

Welcome to Gervin Neurosurgery!

We are committed to providing you with the ultimate in modern medical care, delivered promptly and pleasantly. Please read and complete this packet. Make sure to bring ALL of the following with you on your first visit:

1. Health History Questionnaire (this entire document, completed and signed)
2. Health Insurance Card and a Picture ID
3. Auto/Work or Slip and fall accident/injuries – call the office immediately and notify us of such – there is more information that will be needed prior to your appt.
4. Referral (if applicable) – Referrals must originate from your primary care doctor. If you are unclear whether a referral is required call the customer service number on the back of your insurance card. If it required, please verify with your primary this was done prior to your appointment.
5. Co-payments/Deductible – Co-payment or deductibles will be collected at the window upon arrival. If you are unclear as to your specialist co-payment responsibility, please call the customer service number on the back of your health insurance card for clarification. For your convenience, we accept cash, all major credit cards (Visa, AMEX, Discover, Master Card), and debit cards. **NO CHECKS ACCEPTED.**
6. Films/Medical Records – Please bring all films and medical records related to your injury or condition, either hard copy or a computer disc is acceptable.

This will ensure that your first appointment proceeds smoothly and efficiently. Failure to do so may result in your appointment being rescheduled. Should you have any questions, please do not hesitate to call us.

Welcome to our office. We look forward to meeting you and providing you with the highest quality of medical care.

Estamos comprometidos a ofrecerle lo último en atención médica moderna, la entrega puntual y agradable. Por favor, leer y completar este paquete. Asegúrese de llevar TODO lo siguiente con usted en su primera visita:

1. **Cuestionario de historia de la salud** (esta todo el documento, cumplimentado y firmado)
2. **Tarjeta aseguro y una ID de imagen**
3. **Auto/Trabajo o resbalón y caída de accidentes/lesiones** – llamar a la oficina de inmediato y notificarnos tal – hay más información que será necesaria antes de la cita.
4. **Remisión (si procede)** – Las referencias deben ser originarios de su médico de atención primaria. Si no tiene claro si es necesaria una derivación llamar al número de atención al cliente en el reverso de su tarjeta de seguro . Si se requiere , por favor verifique con su principal esto se hizo antes de su cita.
5. **Los copagos/deducibles** – Co-pagos o deducibles se pueden recoger en la ventana de su llegada. En caso de dudas en cuanto a su responsabilidad especialista co-pago, por favor llame al número de servicio al cliente en la parte posterior de su tarjeta de seguro de salud para su aclaración. Para su comodidad, aceptamos efectivo, todas las tarjetas de crédito (Visa, American Express, Discover, MasterCard) y tarjetas de débito. **NO SE ACEPTAN CHEQUES.**
6. **Films/Registros Médicos** – Traiga favor todas las películas y los registros médicos relacionados con su lesión o condición, ya sea en papel o en un disco de computadora es aceptable.

Esto asegurará que su primera cita procede sin problemas y eficientemente . El no hacerlo puede dar lugar a su cita siendo reprogramada . Si tiene alguna pregunta , por favor no dude en llamarnos.

Bienvenido a nuestra oficina. Esperamos contar con su presencia y que le proporciona la más alta calidad de la atención médica.

**Receipt of Notice of HIPAA Privacy Practices
Written Acknowledgement Form**

***Recibo de la Notificación de Prácticas de Privacidad de HIPAA
Forma de Reconocimiento Escrita***

I, _____ (Patient's Name/*Nombre* was provided a copy of the Notice of Privacy Practices of Stephen Z. Gervin, MD, Neurological Surgery, PA to read/review. By signing below, I attest that I am aware and understand the Privacy policies, procedures, and my patient rights as related to HIPAA Laws that are listed in the lobby on the wall, as well as, in paperback form on the table.

Fue facilitado una copia de la Notificación de Prácticas de Privacidad de Stephen Z. Gervin, MD, Cirugía Neurológica, PA leer/opinión. Al firmar abajo, doy fe de que soy consciente y entiendo las políticas de privacidad, procedimientos y mis derechos de los pacientes en relación con HIPAA leyes que se enumeran en el vestíbulo en la pared, así como, con tapas de cartulina sobre la mesa.

