

# PATIENT INFORMATION



## PERSONAL INFORMATION (INFORMACION PERSONAL)

<b>Full Name (Nombre Completo)</b>	<i>Last (Apellido)</i>	<i>First (Nombre)</i>	<i>M.I (Segundo Nombre)</i>
<b>Home Phone (Teléfono de Casa)</b>		<b>Cell Phone (Celular)</b>	
<b>Occupation (Ocupacion)</b>		<b>Work Phone Numero del trabajo</b>	
<b>E-mail</b>			
<b>Preferred Reminders (Preferencia en Los recordatorios)</b>	<b>E-mail</b>	<b>Text Messages (Texto)</b>	<b>Phone Call (Llamadas)</b>
			<b>Decline (No deseo)</b>
<b>#SSN – (# Seguro Social)</b>		<b>Birth Date (Fecha de Nacimiento)</b>	
<b>Principal Address (Dirección Principal)</b>	<i>Street Address (Calle)</i>		<i>Apartment/Unit # (Apartamento/Unidad #)</i>
	<i>City (Ciudad)</i>	<i>State (Estado)</i>	<i>ZIP Code (Código Postal)</i>
<b>Secondary Address: (Dirección Secundaria)</b>	<i>Street Address (Calle)</i>		<i>Apartment/Unit # (Apartamento/Unidad #)</i>
	<i>City (Ciudad)</i>	<i>State (Estado)</i>	<i>ZIP Code (Código Postal)</i>
<b>Marital Status (Estado Marital)</b>			
<b>Emergency Contact Name (Contacto de Emergencia)</b>		<b>Phone # (Teléfono)</b>	
<b>Relationship (Relación)</b>			

## INSURANCE INFORMATION (INFORMACION DEL SEGURO)

<b>Primary Insurance (Seguro Primario)</b>		<b>Secondary Ins (Seguro Secundario)</b>	
<b>Member ID (Numero de Miembro)</b>		<b>Member ID (Numero de Miembro)</b>	
<b>Group # (Numero de Grupo)</b>		<b>Group # (Numero de Grupo)</b>	
<b>Subscriber Name (Nombre del Suscriptor)</b>		<b>Subscriber Name (Nombre del Suscriptor)</b>	
<b>Subscriber DOB (Fecha de Nacimiento del suscriptor)</b>		<b>Subscriber DOB (Fecha de Nacimiento del suscriptor)</b>	

## PHARMACY INFORMATION (INFORMACION DE LA FARMACIA)

<b>Pharmacy (Nombre de la farmacia)</b>		<b>Phone (Teléfono)</b>	
<b>Address (Dirección)</b>	<i>Street Address (Calle)</i>		<i>Apartment/Unit # (Apartamento/Unidad #)</i>
	<i>City (Ciudad)</i>	<i>State (Estado)</i>	<i>ZIP Code (Codigo Postal)</i>
<b>RX Insurance</b>		<b>RX BIN</b>	
<b>Mail Order Pharmacy (Farmacia de pedido por correo)</b>			
<b>Reason of Visit (Razón de Su Visita)</b>	<b>Internal Medicine (Medicina Interna)</b>	<b>Functional Medicine (Medicina Funcional)</b>	
<b>How Did you find out about us? Como se entero de Nosotros?</b>			



**HEALTH HISTORY QUESTIONNAIRE  
(CUESTIONARIO DE HISTORIAL MÉDICO)**

All questions contained in this questionnaire are strictly confidential and will become part of your medical record. (Todas las preguntas contenidas en este cuestionario son estrictamente confidenciales y pasarán a formar parte de su expediente médico.)

<i>Previous or referring doctor (Médico anterior o remitente)</i>	<i>Date of last physical exam: (Fecha del último examen físico)</i>
---	---

**PERSONAL HEALTH HISTORY- HISTORIAL PERSONAL DE SALUD**

Childhood illness:     Measles    Mumps    Rubella    Chickenpox    Rheumatic Fever    Polio

Enfermedad infantil    *\*Sarampión*   *\*Paperas*   *\*Rubéola*   *\*Varicela*   *\*Fiebre reumática*   *\*Polio*

<b>Immunizations and dates: Vacunas y Fechas</b>	<i>*Tetanus (Tétanos)</i>	<i>*Pneumonia (Neumonía)</i>
	<input type="checkbox"/> Hepatitis	<input type="checkbox"/> Chickenpox (Varicela)
	<input type="checkbox"/> Influenza	<input type="checkbox"/> MMR Measles, Mumps, Rubella (Sarampión, Paperas Rubéola)

List any medical problems that other doctors have diagnosed (Enumere cualquier problema médico que otros médicos hayan diagnosticado)

--

**Surgeries (Cirugías)**

Year (Año)	Reason (Razón)	Hospital

**Other hospitalizations (Otras Hospitalizaciones)**

Year (Año)	Reason (Razón)	Hospital

Have you ever had a blood transfusion? *Alguna vez ha tenido una transfusión de sangre*     Yes (Si)     No

List your prescribed drugs and over-the-counter drugs, such as vitamins and inhalers.  
*Haga una lista de sus medicamentos recetados y de venta libre, como vitaminas e inhaladores.*

Name the Drug (Nombre del Medicamento)	Strength (Potencia)	Frequency Taken (Frecuencia Tomada)

**Allergies to Medications (Alergias a Medicamentos)**

Name the Drug (Nombre del Medicamento)	Reaction You Had (Reacción que tuviste)

**HEALTH HABITS AND PERSONAL SAFETY (HÁBITOS DE SALUD Y SEGURIDAD PERSONAL)**

<b>Exercise Ejercicio</b>	<input type="checkbox"/> Sedentary - No exercise (Sedentario – No Ejercicio)			
	<input type="checkbox"/> Mild exercise. i.e., climb stairs, walk 3 blocks, golf. (Ejercicio leve (es decir, subir escaleras, caminar 3 cuadras, golf))			
	<input type="checkbox"/> Occasional vigorous exercise (i.e., work or recreation, less than 4x/week for 30 min.) - Ejercicio vigoroso ocasional (es decir, trabajo o recreación, menos de 4 veces por semana durante 30 min.)			
	<input type="checkbox"/> Regular vigorous exercise (i.e., work or recreation 4x/week for 30 minutes) - Ejercicio vigoroso regular (es decir, trabajo o recreación 4 veces por semana durante 30 minutos)			
<b>Diet Dieta</b>	Are you dieting? (Estas haciendo Dieta?)	<input type="checkbox"/> Yes (Si)	<input type="checkbox"/> No	
	If yes, are you on a physician prescribed medical diet? - En caso afirmativo, ¿estás siguiendo una dieta médica prescrita por un médico?	<input type="checkbox"/> Yes (Si)	<input type="checkbox"/> No	
	# of meals you eat in an average day? (# de comidas que come en un día promedio?)			
	Type of Diet – (Tipo de Dieta)			
<b>Caffeine Cafeína</b>	<input type="checkbox"/> None (Ninguna)	<input type="checkbox"/> Coffee (Café)	<input type="checkbox"/> Tea (Te)	
	<input type="checkbox"/> Cola (Cola)			
Alcohol	# of cups/cans per day? (# de vasos/ latas por día?)			
	Do you drink alcohol? (Usted Toma Alcohol?)	<input type="checkbox"/> Yes (Si)	<input type="checkbox"/> No	
	If yes, what kind? (Si es así, ¿de qué tipo?)			
	How many drinks per day? (Cuántas bebidas por día?)			
<b>Tobacco Tabaco</b>	Are you concerned about the amount you drink? (¿Estás preocupada por la cantidad que bebes?)	<input type="checkbox"/> Yes (Si)	<input type="checkbox"/> No	
	Do you use tobacco? (¿Usa tabaco?)	<input type="checkbox"/> Yes (Si)	<input type="checkbox"/> No	
	* Cigarettes – pks./day (# cigarillos- Paquetes al día)	* Chew - #/day Mastica - # día	* Pipe - #/day Pipetas - # día	* Cigars - #/day Cigarillos - # día
	* # of years - # de a	* Or year quit		
<b>Drugs Drogas</b>	Do you currently use recreational or street drugs? (¿Actualmente usas drogas recreativas o callejeras?)	<input type="checkbox"/> Yes (Si)	<input type="checkbox"/> No	
	Have you ever given yourself street drugs with a needle? (¿Alguna vez te has dado drogas callejeras con una aguja?)	<input type="checkbox"/> Yes (Si)	<input type="checkbox"/> No	
<b>Sex Sexo</b>	Are you sexually active? (Eres sexualmente activo?)	<input type="checkbox"/> Yes (Si)	<input type="checkbox"/> No	
	If yes, are you trying for a pregnancy? En caso afirmativo, ¿estás tratando de lograr un embarazo?	<input type="checkbox"/> Yes (Si)	<input type="checkbox"/> No	
	If not trying for a pregnancy list contraceptive or barrier method used. (Si no está tratando de un método anticonceptivo o de barrera de la lista de embarazo utilizado:)			
	Any discomfort with intercourse? (Alguna Molestia con el Coito?)	<input type="checkbox"/> Yes (Si)	<input type="checkbox"/> No	
Illness related to the Human Immunodeficiency Virus (HIV), such as AIDS, has become a major public health problem. Risk factors for this illness include intravenous drug use and unprotected sexual intercourse. Would you like to speak with your provider about your risk of this illness? Las enfermedades relacionadas con el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH), como el SIDA, se han convertido en un importante problema de salud pública. Los factores de riesgo para esta enfermedad incluyen el uso de drogas intravenosas y las relaciones sexuales sin protección. ¿Le gustaría hablar con su proveedor sobre su riesgo de esta enfermedad?			<input type="checkbox"/> Yes (Si)	<input type="checkbox"/> No

