



Mental Health Partners

Roberto Hernando MD PA

8200 SW 117th Avenue

Suite 202

Miami, Florida 33183

Ph: (305) 274 9206 F: (305) 274 9254

PATIENT INFO/INFORMACION DE PACIENTE

Patient Name & Last Name /Nombre y Apellidos: _____ D.O.B _____

Marital Status/Estado Civil: _____ Ethnicity/ Etnicidad: _____ Gender/Genero: _____

Address/Direccion: _____ City/Ciudad: _____

State/Estado: _____ Zip Code/Codigo Postal: _____

Phone Number/Numero de Telefono: _____ Social Security: _____

Primary Physician /Medico Primario: _____ Phone: _____

PHARMACY INFO/INFORMACION DE FARMACIA

Pharmacy Name/ Nombre de la Farmacia: _____

Address/Direccion: _____ City/Ciudad: _____

State/Estado: _____ Zip Code/Codigo Postal: _____

Phone Number/ Telefono: _____ Fax Number/ Fax: _____

*I authorize the release of any medical information necessary to process this claim. I permit a copy of this authorization to be used in place of the original. // Autorizo reveler cualquier informacion medica necesaria para procesar este reclamo. Tambien permio que se use una copia de esta autorizacion en vez de la original

*I hereby authorize Mental Health Partners Inc. to apply for benefits on my behalf for covered services rendered by them, or by their order. I request that payment from my insurance company be made directly to Mental Health Partners. // Autorizo el pago directo a Mental Health Partners Inc. por los servicios medicos aplicables o por servicios medicos ordenados por ellos.

*I certified that all the information I have reported with regard to my insurance coverage is correct. // Yo certifico que la informacion que he

*I understand I am financially responsible for charges not covered by this authorization. // Comprendo que soy responsable por los gastos medicos que no cubra mi seguro.

Date/Fecha: _____ Signature/ Firma: _____