Date/*Fecha*: _____ Patient Name/*Nombre*: _____

Signature of Patient/*Firma del Paciente*: _____

PATIENT INFORMATION/UPDATE FORM

Name/Nombre: _____ **Soc.Security#/de seguro social:** _____
Address/Direccion: _____ **Apt:** _____ **City/Ciudad:** _____ **Zip/Codigo Postal:** _____
Cell#: _____ **Home/Casa:** _____ **Work/Trabajo:** _____ **Ext:** _____
DOB/Fecha de Nacimiento: _____ **Age/Edad:** _____ **Sex/Sexo:** _____
Email address/Direccion de correo electronico: _____
Emergency Contact/nombre del contacto en caso de emergencia: _____ **Phone # /Telefono:** _____
Next of Kin/Pariente mas cercano: _____ **Phone #/Telefono:** _____
Primary Doctor/Medico Primario: _____ **Phone#/Telefono:** _____
Fax#: _____

Who can we thank for your visit? Como se entero de nuestros servicios? (circle/circule)

- Doctor: _____
- Internet: Google or Yahoo
- Newspaper (*periodico*)/Magazine (*revista*): _____
- Patient Referral name (Nombre de persona quien lo refirio): _____

YOUR INSURANCE CARD WILL BE COPIED AND ATTACHED FOR BILLING INFORMATION:

Please list who is the primary insured on this policy (if other than yourself): _____

Relationship: _____ Must include their SSN# _____ DOB: _____

SU TARJETA DE SEGURO SE COPIARÁ Y ADJUNTA PARA INFORMACIÓN DE FACTURACIÓN:

Por favor, indique quién es el asegurado principal de esta política (si no es usted mismo) : _____

Relación : _____ Debe incluir su número de Seguro Social # _____ Fecha de Nacimiento : _____

NOTICE: Dr. Stephen Gervin has decided not to carry medical malpractice insurance. This is permitted under Florida law subject to certain conditions. Florida law imposes penalties against noninsured physicians who fail to satisfy adverse judgments arising from claims of medical malpractice. This notice is provided pursuant to Florida law. We are required to give you a copy of this notice to sign, acknowledge its receipt and keep in your patient file.

AVISO: El Dr. Stephen Gervin ha decidido no llevar el seguro de mala praxis médica. Esto es permitido bajo la ley de Florida sujeto a ciertas condiciones. La ley de Florida impone penas contra los médicos no asegurados que no logran satisfacer los juicios adversos derivados de las reclamaciones de negligencia médica. Este aviso se proporciona de conformidad con la ley de Florida. Se nos exige que le demos una copia de este aviso a firmar, acusará recibo y tener en su archivo de paciente.

I understand and agree that (regardless of my insurance status), I am ultimately responsible for the balance of my account for any professional services. I recognize that I am responsible for all services not covered by my insurance company. I have read all the information on both sides of this sheet and have completed the above answers. I certify this information is true and correct to the best of my knowledge. I will notify you of any changes in my status or the above information. I understand co-payments are due at the time of service.

Entiendo y acepto que (a pesar de mi condición de seguro), soy responsable en última instancia por el saldo de mi cuenta por cualquier servicio profesional. Reconozco que soy responsable de todos los servicios no cubiertos por mi compañía de seguros. He leído toda la información en ambos lados de esta hoja y he completado las respuestas anteriores. Certifico que esta información es verdadera y correcta a lo mejor de mi conocimiento. Yo te notificaremos de cualquier cambio en mi estado o la información anterior. Entiendo co- pagos son debidos en el

Patient Signature/Firma del paciente: _____ **Date/Fecha:** _____

Parent/Guardian Signature if patient is under 18/

Firma de los padres si son menores de 18: _____ **Date/Fecha:** _____

HEALTH HISTORY QUESTIONNAIRE

Patient Name/Nombre: _____

Chief Complaint

Reason for your visit (Motivo de su consulta): _____
When did this begin/start (cuando comenzo): _____
 What **treatment** have you received, include doctors and dates seen? /¿Qué tratamiento tiene usted recibió, incluir médicos y fechas vistos?: _____

 Current **Pain level** –1 low/10 highest /*El nivel de dolor actual - 1 bajo / 10 más alto*: _____
 Is this problem related to an **accident**? Y / N – Circle: Auto / Slip and Fall / Work / Other
 ¿Es este problema a raíz de un accidente? Sí / No –círculo, en caso afirmativo círculo los siguientes: Auto / Resbalón y Caída / Trabajo / Otros
Date of Accident/fecha de accidente: _____ Case still open? Y / N (circle) if closed, provide date: _____
 Caso sigue abierta / pendiente? Sí / No (círculo) si se cierra o se haya asentado, proporcionar la fecha: _____
 Did you **miss any work**? Y / N if yes how much? _____
 ¿Se ha **perdido cualquier día de trabajo** Sí/NO, si es así cuánto): _____
 Is there any **another accident(s)** before/after this one? Yes or no (circle) if yes, provide dates and treatments given:
 _____ ¿Hay algún otro accidente antes/después de éste ? Sí o no (círculo) - En caso afirmativo , proporcione fechas y tratamientos dados: _____

