

## H.O.P.E., Helping Our People Everywhere

Phone #: (954) 240-7770

Fax #: (786) 257-5676; E-mail: liz@HOPEpatientconcierge.com

### REGISTRATION & CONSENT FORM -por favor de llenar y enviar por correo electronico.

Today's Date / Fecha De Hoy                      Primary Physician and Specialist(s) Info  
Su Medico Primario y Sus Medicos Especialista(s)

Date of Birth (MM/DD/YYYY) / Fecha De Nacimiento                      Age / Edad                      Gender (M/F)/ Genero

Patient Full Name / Nombre de Paciente                      Mr./Mrs./Ms. (write one) / Sr./Sra./Srta.

Single/Married/Separated/Divorced - Soltero(a)/Casado(a)/Separado(a)/Divorciado(a)

Address at Home (details, city, country) /  
Direccion de Casa (incluir ciudad, pais)                      Address in U.S. / Direccion en EEUU:  
(Street Address, City, State, Zip Code)

E-mail Address / Correo Electronico:                      Social Security # (if applicable) /  
# De Seguro Social (si es aplicable)

Home Phone # / # De Casa                      Mobile Phone #/ # Celular                      Phone # when in U.S./# De  
Telefono Aqui En Los EEUU

Occupation-Title / Ocupacion-Titulo                      Employer / Nombre de Compania de Empleo

What is your diagnosis / a condition / illness? or if you are looking for a service, please specify  
what you were told to be in search of this service?

Tiene un diagnostico / condicion / enfermedad? O esta en busqueda de un chequeo? detalles:

**REGISTRATION & CONSENT FORM -por favor de llenar y enviar por correo electronico o fax:**

**H.O.P.E., Helping Our People Everywhere**

Phone #: (954) 240-7770

Fax #: (786) 257-5676; E-mail: liz@HOPEpatientconcierge.com

Referred by (details please) / Quien lo/a refirio a nosotros (detalles por favor)

When would you like to travel? for ex: as soon as you secure appointments, or in 1 week, 3 days  
Cuando viaja? por ejemplo: lo antes posible, en cuanto consiga cita(s) o en 1 semana, etc.

Which service or treatment do you need? for ex: an MRI, a consult with specialist, etc.  
Que servicio/tratamiento necesita?por ejemplo: un examen, una consulta con especialista, etc.

Do you need assistance with hotel discounts, car rental, transportation for appointments?  
Necesita ayuda con hoteles con descuento? Alquiler de carro? o transporte? Alguna preferencia?

Insurance Information: please attach a copy of your insurance card, front and back.  
Tiene Seguro Medico? Adjunte una copia de su tarjeta, la parte de adelante y atras.

Is patient covered by  
insurance? Yes/No  
El/La paciente tiene  
cobertura? Si/No

Who is main policy holder? (for ex: Wife, Husband, etc.,  
please confirm relationship, name and employer)  
Nombre del dueno/a de la poliza de seguro?

Does your insurance cover for overseas healthcare in the U.S.? Have you contacted them to  
verify and what have they advised?  
Su seguro le cubre por servicios/tratamientos aqui en los EEUU? Se ha comunicado con su  
seguro para confirmar y que les han confirmado?

Insurance Info / Informacion del Seguro (Nombre en la tarjeta, Nombre de La Aseguradora, #  
de Identificacion/Grupo y # De Telefono de la Aseguradora)  
(Name on Insurance Card, Insurance Company, ID #, Group #, Phone #)

**REGISTRATION & CONSENT FORM - please fill out and send to us to below:**

**H.O.P.E., Helping Our People Everywhere**

Phone #: (954) 240-7770

Fax #: (786) 257-5676; E-mail: liz@HOPEpatientconcierge.com

I authorize the release of any and all of my medical records regarding treatment to H.O.P.E. LLC.

Yo proveo mi autorizacion a H.O.P.E. LLC para que obtenga estos informes.

**Details / Detalles:**

H.O.P.E., Helping Our People Everywhere

Name: Elizabeth Paucar Harris / Tiffany Santiago - Patient Navigators

Phone #: (954) 240-7770

Address: 2413 Main Street, #146, Miramar, FL 33025

Print Your Name and Signature / Escriba su nombre en prenta y firme:

And also I provide authorization to the following family/caretaker(s) members: Name, Relationship, Phone #, Address of Each to communicate with H.O.P.E. on my behalf:  
Tambien autorizo a estos familiar(es) que me estan ayudando a coordinar mis citas. Por favor agregue el nombre, relacion al paciente, direccion y numero de telefono para cada persona:

**This request and authorization applies to:**

Esta solicitud y autorizacion aplica a lo siguiente:

Healthcare Information / Informacion de mi salud/mi caso/mis informes medicos

Test results / Resultados de mis exámenes, diagnosticos, etc.

All Billing Information / Toda informacion con los pagos de servicios/seguro

Anything Pertaining to My Medical Care / Todo relacionado con el cuidado medico

**Signature and Date / Firma y Fecha**