

AUTHORIZATION TO DISCLOSE PROTECTED HEALTH INFORMATION

Please read this entire form before signing and complete all the sections that apply to your decisions relating to the disclosure of protected health information. Covered entities as that term is defined by HIPAA and Texas Health & Safety Code § 181.001 must obtain a signed authorization from the individual or the individual's legally authorized representative to electronically disclose that individual's protected health information. Authorization is not required for disclosures related to treatment, payment, health care operations, performing certain insurance functions, or as may be otherwise authorized by law. **Covered entities may use this form or any other form that complies with HIPAA, the Texas Medical Privacy Act, and other applicable laws.** Individuals cannot be denied treatment based on a failure to sign this authorization form, and a refusal to sign this form will not affect the payment, enrollment, or eligibility for benefits.

NAME OF PATIENT OR INDIVIDUAL

Last _____ First _____ Middle _____

OTHER NAME(S) USED _____

DATE OF BIRTH Month _____ Day _____ Year _____

ADDRESS _____

CITY _____ **STATE** _____ **ZIP** _____

PHONE (____) _____ **ALT. PHONE** (____) _____

EMAIL ADDRESS (Optional): _____

I AUTHORIZE THE FOLLOWING TO DISCLOSE THE INDIVIDUAL'S PROTECTED HEALTH INFORMATION:

Person/Organization Name _____

Address _____

City _____ State _____ Zip Code _____

Phone (____) _____ Fax (____) _____

REASON FOR DISCLOSURE

(Choose only one option below)

- Treatment/Continuing Medical Care
- Personal Use
- Billing or Claims
- Insurance
- Legal Purposes
- Disability Determination
- School
- Employment
- Other _____

WHO CAN RECEIVE AND USE THE HEALTH INFORMATION?

 Person/Organization Name: **DFW Rheumatology and Wellness, PLLC**
Sunny Patel, MD, Jake Hutto, MD and Jasmine Milledge, FNP-C

 Address **_106 Plaza Drive_** City **_Red Oak_** State **_TX_** Zip Code **_75154_**

 Phone **(469)552-6630** Fax **(469) 552-6930**

WHAT INFORMATION CAN BE DISCLOSED? Complete the following by indicating those items that you want disclosed. The signature of a minor patient is required for the release of some of these items. If all health information is to be released, then check only the first box.

- | | | | |
|---|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> All health information | <input type="checkbox"/> History/Physical Exam | <input type="checkbox"/> Past/Present Medications | <input type="checkbox"/> Lab Results |
| <input type="checkbox"/> Physician's Orders | <input type="checkbox"/> Patient Allergies | <input type="checkbox"/> Operation Reports | <input type="checkbox"/> Consultation Reports |
| <input type="checkbox"/> Progress Notes | <input type="checkbox"/> Discharge Summary | <input type="checkbox"/> Diagnostic Test Reports | <input type="checkbox"/> EKG/Cardiology Reports |
| <input type="checkbox"/> Pathology Reports | <input type="checkbox"/> Billing Information | <input type="checkbox"/> Radiology Reports & Images | |
| <input type="checkbox"/> Other _____ | | | |

Your initials are required to release the following information:

_____ Mental Health Records (excluding psychotherapy notes)

_____ Drug, Alcohol, or Substance Abuse Records

_____ Genetic Information (including Genetic Test Results)

_____ HIV/AIDS Test Results/Treatment

EFFECTIVE TIME PERIOD. This authorization is valid until the earlier of the occurrence of the death of the individual; the individual reaching the age of majority; or permission is withdrawn; or the following specific date (optional): Month _____ Day _____ Year _____

RIGHT TO REVOKE: I understand that I can withdraw my permission at any time by giving written notice stating my intent to revoke this authorization to the person or organization named under "WHO CAN RECEIVE AND USE THE HEALTH INFORMATION." I understand that prior actions taken in reliance on this authorization by entities that had permission to access my health information will not be affected.

SIGNATURE AUTHORIZATION: I have read this form and agree to the uses and disclosures of the information as described. I understand that refusing to sign this form does not stop disclosure of health information that has occurred prior to revocation or that is otherwise permitted by law without my specific authorization or permission, including disclosures to covered entities as provided by Texas Health & Safety Code § 181.154(c) and/or 45 C.F.R. § 164.502(a)(1). I understand that information disclosed pursuant to this authorization may be subject to re-disclosure by the recipient and may no longer be protected by federal or state privacy laws.