Past History

List any prior **major illness/injury** including doctors you have seen/*Lista de enfermedades importantes previas*: _____

Surgeries/Hospitalizations - year, reason and any complications/ *Cirugías/Hospitalizaciones - año , la razón y complicaciones*: _____

 List dose of current **Medication and frequency**/*Lista de Medicamentos y frecuencias actuales*: _____

 Do you have **ALLERGIES TO MEDICATIONS** or ANESTHESIA? LIST/¿Tiene alergias a medicamentos o anestesia LISTA?: _____

Family History

Family Hx/ <i>historia fam</i> :	Alive/ <i>Vivo</i>	Deceased/ <i>fallecido</i>	Age/ <i>edad</i>	Health status/ <i>Cause of death estado de salud o causa de muerte</i>
Father (padre)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Mother (madre)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Siblings (hermanos)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____

Social History

Employment/Empleador:

Yes/Si – Occupation/Ocupacion: _____
 Not employed/no empleado – Last work day/*ultimo dia trabajado*: _____
 Reason you're not working/*Por que no trabaja?* _____
 Disabled/*discapacito* – date of disability and reason/*fecha & razon?*: _____

Education/Educacion:

Military/Militario: Yes/Si No
 Active duty/*activo*
 Retired/*jubilado*

Marital Status/Estado civil:
 M/c S/s D/d W/v

Children/Hijos: Yes/Si No
 If yes, how many/*cuantos*: _____

Cigarette use (cigarillo):
 No/*nunca* Never
 No, I quit/*lo deje* ___ yrs ago/*muchos anos*
 Yes how long/*si por cuanto tiempo* _____

Alcohol use:
 No/*nunca* Never
 No, I quit/*lo deje* ___ yrs ago/*muchos anos*
 Yes how often/*si por cuanto tiempo* _____

Drug Use:
 No Yes (si)
 Pls explain/*por favor explique*: _____

Review of Systems:

Patient: _____

Constitutional:
 NONE (ninguno)
 Fever (fiebre)
 Forgetful (olvidadizo)
 Weight Loss (perdida de peso)
 Excessive Fatigue (fatiga excesiva)
 Night Sweats/Chills (sudores nocturnos/escalofrios)
 Headache (dolor de cabeza)
 Loss of sleep (perdida de sueno)
 Fainting (desmayos)

Eyes:
 NONE (ninguno)
 Infections (infecciones)
 Injury (lesion)
 Glaucoma
 Cataracts (cataratas)
 Double vision
 Blurred vision (vision borrosa)

E.N.T. and Mouth:
 NONE (ninguno)
 Hearing Loss (perdida de la audicion)
 Ear Pain (dolor de oido)
 Ringing ears (zumbido en los oidos)
 Nasal Congestion
 Sore Throats (flore de garganta)
 Nosebleeds (sangrado de nariz)
 Sinus Headaches
 Inability to Smell
 Balance prob (Vertigo)
 Sinus problems (problemas de sinusitis)
 Mouth Sores (llagas en la boca)

Cardiovascular:
 NONE (ninguno)
 Chest pain/Angina (dolor de pecho)
 High Blood pressure (alta presion)
 Irregular pulse (Pulso irregular)
 Leg pain while walking (dolor de pierna al caminar)
 Heart murmur (soplo cardiaco)
 High Cholesterol (Colesterol alto)
 Swelling in feet or hands (inflamacion en pies o manos)

Respiratory:
 NONE (ninguno)
 Asthma (Asma)
 Chronic Cough (Tos cronica)
 Emphysema (Enfisema)
 Shortness of Breath (Falta de aliento)
 Lung Cancer (cancer de pulmon)
 Bloody Sputum (esputo con sangre)
 Pneumonia (neumonia)
 Bronchitis (bronquitis)

