

**Vein & Vascular Center of South Florida**

Today's Date:

Pembroke Pines

**PATIENT INFORMATION (INFORMACIÓN DEL PACIENTE)**

Patient's Last Name (apellido)		First (nombre)	Middle (Segundo)	<input type="checkbox"/> Mr. <input type="checkbox"/> Miss <input type="checkbox"/> Mrs. <input type="checkbox"/> Ms.	Marital Status (Estado Matrimonial) <input type="checkbox"/> Sgl <input type="checkbox"/> Mar <input type="checkbox"/> Div <input type="checkbox"/> Sep <input type="checkbox"/> Wid		
Is this your legal name? (su nombre legal?) <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	If not, what is your legal name? (si no, cual es su nombre legal?)		Social Security (numero de Seguro Social)		Birth Date (Fecha de Nacimiento)	Age (edad)	Sex (sexo) <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Street Address (calle) <input type="checkbox"/> Home (casa) <input type="checkbox"/> Apt			City (ciudad)	State (estado)	Zip (codigo postal)	Home Phone (telefono de casa). ( )	
Occupation (ocupacion)		Employer (empleador)				Alternative # (telefono alternativo) ( )	
Religion (religion)		Primary Language Spoken (primer idioma)					
Primary Care Doctor (Doctor Primario)					Phone No. (telefono) ( )	Fax No. (fax) ( )	
Chose office Because/Referred to office by (que doctor lo refiere?) <input type="checkbox"/> Family <input type="checkbox"/> Friend <input type="checkbox"/> Close to Home/Work				<input type="checkbox"/> Dr. ( )		<input type="checkbox"/> Hospital	
				<input type="checkbox"/> Yellow Pages		<input type="checkbox"/> Other _____	
Other Family Members Seen Here _____							
Reason for today's visit? (razon de visita) _____							
<b>In case of emergency (en emergencias, contactar a:)</b>							
Name (nombre) :					Relationship (la relacion)	Phone# (telefono)	
						( ) -	

Under Florida law, physicians are generally required to carry medical malpractice insurance or otherwise demonstrate financial responsibility to cover potential claims for medical malpractice. YOUR DOCTOR HAS DECIDED NOT TO CARRY MEDICAL MALPRACTICE INSURANCE. This is permitted under Florida law to subject certain conditions. Florida Law imposes penalties against non-insured physicians who fail to satisfy adverse judgments arising from claims of medical malpractice. This notice is provided pursuant to Florida law.

Bajo la ley de la Florida, Los medicos son generalmente requeridos de llevar un seguro medico para negligencia o de otra manera demostrar responsabilidad financiera para cubrir los reclamos potenciales contra negligencia medica. SU MEDICO HA DECIDIDO NO LLEVAR SEGURO DE NEGLIGENCIA MEDICA. Esto es permitido bajo la ley de la Florida subjecta a ciertas condiciones. La ley de la Florida impone penalidades contra medicos que no estan asegurados que fallan de satisfacer juicios adversos originado de reclamos de nigligncia medica. Esta notificacion esta proporcionada de acuerdo con la ley del estado de la Florida.

**YO LEI ENTIENDO LA NOTIFICACION DE NEGLIGENCIA MEDICA**

**I HAVE READ AND UNDERSTAND THE ABOVE MEDICAL MALPRACTICE NOTICE**

Patient Signature (firma) **X** \_\_\_\_\_ Date (fecha) \_\_\_\_\_

