reducción de facturas, la aseguradora deberá: Reservar el monto total en disputa. Mantenerlo en cuenta de depósito (escrow) hasta que se resuelva judicialmente. No agotar la póliza ni pagar dicho monto a ninguna otra parte. La aseguradora debe notificar por escrito a **Multi-Care Medical of SW Florida, PLLC** sobre cualquier disputa.

CERTIFICACIÓN: Certifico que: He leído y acepto todo lo anterior. No he sido solicitado ni prometido beneficio alguno a cambio de recibir atención médica. No he recibido promesas ni garantías sobre los resultados del tratamiento. Reconozco que los tratamientos y suministros del proveedor son médicamente necesarios y relacionados con mis lesiones.

Advertencia: Lea antes de firmar. Si no comprende completamente este documento, solicite que se le explique. Al firmar a continuación, se entenderá que comprende y acepta todo lo anterior.

Nombre: _____ Firma: _____ Fecha: _____

Autorización para tratamiento médico

E, el abajo firmante, paciente de esta oficina, por la presente autorizo a **MULTI-CARE MEDICAL OF SW FLORIDA** y/o a los médicos de **MULTI-CARE MEDICAL OF SW FLORIDA** (y a quienes ellos designen como sus asistentes) a administrar los tratamientos que sean necesarios y a realizar la siguiente terapia y manipulación, así como cualquier terapia o procedimiento adicional que se considere terapéuticamente necesario según los hallazgos durante el curso de dicho tratamiento.

Por la presente certifico que he leído y comprendido completamente la Autorización de Tratamiento Médico anterior, el motivo por el cual dicho tratamiento se considera necesario, sus ventajas y posibles complicaciones, si las hubiera, así como las posibles alternativas de tratamiento que me han explicado **MULTI-CARE MEDICAL OF SW FLORIDA** y/o los médicos de **MULTI-CARE MEDICAL OF SW FLORIDA**.

También certifico que no se ha ofrecido ninguna garantía ni seguridad en cuanto al resultado que pueda obtenerse.

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

Nombre del paciente: _____ Testigo: _____

Autorización para información médica

La autorización o fotocopia del presente documento le autoriza a proporcionar toda la información que tenga sobre mi condición mientras esté bajo su observación o tratamiento, incluyendo el historial médico, los hallazgos radiográficos y físicos, el diagnóstico y el pronóstico. Está autorizado a proporcionar esta información de acuerdo con la póliza de seguro de auto "SIN CULPA" de Florida.

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

Autorización para información sobre sueldos y salarios

La autorización o fotocopia del presente documento le autoriza a proporcionar toda la información que tenga sobre mi sueldo o salario. Está autorizado a proporcionar esta información de conformidad con la Ley de Seguros de Automóvil "SIN CULPA" de Florida (Statute 71.252F.5).

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

Seguridad social #: _____

CUALQUIER PERSONA QUE A SABIENDAS Y CON LA INTENCIÓN DE DAÑAR, DEFRAUDAR O ENGAÑAR A CUALQUIER COMPAÑÍA DE SEGUROS O PRESENTE UNA DECLARACIÓN O RECLAMO QUE CONTENGA CUALQUIER INFORMACIÓN FALSA, INCOMPLETA O ENGAÑOSA ES CULPABLE DE UN DELITO GRAVE DE TERCER GRADO.

Aviso de reconocimiento de prácticas de privacidad

Entiendo que, según la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996 (HIPPA), tengo ciertos derechos a la privacidad con respecto a mi información médica protegida. Entiendo que esta información puede y será utilizada para:

- Llevar a cabo, planificar y dirigir mi tratamiento y seguimiento entre los múltiples proveedores de atención médica que puedan estar involucrados en ese tratamiento directa e indirectamente.
- Obtener el pago de terceros pagadores.
- Realizar operaciones normales de atención médica, como evaluaciones de calidad y certificaciones médicas.

