



Patient Name: _____ DOB: ____/____/____
Last (Apellido) First (Nombre) Middle (Inicial) Month / Day / Year

Age (Edad): _____ Sex (Sexo): _____ Marital Status: _____ Social Security # (Seguro Social): _____

Address: _____
(Direccion) City (Ciudad) State (Estado) Zip Code (Codigo Postal)

Home Phone (# de Casa): _____ Cell Phone (# de Celular): _____

Employer (Patrono): _____

Work Phone (# de Trabajo): _____ Position (Posicion): _____

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

Phone Number (# de telefono-Dia): _____ Evening (# de telefono-Noche): _____

INSURANCE INFORMATION

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

Insured Name: _____ DOB: ____/____/____
(Asegurador) Last (Apellido) First (Nombre) Middle (Inicial) Month / Day / Year

Age (Edad): _____ Sex (Sexo): _____ Marital Status: _____ Social Security # (Seguro Social): _____

Address: _____
(Direccion) City (Ciudad) State (Estado) Zip Code (Codigo Postal)

Home Phone (# de Casa): _____ Cell Phone (# de Celular): _____

Employer (Patrono): _____ Work Phone (# de Trabajo): _____ Job Position (Posicion): _____

Relationship to patient (Relacion): Self (Yo) Spouse (Esposo/a) Child (Hijo/a) Other (Otro)

Secondary Insurance Name: _____ Policy ID #: _____ Group #: _____
(Seguro Secundario) (# de Poliza) (# de Grupo)

Insured Name: _____ DOB: ____/____/____
(Asegurador) Last (Apellido) First (Nombre) Middle (Inicial) Month / Day / Year

Age (Edad): _____ Sex (Sexo): _____ Marital Status: _____ Social Security # (Seguro Social): _____

Address: _____
(Direccion) City (Ciudad) State (Estado) Zip Code (Codigo Postal)

Home Phone (# de Casa): _____ Cell Phone (# de Celular): _____

Employer (Patrono): _____ Work Phone (# de Trabajo): _____ Job Position (Posicion): _____

Relationship to patient (Relacion): 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 authorized **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 dia 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 seguros de salud.

Signature of Patient (Firma)

Signature of Responsible Party

Date (Fecha)



Advance Directives Statement

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? (Tienes un testamento de vida?)

Yes (Si) No If Yes, please provide us with a copy. (Si tienes un testamento, por favor traer copia.)

2. Do you have Durable Power of Attorney? (Tiene un poder legal duradero? Si tienes, por favor traer copia)

Yes (Si) No If Yes, please provide us with a copy (Si tienes, favor traer copia copia.)

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 algun documento legal asignando a alguien (a otra persona además de su familia) para tomar decisiones medicas por usted, en el caso de que usted se encuentre incapacitado para tomarlas?)

Yes (Si) No If Yes, who? (Si tiene, quién es?)

Name (Nombre): _____ Phone (Telefono): _____

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

Yes (Si) No

Patient's Signature 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)

Directivas de Salud (Advance Directives)

Díganos lo que desea sobre su cuidado médico:

- Usted tiene el derecho de comunicar a sus proveedores de salud el tipo o nivel de cuidados médicos que usted desea recibir con caso de no estar en condiciones de decírselo a nadie.

¿Qué es una directiva de salud (advance directive)?

- Es un documento escrito legalmente que, en caso de que usted esté gravemente enfermo y no esté en condiciones de poder hablar, su proveedor de salud sabrá que tipo o nivel de cuidados médicos usted desea recibir en esa situación. La directiva de salud comunica a su proveedor médico el nivel de cuidados médicos que sí desea y los que no desea. En esta directiva usted puede identificar a un familiar o amigo el cual usted quiere que ayude a hacer decisiones sobre su cuidado médico cuando usted esté incapacitado para hacerlo.

¿Cómo hago una directiva de salud?

