

New Patient Form (Formulario de Paciente Nuevo)

Patient Name: _____
Last Name (Apellido) First Name (Nombre) Middle Initial (Inicial)

DOB (mm/dd/yyyy): _____ / _____ / _____ **Age:** _____ **Sex:** _____ **Race:** _____
(Fecha de Nacimiento) Month (Mes) Day (Día) Year (Año) (Edad) (Sexo) (Raza)

Ethnicity: _____ **Primary Language:** _____ **Marital Status:** _____
(Etnia) (Lenguaje Primario) (Estado Civil)

Address: _____
(Dirección) Street/PO BOX/Apt # (Calle) City (Ciudad)

_____ **Social Security Number:** _____
State (Estado) Zip Code (Codigo Postal) (Seguro Social)

Home Phone: _____ **Cell Phone:** _____ **Email:** _____
(Teléfono de Casa) (Teléfono Celular) (Correo Electrónico)

Employer: _____ **Work Phone:** _____
(Patrono) (# de Trabajo)

In case of emergency, what person should be notified? _____
(¿A quien llamar en caso de emergencia?) Name (Nombre)

_____ **Relationship to Patient (Relación)** _____ **Day-time Phone (Teléfono de Día)** _____ **Evening Phone (Teléfono de Noche)** _____

Primary Insurance Information (Información de Seguro Primario)

Primary Insurance Name: _____ **Policy ID #:** _____ **Group #:** _____
(Seguro Primario) (# de Póliza) (# de Grupo)

Insured Name: _____
Last Name (Apellido) First Name (Nombre) Middle Initial (Inicial)

DOB (mm/dd/yyyy): _____ / _____ / _____ **Age:** _____ **Sex:** _____ **Marital Status:** _____
(Fecha de Nacimiento) Month (Mes) Day (Día) Year (Año) (Edad) (Sexo) (Estado Civil)

Address: _____
(Dirección) Street/PO BOX/Apt # (Calle) City (Ciudad)

_____ **Social Security Number:** _____
State (Estado) Zip Code (Codigo Postal) (Seguro Social)

Home Phone: _____ **Cell Phone:** _____ **Work Phone:** _____
(Teléfono de Casa) (Teléfono Celular) (# de Trabajo)

Employer: _____ **Job Position:** _____
(Patrono) (Posición)

Relationship to Patient: _____ **Self (Yo)** _____ **Spouse (Esposo/a)** _____ **Child (Hijo/a)** _____ **Other (Otro)** _____
(Relación)

Secondary Insurance Information (Información de Seguro Secundario)

Secondary Insurance Name: _____ **Policy ID #:** _____ **Group #:** _____
 (Seguro Primario) (# de Póliza) (# de Grupo)

Insured Name: _____
 Last Name (Apellido) First Name (Nombre) Middle Initial (Inicial)

DOB (mm/dd/yyyy): ____/____/____ **Age:** ____ **Sex:** ____ **Marital Status:** ____
 (Fecha de Nacimiento) Month (Mes) Day (Día) Year (Año) (Edad) (Sexo) (Estado Civil)

Address: _____
 (Dirección) Street/PO BOX/Apt # (Calle) City (Ciudad)

_____ **Social Security Number:** _____
 State (Estado) Zip Code (Codigo Postal) (Seguro Social)

Home Phone: _____ **Cell Phone:** _____ **Work Phone:** _____
 (Teléfono de Casa) (Teléfono Celular) (# de Trabajo)

Employer: _____ **Job Position:** _____
 (Patrono) (Posición)

Relationship to Patient: _____
 (Relación) Self (Yo) Spouse (Esposo/a) Child (Hijo/a) Other (Otro)

Please read the following and sign in the space provided

I understand that all fees or charges are payable at the time the professional services are given. I authorize my insurance carrier to pay for these services and I agree to pay for charges not covered by insurance. I authorize **Primary HealthCare Associates, Inc.** to release any medical information upon the request of my Health Insurance Company.

Entiendo que de haber algun cargo se cobrara en el momento del día de la cita. Yo autorizo a mi compañía de seguros para pagar por estos servicios y estoy de acuerdo en pagar los gastos no cubiertos por el seguro. Yo autorizo a **Primary HealthCare Associates, Inc.** proveer cualquier información médica a petición de mi compañía de salud.

Signature of Patient or Responsible Party: _____
 (Firma del paciente o del responsable)

Printed Name of Patient or Responsible Party: _____
 (Escribir nombre del paciente o del responsable)

Relationship to Patient: _____ **Date:** _____
 (Relación con paciente) (Fecha)

Advance Directives Statement Form (Declaración de Directivas Anticipadas)

Florida lawmakers have expressed concern about the number of people in this state who lack the capacity to make decisions about their health care. These people may not have family or a guardian who can make decisions for them. Therefore, a new law has been enacted which requires hospitals to ask the following questions:

(Los legisladores de Florida han expresado su preocupación por el número de habitantes de este estado que carecen de la capacidad necesaria para tomar decisiones acerca de su cuidado de la salud. Estas personas pueden no tener familia o un tutor que pueden tomar decisiones por ellos. Por lo tanto, se ha promulgado una nueva ley que requiere que los hospitales hagan las siguientes preguntas):

1. Do you have a Living Will? (¿Tiene un Testamento de Vida?)

Yes (Si) If yes, please provide us with a copy.
(Si tiene un testamento, favor traer copia.) **No**

2. Do you have Durable Power of Attorney? (¿Tiene un Poder Legal Duradero?)

Yes (Si) If yes, please provide us with a copy.
(Si tiene un testamento, favor traer copia.) **No**

3. Have you completed a legal document designating anyone (other than your family or a guardian) to make health care decisions for you, in the event you were incapacitated and could not make them yourself?