He recibido, leído y comprendido su Aviso de Prácticas de Privacidad, que contiene una descripción más completa de los usos y divulgaciones de mi información médica. Entiendo que esta organización tiene el derecho de modificar su Aviso de Prácticas de Privacidad ocasionalmente y que puedo contactarla en cualquier momento a la dirección indicada anteriormente para obtener una copia actualizada del mismo.

Entiendo que puedo solicitar por escrito que restrinjan el uso o la divulgación de mi información privada para llevar a cabo tratamientos, pagos u operaciones de atención médica. También entiendo que no están obligados a aceptar las restricciones que solicito, pero si las aceptan, están obligados a cumplirlas.

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

Nombre del paciente: _____ Testigo: _____

ACUERDO IRREVOCABLE DE PAGO DIFERIDO

Yo, _____, por la presente autorizo a **Multi-Care Medical, LLC.** ("Proveedor") a **posponer, a su entera discreción, la exigencia de pago por los servicios prestados.** Entiendo que dicha postergación **puede ser otorgada, modificada o revocada en cualquier momento y por cualquier motivo.**

No obstante cualquier aplazamiento, reconozco y acepto que **sigo siendo personal y totalmente responsable de todos los cargos y honorarios por los servicios prestados** por Multi-Care Medical, LLC. y/o sus proveedores.

Este acuerdo se realiza únicamente **como una cortesía y para ofrecer flexibilidad en los plazos de pago**, y **NO me libera de la responsabilidad financiera** por dichos servicios.

Asimismo, acepto que, en caso de **incumplir con el pago del monto exigido en la fecha correspondiente**, seré responsable de **todos los honorarios razonables de abogados, costos de cobranza y gastos** en que incurra Multi-Care Medical, LLC. para hacer cumplir este acuerdo o cobrar mi saldo pendiente.

Al firmar a continuación, confirmo que **he leído, entendido y aceptado voluntariamente** los términos contenidos en este documento.

Nombre del paciente: _____
Firma: _____
Fecha: _____

Multi-Care Medical Of SW Florida
13701 Cypress Terrace Cir.
Fort Myers, FL 33907
Tel: (239) 277-1655
Fax: (239) 277-1255
Correo electrónico: admin@multi-caremedical.com

APPLICATION FOR FLORIDA "NO FAULT" BENEFITS

NAME OF INSURANCE COMPANY

DATE	OUR POLICY HOLDER	DATE OF ACCIDENT	FILE NUMBER

TO ENABLE US TO DETERMINE IF YOU ARE ENTITLED TO BENEFITS UNDER THE FLORIDA PERSONAL INJURY PROTECTION LAW, PLEASE COMPLETE THIS FORM AND RETURN IT PROMPTLY.

ANY PERSON WHO KNOWINGLY AND WITH INTENT TO INJURE, DEFRAUD OR DECEIVE ANY INSURANCE COMPANY MAKES A STATEMENT OF CLAIM CONTAINING ANY FALSE INCOMPLETE OR MISLEADING INFORMATION, IS GUILTY OF A FELONY OF THE THIRD DEGREE.

YOUR NAME	PHONE NO.	HOME	BUSINESS

YOUR ADDRESS (NO, STREET, CITY OR TOWN, STATE AND ZIP CODE)	DATE OF BIRTH	SOCIAL SECURITY NO.

PERMANENT ADDRESS, IF DIFFERENT	HOW LONG HAVE YOU LIVED IN FLORIDA?

DATE AND TIME OF ACCIDENT	PLACE OF ACCIDENT (STREET, CITY OR TOWN AND STATE)

BRIEF DESCRIPTION OF ACCIDENT AND VEHICLES INVOLVED:

DESCRIBE MOTOR VEHICLE YOU OWN -	DESCRIBE MOTOR VEHICLE OWNED BY ANY MEMBER OF YOUR FAMILY-

AS A RESULT OF THIS ACCIDENT, WERE YOU INJURED? IF YOUR ANSWER IS YES, COMPLETE THE REST OF THIS FORM. IF NO, SIGN HERE AND RETURN THIS FORM TO US.

