







**IF PATIENT IS A MINOR, PLEASE COMPLETE THE FOLLOWING: / SI PACIENTE ES MENOR, COMPLETE EL PARTIDARIOS:**

FATHER'S NAME: \_\_\_\_\_ MOTHER'S NAME: \_\_\_\_\_  
NOMBRE DE EL PADRE NOMBRE DE LA MADRE

BIRTHDATE: \_\_\_\_\_ BIRTHDATE: \_\_\_\_\_  
FECHA DE NACIMINETO FECHA DE NACIMIENTO

CELL PHONE: \_\_\_\_\_ CELL PHONE: \_\_\_\_\_  
TELEFONO DE CELLULAR TELEFONE DE CELLULAR

**INSURANCE INFORMATION: / INFORMACION DE SEGURO:**

***(Copies of insurance card and driver's license are required)***

**PRIMARY INSURANCE INFOMRATION/PRIMER SEGURO**

INSURANCE DO: \_\_\_\_\_ PHONE: \_\_\_\_\_  
COMPANIA DE SEGURO TELEFONO

MEMBER ID#: (# DE IDENTIFICATION) \_\_\_\_\_

GROUP NAME OR #: (NOMBRE O # DE GRUPO) \_\_\_\_\_

**IF YOU ARE NOT THE INSURED (PRIMARY INSURANCE CARDHOLDER) / SI USTED NO ES EL ASEGURADO PRIMARIO :**

RELATIONSHIP TO INSURED: (HUSBAND – WIFE – CHILD – OTHER): \_\_\_\_\_  
RELACION CON EL ASEGURADO (ESPOSO – ESPOSA – HIJO (A) – OTRO)

INSURED'S NAME: (NOMBRE DEL ASEGURADO) \_\_\_\_\_

INSURED'S S.S.#:( NUMERO DEL SEGURO SOCIAL DEL ASEGURADO) \_\_\_\_\_

INSURED'S DOB: (FECHA DE NACIMIENTO DEL ASEGURADO: ) \_\_\_\_\_

**SECONDARY INSURANCE INFOMRATION/SECUNDAR SEGURO**

INSURANCE DO: \_\_\_\_\_ PHONE: \_\_\_\_\_  
COMPANIA DE SEGURO TELEFONO

MEMBER ID#: (# DE IDENTIFICATION) \_\_\_\_\_

GROUP NAME OR #: (NOMBRE O # DE GRUPO) \_\_\_\_\_

**IF YOU ARE NOT THE INSURED (PRIMARY INSURANCE CARDHOLDER) / SI USTED NO ES EL ASEGURADO PRIMARIO :**

RELATIONSHIP TO INSURED: (HUSBAND – WIFE – CHILD – OTHER): \_\_\_\_\_  
RELACION CON EL ASEGURADO (ESPOSO – ESPOSA – HIJO (A) – OTRO)

INSURED'S NAME: (NOMBRE DEL ASEGURADO) \_\_\_\_\_

INSURED'S S.S.#: (NUMERO DEL SEGURO SOCIAL DEL ASEGURADO) \_\_\_\_\_

INSURED'S DOB: (FECHA DE NACIMIENTO DEL ASEGURADO) \_\_\_\_\_

**PATIENT'S SIGNATURE:** \_\_\_\_\_ **DATE:** \_\_\_\_\_



**ADVANCED DIRECTIVE : LIVING WILL**  
**AVANZAR DIRECTIVA : TESTAMENTO VITAL**

TO: MY FAMILY, MY PHYSICIAN, MY LAWYER, AND ALL OTHERS WHOM IT MAY CONCERN  
PARA: MI FAMILIA, MI MÉDICO, MI ABOGADO Y TODOS LOS DEMÁS A QUIEN LE PUEDE INTERESAR

Death is as much a reality as birth, growth, maturity, and old age – it is the one certainty of life. If the time comes when I can no longer take part in the decision for my own future, let this statement stand as an expression of my wishes and directions, while I am still of sound mind.

*La muerte es una realidad como nacimiento, crecimiento, madurez y vejez: es la certeza de una vida. Si llega el momento cuando ya no pueda tomar parte en la decisión sobre mi futuro, hago esta declaración como una expresión de mis deseos y direcciones, mientras estoy todavía de la mente racional.*

If at any time I have a terminal condition or in a persistent vegetative state and if my attending or treating physician and another consulting physician have determined that there is no medical probability of my recovery from such condition or state, I direct that life-prolonging procedures be withheld or withdrawn when the application of such procedures would serve only to prolong artificially the process of dying and that I be permitted to die naturally with only the administration of medication or the performances of any medical procedure deemed necessary to provide me with comfort care or to alleviate pain.