Gastrointestinal:
 NONE (ninguno)
 Nausea
 Vomiting (vomito)
 Blood in Vomit (Sangre en el vomito)
 Liver Disease (Enfermedad del higado)
 Colon Cancer (cancer de colon)
 Abdominal Pain (dolor abdominal)
 Ulcers/Gastritis (Ulceras/Gastritis)
 Bowel changes (cambios intestinales)

Gastrourinary:
 NONE (ninguno)
 Blood in Your Urine (sangre en la orina)
 Incontinence (incontinencia)
 Kidney Stones (piedras en el rinon)
 Prostate Cancer (cancer de prostate)
 Difficult Starting/stopping urine (Dificultad para comenzar al parar de orinar)
 Endometriosis
 Cancer of the cervix or uterus (cancer cervical/utero)

Musculoskeletal:
 NONE (ninguno)
 Arm/leg Weakness (debilidad de brazo o pierna)
 Back Pain (dolor de espalda)
 Neck pain (dolor de cuello)
 Arm/leg pain (dolor de brazo o peirna)
 Joint Pain or Swelling (inflamacion o dolor de articulacounes)
 Arthritis

Hematologic/Lymphatic
 NONE (ninguno)
 Anemia
 Hemophilia (hemophilia)
 Bleeding Tendencies (tendencia a sangrar)
 Persistent Swollen Glands or Lymph Nodes (glandulas inflamadas continuamente o nudos linfaticos)
 Blood Transfusion (transfusion de sangre)
 If yes (si), when (cuando)? _____

Integumentary:
 NONE(ninguno)
 Skin Disease (enfermedad de la piel)
 Skin Cancer (cancer de piel)
 Breast Pain (dolor en el pecho)
 Nipple Discharge (secrecion del pezon)

Allergy/Immunologic
 NONE(ninguno)
 Food Allergies (alergia a ciertos alimentos)
 Nasal Allergies (alergia nasal)
 Immunologic Disorders (transtomos inmunologicos)
 Latex allergy

Neurologic:
 None (ninguno)
 Disorientation
 Fainting or blackout (desmayos)
 Memory problem (problemas de memoria)
 Speech difficulty (dificultad al hablar)
 Coordination of arms (coordination del brazo)
 Seizures (convulsivas)
 Can't concentrate (falta de concentracion)
 Double vision (vision borrosa/doble)
 Face or leg weakness (debilidad en la cara y/o en las piernas)

Psychiatric:
 NONE (ninguno)
 Anxiety (ansiedad)
 Depression (depression)
 Other Psychiatric Disorder/Treatment (otros transtomos psiquiatricos/tratamientos):

Endocrine:
 NONE (ninguno)
 Diabetes
 Thyroid Disease (enfermedad de tiroides)
 Increased Appetite (increment del apetito)
 Excessive Thirst (sed)
 Excessive Urination (orina excesiva)
 Hormone Problems (problemas hormonas)

All office visits are audio recorded, transcribed and filed electronically for accuracy and mutual protection. My signature below shows that I agree with the above stipulation of my visit and that the information is accurate to the best of my knowledge.

Todas las visitas de oficina son de audio grabado, transcrito y archivado electrónicamente para la exactitud y la protección mutua. Mi firma abajo indica que estoy de acuerdo con la estipulación anterior de mi visita y que la información es exacta al mejor de mi conocimiento.

LIFETIME SIGNATURE AUTHORIZATION/VIDA FIRMA DE AUTORIZACIÓN

I request that payment of authorized insurance benefits be made on my behalf for any services and/or supplies furnished to me by Stephen Z. Gervin, M.D. I authorize any holder of medical or other information to release any information needed to determine these benefits for related services or payment.

Solicito que el pago de las prestaciones de seguros autorizados se hagan en mi nombre por los servicios y / o suministros proporcionados a mí por Stephen Z. Gervin , MD Autorizo a cualquier poseedor de información médica o de otro tipo a dar cualquier información necesaria para determinar estos beneficios para relacionada servicios o pago

AUTHORIZATION TO RELEASE INFORMATION/ENTREGA DE INFORMACIÓN

I hereby authorize Stephen Z. Gervin, M.D. to release any information acquired in the course of my examination or treatment to my insurance company and/or other physicians involved in my care.

Por la presente autorizo Stephen Z. Gervin , MD para liberar cualquier información adquirida en el curso de mi examen o tratamiento a mi compañía de seguros y / o otros médicos involucrados en mi sobre el cuidado

THIS INCLUDES THE RIGHT TO FAX INFORMATION/ESTO INCLUYE LA INFORMACIÓN DERECHO TO FAX

Our office adheres to HIPAA regulations and we will honor your patient's right to privacy and confidentiality as per the Notice of Privacy Practices effective 4/14/03.