SIGNATURE X _____
 Signature of Individual or Individual's Legally Authorized Representative

 DATE

Printed Name of Legally Authorized Representative (if applicable): _____

 If representative, specify relationship to the individual: Parent of minor Guardian Other _____

Formulario de Registro del Paciente

Nombre: _____ Inicial del segundo nombre: _____ Apellido: _____
Fecha de nacimiento: _____ Número de Seguro Social: _____
Sexo: _____ Estado civil: _____
Dirección: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____
Teléfono móvil: _____ Teléfono fijo: _____
Correo electrónico: _____ Idioma preferido: _____
Situación laboral: _____ Nombre del empleador: _____

Raza: Blanco Negro/Afroamericano Etnia: Hispano/Latino Desconocido
 Asiático Indio americano No hispano/Latino No especificó
 Hawaiano No especificó

Médico de atención primaria: _____ Teléfono: _____
Remitente Médico: _____ Teléfono: _____

Seguro principal

Nombre del titular de la póliza: _____ Fecha de nacimiento: _____
Número de Seguro Social: _____ Parentesco con el paciente: _____
Nombre de la aseguradora: _____ Tipo de póliza: _____
Número de identificación del suscriptor: _____ Número del grupo: _____

Seguro secundario

Nombre del titular de la póliza: _____ Fecha de nacimiento: _____
Número de Seguro Social: _____ Parentesco con el paciente: _____
Nombre de la aseguradora: _____ Tipo de póliza: _____
Número de identificación del suscriptor: _____ Número del grupo: _____

Información de contacto en caso de emergencia:

Nombre: _____ Parentesco con el paciente: _____
Teléfono: _____

Firma del paciente _____ Fecha: _____

Formulario de Consentimiento del Paciente HIPAA

Nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad proporciona información sobre cómo podemos usar o divulgar información médica protegida. El aviso contiene una sección sobre los derechos del paciente que describe sus derechos bajo la ley. Con su firma, usted confirma que ha revisado nuestro aviso antes de firmar este consentimiento. Los términos del aviso pueden cambiar; de ser así, se le notificará en su próxima visita para que actualice su firma y fecha.

Tiene derecho a solicitar que restrinjamos el uso o la divulgación de su información médica protegida para tratamientos, pagos u operaciones de atención médica. No estamos obligados a aceptar esta restricción, pero si lo hacemos, cumpliremos con este acuerdo. La Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996 (HIPAA) permite el uso de la información para tratamientos, pagos u operaciones de atención médica.

Al firmar este formulario, usted consiente el uso y la divulgación de su información médica protegida, así como su posible uso anónimo para investigaciones médicas. Tiene derecho a revocar este consentimiento por escrito, con su firma. Sin embargo, dicha revocación no afectará ninguna divulgación que ya hayamos realizado con base en su consentimiento previo.

Al firmar este formulario, entiendo que:

- La información médica protegida puede divulgarse o utilizarse para tratamientos, pagos u operaciones de atención médica.
- El consultorio se reserva el derecho de modificar la política de privacidad según lo permita la ley.
- El consultorio tiene derecho a restringir el uso de la información, pero no está obligado a aceptar dichas restricciones.
- El paciente tiene derecho a revocar este consentimiento por escrito en cualquier momento, y en ese caso, cesarán todas las divulgaciones completas.
- El consultorio puede condicionar la recepción del tratamiento a la ejecución de este consentimiento.

¿Podemos llamarle, enviarle un correo electrónico o un mensaje de texto para confirmar sus citas? SI NO

¿Podemos dejarle un mensaje en su contestador automático o en su teléfono celular? SI NO

¿Podemos hablar sobre su condición médica con algún miembro de su familia? SI NO

En caso afirmativo, indique los miembros permitidos:

Este consentimiento fue firmado por: _____
(POR FAVOR, ESCRIBA SU NOMBRE)

Firma: _____

Fecha: _____

Testigo: _____

Fecha: _____

Nombre del paciente: _____
Fecha de nacimiento: _____
Nombre del consultorio: DFW Rheumatology and Wellness

Consentimiento del Paciente para Comunicaciones Financieras

Acuerdo Financiero

- Reconozco que, como cortesía, el consultorio puede facturar a mi compañía de seguros por los servicios que me haya prestado.
- Acepto pagar los servicios no cubiertos o los cargos cubiertos no pagados en su totalidad, incluyendo, entre otros, cualquier copago, coaseguro o deducible, o cargos no cubiertos por el seguro.
- Entiendo que hay un cargo por cheques devueltos.

Cobranza de Terceros. Reconozco que el consultorio puede utilizar los servicios de un socio comercial externo o una entidad afiliada como una oficina comercial extendida ("Administrador EBO") para la facturación y el servicio de la cuenta médica.