*Si en cualquier momento tengo una enfermedad terminal o en un estado vegetativo persistente y si mi atención o tratamiento médico y otro médico han determinado que no hay ninguna probabilidad médica de mi recuperación de tal condición o estado, dirijo prolongación de vida que cualquier procedimiento sea retenido o retirado cuando la aplicación de tales procedimientos que sólo sirven para prolongar artificialmente el proceso de morir y que yo permita morir de forma natural con sólo la administración de medicamentos o las actuaciones de cualquier procedimiento médico que consideren necesario que me proporcionen para mi comodidad o para aliviar el dolor.*

YES! This statement is made after careful consideration and is in accordance with my strong convictions and beliefs. I want these wishes and directions carried out to the extent permitted by law. Insofar as they are not legally enforceable, I hope that those to whom this living will is addressed will regard themselves as morally bound by their provisions.

*SI! Esta declaración se realiza después de una cuidadosa consideración y está de acuerdo con mis firmes convicciones y creencias. Quiero estos deseos y direcciones que se lleven a cabo en la medida permitida por la ley. En la medida en que no son reclamables, espero que aquellos a quienes se dirige este testamento consideran como moralmente obligados por sus disposiciones*

**OR**

NO! I have read this Living Will letter from Doctors Plus Medical Center. I understand the importance of this Living Will; however, I do not wish to execute an advance directive document with my family physician.

*NO! He leído esta carta de Testamento de Doctors Plus Medical Center. Entiendo la importancia de este testamento; Sin embargo, no deseo ejecutar un documento directo con mi médico de familia.*

**ASSIGNMENT OF BENEFITS**  
**ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS**

I hereby authorize my insurance company to make payments directly to my doctor and further permit a copy of this authorization to be used in place of the original. This authorization applies to all claims submitted by my doctor. I hereby authorize my doctor to release any information required in the course of examination and treatment.

*Por esta medio autorizo a mi compañía Aseguradora a hacer pagos directamente a mi doctor y permitire utilizar en el juluro, copia de esta autorización en lugar de la original. Esta autorización es aplicable a todos los reclamos que sean sometidos por mi doctor. Por esta medio autorizo a mi doctor a proporcionar cualquier información requerida en el curso de examinacion y tratamiento.*

To avoid misunderstanding regarding medical insurance, we wish our patients to know all professional services rendered are charged directly to the patient and the patient is personally responsible for payment of fees. As a courtesy, we will prepare necessary forms to help you obtain your benefits from your insurance company. We do not render our services on the basis that insurance companies will pay our fee, except in instances such as with specific PPO/HMO groups. If the insurance company does not cover our fee in full, the balance is due and payable by you.

*Para evitar malos entendidos con relacion a seguro médicos, deseamos informar a nuestros pacientes que todos los servicios profesionales prestados suministrados seran cargados directamente al paciente, y el paciente es personalmente responsable del pago de cargos. Como una cortesía, prepararemos las formas necesarias para ayudarle a obtener sus beneficios de la Compañía Aseguradora. Nosotros nosministramos nuestros servicios basatios en que las Compañías Aseguradora pagará nuestros honorarios, a excepcion de instancias específicas tales como grupos de PPO/HMO. Si la Compañía Aseguradora no cubre nuestros honorarios en su totalidad, el balance debere ser pagado inmediatamente por usted.*

Patient's Name: \_\_\_\_\_

Initial: \_\_\_\_\_



## MEDICARE

I request that payment of authorized Medicare benefits be made to my treating physician for any services rendered. I authorize any holder of medical information about me to release to the Health Care Financing Administration and its agents any information needed to determine these benefits or benefits payable for related services.

