

PATIENT MEDICAL REGISTRATION

New Patient Checklist

Patient's Name: «PatientFullName»

DOB: «PatientDOB»

Patient # «PatientNumber»

_____ Identification Card/Insurance Card(s) obtained & *scanned properly*

_____ Insurance Set Correctly/ Eligibility Verified

_____ Verified authorization/Referral Information/Ailment created

_____ **** *Deductible/Copay collected***

_____ E-mail address obtained and invite to portal has been sent.

_____ Complete referral source field

_____ Enter Pharmacy

_____ For Medicare patients make sure DMERC has been added.

_____ ***All required forms filled out/signed/dated***

Employee's Signature: _____ Date: _____

***** Packets must be completed, signed & scanned in order to proceed with treatment**

PATIENT MEDICAL REGISTRATION

Nombre del Paciente: «PatientFullName»

Fecha de Nacimiento «PatientDOB»

Número de seguro social:

Fecha de visita : _____

YOUR INFORMATION/ SU INFORMACIÓN

<p>Seguro Primario: «PlanName» Identificación de miembro:</p> <p>Número de Grupo: _____ «GroupNumber»</p> <p>Nombre del Primario de la Póliza: _____</p> <p>Fecha de Nacimiento: «SubscriberDOB»</p> <p>Número de Seguro Social del Primario: _____</p>	<p>Seguro Secundario:</p> <p>Número de Identificación de miembro: _____</p> <p>Número de Grupo Secundario: _____</p> <p>Nombre del Primario de la Póliza: _____</p> <p>Fecha de Nacimiento: _____</p> <p>Número de Seguro Social del Primario: _____</p>
<p>Residencia Primaria: Dirección:</p> <p>Ciudad/Estado</p> <p>Código Postal: _____</p>	<p>Residencia Secundaria: Dirección:</p> <p>Ciudad/Estado/Código Postal: _____</p>
<p>Teléfono Primario:</p>	<p>Número de celular:</p>
<p>Teléfono de Empleo:</p>	<p>Método preferido de teléfono (circule uno):</p> <p>Hogar Cell Correo electrónico: Mensaje de Texto</p>
<p>¿Esta cita es debida a un accidente automovilístico? SI/NO</p> <p>Parte del Cuerpo Lesionado:</p> <p>Fecha de la lesión:</p>	
<p>¿Esta cita es debida a una caída/ Responsabilidad? SI/NO</p> <p>Parte del cuerpo lesionado:</p> <p>Fecha de la lesión:</p>	
<p>¿Esta cita es de compensación a los empleados? SI/NO</p> <p>Parte del cuerpo lesionado: _____</p> <p>Fecha de la lesión: _____</p>	
<p>¿El caso está cerrado? SI/ NO o No Aplica</p> <p style="text-align: right;">¿Hay unabogado envuelto? SI/NO</p> <p>Nombre del Abogado:</p>	
<p>Idioma Preferido:</p>	<p>Ocupación:</p>
<p>Estado Civil: Empleador:</p>	<p>Estado de Empleo:</p>
<p>Etnicidad: /Hispano _____ No Hispano _____</p> <p>Race/Raza: Asian/Asiático _____ African American/AmeriAfricano _____ Caucasian/Caucásico _____ American Native/ Nativo Americano/ Alaskan _____</p> <p>Other/Otro: _____</p>	
<p>How did you hear about us? / Como escucho de nosotros?</p>	
<p>Primary Care Physician/Médico Primario:</p>	<p>Cardiologist (if applicable)/ Cardiólogo (si aplica):</p>
<p>Referred Physician/ Médico Referido:</p>	
<p>Do you have Internet Access? Yes or No ¿Usted tiene acceso al Internet? Si o No</p> <p style="text-align: right;">Email Address/Correo Electrónico: «PatientEmail»</p>	
<p>Emergency Contact/Contacto de Emergencia: Teléfono:</p>	<p>Ph# Pharmacy/Farmacia :</p>