<b>Personal Safety</b> <b>Seguridad</b> <b>Personal</b>	Do you live alone?- (Usted vive Solo)	<input type="checkbox"/>	Yes (Si)	<input type="checkbox"/>	No
	Do you have frequent falls? – (Ha tenido caídas frecuentes)	<input type="checkbox"/>	Yes (Si)	<input type="checkbox"/>	No
	Do you have vision or hearing loss?/ (Usted tiene Perdida de la visión y el oído?)	<input type="checkbox"/>	Yes (Si)	<input type="checkbox"/>	No
	Do you have an Advance Directive or Living Will?- ( Tiene una directiva Anticipada o un Testamento?)	<input type="checkbox"/>	Yes (Si)	<input type="checkbox"/>	No
	Physical and/or mental abuse have also become major public health issues in this country. This often takes the form of verbally threatening behavior or actual physical or sexual abuse. Would you like to discuss this issue with your provider?- (El abuso físico y / o mental también se han convertido en importantes problemas de salud pública en este país. Esto a menudo toma la forma de un comportamiento verbalmente amenazante o abuso físico o sexual real. ¿Le gustaría discutir este problema con su proveedor?)	<input type="checkbox"/>	Yes (Si)	<input type="checkbox"/>	No

**FAMILY HEALTH HISTORY- ANTECEDENTES DE SALUD FAMILIAR**

		SIGNIFICANT HEALTH PROBLEMS- PROBLEMAS DE SALUD SIGNIFICATIVOS				SIGNIFICANT HEALTH PROBLEMS- PROBLEMAS DE SALUD SIGNIFICATIVOS	
AGE- EDAD				AGE- EDAD			
Father- Padre				Children Hijos	× M × F		
Mother- Madre					× M × F		
Sibling Hermanos	× M × F				× M × F		
	× M × F				× M × F		
M-Male Masculino F-Female Femenino	× M × F			Grandmother Maternal- Abuela Materna			
	× M × F			Grandfather Maternal- Abuelo Materna			
	× M × F			Grandmother Paternal- Abuela Paterna			
	× M × F			Grandfather Paternal- Abuelo Paterno			

**MENTAL HEALTH-SALUD MENTAL**

Is stress a major problem for you?- ¿Es el estrés un problema importante para ti?	<input type="checkbox"/>	Yes (Si)	<input type="checkbox"/>	No
Do you feel depressed?- ¿Te sientes deprimido?	<input type="checkbox"/>	Yes (Si)	<input type="checkbox"/>	No
Do you panic when stressed?- ¿Entras en pánico cuando estás estresado?	<input type="checkbox"/>	Yes (Si)	<input type="checkbox"/>	No
Do you have problems with eating or your appetite?- ¿Tiene problemas para comer o con tu apetito?	<input type="checkbox"/>	Yes (Si)	<input type="checkbox"/>	No
Do you cry frequently?- ¿Lloras con frecuencia?	<input type="checkbox"/>	Yes (Si)	<input type="checkbox"/>	No
Have you ever attempted suicide?- ¿Alguna vez has intentado suicidarte?	<input type="checkbox"/>	Yes (Si)	<input type="checkbox"/>	No
Have you ever seriously thought about hurting yourself? ¿Alguna vez has pensado seriamente en lastimarte a ti mismo?	<input type="checkbox"/>	Yes (Si)	<input type="checkbox"/>	No
Do you have trouble sleeping?- ¿Tiene problemas para dormir?	<input type="checkbox"/>	Yes (Si)	<input type="checkbox"/>	No
Have you ever been to a counselor?- ¿Alguna vez has estado con un consejero?	<input type="checkbox"/>	Yes (Si)	<input type="checkbox"/>	No

**WOMEN ONLY- SOLO MUJERES**

Age at onset of menstruation- <i>Edad al inicio de la menstruación</i>		
Date of last menstruation- <i>Ultima Fecha de la menstruación.</i>	Period every ____ days- <i>Periodo cada ____ días</i>	
Heavy periods, irregularity, spotting, pain, or discharge?- <i>¿Periodos abundantes, irregularidad, manchado, dolor o secreción?</i>	<input type="checkbox"/> Yes (Si)	<input type="checkbox"/> No
Number of pregnancies ____ Number of live births ____ - <i>Número de embarazos ____ Número de nacidos vivos ____</i>		
Are you pregnant or breastfeeding?- <i>¿Estás embarazada o amamantando?</i>	<input type="checkbox"/> Yes (Si)	<input type="checkbox"/> No
Have you had a Dilation and Curettage , hysterectomy, or Cesarean? - <i>¿Ha tenido una dilatación y legrado, histerectomía o cesárea?</i>	<input type="checkbox"/> Yes (Si)	<input type="checkbox"/> No
Any urinary tract, bladder, or kidney infections within the last year?- <i>¿Alguna infección del tracto urinario, la vejiga o los riñones en el último año?</i>	<input type="checkbox"/> Yes (Si)	<input type="checkbox"/> No
Any blood in your urine?- <i>¿Alguna sangre en la orina?</i>	<input type="checkbox"/> Yes (Si)	<input type="checkbox"/> No
Any problems with control of urination?- <i>¿Algún problema con el control de la orina?</i>	<input type="checkbox"/> Yes (Si)	<input type="checkbox"/> No
Any hot flashes or sweating at night?- <i>¿Algún sofoco o sudoración por la noche?</i>	<input type="checkbox"/> Yes (Si)	<input type="checkbox"/> No
Do you have menstrual tension, pain, bloating, irritability, or other symptoms at or around time of period?- <i>¿Tiene tensión menstrual, dolor, hinchazón, irritabilidad u otros síntomas en o alrededor del momento del período?</i>	<input type="checkbox"/> Yes (Si)	<input type="checkbox"/> No
Experienced any recent breast tenderness, lumps, or nipple discharge?- <i>alguna sensibilidad reciente en los senos, bultos o secreción del pezón?-</i>	<input type="checkbox"/> Yes (Si)	<input type="checkbox"/> No
Date of last pap and rectal exam?- <i>Fecha del último examen de Papanicolaou y recto?</i>		