*Solicito que el pago de los beneficios autorizados de Medicare sean hechos a mi médico tratante por servicios suministrados. Autorizo para que cualquier información médica de me persona sea proporcionada a la Administración Financiera de este Centro de Salud, al igual que cualquier información necesaria para determinar beneficios o pagar por servicios relacionados a estos.*

## GENERAL CONSENT FOR MEDICAL TREATMENT GENERAL CONSENTIMIENTO PARA MÉDICO TRATAMIENTO

I authorize my doctor(s) to determine what kinds of tests must be done in order to learn more about my condition and what treatment is to be given. Tests may include x-rays, blood tests, urine analysis, blood pressure tests, or other routine tests. I understand that if my doctor(s) advises a more complex test, or treatment, or one which has special risks, that it will be explained to me. Further, I authorize the personnel of Doctors Plus Medical Centers to assist in giving, or to give, the tests of treatment which I might receive. However, I acknowledge that my doctor is available to answer any question I might have. I understand that medicine is not an exact science, and acknowledge that no guarantee or assurance has been made to me as to the results of treatments, tests or examinations.

*Autorizo a mi médico para determinar qué tipo de pruebas debe hacerse a fin de aprender más acerca de mi condición y qué tratamiento me puedan dar. Las pruebas pueden incluir radiografías, exámenes de sangre, análisis de orina, pruebas de presión arterial u otras pruebas rutinarias. Entiendo que si mi médico informa una prueba más compleja, o tratamiento o uno que tiene riesgos especiales, que se explicará a mí. Además, autorizo al personal de este Centro Medico para ayudar a dar las pruebas de tratamiento que podría recibir. Sin embargo, reconozco que mi médico está disponible para contestar cualquier pregunta que podría tener. Entiendo que la medicina no es una ciencia exacta de reconocer que ninguna garantía o aseguramiento se me han hecho a mí como a los resultados de los tratamientos, pruebas o exámenes.*

## AGREEMENT AND RELEASE FORM FORMULARIO DE ACUERDO Y EXENCIÓN DE RESPONSABILIDADES

**Obligation for Payment:** I hereby agree to pay usual and customary charges for all services provided by DPMC to the patient, except those covered by insurance (which includes all commercial and government third party payors such as HMO's and Medicare). The Hospital will assist in insurance coverage matters, but I understand that it is my responsibility to comply with all requirements for insurance coverage. I agree to pay all charges that are not paid by insurance, including without limitation, a private room, personal items, cosmetic surgery, routine foot care, private duty nursing, custodial care, elective sterilization and transportation home via taxi or ambulance. In the event that I fail to fulfill any of the obligations in this section, I agree to pay any and all collection costs incurred by the practice in the enforcement of this section.

**Obligación de pago:** *Por la presente acepto pagar los cargos habituales y acostumbrados de todos los servicios brindados al paciente por DPMC y sus médicos, excepto aquellos que estén cubiertos por la compañía aseguradora (que incluye a todos los terceros comerciales y gubernamentales responsables de los pagos, como por ejemplo las HMO y el Medicare). DPMC iniciará las gestiones relacionadas con la cobertura de seguro médico, pero entiendo que es mi responsabilidad cumplir con todos los requisitos para obtener dicha cobertura. Acepto pagar todos los cargos que no pague la compañía aseguradora, que incluyen, sin limitaciones, una sala privada, objetos personales, cirugía cosmética, cuidado rutinario de los pies, servicio de enfermería particular, custodia, esterilización voluntaria y traslado hacia el hogar en taxi o ambulancia. En caso de que no cumpla con cualquiera de las obligaciones contenidas en esta sección, acepto pagar todos y cualquiera de los costos de cobranza en los que incurra el DPMC al hacer cumplir esta obligación.*

**Release of Liability for Loss of Personal Property:** I fully understand that because of the complex nature of practice routine, the staff of the DPMC cannot give attention to any item of personal property, regardless of value. I further understand that I am responsible for any item I choose to keep with me including, but not limited to, such personal items as eyeglasses, dentures, cash, jewelry, or clothing, and that in the event of the loss of such items, I will not hold the DPMC responsible, but will personally assume any cost and expense incurred because of such loss. I also understand that any items which are left in the practice may be disposed of by the practice in thirty (30) days.