PATIENT MEDICAL REGISTRATION

Seguro y Autorización (Por Favor lea y Firme a Continuación)

Solicito que el pago de los beneficios autorizados de Medicare u otra compañía de seguros se realice en mi nombre a Florida Joint & Spine Institute, PA. por cualquier servicio que me brinde esa parte que acepta la asignación. Se aplican las normas relativas a la asignación de beneficios de Medicare. Autorizo a cualquier titular de información médica o de otro tipo a divulgar a la administración del seguro social, la administración financiera de atención médica, sus intermediarios o proveedores, cualquier información necesaria para este o un reclamo de Medicare relacionado. Permito que se use una copia de esta autorización en lugar del original y solicito el pago de los beneficios del seguro médico a la parte que acepta la asignación. Entiendo que es obligatorio notificar al proveedor de atención médica de cualquier otra parte que pueda ser responsable de pagar mi tratamiento. (La sección 1128b de la ley de seguridad social y 31 U.S.C. 3801-3812 establece sanciones por retener esta información).

Su firma reconoce que ha leído, comprende y está de acuerdo con las políticas financieras anteriores, así como con la autorización del seguro.

Patient Signature -Firma del Paciente

Date: (Fecha): _____

PATIENT MEDICAL REGISTRATION

AUTORIZACIÓN PARA LIBERAR O UTILIZAR INFORMACIÓN PARA TRATAMIENTOS, PAGOS O OPERACIONES DE ATENCIÓN MÉDICA

Por la presente autorizo la liberación o el uso de mi información de salud individualmente identificable e información de expediente médico por **Florida Joint & Spine Institute, P.A.** con el fin de realizar operaciones de tratamiento, pago o atención médica. Le animamos a revisar la Notificación de Prácticas de Privacidad de la Práctica para obtener una descripción más completa y detallada de la posible liberación y uso de dicha información, y tiene el derecho de revisar dicha Notificación antes de firmar este formulario.

Usted conserva el derecho de solicitar que restringamos aún más la forma en que su información de salud protegida se libera o se utiliza para realizar el tratamiento, el pago o las operaciones de atención médica. Sin embargo, Florida Joint & Spine Institute, P.A. no está obligado a aceptar tales restricciones.

Entiendo que puedo revocar este consentimiento por escrito, excepto en la medida en que la organización ya haya tomado medidas en dependencia de la misma. También entiendo que al negarme a firmar este consentimiento o revocar este consentimiento, esta organización puede negarse a tratarme como lo permite la Sección 164.506 del Código de Regulaciones Federales.

También entiendo que **Florida Joint & Spine Institute, P.A.** se reserva el derecho de cambiar su Aviso y Prácticas y antes de su implementación, de acuerdo con la Sección 164.520 del Código de Regulaciones Federales. En caso de **Florida Joint & Spine Institute, P.A.** cambiarán su Notificación, enviarán una copia de cualquier notificación revisada a la dirección que ha proporcionado (si el correo de Estados Unidos o, si estoy de acuerdo, correo electrónico).

RESTRICCIONES: Deseo tener las siguientes restricciones al uso o divulgación de mi información de salud:

REVELAR INFORMACION:

Por la presente autorizo a Florida Joint & Spine Institute, P.A. para divulgar información sobre mi tratamiento a la (s) siguiente (s) persona (s):

CONSENTIMIENTO PARA CONTACTAR:

The Practice regularly communicates with its patients regarding appointment reminders, billing inquiries, prescription refills, making referrals, and other general medical & business matters. With respect to these general communications, I give the Practice permission to communicate with me via the following methods (**please check ALL that apply & provide the appropriate phone number or email address**):

La práctica se comunica regularmente con sus pacientes con respecto a recordatorios de citas, consultas de facturación, recargas de recetas, referencias y otros asuntos médicos y comerciales generales. Con respecto a estas comunicaciones generales, doy permiso a la práctica para comunicarse conmigo a través de los siguientes métodos (**marque TODOS los que correspondan y proporcione el número de teléfono o la dirección de correo electrónico apropiados**):