**MEN ONLY- SOLO HOMBRES**

Do you usually get up to urinate during the night? - <i>¿Suele levantarse para orinar durante la noche?</i>	<input type="checkbox"/> Yes (Si)	<input type="checkbox"/> No
If yes, # of times ____ <i>Si es así, # de veces ____</i>		
Do you feel pain or burning with urination?- <i>¿Siente dolor o ardor al orinar?</i>	<input type="checkbox"/> Yes (Si)	<input type="checkbox"/> No
Any blood in your urine?- <i>¿Alguna sangre en la orina?</i>	<input type="checkbox"/> Yes (Si)	<input type="checkbox"/> No
Do you feel burning discharge from penis?- <i>¿Siente una secreción ardiente del pene?</i>	<input type="checkbox"/> Yes (Si)	<input type="checkbox"/> No
Has the force of your urination decreased? <i>¿Ha disminuido la fuerza cuando orina?</i>	<input type="checkbox"/> Yes (Si)	<input type="checkbox"/> No
Have you had any kidney, bladder, or prostate infections within the last 12 months?- <i>¿Ha tenido alguna infección de riñón, vejiga o próstata en los últimos 12 meses?</i>	<input type="checkbox"/> Yes (Si)	<input type="checkbox"/> No
Do you have any problems emptying your bladder completely?- <i>¿Tiene algún problema para vaciar la vejiga por completo?</i>	<input type="checkbox"/> Yes (Si)	<input type="checkbox"/> No
Any difficulty with erection or ejaculation?- <i>¿Alguna dificultad con la erección o la eyaculación?</i>	<input type="checkbox"/> Yes (Si)	<input type="checkbox"/> No
Any testicle pain or swelling?- <i>¿Algún dolor o hinchazón testicular?</i>	<input type="checkbox"/> Yes (Si)	<input type="checkbox"/> No
Date of last prostate and rectal exam? <i>¿Fecha del último examen de próstata y recto?</i>	<input type="checkbox"/> Yes (Si)	<input type="checkbox"/> No

**OTHER PROBLEMS -OTROS PROBLEMAS**

Check if you have, or have had, any symptoms in the following areas to a significant degree and briefly explain.- *Verifique si tiene, o ha tenido, algún síntoma en las siguientes áreas en un grado significativo y explíquelo brevemente.*

<input type="checkbox"/> <i>Skin- Piel</i>	<input type="checkbox"/> <i>Chest/Heart- Pecho-Corazon</i>	<input type="checkbox"/> <i>Recent changes in: - Cambios recientes en:</i>
<input type="checkbox"/> <i>Head/Neck- Cabeza/Cuello</i>	<input type="checkbox"/> <i>Back-Espalda</i>	<input type="checkbox"/> <i>Weight- Peso</i>
<input type="checkbox"/> <i>Ears- Oidos</i>	<input type="checkbox"/> <i>Arms/Legs- Manos/Piernas</i>	<input type="checkbox"/> <i>Energy level- Nivel de Energia</i>
<input type="checkbox"/> <i>Nose- Nariz</i>	<input type="checkbox"/> <i>Bladder-Vejiga</i>	<input type="checkbox"/> <i>Ability to sleep- Habilidad para Dormir</i>
<input type="checkbox"/> <i>Throat- Garganta</i>	<input type="checkbox"/> <i>Bowel- Intestino</i>	<input type="checkbox"/> <i>Other pain/discomfort: Dolor -Incomodidad</i>
<input type="checkbox"/> <i>Lungs- Pulmones</i>	<input type="checkbox"/> <i>Circulation- Circulacion</i>	



## NOTICE OF PRIVACY PRACTICE

As required by the Privacy Regulations Promulgated Pursuant to the Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996 (HIPAA)

Según lo requerido por el Reglamento de Privacidad Promulgado de conformidad con la Ley de Responsabilidad y Portabilidad del Seguro de Salud de 1996 (HIPAA).

**THIS NOTICE DESCRIBES HOW MEDICAL INFORMATION ABOUT YOU MAY BE USED AND DISCLOSED AND HOW YOU CAN GET ACCESS TO THIS INFORMATION. PLEASE REVIEW THIS NOTICE CAREFULLY.**

**ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE UTILIZAR Y DIVULGAR LA INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED Y CÓMO PUEDE ACCEDER A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR REVISE ESTE AVISO CUIDADOSAMENTE.**

This Notice of Privacy Practices describes how we may use and disclose your protected health information (PHI) to carry out treatment, payment or health care operations (TPO) and for other purposes that are permitted or required by law. It also describes your rights to access and control your protected health information. "Protected health information" is information about you, including demographic information, that may identify you and that relates to your past, present or future physical or mental health or condition and related health care services

Este Aviso de prácticas de privacidad describe cómo podemos usar y divulgar su información de salud protegida (PHI) para llevar a cabo tratamientos, pagos u operaciones de atención médica (TPO) y para otros fines permitidos o requeridos por la ley. También describe sus derechos para acceder y controlar su información de salud protegida. La "información de salud protegida" es información sobre usted, incluida la información demográfica, que puede identificarlo y que se relaciona con su estado o salud física o mental pasada, presente o futura y servicios de atención médica relacionados.

**Uses and Disclosures of Protected Health Information:** Your protected health information may be used and disclosed by our organization, our office staff and others outside of our office that are involved in your care and treatment for the purpose of providing health care services to you, to pay your health care bills, to support the operation of the organization, and any other use required by law.

**Usos y divulgaciones de información de salud protegida:** nuestra organización, el personal de nuestra oficina y otras personas ajenas a nuestra oficina pueden utilizar y divulgar su información de salud protegida con el fin de proporcionarle servicios de atención médica a usted, pagar sus facturas de atención médica, para respaldar el funcionamiento de la organización y cualquier otro uso requerido por la ley.

**Treatment:** We will use and disclose your protected health information to provide, coordinate, or manage your health care and any related services. This includes the coordination or management of your health care with a third party. For example, we would disclose your protected health information, as necessary, to a home health agency that provides care to you. For example, your protected health information may be provided to a physician to whom you have been referred to ensure that the physician has the necessary information to diagnose or treat you.

**Tratamiento:** Utilizaremos y divulgaremos su información médica protegida para proporcionar, coordinar o administrar su atención médica y cualquier servicio relacionado. Esto incluye la coordinación o gestión de su atención médica con un tercero. Por ejemplo, divulgaríamos su información de salud protegida, según sea necesario, a una agencia de salud en el hogar que le brinde atención. Por ejemplo, su información de salud protegida se puede proporcionar a un médico al que lo derivaron para asegurarse de que el médico tenga la información necesaria para diagnosticarlo o tratarlo

**Payment:** Your protected health information will be used, as needed, to obtain payment for your health care services. For example, obtaining approval for equipment or supplies coverage may require that your relevant protected health information be disclosed to the health plan to obtain approval for coverage.

**Pago:** Su información de salud protegida se usará según sea necesario, para obtener el pago de sus servicios de atención médica. Por ejemplo, obtener la aprobación de la cobertura de equipos o suministros puede requerir que su información de salud protegida relevante se divulgue al plan de salud para obtener la aprobación de la cobertura.



