

THE DIEZ CENTRE FOR WOMEN'S WELLNESS
MAURO E. DIEZ, M.D., F.A.C.O.G.
Diplomat, American College of Obstetrics & Gynecology
GYNECOLOGY, INFERTILITY & LAPAROSCOPIC SURGERY

YOUR APPOINTMENT IS ON: _____

WELCOME TO OUR PRACTICE

PLEASE USE BLACK INK PEN

PLEASE COMPLETE THE HIGHLIGHTED AREAS OF ENCLOSED DOCUMENTS AND BRING THEM WITH YOU TO YOUR APPOINTMENT.

IF YOU HAVE ACCESS TO THE INTERNET, PLEASE LOG ON TO WWW.THEDIEZCENTRE.COM AND CLICK ON PATIENT PORTAL LINK AND FILL OUT HEALTH HISTORY QUESTIONNAIRE.

WE WILL NEED TO MAKE A COPY OF YOUR INSURANCE CARD AND YOUR DRIVERS LICENSE OR PICTURE ID.

PLEASE BRING WITH YOU ANY MEDICAL RECORDS PERTAINING TO YOUR VISIT WITH US. WE ALSO NEED A LIST OF ALL CURRENT MEDICATIONS.

IF YOUR INSURANCE REQUIRES A REFERRAL/AUTHORIZATION, PLEASE BE SURE TO BRING THAT WITH YOU OR HAVE IT FAXED TO (407) 423-2535 PRIOR TO YOUR APPOINTMENT. If we do not have your referral on file your appointment will be rescheduled.

IF YOU DO NOT HAVE INSURANCE PAYMENT WILL BE EXPECTED AT THE TIME OF YOUR VISIT. WE ACCPET CASH, CHECK, MASTERCARD, VISA, DISCOVER, AND AMERICAN EXPRESS.

ALL CO-PAYS WILL BE COLLECTED AT SIGN-IN.

2712 SOUTH FERN CREEK AVE ORLANDO,FL 32806
PHONE: 407-422-0037

THE DIEZ CENTRE FOR WOMEN'S WELLNESS
MAURO E. DIEZ, M.D., F.A.C.O.G.
Diplomat, American College of Obstetrics & Gynecology
GYNECOLOGY, INFERTILITY & LAPAROSCOPIC SURGERY

FECHA Y HORA DE SU CITA: _____

BIENVENIDOS A NUESTRA OFICINA

POR FAVOR USE TINTA NEGRA

POR FAVOR COMPLETAR LAS AREAS MARCADAS AMARILLAS DE LOS DOCUMENTOS Y TRAERLOS EL DIA DE SU CITA.

SI TIENES ACCESO AL INTERNET, PUEDES ENTRAR A LA PAGINA WEB WWW.THEDIEZCENTRE.COM Y HAZ CLICK EN EL ENLACE "PATIENT PORTAL" Y LLENE EL CUESTIONARIO DE HISTORIAL MÉDICO.

NECESITAS TRAER SU IDENTIFICACIÓN CON FOTO Y TARJETA DE SEGURO EL DIA DE SU CITA.

POR FAVOR TRAER CUALQUIER DOCUMENTO DE SU HISTORIAL MEDICO RELACIONADO A SU CITA CON NOSOTROS. TAMBIÉN NECESITAMOS UNA LISTA DE LOS MEDICAMENTOS QUE ESTÉ TOMANDO ACTUALMENTE.

SI SU SEGURO MÉDICO REQUIERE REFERIDO/AUTORIZACIÓN, FAVOR DE TRAERLO EL DIA DE SU CITA O ENVIARLO POR FAX AL (407) 423-2535 ANTES DE SU CITA. SI NO TENEMOS SU AUTORIZACIÓN O REFERIDO SU CITA SERÁ CAMBIADA.

SI NO TIENE SEGURO MÉDICO DEBE VENIR PREPARADO PARA HACER EL PAGO EL DIA DE SU CITA. ACCEPTAMOS EFECTIVO, CHEQUE, MASTERCARD, VISA, DISCOVER, Y AMERICAN EXPRESS.

TODOS LOS CO-PAGOS SERÁN COLECTADOS AL MOMENTO DE SU VISITA.

2712 SOUTH FERN CREEK AVE ORLANDO,FL 32806
PHONE: 407-422-0037