- La manera más fácil de hacer una directiva de salud es hablando con su proveedor médico y comunicándole sus deseos. Su proveedor(a) escribirá sus instrucciones. Esta información puede incluir el nombre de la persona que usted quiere que sea consultada acerca de su cuidado médico cuando usted esté incapacitado para hacerlo. (La persona que usted designe se le llamará su agente.) En su directiva de salud también puede identificar a las personas que usted no quiere que sean involucradas para hacer decisiones sobre su cuidado médico.

¿Por qué sería bueno para mí tener una directiva de salud?

- Puede ser que algún día usted se encuentre muy enfermo(a) o mal herido(a) sin poder tomar decisiones o sin poder decirle a nadie sus deseos acerca de sus cuidados médicos. Una directiva de salud hace saber a sus familiares y a su doctor sus deseos en caso de estar en peligro de muerte y asegura que sus deseos sean cumplidos. Una directiva de salud comunica a su proveedor médico cual es la persona o personas en que usted confía para hacer decisiones sobre su cuidado médico en caso que esté gravemente enfermo(a).

¿Qué pasa si yo quiero cambiar mi directiva en el futuro?

- Las directivas de salud pueden ser cambiadas a cualquier hora, siempre y cuando le deje saber a alguien sus deseos. Puede cambiar las instrucciones en su directiva de salud cuando usted quiera, solamente necesita comunicar sus nuevos deseos a su proveedor médico. También puede remplazar a la persona que usted quiera que sea su “agente” en estos casos de emergencia médica.

¿Tengo que hacer una directiva de salud (advance directive)?

- No, usted no está obligado a hacer una directiva de salud. Las directivas de salud se hacen voluntariamente. Su propósito es comunicar claramente a su familia y a sus proveedores médicos el tipo y nivel de cuidado médico que usted quiere recibir en situaciones cuando usted esté incapacitado(a) para comunicar sus propios deseos. Usted puede pedir ayuda de cualquier de sus proveedores de salud para redactar una directiva de salud cuando usted quiera. Sus proveedores médicos quieren y están dispuestos a ayudarle en esto.

Para más información en español visite:

<http://www.floridahealthfinder.gov/reports-guides/advance-directives-espanol.aspx>



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 a firma que recibo esta Comunicado. Usted puede negarse a firmar este formulario, si lo desea.)

I acknowledge that I have 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.)

Please print your name here (Nombre)

Signature (Firma)

Date (Fecha)

FOR OFFICE USE ONLY

We have made every effort to obtain written acknowledgment of receipt of our Notice of Privacy 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



AUTHORIZATION FOR DISCLOSURE OF PROTECTED HEALTH INFORMATION.

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 (Nombre del Paciente): _____

Date of Birth (Fecha de Nacimiento): _____ Patient's SSN (# Seguro Social): _____

A. Person(s) or Organization(s) authorized to provide the information (Las personas o las organizaciones autorizadas a suministrar la información): **PRIMARY HEALTHCARE ASSOCIATES, INC.**

B. Person(s) or Organization(s) authorized to receive the information (Personas o organizaciones autorizada a recibir la información):

C. Specific description of the information that may be used or disclosed (including date(s)) (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 se utilizará):

- 1) I understand that this authorization will **expire** on *(Entiendo que esta autorización caducará en)* _____.
- 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** this authorization and that my refusal will not affect my ability to obtain treatment, payment or my eligibility for benefits (if applicable). *(Entiendo que se me puede negarse 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 un proveedor de servicios de salud o plan de normas federales de privacidad, la información descrita anteriormente puede ser redisclosed por lo que ya no estaría protegido por este reglamento.)*

Patient's Signature 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 1/4/03" or, if your entire medical record is included, "all health information.").

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)).

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 / Research)

YOU HAVE THE RIGHT TO RECEIVE A COPY OF THIS FORM *USTED TIENE EL DERECHO DE RECIBIR UNA COPIA DE ESTE FORMULARIO

HIPAA Authorization for Release of Information

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