**Healthcare Operations:** We may use or disclose, as-needed, your protected health information in order to support the business activities of our organization. These activities include, but are not limited to, quality assessment activities, employee review activities, accreditation activities, and conducting or arranging for other business activities. For example, we may disclose your protected health information to accrediting agencies as part of an accreditation survey. We may also call you by name while you are at our facility. We may use or disclose your protected health information, as necessary, to contact you to check the status of your equipment.

**Operaciones de atención médica:** Podemos usar o divulgar, según sea necesario, su información de salud protegida para apoyar las actividades comerciales de nuestra organización. Estas actividades incluyen, entre otras, actividades de evaluación de calidad, actividades de revisión de empleados, actividades de acreditación y realización o organización de otras actividades comerciales. Por ejemplo, podemos divulgar su información de salud protegida a agencias de acreditación como parte de una encuesta de acreditación. También podemos llamarlo por su nombre mientras se encuentre en nuestras instalaciones. Podemos usar o divulgar su información de salud protegida, según sea necesario, para contactarlo y verificar el estado de su equipo.

**We may use or disclose your protected health information in the following situations without your authorization:** as Required By Law, Public Health issues as required by law, Communicable Diseases, Health Oversight, Abuse or Neglect, Food and Drug Administration requirements, Legal Proceedings, Law Enforcement, Criminal Activity, Inmates, Military Activity, National Security, and Workers' Compensation. Required Uses and Disclosures: Under the law, we must make disclosures to you and when required by the Secretary of the Department of Health and Human Services to investigate or determine our compliance with the requirements of Section 164.500.

**Podemos usar o divulgar su información de salud protegida en las siguientes situaciones sin su autorización:** según lo requiera la ley, problemas de salud pública según lo exija la ley, enfermedades transmisibles, supervisión de la salud, abuso o negligencia, requisitos de la Administración de Drogas y Alimentos, procedimientos legales, ley Cumplimiento, actividad criminal, reclusos, actividad militar, seguridad nacional e indemnización laboral. Usos y divulgaciones requeridos: De conformidad con la ley, debemos divulgarle información y cuando así lo requiera el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos para investigar o determinar nuestro cumplimiento con los requisitos de la Sección 164.500.

**Other Permitted and Required Uses and Disclosures Will Be Made Only with Your Consent, Authorization or Opportunity to object, unless required by law.**

You may revoke this authorization, at any time, in writing, except to the extent that your physician or this organization has taken an action in reliance on the use or disclosure indicated in the authorization.

**Otros usos y divulgaciones permitidos y requeridos se realizarán solo con su consentimiento, autorización o Oportunidad para objetar, a menos que lo exija la ley.**

Puede revocar esta autorización, en cualquier momento, por escrito, excepto en la medida en que su médico o esta organización hayan tomado una medida basándose en el uso o divulgación indicados en la autorización.

**Your Rights:** Following is a statement of your rights with respect to your protected health information.

**Sus derechos:** lo siguiente es una declaración de sus derechos con respecto a su información de salud protegida.

- **You have the right to inspect and copy your protected health information.** Under federal law, however, you may not inspect or copy the following records; psychotherapy notes; information compiled in reasonable anticipation of, or use in, a civil, criminal, or administrative action or proceeding, and protected health information that is subject to law that prohibits access to protected health information.
- **Tiene derecho a inspeccionar y copiar su información de salud protegida.** Sin embargo, según la ley federal, no puede inspeccionar ni copiar los siguientes registros; notas de psicoterapia; información compilada en anticipación razonable o uso en una acción o procedimiento civil, penal o administrativo, e información de salud protegida que está sujeta a la ley que prohíbe el acceso a información de salud protegida.

- **You have the right to request a restriction of your protected health information.** This means you may ask us not to use or disclose any part of your protected health information for the purposes of treatment, payment or healthcare operations. You may also request that any part of your protected health information not be disclosed to family members or friends who may be involved in your care or for notification purposes as described in this Notice of Privacy Practices. Your request must state the specific restriction requested and to whom you want the restriction to apply. Our organization is not required to agree to a restriction that you may request. If our organization believes it is in your best interest to permit use and disclosure of your protected health information, your protected health information will not be restricted. You then have the right to use another Healthcare Professional.
- **Tiene derecho a solicitar una restricción de su información de salud protegida.** Esto significa que puede pedirnos que no usemos ni divulguemos ninguna parte de su información de salud protegida para fines de tratamiento, pago u operaciones de atención médica. También puede solicitar que cualquier parte de su información de salud protegida no se divulgue a familiares o amigos que puedan estar involucrados en su atención o con fines de notificación como se describe en este Aviso de prácticas de privacidad. Su solicitud debe indicar la restricción específica solicitada y a quién desea que se aplique la restricción. Nuestra organización no está obligada a aceptar una restricción que usted pueda solicitar. Si nuestra organización cree que lo mejor para usted es permitir el uso y la divulgación de su información de salud protegida, su información de salud protegida no estará restringida. Luego tiene derecho a utilizar otro profesional de la salud.
- **You have the right to request to receive confidential communications from us by alternative means or at an alternative location. You have the right to obtain a paper copy of this notice from us,** upon request, even if you have agreed to accept this notice alternatively, e.g., electronically.
- **Tiene derecho a solicitar que le enviemos comunicaciones confidenciales por medios alternativos o en una ubicación alternativa. Tiene derecho a obtener una copia impresa de este aviso,** previa solicitud, incluso si ha aceptado aceptar este aviso alternativamente, por ejemplo, electrónicamente.
- **You may have the right to have our organization amend your protected health information.** If we deny your request for amendment, you have the right to file a statement of disagreement with us and we may prepare a rebuttal to your statement and will provide you with a copy of any such rebuttal.
- **Es posible que tenga derecho a que nuestra organización modifique su información de salud protegida.** Si denegamos su solicitud de enmienda, tiene derecho a presentar una declaración de desacuerdo con nosotros y podemos preparar una refutación a su declaración y le proporcionaremos una copia de dicha refutación.
- **You have the right to receive an accounting of certain disclosures we have made, if any, of your protected health information.**
- **Tiene derecho a recibir un informe de ciertas divulgaciones que hayamos realizado, en su caso, de su información de salud protegida.**

**Emergency Situations** In the event of your incapacity or an emergency situation we will disclose your PHI (Protected health information) to a family member or another person responsible for your care using our professional judgment. We will only disclose PHI that is directly relevant to the person's involvement in your healthcare.

**Situaciones de emergencia** En el caso de su incapacidad o una situación de emergencia, divulgaremos su PHI (información de salud protegida) a un miembro de la familia u otra persona responsable de su atención utilizando nuestro criterio profesional. Solo divulgaremos la PHI que sea directamente relevante para la participación de la persona en su atención médica

**Marketing:** We will not use your PHI for marketing communications without your written authorization.

**Marketing:** no utilizaremos su PHI para comunicaciones de marketing sin su autorización por escrito

We reserve the right to change the terms of this notice and will inform you by mail or email of any changes. You then have the right to object or withdraw as provided in this notice.

Nos reservamos el derecho de cambiar los términos de este aviso y le informaremos por correo o correo electrónico de cualquier cambio. Luego tiene derecho a oponerse o retirarse según lo dispuesto en este aviso.





**Complaints:** You may complain to us or to the Secretary of Health and Human Services if you believe your privacy rights have been violated by us. You may file a complaint with us by notifying our privacy contact with your complaint. We will not retaliate against you for filing a complaint.

**Quejas:** puede presentar una queja ante nosotros o ante el Secretario de Salud y Servicios Humanos si cree que hemos violado sus derechos de privacidad. Puede presentar una queja con nosotros notificando a nuestro contacto de privacidad con su queja. No tomaremos represalias contra usted por presentar una queja.