(¿Tiene algún documento legal asignando a alguien (otra persona además de su familia) para tomar decisiones médicas por usted, en el caso que usted se encuentra incapacitado para tomarlas?)

Yes (Si) If yes, who? (¿Si tienes, quien es?) **No**

Name: _____
(Nombre)

Phone: _____
(Teléfono)

4. Is this person aware of your choice? (¿Esta persona esta de acuerdo con su decision?)

Yes (Si) **No**

Signature of Patient or Responsible Party:
(Firma del paciente o del responsable)

Date:
(Fecha)

Printed Name of Patient or Responsible Party:
(Escribir nombre del paciente o del responsable)

Relationship to Patient:
(Relación con paciente)

Acknowledgement of Receipt of Notice of Privacy Practices (Acuse de Recibo del Aviso de Prácticas de Privacidad)

Notice to Patient (Aviso al Paciente):

We are required to provide you with a copy of our Notice of Privacy Practices, which states how we may use and/or disclose your health information. Please sign this form to acknowledge receipt of the Notice. You may refuse to sign this acknowledgement, if you wish.

(Le proveemos una copia de nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad, donde podemos usar y/o divulgar su información médica. Favor de firmar este formulario donde afirma que recibió esta Comunicado. Usted puede negarse a firmar este formulario, si lo desea.)

I acknowledge that I received a copy of this office's Notice of Privacy Practices.
(Yo reconozco que he recibido una copia de la notificación de Prácticas de Privacidad.)

Printed Name of Patient or Responsible Party (Nombre)

Date (Fecha)

Signature of Patient or Responsible Party (Firma)

FOR OFFICE USE ONLY

We have made every effort to obtain written acknowledgement of receipt of our Notice of Privacy Practices from this patient, but it could not be obtained because:

The patient refused to sign.

Due to an emergency situation it was not possible to obtain an acknowledgement.

We weren't able to communicate with the patient.

Other (please provide specific details).

Employee signature

Date

HIPAA Acknowledgement of Receipt of the Notice of Privacy Practices

This form does not constitute legal advice and covers only federal, not state, law.

Authorization for Disclosure of Protected Health Information (Autorización para Divulgación de Información Médica Protegida)

I authorize the use / disclosure of health information about me as described below.
(Yo autorizo el uso o divulgación de información de salud acerca de mí como se describe a continuación.)

Patient Name: _____
Last Name (Apellido) First Name (Nombre) Middle Initial (Inicial)

DOB (mm/dd/yyyy): _____ / _____ / _____
(Fecha de Nacimiento) Month (Mes) Day (Día) Year (Año)

Social Security Number: _____
(Seguro Social)

A. Person(s) or Organization(s) authorized to provide the information:

(Las Personas o Organizaciones autorizada a suministrar la información):

PRIMARY HEALTHCARE ASSOCIATES, INC.

B. Person(s) or Organization(s) authorized to receive the information:

(Las Personas o Organizaciones autorizada a recibir la información):

C. Specific description of the information that may be used or disclosed (including dates):

(Descripción específica de la información que puede ser usada o revelada):

D. Specific description of how the information will be used:

(Descripción específica de la forma en que la información que puede se utilizará):

I authorize the use / disclosure of health information about me as described below.
(Yo autorizo el uso o divulgación de información de salud acerca de mí como se describe a continuación.)

1. I understand that this authorization will **expire** one year from the date of signature.
(Entiendo que esta autorización **caducará** en un año desde la firma.)
2. I understand that I may **revoke** this authorization (except to the extent that action was already taken in reliance on this signed authorization) at any time by notifying **Primary HealthCare Associates, Inc.** in writing.
(Entiendo que puedo **revocar** esta autorización en cualquier momento mediante notificación a **Primary HealthCare Associates, Inc.** por escrito.)
3. I understand that I can **refuse** to sign authorization and that my refusal will no affect my ability to obtain treatment, payment or my eligibility for benefits (if applicable).
(Entiendo que puedo **negar** a firmar esta autorización y que mi negativa no afectará mi capacidad de obtener tratamiento, pago o mi elegibilidad para beneficios, (si procede)).
4. I may **inspect or copy** any information used or disclosed under this agreement.
(Puedo **verificar o copiar** cualquier información utilizada o divulgada bajo este contrato.)
5. I understand that if the person or organization that receives the information is not a health care provider or plan covered by federal privacy regulations, the information described above may be redisclosed and would no longer be protected by these regulations.
(Entiendo que si la persona o la organización que recibe la información no es proveedor de servicios de salud o plan de normas federales de privacidad, la información descrita anteriormente puede ser re-divulgada por lo que ya no estaría protegido por este reglamento.)