Nuestra oficina se adhiere a las regulaciones de HIPAA y vamos a honrar el derecho del paciente a la privacidad y la confidencialidad de acuerdo con el Aviso de prácticas de privacidad efectivas 04/14/03

Patient Signature/firma de paciente: _____ **Date/Fecha:** _____

I have reviewed the above information with the patient. /He revisado la informacion anterior con el paciente.

Stephen Z. Gervin, MD, FAANS, FACS (signature)

Date/Fecha

PATIENT DOCTOR ARBITRATION AGREEMENT/ACUERDO DE ARBITRAJE MÉDICO PACIENTE

- This Agreement is made between Stephen Z. Gervin, MD., Stephen Z. Gervin, M.D., F.A.C.S, Neurological Surgery PA., and their employees, agents, and servants (hereinafter collectively referred to as "Doctor") and _____ (hereinafter referred to as "Patient"). It is the intention of the parties to this agreement to bind not, only themselves but also their, heirs, personal representative, guardians or any persons deriving their claims through or on behalf to the Patient.

Este Acuerdo se hace entre Stephen Z. Gervin, MD., Stephen Z. Gervin, MD, FACS, Cirugía Neurológica PA. Y sus empleados, agentes, y funcionarios (en lo sucesivo denominados colectivamente como " Doctor") and _____ (en lo sucesivo, como "paciente"). Es la intención de las partes de este acuerdo para unir no sólo ellos sino también sus herederos, representante personal, tutores o cualquier persona que derivan sus demandas a través de o en nombre de la paciente.

- It is understood by the Patient that he or she is not required to use Doctor Gervin for neurosurgical services, for ambulatory medical facilities or for other neurological or medical services of facilities ("Services"). The Patient also understand that there are numerous other physicians and facilities in this area who are qualified to render quality Services and the Doctor is willing to refer the Patient to another physician or facility in the area of those Services if the Patient requests. Both the Doctor and the Patient agree that arbitration is a preferable method to solving any disputes they may have in connection with Services, and wish to avoid the expense and inconvenience of litigation, whether by judge alone or by jury.

Se entiende por el paciente que él o ella no está obligado a usar doctor Gervin para los servicios de neurocirugía , para establecimientos de salud ambulatorios o para otros servicios neurológicos o médicos de instalaciones ("Servicios") . El paciente también entiendo que hay muchos otros médicos e instalaciones en esta área que están calificados para prestar servicios de calidad y el doctor está dispuesto a remitir al paciente a otro médico o centro en el área de los servicios, si las solicitudes de los pacientes. Tanto el médico y el paciente están de acuerdo en que el arbitraje es un método preferible a la solución de las controversias que puedan tener en relación con los servicios, y desean evitar los gastos y molestias de los litigios, ya sea por el juez solo o con jurado.

- It is mutually agreed that any controversy, dispute or claim arising out of or relating to the Services of any kind, including the medical care rendered or payment of medical or surgical fees, or a other matter whatsoever, including the interpretation, hereof, shall be settled by arbitration accordance with the Florida Arbitration Code. The controversy of claim, shall be submitted to single arbitrator (who must be a Board Certified Neurosurgeon licensed in Florida) mutually agreed upon by the parties within thirty (30) days of notice of an intent to arbitrate any matter hereunder. If the parties cannot agree upon an arbitrator within such thirty (30) day period such an arbitrator shall be selected in accordance with the Florida Arbitration Code through a court, which has a situs in Miami-Dade County, Florida. The arbitration of such dispute will be held in Miami-Dade County, Florida. Within thirty (30) days after completing of discovery. The award of the arbitrator will be final and binding on all parties to the arbitration and judgment may be entered upon it in accordance with law in any court of competent jurisdiction. In the event of arbitration the parties hereto specifically agree that discovery shall be allowed in the form of written interrogatories, depositions of witnesses, production, inspection and copying of documents to the same extent as is provided under the Florida Rules of Civil Procedure. Provided, however, the time for responding to requests for written interrogatories, production and inspection and copying of documents shall be reduced to ten (10) days.