**We are required by law** to maintain the privacy of and provide individuals with, this notice of our legal duties and privacy practices with respect to protected health information, if you have any questions concerning or objections to this form, please ask to speak with our Office Manager in person or by phone at 352-596-9095

**La ley nos exige** que mantengamos la privacidad y proporcionemos a las personas este aviso de nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad con respecto a la información de salud protegida, si tiene alguna pregunta u objeción a este formulario, solicite hablar con nuestra Oficina Gerente en persona o por teléfono al 352-596-9095

**Associated companies with whom we may do business**, such as an answering service, billing service or delivery service, are given only enough information to provide the necessary service to you. No medical information is provided.

**Las empresas asociadas con las que podemos hacer negocios**, como un servicio de contestador, un servicio de facturación o un servicio de entrega, solo reciben suficiente información para brindarle el servicio necesario. No se proporciona información médica.

**We welcome your comments:** Please feel free to call us if you have any questions about how we protect your privacy. Our goal is always to provide you with the highest quality services.

**Agradecemos sus comentarios:** no dude en llamarnos si tiene alguna pregunta sobre cómo protegemos su privacidad. Nuestro objetivo siempre es brindarle servicios de la más alta calidad.

**PRIVACY NOTICE**

**I have received a copy of NEW AGE MEDICAL CENTER office privacy notice as required by HIPAA.**

*He recibido una copia del aviso de privacidad de la oficina de NEW AGE MEDICAL CENTER según lo requerido por HIPAA.*

**Signature:** \_\_\_\_\_ **Date:** \_\_\_\_\_

**Patient Name (print)** \_\_\_\_\_ **SS#** \_\_\_\_\_

**Firma:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

**Nombre del paciente** \_\_\_\_\_ **Social Security#** \_\_\_\_\_  
**(en letra de imprenta):**

**What is the office schedule?**

**Brooksville:** Monday thru Wednesday: 9:00 am to 5:00 pm (Lunch 12:30 pm to 1:30 pm)  
Thursday and Friday: 9:00 am to 2:00 pm.

**Land O' Lakes:** Thursday: 3:00 pm to 7:00 pm. Friday only per Doctor approval

**¿Cuál es el horario de la oficina?**

**Brooksville:** Lunes a Miércoles: 9:00 am a 5:00 pm (Almuerzo 12:30 pm a 1:30 pm)  
Jueves y Viernes: 9:00 am a 2:00 pm.

**Land O' Lakes:** Jueves: 3:00 pm a 7:00 pm. Viernes solo por aprobación del Doctor

**THIS PRACTICE IS NOT A CONVENTIONAL MEDICINE PRACTICE. THIS OFFICE IS AN ANTI-AGING & FUNCTIONAL MEDICINE PRACTICE.**

**We use alternative medicine to improve the physiological functions of patients with chronic diseases. Instead of looking at and treating health problems as isolated diseases, we treat individuals who may have bodily symptoms, imbalances, and dysfunctions.**

**We take into consideration every aspect of a patient's lifestyle, from environmental stimuli to genetic predispositions, with the goal of treating and preventing the underlying cause of the disease instead of merely ameliorating the symptoms.**

**Includes:** Bio Identical Hormone Replacement, Personalize Nutritional Program, Specialized Test Results.

**Insurances DO NOT reimburse for functional/integrative medicine and Patients are responsible for an **additional fee** of \$50.00- \$100.00 depending on the complexity of the visit.**

**If you are NOT INTERESTED in functional medicine, please notify the front desk so they may flag your chart.**

**ESTA PRÁCTICA NO ES UNA PRÁCTICA DE MEDICINA CONVENCIONAL. ESTA OFICINA ES UNA PRÁCTICA DE MEDICINA FUNCIONAL Y ANTI-ENVEJECIMIENTO.**

Utilizamos la medicina alternativa para mejorar las funciones fisiológicas de pacientes con enfermedades crónicas. En lugar de ver y tratar los problemas de salud como enfermedades aisladas, tratamos a las personas que pueden tener síntomas, desequilibrios y disfunciones corporales.

Tomamos en consideración todos los aspectos del estilo de vida de un paciente, desde estímulos ambientales hasta predisposiciones genéticas, con el objetivo de tratar y prevenir la causa subyacente de la enfermedad en lugar de simplemente mejorar los síntomas.

Incluye: Reemplazo de Hormonas Bio Idénticas, Programa Nutricional Personalizado, Resultados de Pruebas Especializadas.

Los seguros NO reembolsan la medicina funcional y/o integrativa y los pacientes son responsables de una tarifa adicional de \$50.00 - \$100.00 dependiendo de la complejidad de la visita.

**Si NO ESTÁ INTERESADO en medicina funcional, notifique a la recepción para que puedan marcar su expediente.**

**Why the doctor recommends getting compound medications, supplements, or herbs through the office? Thanks to our doctor having many years of experience in the use of different pharmacies of compounds and supplementary products, to ensure that patients obtain a product of the highest quality that suits the requirements of each patient. We feel the responsibility of classifying the best pharmaceutical options that ensure the best quality, purity, potency, resistance, and composition of medications and supplements; to offer the best products that enhance the health of those who have trusted us.**

**Unfortunately, the supplements that people buy on the Internet or in nutritional stores do not guarantee high-quality standards, although they do guarantee the lowest price. But this dangerous self-medication can cause harmful health effects in the future. Please ask our team how you can order supplements online.**

**YOU ARE NOT REQUIRED TO PURCHASE SUPPLEMENTS AT THE OFFICE BUT IT IS HIGHLY RECOMMENDED.**

¿Por qué el médico recomienda obtener medicamentos compuestos, suplementos o hierbas a través del consultorio? Gracias a que nuestro médico tiene muchos años de experiencia en el uso de diferentes farmacias de compuestos y productos complementarios, para lograr que los pacientes obtengan un producto de la más alta calidad que se adapte a los requerimientos de cada paciente. Sentimos la responsabilidad de clasificar las mejores opciones farmacéuticas que aseguren la mejor calidad, pureza, potencia, resistencia y composición de medicamentos y suplementos; para ofrecer los mejores productos que mejoren la salud de quienes han confiado en nosotros. Desafortunadamente, los suplementos que la gente compra por Internet o en las tiendas de nutrición no garantizan altos estándares de calidad, aunque sí garantizan el precio más bajo. Pero esta peligrosa automedicación puede causar efectos nocivos para la salud en el futuro.

[pregúntele a nuestro equipo cómo puede ordenar suplementos en línea.](#)

**NO ESTA OBLIGADO A ADQUIRIR SUPLEMENTOS EN LA OFICINA, PERO ES ALTAMENTE RECOMENDADO**

**Who can I contact to make an appointment?**

- Call (352)-596-9095 option 0. If you leave a voicemail, please leave a detailed message (including patient name, date of Birth, and appointment reason); we will return a phone call in the next 24 business hours.
- Text to (352)-596-9095 – (352)-263-5447
- Send a message through our website: <https://www.newagemedicalcenters.com/contact/>
- E-mail to: [newagemedicalcenters@gmail.com](mailto:newagemedicalcenters@gmail.com)
- Request appointment under the app: (Onpatient PHR) please ask the office to get access.
- Remember is the patient responsibility to keep the office updated about your personal and Healthcare Information.
- Please Do Not Contact the doctor's cellphone for this matter.

