

**Carlos E. Spera M.D.**  
*Plastic and Reconstructive Surgery*

**The Crexent Business Center**  
12575 Orange Drive # 303  
Davie, FL 33330  
(954) 577-8585

**Palm Springs Center**  
1840 West 49 Street # 411  
Hialeah, FL 33012  
(305) 698-0070

**Flagler Park Plaza**  
8227 West Flagler Street  
Miami, FL 33144  
(305) 267-6777

**INFORMACION DEL PACIENTE**

ESTE FORMULARIO DEBE SER COMPLETADO Y FIRMADO

NOMBRE DEL PACIENTE \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_ EDAD \_\_\_\_\_ LOS ULTIMOS 4 NUMEROS DEL SS # \_\_\_\_\_

TELEFONO \_\_\_\_\_ CELULAR \_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_

DIRECCION \_\_\_\_\_

CIUDAD \_\_\_\_\_ ESTADO \_\_\_\_\_ ZIP CODE \_\_\_\_\_

# DE LICENCIA DE CONDUCIR \_\_\_\_\_ (Copia de identificasion con foto es necesaria)

DIRECCION PERMANENTE (distinta a la mencionada) \_\_\_\_\_

CENTRO DE TRABAJO \_\_\_\_\_ DIRECCION \_\_\_\_\_ TELEFONO \_\_\_\_\_

NOMBRE DE ESPOSO/A \_\_\_\_\_ OCUPACION \_\_\_\_\_ TELEFONO \_\_\_\_\_

PERSONA PARA CONTACTAR EN CASO DE EMERGENCIA Y/O SI USTED NO ES CAPAZ DE TOMAR

DECISIONES MEDICAS: \_\_\_\_\_ RELACION: \_\_\_\_\_ TELEFONO ( trabajo) \_\_\_\_\_

TIENE USTED INSTRUCCIONES POR ADELANTADO DEL SISTEMA DE SANIDAD?: SI: \_\_\_\_\_ NO: \_\_\_\_\_

DE SER SI, EXPLIQUE: \_\_\_\_\_

DOCTOR GENERAL \_\_\_\_\_ TELEFONO \_\_\_\_\_

COMO FUE REFERIDO/A A ESTA OFICINA? \_\_\_\_\_

PROCEDIMIENTO (S) DE INTERES \_\_\_\_\_

EN CASO DE QUE SE LE COBRE A MI SEGURO DE SALUD, YO AUTORIZO AL DR. SPERA PARA QUE SOMETA EL FORMULARIO DE RECLAMO AL SEGURO DE SALUD, A QUE RELEVE CUALQUIER INFORMACION MEDICA NECESARIA PARA PAGAR EL RECLAMO, Y A RECIBIR EL PAGO. EL DR. SPERA ESTA DE ACUERDO EN ACEPTAR CUALQUIER CARGO DE DETERMINACION DEL SEGURO DE SALUD COMO EL CARGO COMPLETO, Y EL PACIENTE ES SOLAMENTE RESPONSABLE POR SERVICIOS DEDUCIBLES, CO-SEGURO Y SERVICIOS QUE NO SON CUBIERTOS. YO ENTIENDO QUE SI POR CASUALIDAD YO RECIBO ALGUN PAGO DE MI SEGURO DE SALUD POR LOS SERVICIOS REALIZADOS, YO SOY RESPONSABLE DE MANDAR ESE PAGO AL DR. SPERA.

\_\_\_\_\_  
**FIRMA DEL PACIENTE** (o representante legal)

\_\_\_\_\_  
**FECHA**