SIGNATURE: **DATE:**

DESCRIBE YOUR INJURY

WERE YOU TREATED BY A DOCTOR?		DOCTOR'S NAME AND ADDRESS
IF YOU WERE TREATED IN A HOSPITAL, WERE YOU AN IN PATIENT ____ OUT PATIENT _____		HOSPITAL'S NAME AND ADDRESS

AMOUNT OF MEDICAL BILLS TO DATE	WILL YOU HAVE MORE MEDICAL EXPENSE?	AT THE TIME OF YOUR ACCIDENT, WERE YOU IN THE COURSE OF YOUR EMPLOYMENT?

DID YOU LOSE WAGES OR SALARY AS A RESULT OF YOUR INJURY?	IF YES, AMOUNT OF LOSS TO DATE	WHAT IS YOUR AVERAGE WEEKLY WAGE OR SALARY?

IF YOU LOST WAGES:	DATE DISABILITY FROM WORK BEGAN	DATE YOU RETURNED TO WORK

HAVE YOU RECEIVED, OR ARE YOU ELIGIBLE FOR, PAYMENTS UNDER ANY WORKMEN'S COMPENSATION OR EMPLOYMENT LAW?	IF YES, AMOUNT PER WEEK PER MONTH

LIST NAMES AND ADDRESSES OF YOUR PRESENT EMPLOYER(S) AND GIVE YOUR OCCUPATION AND DATES OF EMPLOYMENT FOR EACH

EMPLOYER AND ADDRESS	YOUR OCCUPATION	FROM	TO
EMPLOYER AND ADDRESS	YOUR OCCUPATION	FROM	TO
EMPLOYER AND ADDRESS	YOUR OCCUPATION	FROM	TO

AS A RESULT OF YOUR INJURY HAVE YOU HAD ANY OTHER EXPENSES?	IF YES, EXPLAIN ON REVERSE SIDE
SIGNATURE: DATE:	

IMPORTANT: 1. TO BE ELIGIBLE FOR BENEFITS COMPLETE AND SIGN THIS APPLICATION
2. SIGN AND ATTACH AUTHORIZATION(S)
3. RETURN PROMPTLY WITH ANY MEDICAL BILLS YOU HAVE RECEIVED TO DATE

OFFICE OF INSURANCE REGULATION
Bureau of Property & Casualty Forms and Rates

Standard Disclosure and Acknowledgement Form
Personal Injury Protection - Initial Treatment or Service Provided

The undersigned insured person (or guardian of such person) affirms:

1. The services or treatment set forth below were **actually rendered.** This means that those services have **already been provided.**

_____

_____

2. I have the right and the **duty to confirm** that the services have already been provided.

3. I was **not solicited** by any person to seek any services from the medical provider of the services described above.

4. The medical provider has **explained** the services to me for which payment is being claimed.

5. If I notify the insurer in writing of a billing error, I may be entitled to a portion of any reduction in the amounts paid by my motor vehicle insurer. If entitled, my share would be at least 20% of the amount of the reduction, up to $500.

Insured Person (patient receiving treatment or services) or Guardian of Insured Person:

Name *(PRINT or TYPE)*	Signature	Date

The undersigned licensed medical professional or medical director, if applicable, affirms the statement numbered 1 above and also:

A. I have **not solicited** or caused the insured person, who was involved in a motor vehicle accident, to be solicited to make a claim for Personal Injury Protection benefits.

B. The treatment or services rendered were explained to the insured person, or his or her guardian, **sufficiently** for that person to sign this form with informed consent.

C. The accompanying statement or bill is **properly completed** in all material provisions and all relevant information has been provided therein. This means that each request for information has been responded to **truthfully, accurately**, and in a **substantially complete** manner.

D. The coding of procedures on the accompanying statement or bill is proper. This means that **no service has been upcoded, unbundled**, or constitutes an invalid **or not medically necessary diagnostic test** as defined by Section 627.732(14) and (15), Florida Statutes or Section 627.736(5)(b)6, Florida Statutes.