**¿Cómo puedo hacer una cita?**

- Llame al (352)-596-9095 opción 0. Si deja un mensaje de voz, deje un mensaje detallado (incluido el nombre del paciente, la fecha de nacimiento y el motivo de la cita); le devolveremos una llamada telefónica en las próximas 24 horas laborables.
- Texto al (352)-596-9095 – (352)-263-5447
- Envíe un mensaje a través de nuestro sitio web: <https://www.newagemedicalcenters.com/contact/>
- Correo electrónico a: [newagemedicalcenters@gmail.com](mailto:newagemedicalcenters@gmail.com)
- Solicite una cita en la aplicación: (Onpatient PHR), solicite acceso al portal en la oficina.
- Recuerde que es responsabilidad del paciente mantener actualizado el consultorio sobre su información médica y personal.
- No se comunique con el teléfono celular del médico para este asunto.

**Does the office have the responsibility to remind me of my appointments?** No, Appointment reminder calls, texts, or e-mails are considered a **COURTESY**. Patients are responsible for keeping track of all appointments that have been set up.

¿Tiene la oficina la responsabilidad de recordarme mis citas? No, las llamadas, mensajes de texto o correos electrónicos de recordatorio de citas se consideran CORTESÍA. Los pacientes son responsables de realizar un seguimiento de todas las citas que se han establecido.

**Do I need an appointment for Medical Clearance?** Yes, you do; all **Medical Clearance** requires an Office Visit, EKG, and basic blood review.

¿Necesito una cita para una aprobación médica antes de un procedimiento? Si, toda aprobación médica antes de un procedimiento requiere una visita al consultorio, un electrocardiograma y una revisión básica de sangre.

**What is the policy for appointments cancellations?** You must notify the office **24 Business hours** before your appointment for cancellations. If your appointment is Monday, you need to cancel your appointment Friday unless you have family or personal emergency proof.

¿Cuál es la política de cancelación de citas? Debe notificar a la oficina 24 horas hábiles antes de su cita para cancelaciones. Si su cita es el lunes, debe cancelar su cita el viernes a menos que tenga una prueba de emergencia familiar o personal.

**If I can't show to my appointment, Do I have to pay a fee? Yes, you do. Each Appointment No SHOW** There is a \$50.00 no-show fee.

Si no puedo presentarme a mi cita, ¿tengo que pagar una tarifa? Si. Cada cita que usted no asista sin previo aviso hay un cargo de \$50.00.

**What are telemedicine appointments?** It is a medical consultation with the physician through a videoconference or phone call. Please ask your insurance if you are eligible for this type of appointment. Self-pay fee **\$100.00 to \$150.00** depending on the complexity of the visit.

¿Qué son las citas de telemedicina? Es una consulta médica con el médico a través de una videoconferencia o llamada telefónica. Pregúntele a su seguro si es elegible para este tipo de cita. La tarifa particular es \$ 100.00 a \$ 150.00 dependiendo de la complejidad de la visita.

#### **What do I need to keep in mind for the day of my appointment?**

- Bring your ID and insurance Information to each visit; it is the patient responsibility to inform the receptionist of any changes to your insurance policy or company before being seen.
- All Balances are due BEFORE your Appointment. Before you see the Doctor. **NO EXCEPTIONS.** If you need information about your balance, please contact the billing department e-mail: [billing@newagemedicalcenter.com](mailto:billing@newagemedicalcenter.com).
- All copays and deductibles are due at the time of service. **Type of payments Received at the office:** Cash, Credit Card, Debit Card, Check (Any returned check has a \$40.00 Fee.) Care Credit (Only Weight Loss).
- Bring a list of all your prescriptions and over-the-counter medications with you to each visit. (Including another physician's prescriptions).
- Bring a list of all prescriptions that need to be refilled. Including Pharmacy Information. **ALL REFILLS WILL BE DONE ELECTRONICALLY, EXCEPT CONTROL MEDICATIONS.**

#### ¿Qué debo tener en cuenta para el día de mi cita?

- Traiga su identificación e información del seguro a cada visita; es responsabilidad del paciente informar a la recepcionista de cualquier cambio en su póliza de seguro o compañía antes de ser atendido.
- Todos los balances financieros deben ser cancelados antes de su cita. SIN EXCEPCIONES. Si necesita información sobre su saldo, comuníquese con el correo electrónico del departamento de facturación: [billing@newagemedicalcenter.com](mailto:billing@newagemedicalcenter.com).
- Todos los copagos y deducibles deben ser cancelados en el momento del servicio. los Tipo de pagos recibidos en la oficina son: Efectivo, Tarjeta de Crédito, Tarjeta de Débito, Cheque (Cualquier cheque devuelto tiene un Cargo de \$40.00) Care Credit (Solo se puede usar para programas de Pérdida de Peso).
- Traiga una lista de todos sus medicamentos recetados y de venta libre. (incluidas las recetas de otros médicos).
- Traiga una lista de todas las recetas que necesita rellenar. Incluyendo información de farmacia. **TODAS LAS RECETAS SE ENVIAN POR MEDIO ELECTRÓNICO, EXCEPTO MEDICAMENTOS CONTROLADOS.**

#### **I need a medication Refill. What do I need to do?**

- Please get in touch with your pharmacy 1 week before running out of your medication and ask them (the pharmacy) to send a refill request to us.
- After the request is received, it will be a 72 business hours turnaround for all medication refills. Still, if your medication requires prior authorization, it may take 1-15 days, depending on your insurance.
- Will not give control prescription refills unless you see the physician - **NO EXCEPTIONS.** If you get your medication through the office, please contact us. You can ask to ship your medications to your home. (Shipping fee applies). Control medications we prefer the patient pick up at the office for security purposes.



- All refills require a follow appointment. To obtain refills, you must keep your follow-up appointment according to the doctor's recommendation.
- Suppose you have 2 previous appointment cancellations/reschedule or have more than 6 months without being seen. You will need to have an appointment with the physician to get refills.
- Suppose you will be out of medications before your appointment. In that case, the doctor may approve enough medication to last you until your next appointment. However, if you do not keep your appointment, you will not receive another refill until you see the physician.

#### Necesito reabastecer mis medicamentos, ¿qué debo hacer?

- Comuníquese con su farmacia 1 semana antes de agotar su medicamento y pídale (a la farmacia) que nos envíen una solicitud de recarga del medicamento que necesita.
- Una vez recibida la solicitud, habrá un plazo de entrega de 72 horas laborables, pero si su medicamento requiere autorización previa, puede tomar de 1 a 15 días laborables, dependiendo de su seguro médico.
- Para el abastecimiento de medicamentos controlados. Usted requiere una cita con el médico, no se administrarán a menos que vea al médico - SIN EXCEPCIONES. Si obtiene su medicamento a través de la oficina, comuníquese con nosotros. Puede solicitar enviar sus medicamentos a casa. (Se aplica una tarifa de envío). Los medicamentos controlados preferimos que el paciente los recoja en la oficina por motivos de seguridad.
- Todos los reabastecimientos de medicamentos requieren que usted tenga una cita de seguimiento programada con el médico. Para poder obtenerlos, usted debe cumplir con sus citas de seguimiento de acuerdo con la recomendación del médico.
- Si tiene 2 cancelaciones o reprogramaciones de citas previas o tiene más de 6 meses sin haber visto al médico, necesita una cita antes de volver a reabastecer su medicamento.
- Si se quedara sin medicamentos antes de su cita, el médico puede aprobar la cantidad suficiente hasta su próxima cita. Sin embargo, si no cumple con su cita, no recibirá otra recarga hasta que vea al médico.

#### **What is the process to get a Referral and Authorization.?**

- If your insurance requires a **referral and or Authorization** to see a specialist, please get in touch with the specialist's office and ask them to send a request to our fax number: 352-578-1032. (Must include physician's name, address, NPI, date of appointment, physician's professional insurance number, and procedure codes to be authorized.)
- If your insurance requires a **Procedure Prior Authorization**, please contact the specialist or place where the procedure will be done and ask them to send a request to our fax number: 352-578-1032. (Needs to include the location of service, Tax ID, CPT codes, ICD-10, and service date.
- Referrals and Authorizations May take 1-8 business days, depending on your insurance.