Se acuerda mutuamente que cualquier controversia, disputa o reclamo que surja de o en relación a los Servicios de cualquier tipo, incluyendo la atención médica prestados o el pago de los honorarios médicos o quirúrgicos, o un otro asunto que sea, incluyendo la interpretación, de la misma, deberá se resolverá mediante arbitraje de conformidad con el Código de Arbitraje de la Florida. La controversia de la reivindicación, se someterá al árbitro único (que debe ser certificada Neurocirujano Junta con licencia en la Florida) de mutuo acuerdo por las partes dentro de los treinta (30) días de la notificación de la intención de arbitrar cualquier asunto continuación. Si las partes no pueden ponerse de acuerdo sobre un árbitro dentro de los treinta como se seleccionará a un árbitro (30) días tales de conformidad con el Código de Arbitraje de la Florida a través de un tribunal, que tiene un situs en el condado de Miami-Dade, Florida. El arbitraje de dicha disputa se llevará a cabo en el condado de Miami-Dade, Florida. Dentro de los treinta (30) días después de terminar de descubrimiento. El laudo arbitral será definitivo y vinculante para todas las partes en el arbitraje y el juicio se puede entrar en ella, de conformidad con el derecho en cualquier tribunal de jurisdicción competente. En caso de arbitraje las partes del presente específicamente de

acuerdo en que el descubrimiento se permitirá en forma de interrogatorios escritos, declaraciones de testigos, la producción, la inspección y copia de los documentos en la misma medida que la prevista en virtud de las Reglas de Procedimiento Civil de Florida. Disponiéndose, sin embargo, el tiempo de respuesta a las solicitudes de los interrogatorios por escrito, la producción y la inspección y copia de los documentos se reducirá a diez días

- Any disagreement between the parties to the dispute as to the scope and extent of and compliance with the discovery will be referred to the arbitrator and his or her determination shall be final. The parties further agree that such discovery procedures shall both be extended said time for discovery. All expenses of the arbitrator and arbitration (exclusive of each party's attorney's fees, if any) shall be borne equally between the Patient and the Doctor. The parties hereto agree that should any non-economic damages be awarded, in no event shall the amount to economic damages awarded exceed the limits set forth in Florida Statute sec. 7660118(2) (generally \$500,000.00, with greater amounts allowed under limited exceptions). The definition of non-economic damages and the calculation there of shall be consistent with the use of said term and the calculation of non-economic damages under Florida Statutes (2003) sec 766.202(8) and 766.118(2). Provided, further, the parties hereto agree that no punitive damages may be awarded. Should any part of the provision of this Agreement be held unenforceable or in conflict with law, the validity of the remaining parts or provisions shall not be effected by such holding.

This agreement shall remain in effect for all treatment, services and surgery provided to the patient presently and any future dates. I (we) have set our hands this day, ___/___/___.

Cualquier desacuerdo entre las partes en la controversia sobre el alcance y la magnitud y el cumplimiento con el descubrimiento se refirió al árbitro y su determinación será final. Las partes acuerdan además que tales procedimientos de descubrimiento son igualmente extendidos dicho tiempo para el descubrimiento. Todos los gastos del árbitro y el arbitraje (excluyendo los honorarios de abogados de cada parte, en su caso) serán sufragados a partes iguales entre el paciente y el médico. Las partes coinciden en que deben concederse los daños no económicos, en ningún caso, el importe de los daños económicos otorgados superar los límites establecidos en el Estatuto de la Florida s. 7660118 (2) (generalmente \$ 500,000.00, con mayores cantidades permitidas en virtud de excepciones limitadas). La definición de los daños no económicos y el cálculo de allí serán compatibles con el uso de dicho plazo y el cálculo de los daños no económicos en virtud de los Estatutos de Florida (2003) seg 766,202 (8) y 766.118 (2). Disponiéndose, además, las partes coinciden en que no hay daños punitivos pueden ser otorgados. En caso de que cualquier parte de la disposición de este Acuerdo se celebrará inaplicable o en conflicto con la ley, la validez de las partes o disposiciones restantes no se haya efectuado por tal concepto.

Este acuerdo permanecerá en vigor para todos los tratamientos, servicios y cirugía proporcionados al paciente en la actualidad y cualquier fechas futuras. Yo (nosotros) he puesto nuestras manos el día de hoy, ___ / ___ / ___.

DOCTOR:

PATIENT/Paciente:

WITNESS/Testigo:

By: _____
Stephen Z. Gervin MD, FAANS, FACS,
Neurological Surgery PA

By (signature/firma): _____ By: _____
Patient/Paciente (Guardian if patient is a minor)
(Guardián si el paciente es menor de edad)

Name/Nombre: _____