- Teléfono Celular- por Mensaje de Voz o Texto: (_____) _____ - _____
- Correo Electrónico: _____ @ _____

COMUNICACIONES ESPECIALES:

Además, la práctica puede desear informarme sobre los servicios o productos de atención médica que ofrece o brindarme información educativa sobre salud, como un boletín informativo. Al marcar la casilla a continuación, doy permiso a la práctica para enviar estas comunicaciones a través de la dirección de correo electrónico proporcionada anteriormente.

- Yo autorizo a la práctica a enviar comunicaciones por correo electrónico como se describe anteriormente.

CONDICIONES DE USO DE COMUNICACIONES ELECTRONICAS O CELULARES:

Entiendo que:

1. Se puede usar un sistema de marcación automática para hacer llamadas o enviar mensajes de texto a mi número de teléfono celular y, al proporcionar mi número de teléfono celular, autorizo a la práctica a usar dicho sistema de marcación automática para llamar a mi teléfono celular.

PATIENT MEDICAL REGISTRATION

2. The Práctica no es responsable si los correos electrónicos o mensajes de texto son recibidos y/o leídos por otros como resultado de la transmisión a las direcciones o números enumerados anteriormente.
3. Puedo cancelar este permiso en cualquier momento.

Entiendo que es mi responsabilidad notificar a la práctica por escrito cualquier cambio en la información anterior.
He leído y entiendo los términos de este consentimiento.

Printed Name/Nombre Impreso

SSN/Número de seguridad social

Firma del Paciente/Representante Autorizado

Relationship to Patient/Relación con el paciente

PATIENT MEDICAL REGISTRATION

FLORIDA JOINT AND SPINE INSTITUTE, PA POLITICA FINANCIERA

Gracias por elegir Florida Joint & Spine Institute, P.A. como su proveedor de atención médica. Estamos comprometidos con el éxito de su tratamiento. Los servicios médicos proporcionados por nuestra oficina son servicios que ha elegido recibir y que implican una responsabilidad financiera de su parte.

Nuestra oficina verifica todos los seguros antes de su primera cita. La información obtenida de la compañía de seguros del paciente no es garantía de pago. Es solo una revisión de los beneficios para el paciente. Una vez que recibamos el pago del reclamo de la compañía de seguros, nuestra oficina abordará cualquier discrepancia que surja debido a la información incorrecta proporcionada en el momento de la verificación de beneficios. En última instancia, el pago por los servicios prestados es responsabilidad del paciente.

Formas de pago: Las formas de pago aceptadas son efectivo, cheque, Care Credit, American Express, Discover, MasterCard o tarjetas de débito o crédito Visa, HSA y FSA.

CareCredit: CareCredit es un recurso exclusivo disponible para que nuestros pacientes lo utilicen al pagar procedimientos no cubiertos por el seguro. CareCredit ofrece un plan sin intereses de 6 meses para montos superiores a \$ 200. Para obtener más información, comuníquese con uno de los miembros del personal de nuestra oficina o llame al 1-800-365-8295. También puede presentar su solicitud en línea en www.carecredit.com. Los pacientes sometidos a procedimientos que no califican para Care Credit tienen la opción de realizar pagos mensuales hasta que se pague el monto total. Tenga en cuenta que el procedimiento no se programará ni se realizará hasta que se pague el saldo en su totalidad.

Seguro de accidentes: Nuestra oficina no acepta ni presenta un seguro de accidentes. Esto incluye, entre otros, seguros escolares, seguros para propietarios de viviendas y planes privados.