#### ¿Cuál es el proceso para obtener un Referido o Autorización?

- Si su seguro requiere una referido o autorización para ver a un especialista, comuníquese con la oficina del especialista y solicite que envíen una solicitud a nuestro número de fax: 352-578-1032. (Debe incluir el nombre del médico, la dirección, el NPI, el día de la cita y, el número profesional del médico según el seguro, y los códigos de procedimiento que se desean autorizar).
- Si su seguro requerirá una autorización previa a un procedimiento, comuníquese con el especialista o el lugar donde se realizará el procedimiento y solicite que envíen una solicitud a nuestro número de fax: 352-578-1032. (debe incluir el lugar de servicio, Numero de identificación de impuestos, códigos del procedimiento / diagnóstico y fecha de servicio.
- Los referidos y autorizaciones pueden demorar entre 1 y 8 días laborables, según su seguro médico.

#### **If I need to obtain my medical records, what do I need to do?**

- **Records requested by another practitioner:** ask them to send a medical records authorization release signed by the patient to our fax number: (352) 578-1032.



- **Records requested by patient government entities and lawyers:** Patients can request medical records at the office at any time (Proof of identification is required). Lawyers need to send/fax to the office a medical records authorization release signed by the patient. In both cases, medical records have a charge.
- According to Rule 64B8-10.002(3), FAC: A licensed physician shall keep adequate written medical records, as required by Section 458.331(1) (m), Florida Statutes, for a period of at least five years from the last patient contact. The 2019 Florida Statutes Rule 64B8-10.003 (Fla. Admin. Code r. 64B8-10.003): Allow Physicians and other medical providers under the jurisdiction of the Florida Medical Board can only charge patients and government entities the following reasonable costs:
  - ✓ \$1 per page for the first 25 pages.
  - ✓ \$0.25 per page for each page in excess of 25 pages.
  - ✓ Medical Records request has a two week turn around.

#### ¿Necesito obtener mi historial médico que debo hacer?

- Historia medica solicitada por otro profesional de la salud: les pide que envíen una solicitud de historia clínica a nuestro número de fax: (352) 578-1032 (debe de tener la autorización firmada por el paciente).
- Historia medica solicitados por el paciente, abogados o entidades gubernamentales: los pacientes pueden solicitar registros médicos en la oficina en cualquier momento (se requiere prueba de identificación) Los abogados deben enviar por correo o fax a la oficina una autorización de registros médicos firmada por el paciente: en ambos casos, los registros médicos tienen un cargo.  
De acuerdo con la Regla 64B8-10.002 (3), FAC: Un médico con licencia deberá mantener registros médicos escritos adecuados, como lo requiere la Sección 458.331 (1) (m), Estatutos de Florida, por un período de al menos cinco años desde el último contacto con el paciente. La Norma 64B8-10.003 de los Estatutos de Florida de 2019 (Código Administrativo Fla. R. 64B8-10.003): Permite a los médicos y otros proveedores médicos bajo la jurisdicción de la Junta Médica de Florida solo puede cobrar a los pacientes y entidades gubernamentales los siguientes costos razonables:  
\$ 1 por página para las primeras 25 páginas.  
\$ 0.25 por página por cada página que exceda las 25 páginas.
- La solicitud de registros médicos tiene un plazo de dos semanas para ser entregado

**Is there a fee for all paperwork filled out by the physician?** Yes. It is (FMLA, Disability Documents, Attorney paperwork, etc.) that has a fee of \$50.00 to \$100.00 depending on the document complexity.

¿Hay una tarifa por todo el papeleo completado por el médico? Si. (FMLA, Documentos de Discapacidad, documentos de Abogado, etc.) tiene una tarifa de \$50.00 a \$100.00 dependiendo de la complejidad del documento.

#### **What are the causes to be discharged from the practice?**

- Do not follow office policies, procedures, rules, and regulations.
- Use foul language inside the office building or through the phone directed to office staff.
- You are being disrespectful of personal property and other people in the office.
- Not following the plan of care established by the physician, including the instructions of other health professionals as they carry out the physician's orders.
- Provide inaccurate, incomplete, or false information about your health status, medical history, hospitalizations, medications, and other matters related to your health.
- Be an inactive patient for more than 2 years.
- Missing 3 medical visits in a row without just cause.
- A patient that is not in compliance with their financial responsibilities.
- The physician may cancel patient care at his or her discretion without cause.

#### ¿Cuáles son las causas para perder el privilegio de ser atendido en nuestra práctica?

- No seguir las políticas, procedimientos, normas y reglamentos de la oficina.
- Utilizar lenguaje obsceno dentro del edificio o a través del teléfono dirigido al personal de la oficina.

- *Faltar el respeto a la propiedad del personal de la oficina o a otras personas en la oficina.*
- *No seguir el plan de atención establecido por el médico, incluidas las instrucciones de otros profesionales de la salud en el cumplimiento de las órdenes del médico.*
- *Proporcionar información inexacta, incompleta o falsa sobre su estado de salud, historial médico, hospitalizaciones, medicamentos y otros asuntos relacionados con su salud.*
- *Ser paciente inactivo por más de 2 años.*
- *Faltar a 3 visitas médicas sin causa justificada de manera consecutiva.*
- *Paciente con más de 3 ausencias consecutivas.*
- *Un paciente que no cumple con sus responsabilidades financieras.*
- *El médico podrá cancelar la atención al paciente según su criterio sin causa alguna.*

I \_\_\_\_\_ acknowledge that I have read and completely understood the above stated by New Age Medical Center P.A.

\_\_\_\_\_  
Patient/ Guardian Signature

\_\_\_\_\_  
Date

Yo \_\_\_\_\_ reconozco que he leído y entendido completamente lo anterior declarado por New Age Medical Center P.A.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente/tutor

\_\_\_\_\_  
Fecha



# PERMISSION FOR TREATMENT

PERMISO PARA EL TRATAMIENTO

*I, the undersigned hereby voluntarily consent to medical care/ diagnostic treatment and minor surgery treatment by NEW AGE MEDICAL CENTER as advisable necessary in the diagnosis and treatment of my condition. I am aware that the practice of medicine is not an exact science and I acknowledge that no guarantees have been made to me as a result of treatment or examination in the office. I authorize the release of any of my past/current records for treatment.*

**Signature:** \_\_\_\_\_ **Date:** \_\_\_\_\_

*Yo, el abajo firmante por la presente, doy consentimiento voluntario para la atención médica / tratamiento diagnóstico y tratamiento de cirugía menor a NEW AGE MEDICAL CENTER según sea aconsejable necesario en el diagnóstico y tratamiento de mi condición. Soy consciente de que la práctica de la medicina no es una ciencia exacta y reconozco que no se me han hecho garantías como resultado del tratamiento o examinación en la oficina. Autorizo la publicación de cualquiera de mis registros pasados / actuales para el tratamiento.*

**Firma:** \_\_\_\_\_ **Fecha :** \_\_\_\_\_

## AUTHORIZATION AND ASSIGNMENT

*I request that the payment of authorized Medicare/ insurance benefit be made either to me or on my behalf for any services furnished by my NEW AGE MEDICAL CENTER. I authorize any holder of medical information about me to relate to CMS/ Insurance carriers and its agents any information needed to determine these benefits or benefits related to services.*