Licensed Medical Professional Rendering Treatment/Services or Medical Director, if applicable *(Signature by his/ her **own hand**):*

Name *(PRINT or TYPE)*	Signature	Date

Any person who knowingly and with intent to injure, defraud, or deceive any insurer files a statement of Claim or an application containing any false, incomplete, or misleading information is guilty of a felony of the third degree per Section 817.234(1)(b), Florida Statutes.

Note: The **original** of this form must be furnished to the insurer pursuant to Section 627.736(4)(b), Florida Statutes and may **not** be electronically furnished. Failure to furnish this form may result in non-payment of the claim.

DECLARACIÓN JURADA DE SEGURO DE SALUD

Reconozco lo siguiente colocando mis iniciales junto a mi selección:
POR FAVOR HAGA UNA SELECCIÓN A CONTINUACIÓN

☐ Certifico que **no estaba cubierto por ningún tipo de seguro de salud** en el momento del accidente ocurrido el día _____.

☐ Tengo seguro de salud y **autorizo a MCM a presentar una reclamación en mi nombre**, sin embargo, **ellos no son proveedores dentro de la red** de mi seguro médico.

☐ Tengo seguro de salud y **elijo no utilizarlo** por el siguiente motivo:

(MARQUE TODAS LAS RAZONES QUE APLIQUEN A SU CASO)

_____ Los gastos de bolsillo, coseguro, deducible y copagos representan una carga económica para mí.
_____ No he podido obtener las referencias/autorizaciones necesarias para usar mi plan de seguro y recibir atención médica de manera oportuna.
_____ No he podido encontrar un médico dentro de la red de mi seguro que pueda atenderme a tiempo.
_____ Otro: _____

Entiendo que **soy financieramente responsable por los servicios médicos que se me proporcionen.** Además, entiendo que **MCM no tiene contrato con ninguna compañía de seguro médico** y **no está obligado a facturar ni aceptar ningún tipo de pago de seguro.**
El paciente acepta que nuestras tarifas son **razonables y habituales** según la ubicación geográfica donde se brindó el tratamiento.
Si se solicita, **MCM puede presentar una reclamación a mi seguro como cortesía**, pero dicha presentación **no implica ningún acuerdo para aceptar la tarifa del seguro como pago total.**

SUSCRITO Y JURADO BAJO PENA DE PERJURIO EL DÍA

_____ de _____ de 2026.

Firma: _____ **Fecha:** _____

(Multi-Care Medical no pertenece a la red, pero facturará fuera de la red cuando corresponda.)
Nombre:

_____

STAT REQUEST!

Date: _____

DISCLOSURE OF PROTECTED HEALTH INFORMATION

Information may be disclosed by: _____

Tel: _____ Fax: _____

Information to be disclosed to : **MULTI-CARE MEDICAL OF SW FLORIDA**

13701 CYPRESS TERRRACE CIRCLE. FORT MYERS, FL 33907

TEL: (239) 277-1655 FAX: (239) 277-1255

PATIENT WHOSE PROTECTED HEALTH INFORMATION IS TO BE DISCLOSED

Patient Name: _____ Date of Birth: _____

Social Security: _____ Date of Accident: _____

INFORMATION TO BE DISCLOSED

- ☐ ALL MEDICAL RECORDS
- ☐ Final Narrative Dictated Report
- ☐ Patient was involved in a prior MVA on or approximately: _____
- ☐ X-RAYS / MRI / CT / ULTRASOUND
- ☐ Progress Notes / Consultation
- ☐ Other: _____

Expiration Date – This authorization will expire (_____) 2 years from the above referenced date. I understand that if I fail to specify an expiration or event, this authorization will expire six (6) months from the date on which I signed.

Re-Disclosure: I understand that once the above information is disclosed. It may be re-disclosed by the recipient and the information may not be protected by federal privacy laws or regulations.

Conditioning: I understand that completing the authorization form is voluntary. I realize that treatment will not be denied if I refuse to sign this form.

Revocation: I understand that I have the right to revoke this authorization at any time by giving a written/verbal notice to the office listed above.

_____ _____

Patient Signature Date