Seguro de automóvil: cualquier incidente relacionado con un automóvil debe presentarse ante la compañía de seguros de automóvil del paciente. Esto incluye accidentes que no sean de colisión, como cerrar la puerta de un automóvil con un dedo o sufrir una lesión al levantar una carga del maletero del automóvil. Los pacientes que tengan un seguro personal / grupal adicional deberán presentar el seguro de automóvil como su seguro principal y el seguro personal / grupal como su seguro secundario. Los pacientes que solo tienen seguro de automóvil se considerarán pacientes que pagan por cuenta propia. Es ilegal facturar reclamaciones de automóviles al seguro personal / grupal de un paciente hasta que se hayan agotado todos los beneficios del seguro de automóvil. Dado que Florida es un estado "sin culpa", el paciente será responsable de proporcionar a nuestra oficina la siguiente información antes de programar una cita: información del seguro de automóvil del paciente, nombre del ajustador de reclamos y número de contacto, número de reclamo, fecha del accidente y información del seguro médico. Antes de programar su cita, nuestra oficina se comunicará con su compañía de seguros para verificar los beneficios. A partir del 1 de enero de 2013, la ley de Florida establece que si se lesiona en un accidente, debe obtener tratamiento médico dentro de los 14 días o **NO HAY COBERTURA PIP PARA NINGÚN BENEFICIO MÉDICO.**

Cobros: Si no paga su cuenta, acepta reembolsos de los honorarios de cualquier agencia de cobranza, que pueden basarse en un porcentaje de un máximo del 25% de la deuda, y todos los costos y gastos, incluidos los gastos razonables de abogados. Tarifas en las que incurrimos en tales esfuerzos de cobranza.

Co-pagos: Los co-pagos se cobran en el momento del registro. Es posible que no se atiendan a los pacientes que no puedan pagar su co-pago. Nuestra práctica está obligada a cobrar los co-pagos de su compañía de seguros.

Deducibles / Coseguro: Los pacientes con deducibles deberán pagar un depósito al momento del check in. El saldo restante, el coseguro o el deducible se cobrarán al momento del check-out según el seguro permitido. Los créditos del paciente se aplicarán a la próxima visita o se reembolsarán si no es necesaria otra cita.

Referidos: Si su plan de seguro requiere un referido de su médico de atención primaria, es su responsabilidad obtener el referido por escrito y / o electrónico antes de programar una cita. Si no se obtiene un referido antes de su cita, la cita se cancelará hasta que se proporcione una remisión.

Menores: No se tratará a menores sin la presencia de un padre / tutor. En asuntos de custodia de los hijos, Florida Joint & Spine facturará a la compañía de seguros por el padre que firma los formularios de consentimiento. El padre que firme el consentimiento para los servicios será responsable de cualquier saldo pendiente, a menos que se proporcione una orden judicial que indique lo contrario.

Completar el Formulario de Registros Médicos y Seguro: los formularios se completan dentro de los 10 a 14 días hábiles posteriores a la recepción y el pago por adelantado. El paciente debe firmar un formulario de autorización médica y estado laboral antes de que se pueda completar el formulario. Los pacientes que soliciten copias electrónicas de sus registros médicos pueden obtenerlos de forma gratuita accediendo a su portal para pacientes. Los pacientes que soliciten copias impresas de sus registros médicos deben completar un comunicado firmado. Las siguientes tarifas se aplican a todos los formularios: FMLA (Family Medical Leave) = \$ 30, Todos los demás formularios 1 página o menos = \$ 15, Todos los demás formularios 2 páginas o más = \$ 35. Los formularios no se completarán sin pre-pago. ¡El paciente es responsable de todas las tarifas! Los registros se pueden recoger con una identificación con foto; no se pueden enviar por correo. Esto es para garantizar la confidencialidad del paciente. Las copias de rayos X se proporcionan en CD con un formulario de autorización firmado y una identificación con foto. Si se recoge en la oficina, el cargo es de \$ 5.00 y si se envía por correo, el cargo es de \$ 10.00 con un tiempo de respuesta de solicitud de 10 a 14 días hábiles.