Cesión de Beneficios. Por la presente, cedo al consultorio cualquier seguro u otros beneficios de terceros disponibles para los servicios de atención médica que me haya prestado. Entiendo que el consultorio tiene el derecho de rechazar o aceptar la cesión de dichos beneficios. Si estos beneficios no se asignan al consultorio, acepto reenviar todos los pagos del seguro médico o de terceros que reciba por los servicios que me hayan prestado inmediatamente después de recibirlos.

Consentimiento para llamadas telefónicas para comunicaciones financieras. Acepto que, para que el consultorio, los administradores de la Oficina Comercial Extendida (OCE) y los agentes de cobranza administren mi cuenta o cobren cualquier monto que pueda adeudar, acepto y consiento expresamente que el consultorio, el administrador de la OCE y los agentes de cobranza puedan comunicarse conmigo por teléfono a cualquier número de teléfono, sin limitarse a la conexión inalámbrica, que haya proporcionado o que el consultorio, el administrador de la OCE y los agentes de cobranza hayan obtenido, o a cualquier número de teléfono transferido desde ese número, en relación con los servicios prestados o mis obligaciones financieras relacionadas. Los métodos de contacto pueden incluir el uso de mensajes de voz pregrabados o artificiales y/o el uso de un dispositivo de marcación automática, según corresponda.

Una fotocopia de este consentimiento tendrá la misma validez que el original.

Firma del paciente/representante del paciente: _____ Fecha: _____

Si usted no es el paciente, indique su parentesco con él. Marque con un círculo o marque el/los parentesco(s) de la lista a continuación:

- Cónyuge
- Padre / Madre
- Tutor legal
- Fiador
- Apoderado para atención médica
- Otro (especifique) _____



Formulario de consentimiento para tarjeta de crédito registrada

DFW Rheumatology and Wellness ha implementado una nueva política de tarjetas de crédito. Al igual que muchas otras consultas y centros médicos, hemos adoptado una política similar. Solicitamos amablemente al tutor o garante de nuestros pacientes que proporcione una tarjeta de crédito, la cual podrá utilizarse posteriormente para saldar cualquier saldo pendiente en su factura. Los copagos seguirán debiéndose abonar en el momento de recibir el servicio. Durante el registro y/o la admisión, se recopilará la información de su tarjeta de crédito, la cual se almacenará de forma segura hasta que su(s) compañía(s) de seguros haya(n) abonado su parte y nos haya(n) notificado el saldo pendiente, si lo hubiera. Dicha información se mantendrá bajo custodia segura hasta que su seguro haya liquidado la parte que le corresponde de la reclamación y nos haya notificado cualquier importe adicional adeudado por el paciente. Puede llamar a nuestra oficina si tiene alguna pregunta sobre su saldo. Le enviaremos un recibo del cargo realizado. Sus estados de cuenta estarán disponibles a través de su portal del paciente, y nuestro equipo de facturación está a su disposición para responder cualquier consulta relacionada con el saldo pendiente. Usted tiene derecho a solicitar una copia impresa de este documento. Al firmar a continuación, autorizo a DFW Rheumatology and Wellness a conservar de forma segura mi firma y la información de mi tarjeta de crédito en mi expediente. Asimismo, autorizo a DFW Rheumatology and Wellness a cargar en mi tarjeta de crédito cualquier saldo pendiente en el momento en que este sea exigible.

Visa [] Mastercard [] Discover [] American Express []

Nombre en la tarjeta : _____

Número de tarjeta de crédito: _____

Fecha de vencimiento: ____ / ____ CVC: ____ Cargo máximo (\$): _____

Vigencia del acuerdo: 3M [] 6M [] 9M [] 1A []

Firma: _____ Fecha: _____

[] MARQUE ESTA CASILLA PARA RECHAZAR, FIRMAR Y FECHAR

Firma: _____ Fecha: _____

POLÍTICA DE CANCELACIÓN / TARDÍA

Si no asiste a una cita sin notificar a nuestra oficina o cancela dentro de las 48 horas previas a su cita programada, se aplicarán las siguientes sanciones:

Un cargo de **\$25** para **pacientes establecidos**
Un cargo de **\$75** para **pacientes nuevos**

Este cargo se cobrará al paciente y no a la compañía de seguros.

Para cancelar o reprogramar citas, comuníquese directamente con nuestra oficina. También puede cancelar sus citas a través de su Portal para Pacientes de Healow.

Esta política nos permite brindar atención de alta calidad y centrada en el paciente a otro paciente que necesite nuestros servicios.