PHCA MEDICAL GROUP

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 :** _____ **Email:** _____

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

Ethnicity (Ethnic) _____ **Primary Language (lenguaje primario)** _____

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)**

PHCA MEDICAL GROUP

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**

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? (Tiene un testamento de vida?)

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

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

   ☐ Yes (Si) ☐ No If Yes, please provide us with a copy .(Si tiene, favor traer 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 (otra persona además de su familia) para tomar decisiones medicas por usted, en el caso de que usted se encuentra incapacitado para tomarlas?)

   ☐ Yes (Si) ☐ No If Yes, who? (Si tienes, 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)

Relationship to Patient

_____ _____

Printed Name of Patient's Representative (Escribir nombre del representante del paciente) Relationship to Patient (Relación con paciente)

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 organizaciónes 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*

PHCA
MEDICAL GROUP

Specialist List Form

Patient Name: _____ DOB: ___/_____/_____

SPECIALIST / ESPECIALISTA	PHONE NUMBER/NUMERO TELEFONICO

PLEASE PROVIDE US WITH THE NAME AND PHONE NUMBER OF YOUR SPECIALIST.

POR FAVOR PROVEA NOMBRES Y NUMEROS TELEFONICOS DE SUS ESPECIALISTAS.