Seguro complementario de Medicare: Somos un proveedor participante del programa Medicare Parte B; y como tal, estamos obligados a cancelar la

PATIENT MEDICAL REGISTRATION

diferencia entre lo que Medicare nos paga por los servicios prestados a usted (la "cantidad permitida") y nuestro cargo habitual y habitual. Medicare nos paga el 80% de la "cantidad permitida" directamente. El 20% restante y su deducible anual son responsabilidad del paciente según la ley federal.

No cubierto: Los pacientes deben realizar el pago de cualquier saldo no cubierto por el plan de seguro. Si no está seguro si un servicio está cubierto por su plan o no, en última instancia, es su responsabilidad comunicarse con su compañía de seguros para revisar sus beneficios.

No-Show: Un paciente establecido \$ 30 o una tarifa de \$ 75 por procedimiento en el consultorio por no presentarse se aplicará a la cuenta del paciente cuando el paciente no haya dado a nuestro consultorio un aviso adecuado (más de 24 horas) de la cancelación de una cita en el consultorio. Dos citas por no presentarse resultarán en una carta para el paciente y el médico de atención primaria. Tres citas por no presentarse resultarán en la terminación de la atención. Si un paciente que no se ha establecido con la práctica falta a su primera cita en dos ocasiones distintas, no se le programará ninguna cita adicional.

Reembolsos: A los pacientes se les reembolsará cualquier pago en exceso una vez que se hayan procesado todas las reclamaciones de la cuenta y el paciente haya sido liberado de la atención. El departamento de cuentas por pagar emitirá un cheque de reembolso de manera oportuna.

Pago por Cuenta Propia: Todos los pacientes nuevos sin prueba de seguro deberán pagar un depósito al momento del servicio por un monto de \$310. Para las citas de seguimiento, el paciente deberá pagar \$165 al momento del servicio. Todos los pacientes nuevos de atención de fracturas deberán pagar un depósito en el momento del servicio por un monto de \$ 650. Para las citas de seguimiento, el paciente deberá pagar \$ 200 al momento del servicio. Es posible que se requiera que los pacientes programados para inyecciones y otros procedimientos en el consultorio paguen cantidades adicionales al momento del servicio. **LOS PACIENTES DEBEN TENER EN CUENTA QUE ESTO ES SÓLO UN DEPÓSITO. LOS CARGOS TOTALES PUEDEN SER MÁS O MENOS QUE EL DEPÓSITO INICIAL RECOGIDO.** Cualquier saldo restante de la visita se cobrará al momento del check out.

Tarifa de Cancelación de la Cirugía: A los pacientes que cancelen su cirugía con menos de 48 horas de anticipación se les cobrará una tarifa de \$ 200.00 por la cancelación tardía. La cirugía no se reprogramará hasta que se pague la tarifa.

Pago Anticipado de la Cirugía: los pacientes deben pagar su parte de la tarifa quirúrgica dos (2) días hábiles antes de la cirugía. Es posible que se solicite a los pacientes que no pueden pagar que se re programe la cirugía.

Seguro de Viajero para Pacientes Internacionales: Cualquier paciente internacional que tenga un seguro de atención médica internacional o canadiense o un seguro de viajero se convierte automáticamente en pacientes de pago por cuenta propia. El paciente será responsable de los cargos en el momento del servicio. Es responsabilidad del paciente presentar su reclamación a la compañía de seguros. Nuestra oficina estará encantada de ayudarle con esto.

Compensación al Trabajador: Si un paciente se lesiona en el trabajo, se debe informar al empleador a menos que el paciente esté exento de compensación al trabajador. La cita inicial se gestionará a través del ajustador de compensación laboral. Si el empleado está exento de compensación para trabajadores, debe proporcionar una copia de la exención estatal. Cualquier aseguradora de compensación para trabajadores no participante deberá firmar nuestro acuerdo de compensación para trabajadores antes de hacer cualquier cita para el paciente. El ajustador deberá proporcionar un traductor a cualquier paciente que no hable inglés.