**Exención de responsabilidades por pérdida de objetos personales:** *Entiendo perfectamente que, debido a la naturaleza compleja de la rutina, el personal de DMPC no puede cuidar objetos personales, no importa cuál sea su valor. Además entiendo que soy responsable de cualquier objeto que decida conservar conmigo incluidos, entre otras cosas, objetos personales como anteojos, dentaduras, dinero en efectivo, joyas o ropa, y que en el caso de que dichos objetos se pierdan, no responsabilizaré DPMC, sino que yo mismo asumiré la responsabilidad del costo y los gastos incurridos por dicha pérdida. También entiendo que es probable que cualquier objeto que quede en DPMC se desheche después de treinta (30) días.*

Initial: \_\_\_\_\_



**Professional Billing:** Charges for physicians who provided your care, paper work and interpreted your tests are not included in your practice bill. You will receive separate bills from the practice such as for form fillings, doctor's letter with minimum charges of \$25, for documentation requiring higher specification an extra charge will be added to the original pricing.

**Facturas de profesionales:** Los cargos de los medicos que lo atendieron y analizaron sus pruebas no se incluyen en el cargo de su consulta. Ud va a recibir un cargo separado de DPMC por llenar formas, cartas del Doctor minimo de \$25, para documentación que requiere especificación, un cargo sera aumentado al precio original

## **Notice of Privacy Practices / ePrescribing Patient Acknowledgement and Consent Form** **Aviso de prácticas de privacidad / ePrescribing reconocimiento de paciente y formulario de consentimiento**

I have received this practice's Notice of Privacy Practices written in plain language. The Notice provides in detail the uses and disclosures of my protected health information that may be made by this practice, my individual rights and the practice's legal duties with respect to my protected health information. I understand that, under the Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996 ("HIPAA"), I have certain right to privacy regarding my protected health information. I understand that this information can and will be used to:

- Conduct, plan and direct my treatment and follow-up among the multiple healthcare providers who may be involved in that treatment directly and indirectly.
- Obtain payment from insurance and third party payers.
- Conduct normal healthcare operations such as quality assessments and physician certifications.

I have received, read and understand this office Notice of Privacy Practices containing a more complete description of the uses and disclosures of my health information. I understand that this organization has the right to change the practice's Notice of Practices from time to time and that I may contract this organization at any time at the address above to obtain a current copy of the Notice of Privacy Practices.

*He recibido aviso de privacidad de esta practica por escrito en un lenguaje sencillo. El aviso proporciona en detalle los usos y revelaciones de mi información de salud protegida que puede hacerse por esta práctica, mis derechos individuales y obligaciones legales de la práctica con respecto a mi información de salud protegida. Entiendo que, bajo el Health Insurance Portability and Accountability Act de 1996 ("HIPAA"), tengo cierto derecho a la privacidad de mi información de salud protegida. Entiendo que esta información puede y será usado para:*

- *Dirigir, planificar y dirigir mi tratamiento y el seguimiento entre los múltiples proveedores de salud que pueden estar involucrados en ese tratamiento, directa e indirectamente.*
- *Obtener el pago de seguros y terceros pagadores.*
- *Realizar operaciones de atención médica normales como las evaluaciones de calidad y certificaciones de médico.*

*He recibido, leído y entendido el aviso de privacidad de esta oficina que contiene una descripción más completa de los usos y revelaciones de mi información de salud. Entiendo que esta organización tiene el derecho de cambiar aviso de prácticas de la práctica de vez en cuando y que puedo contratar esta organización en cualquier momento a la dirección de arriba para obtener una copia actualizada del aviso de prácticas de privacidad.*

I understand that I may request in writing that you restrict how my private information is used or disclosed to carry out treatment payment or healthcare operations. I also understand you are not required to agree to my requested restrictions, but if you do not agreed then you are bound to abide by such restrictions.

*Entiendo que puedo solicitar por escrito que restrinja cómo mi información privada es usada o divulgada para llevar a cabo las operaciones de pago o atención médica de tratamiento. También entiendo que no están obligados a aceptar mis restricciones solicitadas, pero si no lo hace de acuerdo a continuación, usted está obligado a acatar las restricciones.*

I agreed to pay a fee of \$1.00 per page for copies of my Private Health Information I request from this office.

*Acepté pagar una cuota de \$1.00 por página para copias de mi información privada de salud solicitar de esta oficina.*

### **ePrescribing Consent - ePrescribing Consentimento**

ePrescribing is defined as a physician's ability to electronically send an accurate, error free, and understandable prescription directly to a pharmacy from the point of care. Congress has determined that the ability to electronically send prescriptions is an important element in improving the quality of patient care. ePrescribing greatly reduces medication errors and enhances patient safety. The Medicare Modernization Act (MMA) of 2003 listed standards that have to be included in an ePrescribe program. These include:

- Formulary and benefit transactions — Gives the prescriber information about which drugs are covered by the drug benefit plan.
- Medication history transactions - Provides the physician with information about medications the patient is already taking to minimize the number of adverse drug events and granting permission to view a patient's prescription history from external sources.
- Fill status notification - Allows the prescriber to receive an electronic notice from the pharmacy telling them if the patient's prescription has been picked up, not picked up, or partially filled.