*I hereby authorize NEW AGE MEDICAL CENTER to furnish information to Medicare/ Insurance carriers concerning my medical condition, illness, and treatment to determine the benefits for related services. I hereby authorize (assign) my insurance carrier(s) to make payments directly to NEW AGE MEDICAL CENTER for medical/ diagnosis surgical benefits payable for the service rendered. I understand that any unpaid balance not covered by this policy will be payable by me. I understand and agree (regardless of my insurance status) that I am ultimately responsible for the balance of any professional services rendered. I understand that I am responsible for any charges incurred if my account is sent to a collection agency and for any returned checks. I understand that Medicare and /or other insurance carriers do not cover all office services/procedures. I agree to take full responsibility for any unpaid balances and such payment will be made to this physician's office for services. I certify that information I have given here is true and correct to the best of my knowledge. I will also notify you of any changes in my status or changes in the above information.*

**Signature:** \_\_\_\_\_ **Date:** \_\_\_\_\_

**AUTORIZACIÓN Y ASIGNACIÓN**



Solicito que el pago del beneficio autorizado de Medicare/seguro se haga a mí o en mi nombre por cualquier servicio prestado por NEW AGE MEDICAL CENTER. Autorizo a cualquier titular de información médica sobre mí a relacionar con CMS/ Insurance lleva y sus agentes cualquier información necesaria para determinar estos beneficios o beneficios relacionados con los servicios.

Por la presente autorizo a NEW AGE MEDICAL CENTER a proporcionar información a Medicare/Aseguradoras sobre mi condición médica, enfermedad y tratamiento para determinar los beneficios de los servicios relacionados. Por la presente autorizo (asigno) a mi(s) aseguradora(s) a realizar pagos directamente a NEW AGE MEDICAL CENTER por beneficios médicos/quirúrgicos de diagnóstico pagaderos por el servicio prestado. Entiendo que cualquier saldo impago no cubierto por esta póliza será pagado por mí. Entiendo y acepto (independientemente del estado de mi seguro) que soy el responsable final del saldo de cualquier servicio profesional prestado. Entiendo que soy responsable de los cargos incurridos si mi cuenta se envía a una agencia de cobro y de los cheques devueltos. Entiendo que Medicare y/u otras compañías de seguros no cubren todos los servicios/procedimientos de oficina. Acepto asumir toda la responsabilidad por los saldos impagos y dicho pago se realizará en el consultorio de este médico por los servicios. Certifico que la información que he proporcionado aquí es verdadera y correcta según entiendo. También le notificaré de cualquier cambio en mi estado o cambios en la información anterior.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha : \_\_\_\_\_

**DESIGNATED RELATIVE - PARIENTE DESIGNADO**

I authorize discussion of my general medical and diagnosis (including treatment, payment, and health care operations with:

Please list the family members or significant others, if any, whom we may inform about your medical condition, in case of an emergency.

Autorizo la discusión de mi diagnóstico médico general (incluido el tratamiento, el pago y las operaciones de atención médica con:

Por Favor, enumere a los miembros de la familia u otras personas significativas, si las hubiera, a quienes podemos informar sobre su condición médica, en caso de una emergencia

<b>NAME- NOMBRE</b>	<b>RELATION- RELACION</b>	<b>PHONE- TELEFONO</b>



AUTHORIZATION TO RELEASE HEALTHCARE INFORMATION

Patient's Name: \_\_\_\_\_ Date of Birth: \_\_\_\_\_

Previous Name: \_\_\_\_\_ Social Security #: \_\_\_\_\_

I request and authorize \_\_\_\_\_

Phone Number: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

To release healthcare information of the patient named above to:

Name: DAVID MORENO / NEW AGE MEDICAL CENTER

Address: 12142 CORTEZ BLVD

City: BROOKSVILLE State: FLORIDA Zip Code: 34613

This request and authorization applies to:

\* Healthcare information relating to the following treatment, condition, or dates: \_\_\_\_\_

\* All healthcare information

\* Other: \_\_\_\_\_

Definition: Sexually Transmitted Disease (STD) as defined by law, RCW 70.24 et seq., includes herpes, herpes simplex, human papilloma virus, wart, genital wart, condyloma, Chlamydia, non-specific urethritis, syphilis, VDRL, chancroid, lymphogranuloma venereuem, HIV (Human Immunodeficiency Virus), AIDS (Acquired Immunodeficiency Syndrome), and gonorrhea.

\* Yes \* No I authorize the release of my STD results, HIV/AIDS testing, whether negative or positive, to the person(s) listed above. I understand that the person(s) listed above will be notified that I must give specific written permission before disclosure of these test results to anyone.

\* Yes \* No I authorize the release of any records regarding drug, alcohol, or mental health treatment to the person(s) listed above.

Patient Signature: \_\_\_\_\_ Date Signed: \_\_\_\_\_

THIS AUTHORIZATION EXPIRES NINETY DAYS AFTER IT IS SIGNED.



## Consent to Obtain Patient Medication History

### Consentimiento para obtener el historial de medicamentos del paciente

Patient medication history is a list of prescription medicines that our practice providers, or other providers, have prescribed for you. A variety of sources, including pharmacies and health insurers, contribute to the collection of this history.

El historial de medicamentos del paciente es una lista de medicamentos recetados que nuestros proveedores de práctica, u otros proveedores, le han recetado. Una variedad de fuentes, incluidas farmacias y aseguradoras de salud, contribuyen a la recopilación de esta historia.

The collected information is stored in the practice electronic medical record system (EHR/EMR) and becomes part of your personal medical record. Medication history is very important in helping healthcare providers treat your symptoms and/or illness properly and in avoiding potentially dangerous drug interactions.

La información recopilada se almacena en el sistema de registro médico electrónico de práctica (EHR / EMR) y se convierte en parte de su registro médico personal. El historial de medicamentos es muy importante para ayudar a los proveedores de atención médica a tratar sus síntomas y / o enfermedad adecuadamente y para evitar interacciones medicamentosas potencialmente peligrosas.

It is very important that you and your provider discuss all your medications in order to insure that your recorded medication history is 100% accurate. Some pharmacies do not make drug history information available, and your drug history might not include drugs purchased without using your health insurance. Also over-the-counter drugs, supplements, or herbal remedies that patients take on their own may not be included.

Es muy importante que usted y su proveedor discutan todos sus medicamentos para asegurarse de que su historial de medicamentos registrado sea 100% preciso. Algunas farmacias no hacen que la información del historial de medicamentos esté disponible, y es posible que su historial de medicamentos no incluya los medicamentos comprados sin usar su seguro de salud. También los medicamentos de venta libre, suplementos o remedios herbales que los pacientes toman por su cuenta pueden no estar incluidos.

I give my permission to allow New Age Medical Center to obtain my medication history from my pharmacy, my health plans, and my other healthcare providers.

Doy mi permiso para permitir que New Age Medical Center obtenga mi historial de medicamentos de mi farmacia, mis planes de salud y mis otros proveedores de atención médica.

---

**Patient/Parent/Guardian Signature**

Firma Paciente/Padre/Guardian

Date

Fecha

By signing this consent form you are giving your healthcare provider permission to collect and giving your pharmacy and your health insurer permission to disclose information about your prescriptions that have been filled at any pharmacy or covered by any health insurance plan.

This includes prescription medicines to treat AIDS/HIV, pain medication (control substances) and medicines used to treat mental health issues such as depression.

Al firmar este formulario de consentimiento, le está dando permiso a su proveedor de atención médica para recopilar y darle permiso a su farmacia y a su aseguradora de salud para divulgar información sobre sus recetas que se han surtido en cualquier farmacia o que están cubiertas por cualquier plan de seguro de salud. Esto incluye medicamentos recetados para tratar el SIDA / VIH, medicamentos para el dolor (sustancias de control) y medicamentos utilizados para tratar problemas de salud mental como la depresión.