Signature of Patient or Patient's Representative:
(Firma del paciente o representante del paciente)

Date:
(Fecha)

Printed Name of Patient's Representative:
(Escribir nombre del representante del paciente)

Relationship to Patient:
(Relación con paciente)

NOTE:

- You have the right to know specifically what information you are authorizing for release (e.g., "results of a lab test performed on 01/04/03" or, if your entire medical record is included, "all health information").
(Tiene derecho a saber específicamente qué información está autorizando que se divulgue (por ejemplo, "resultados de una prueba de laboratorio realizada el 1/4/03" o, si se incluye todo su registro médico, "toda la información médica").)
- You have the right to know the name(s) or other identification of the person(s) or organization(s) authorized to release the information (e.g., the names of your health care provider(s)).
(Tiene derecho a saber los nombres o otra identificación de las personas o organizaciones autorizadas para divulgar la información (por ejemplo, los nombres de sus proveedores médicos).)
- You have the right to know who is going to use it and what it is going to be used for (e.g., John Smith, PhD / Medical Research).
(Tiene derecho a saber quién lo va a utilizar y para qué se va a utilizar (por ejemplo, John Smith, PhD / Investigación Médica).)
- **YOU HAVE A RIGHT TO RECEIVE A COPY OF THIS FORM.**
(USTED TIENE EL DERECHO DE RECIBIR UNA COPIA DE ESTE FORMULARIO).

Specialists Form (Formulario de Especialistas)

If you have any specialists, please provide us with the name and phone number below.

(Si tienes especialistas, por favor provea sus nombres y numeros telefónicos.)

Patient Name: _____
(Nombre del Paciente)

DOB (mm/dd/yyyy): _____ / _____ / _____
(Fecha de Nacimiento) Month (Mes) Day (Día) Year (Año)

Specialist (Especialista)	Phone Number (Numero Telefónico)

Our Financial Policy (Nuestra Política Financiera)

Welcome to our office. Thank you for choosing us as your healthcare provider. We are committed to providing you with the highest quality of health care. The following is a statement of our financial policy which we require you to read and sign prior to any treatment. (Bienvenidos a nuestra oficina. Gracias por elegirnos como su proveedor de atención médica. Estamos comprometidos a brindarle atención médica de la más alta calidad. La siguiente es una declaración de nuestra política financiera que le pedimos que lea y firme antes de cualquier tratamiento.)

- **Payment is due at the time of service** (El pago es debido en el momento de servicio)
- **All co-pays and deductibles are due at time of treatment**
(Todos los co-pagos y deducibles son debidos al momento del tratamiento)
- **We accept** (aceptamos) **Cash, Visa, and Mastercard**

For Patients with Insurance (Para Pacientes con Seguro)

We do accept assignments of insurance benefits for most of the Medical Insurance Companies. You are responsible for the unpaid balance not covered by your insurance company. Please provide us with an updated insurance card. (Aceptamos asignaciones de beneficios de seguro para la mayoría de las compañías de seguros médicos. Usted es responsable por el saldo insoluto no cubiertos por su compañía de seguros. Por favor envíenos una tarjeta de seguro actualizada.)

Your medical insurance policy is a contract between you and your insurance company.
(Su póliza de seguro médico es un contrato entre usted y su compañía de seguros.)

All balances need to be paid in full within 60 days.
(Todos los saldos deben ser pagados en su totalidad dentro de 60 días.)

There is a \$25.00 handling fee for all non-sufficient funds checks.

There is a \$25.00 no-cancellation fee.

(Hay una tarifa de manejo de \$ 25.00 para todos los cheques con fondos insuficientes.

Hay una tarifa de no cancelación de \$ 25.00.)

I have read the financial policy. I understood and agree to this financial policy.
(He leído la política financiera. Comprendí y acepto esta política financiera.)

Signature of Patient or Responsible Party:

(Firma del paciente o del responsable)

Date:

(Fecha)

Printed Name of Patient or Responsible Party:

(Escribir nombre del paciente o del responsable)

____/____/_____
Date of Birth (mm/dd/yyyy):

(Fecha de Nacimiento)

Pharmacy Form (Formulario de Farmacia)

Patient Name: _____ **DOB (mm/dd/yyyy):** _____ / _____ / _____
 (Nombre del Paciente) (Fecha de Nacimiento) Month (Mes) Day (Día) Year (Año)

Pharmacy Name: _____ **Pharmacy Phone:** _____
 (Nombre de la farmacia) (Teléfono de la farmacia)

Pharmacy Address: _____
 (Dirección de la farmacia)

Allergies: _____
 (Alergias)

Medication List (Lista de Medicamentos)

Medication Name (Nombre del Medicamento)	Dose (Dosis)	Frequency (Frecuencia)