Llamadas Telefónicas al Médico: Cuando llame al consultorio para hablar con su médico u otro miembro del consultorio, haremos todo lo posible para devolverle la llamada telefónica dentro de las 48 horas. Dado que no somos una clínica de atención de urgencia, si tiene una emergencia, le recomendamos que vaya a la sala de emergencias más cercana.

Evaluación psicológica: Debido a la naturaleza de nuestro tratamiento, puede haber ocasiones en las que el médico determine que es necesaria una evaluación psicológica. Por ejemplo, muchos planes de atención médica requieren evaluaciones antes de las pruebas con bomba intratecal o estimulador de médula espinal. Nos reservamos el derecho de interrumpir la atención si se cae para obtener una evaluación según lo solicitado.

Personal: Requerimos que nuestro personal se dirija a nuestros pacientes con profesionalismo y les pedimos a nuestros pacientes que hagan lo mismo. Si en algún momento nuestro personal siente que su tono o lenguaje es ofensivo o abusivo, esperamos que termine la conversación inmediatamente y notifique a su supervisor inmediato o administrador de práctica. Documentaremos su historial y, según la gravedad de la situación, es posible que le den de alta de la práctica.

Entiendo que es mi responsabilidad informar a Florida Joint & Spine, P.A. de cualquier cambio en la información de mi seguro médico y / o información de contacto. Entiendo y acepto los términos de esta Política financiera.

«PatientFullName»
Nombre Impreso

«PatientDOB»:
Fecha de Nacimiento

Firma del Paciente/Representante Autorizado

Relación con el Paciente

PATIENT MEDICAL REGISTRATION

Patient Name: «PatientFullName»

DOB: «PatientDOB»

Razon de la Visita:	Alergias:
-Describe su Lesion o dolor:	Que dia ocurrio el dolor:

Caidas Recientes: YES or NO Fecha:

SUS MEDICINAS	
No toma Medicamentos Enumere todos los medicamentos que toma, tanto con receta como sin receta a continuación	

Medicinas o Nombre de la Marca	Dosis	Medicinas o Nombre de la Marca	Dosis

Farmacia de Preferencia: Telefono de la Farmacia:

HISTORIA MEDICA PASADA Hipertension Neuropatía Diabética Enfermedad Cardiaca I oII Diabetes Cancer Tipo: _____ Hepatitis- Tipo: _____ Infarto Coagulos de sangre SI NO Dialisis Renal- SI NO Insuficiencia Renal SI NO Embolia Pulmonar -SI NO	CIRUGIAS PASADAS Ortopedico Abdominal\ Vascular Otro:
---	--

Historia Familiar , marque todo lo que haya ocurrido a un pariente de Sangre	SU HISTORIA SOCIAL		VACUNAS ANTERIORES
Historia Familiar _____ Cancer tipo: _____ ACV-Infarto: _____ Diabetes: _____ Hipertensión: _____ Other: _____	Usa Alcohol: SI NO Actualmente/Pasado/Nunca Tipo (encierre encirculo) Cerveza Vино Licor Frecuencia: _____	Usa Tabaco Actualmente/Pasado/ Nunca Tipo: _____ Paquete por Día: Años usado:	Influenza Vaccine: Yes No Date: ___ / ___ / ___ Covid Vaccine: 1 st Date: ___ / ___ / 2 nd Date: ___ / ___ / 3 rd Date: // Pneumovax Vaccine: Vacuna de Neumonía Yes No Date: ___ / ___ / ___

YOUR ATTESTATION: I attest that the above information is complete and accurate as it will be utilized as part of my care and treatment plan

SU ATESTACIÓN: Doy fe de que la información anterior es completa y precisa, ya que se utilizará como parte de mi plan de atención y tratamiento.