By signing this consent form you are agreeing that Doctors Plus Medical Center can request and use your prescription medication history from other healthcare providers and/or third party pharmacy benefit payors for treatment purposes.

**Initial:** \_\_\_\_\_



*ePrescribing se define como la capacidad del médico para enviar electrónicamente, sin errores y comprensible receta directamente a una farmacia desde el punto de atención. Congreso ha determinado que la capacidad de enviar electrónicamente las recetas es un elemento importante en la mejora de la calidad del cuidado del paciente ePrescribing reduce errores de medicación y mejora la seguridad del paciente. El Medicare modernización Act (MMA) de 2003 estándares enumerados que deben incluirse en un programa de ePrescribe. Estos incluyen:*

- *Las transacciones de formulario y beneficio — da el prescriptor información acerca de qué medicamentos están cubiertos por el plan de beneficios de la droga.*
- *Transacciones de historia de la medicina - proporciona el médico con información sobre medicamentos que el paciente ya está tomando para reducir al mínimo el número de eventos adversos y la concesión de permisos para ver el historial de prescripción de un paciente de fuentes externas.*
- *Llene la notificación de estado - permite el prescriptor recibir una notificación electrónica de la farmacia diciéndoles que si ha sido recogida la prescripción del paciente, no recogidos, o parcialmente lleno.*

*Al firmar este formulario de consentimiento acepta que los médicos Plus Medical Center puede solicitar y utilizar su historial de medicamentos de prescripción de otros proveedores de atención médica o terceros pagadores de beneficios de farmacia para fines de tratamiento.*

Understanding all of the above, I hereby provide informed consent to Doctors Plus Medical Center to enroll me in the ePrescribe Program. I have had the chance to ask questions and all of my questions have been answered to my satisfaction.

*Entender todo lo anterior, queda proporcionar consentimiento informado al centro médico de médicos Plus para inscribirme en el programa de ePrescribe. He tenido la oportunidad de hacer preguntas y todas mis preguntas han sido contestadas a mi satisfacción.*

**Patient's Name:** \_\_\_\_\_  
*Nombre:*

**Signature:** \_\_\_\_\_ **Date:** \_\_\_\_\_  
*Firma:* *Fecha:*

**Relationship to patient (if signed by a personal representative of patient):** \_\_\_\_\_  
*Relación con el paciente (si es firmado por un representante personal del paciente):*



**AUTHORIZATION TO DISCUSS PROTECTED HEALTH INFORMATION\***

I, \_\_\_\_\_ (Patient name), *authorize* Doctors Plus Medical Center to *release* or *discuss* information related to my medical condition (including information related to my treatment plan, medication information and/or billing information) to the following named person(s)\*

1) \_\_\_\_\_ Relationship: \_\_\_\_\_

2) \_\_\_\_\_ Relationship: \_\_\_\_\_

3) \_\_\_\_\_ Relationship: \_\_\_\_\_

\* \* \* \* \*

\* PLEASE BE ADVISED THAT ANY PERSON NOT REFERRED TO ON THIS LIST WILL **NOT BE GIVEN** ANY INFORMATION RELATED TO YOUR CARE, INCLUDING BILLING INFORMATION. YOU MAY CHANGE, RESTRICT OR EXPAND THIS LISTING AT ANY TIME.

\* YOU ARE **NOT REQUIRED** TO LIST ANY NAME IF YOU DO NOT SO CHOOSE.

\* \* \* \* \*

Please list any *additional* phone numbers where you would like us to contact you for:

- \* Results – Lab, X-ray, Ultrasounds, Mammograms, etc.
- \* Reminder notices
- \* Changes on scheduled appointments

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

**Patient's Name:** \_\_\_\_\_  
*Nombre:*

**Signature:** \_\_\_\_\_  
*Firma:*

**Date:** \_\_\_\_\_  
*Fecha:*

**Relationship to patient (if signed by a personal representative of patient):** \_\_\_\_\_  
*Relación con el paciente (si es firmado por un representante personal del paciente):*