Firma del Paciente / Si es menor, Firma del Guardian

Fecha: _____

PATIENT MEDICAL REGISTRATION

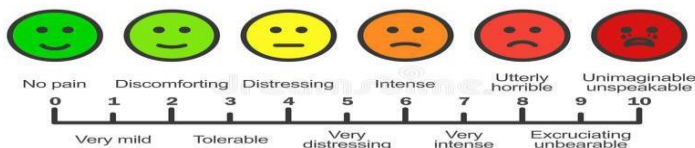
Patient Name: «PatientFullName»

DOB: «PatientDOB»

REVISION DE SU SALUD			
Por favor marque aqui si hoy no tiene sintomas: _____			
Circule si tiene alguno de los siguientes sintomas el dia de hoy:			
General	Cardiovascular	Metabolico	Piel
Fiebre Debilidad Aumento o Perdida de peso	Palpitaciones / Murmullo Hinchazon de la pierna/Edema Desmayo	Intolerancia al frio Intolerancia al calor	Eruccion Infecciones de la Piel Lesiones de la Piel Picazon de la Piel
Oidos, Nariz	Gastrointestinal(GI)	Neurologico	TRASTORNOS DE LA
Vision Borrosa Hemorragias nasales Dolores de Cabeza Vertigo /Mareos	Estrenimiento Diarrea Nauseas Vomito	Dificultad para Caminar Mareo Mala Coordinacion Debilidad Muscular	Sangrado Moretones
Respiratorio	Urinario	Psiquiatrico	Endocrino
Respiracion Dificultosa Infecciones Recientes Sibilancias/Resollar	Dificultad para Orinar Orina Frecuentemente Sangre en la Orina	Ansiedad Depresion Insomio	Sed Excesiva Sudoracion Excesiva

Encierra en un círculo el número que corresponde a la gravedad de tu dolor en una escala de 0-10.

. "0" significa que no hay dolor y "10" es el peor dolor que puedas imaginar



Firma del Paciente: _____

Fecha: _____

PATIENT MEDICAL REGISTRATION

Querido(a) Paciente,

Florida Joint & Spine ha seleccionado a MyHealthRecord.com para su acceso al portal de paciente. Usted tendrá acceso a sus archivos médicos a cualquier hora, en cualquier lugar, manejar sus citas médicas, hablar en privacidad con su equipo médico y a recibir la mejor atención posible.

A su conveniencia puede ver su archivo de salud, compartir mensajes seguros con su proveedor de cuidado de la salud, solicitar su relleno de medicamentos, y pagar sus cuentas en el Internet.

Una vez usted se registre en su portal de paciente, envíe a sus proveedores de salud un correo electrónico de jándoles saber que se ha registrado exitosamente para el portal.

Si tiene cualquier pregunta o duda por favor llámenos a 863-385-2222

and y lo asistiremos. Una vez reciba su invitación por correo electrónico

a nuestro nuevo portal de pacientes:

- Haga "click" en el enlace para abrir el portal
- Escriba su nombre, fecha de nacimiento y código postal
- Escoja un nombre de usuario, contraseña y preguntas de seguridad
- Acepte el término a la registraci3n
- Haga "click" en "My Message (mi mensaje), y en "New" (nuevo)

Escoja su proveedor. Escoja el tipo de pregunta... Déjenos saber que se ha registrado y/o haga preguntas. Haga "click" en "Send" (enviar).

Usted recibirá un correo electrónico de Bienvenida una vez haya terminado el proceso exitosamente.

Gracias,

El Equipo de Florida Joint & Spine

Por favor siga el siguiente enlace para educarse y buscar informaci3n pertinente a diagn3sticos en su lista de problemas en su tabla de evaluaci3n: <http://orthoinfo.aaos.org/>

6325 US Hwy 27 North • Suite 201 • Sebring, FL 33870 • Ph 863-385-2222 • Fax 863-382-8765
1204 Carlton Avenue • Lake Wales, FL 33853 • Ph 863-676-9523 • Fax 863-676-1654
70 Second street SE 2nd floor • Winter Haven, FL 33880 • Ph 863-299-3210 • Fax 863-299-2968
www.floridajointspine.com



Florida Joint and Spine Institute



FLjointspine



floridajointandspineinstitute