



Copay \$ _____

New Patient Registration Form (Formulario de registro para Paciente Nuevo)

General Information (please print) Información General (en letra de imprenta)

Name: (Nombre) _____ DOB: (Fecha de nacimiento) _____ Sex: (Sexo) ___M ___F

Social Security #: _____ Marital status: Single ___ Married ___ Divorced ___ Widowed ___
(# de seguro social) Estado Civil: (Soltero) (Casado) (Divorciado) (Viudo)

Primary address: (Dirección principal) _____

City: (Ciudad) _____ State: (Estado) _____ Zip: (Código postal) _____

Home phone: _____ Work phone _____ Cell phone _____
(Teléfono de casa) (Teléfono del trabajo) (Teléfono celular)

E-mail: (Correo electrónico) _____ Authorize E-mail? (Autorizar Correo electrónico) ___Y (Si) ___N (No)

Employment status: ___ Employed ___ Not employed ___ Retired ___ Student
(Estado de empleo) (Empleado) (Sin empleo) (Retirado) (Estudiante)

Employer: (Empleador) _____ Occupation: (Ocupación) _____

Emergency contact: _____ Relationship: _____ Phone: _____
(Contacto de emergencia) (Relación) (Teléfono)

Pharmacy Information Información Farmacia

Pharmacy name: (Nombre de farmacia) _____ Phone: (Teléfono de farmacia) _____
Fax: _____ (Farmacia cfax) Pharmacy City: (Ciudad de farmacia) _____
Pharmacy State: (Estado de farmacia) _____ Zip: (Código postal de farmacia) _____

Patient Phone Message Consent Consentimiento del Paciente Para Mensaje Teléfono

It is our policy to notify you to confirm appointments. This is to acknowledge that you authorize us to:
Es nuestra política de avisarle de comunicarnos con usted para confirmar sus citas. Esto es para confirmar que usted nos autoriza a:

- Leave a detailed message on voice mail/machine YES _____ NO _____ (initial yes or no)
Dejar un mensaje detallado en el correo de voz/máquina (si) (no) (Favor de inicial sí o no)
- Leave a detailed message with individual answering the phone YES _____ NO _____ (initial yes or no)
Dejar un mensaje detallado con individuo que conteste el teléfono (si) (no) (Favor de inicial sí o no)

Sharing of Medical Information Intercambio de Información Médica

I give the physician and office staff of ATLANTIC HEALTH MEDICAL ASSOCIATES permission to discuss my medical condition with the following individuals:

Le doy permiso al médico y empleados de la oficina de ATLANTIC HEALTH MEDICAL ASSOCIATES para hablar sobre mi condición médica con las siguientes personas:

Name: (Nombre) _____ Relationship: (Relación) _____

Name: (Nombre) _____ Relationship: (Relación) _____

Name: (Nombre) _____ Relationship: (Relación) _____

Primary Insurance Seguro Médico Primario

Insurance name _____ Subscriber's name _____
(Nombre de seguro) (Nombre del asegurado)

Social Sec # _____ DOB _____ Relationship to insured _____
(# de seguro social) (Fecha de nacimiento) (Relación al asegurado)

Secondary Insurance Seguro Secundario

Insurance name _____ Subscriber's name _____
(Nombre de seguro) (Nombre del asegurado)

Social Sec # _____ DOB _____ Relationship to insured _____
(# de seguro social) (Fecha de nacimiento) (Relación al asegurado)

Patient Authorization for ePRESCRIBE for ALL PATIENTS

Autorización de paciente para ePRESCRIBE para TODOS los PACIENTES

_____ Iniciales

ePrescribing es la capacidad del médico para enviar electrónicamente una receta exacta, sin error y legible directamente a una farmacia desde la práctica. ePrescribing grandemente reduce errores de medicación y mejora la seguridad del paciente. Entendiendo lo anterior, autorizo al médico o empleado de ATLANTIC HEALTH MEDICAL ASSOCIATES para inscribirme en el programa de ePrescribe.

Patient Authorization for PHARMACY BENEFITS MANAGER for ALL PATIENTS

Autorización de paciente para Administrador de beneficios de farmacia para TODOS los PACIENTES

_____ Iniciales

Le autorizo al médico o empleado de ATLANTIC HEALTH MEDICAL ASSOCIATES a solicitar y obtener mi historial de medicamentos recetados de otros proveedores de salud, administrador de beneficios de farmacia, o cualquier pagador tercero de farmacia, para propósitos de tratamiento.

Patient Authorization for MEDICARE PATIENTS

Autorización de paciente para pacientes de MEDICARE

_____ Iniciales

Le autorizo al médico y/o empleado de ATLANTIC HEALTH MEDICAL ASSOCIATES la liberación de toda información necesaria para esta o cualquier reclamación de Medicare a la Administración de Seguro Social, Dirección de Financiamiento de Servicios de Salud o de sus intermediarios o compañías aéreas. Permito que se utilice una copia en vez de la autorización original, y solicito que pago de beneficios de seguro médico se haga a mí o a la entidad que pueda transmitir la información de pagos de Medicare automáticamente a mi aseguranza suplementaria. Yo entiendo que soy responsable por los servicios considerados no cubiertos por Medicare.

Patient Authorization for PPO, POS, EPO, OAP, HMO, and SELF PAY PATIENTS

Autorización del paciente para miembros de PPO y HMO

_____ Iniciales

Autorizo al médico o personal de ATLANTIC HEALTH MEDICAL ASSOCIATES para que vuelva a mi compañía de seguros o su representante cualquier información, incluyendo el diagnóstico y registros de cualquier tratamiento o examen rendido a mí durante cuidado médico o quirúrgico. Yo autorizo y solicito a mi anterior nombre compañía de seguros a pagar directamente al ATLANTIC HEALTH MEDICAL ASSOCIATES la cantidad debida por los servicios médicos o quirúrgicos. Entiendo que soy financieramente responsable por cualquiera de los servicios considerado no cubiertos por mi compañía de seguros. Si soy un paciente paga uno mismo, entiendo que soy financieramente responsable por todos los servicios incluyendo pero no limitado a la prueba de laboratorio, análisis de trabajo y de la orina de la sangre. Además, todos los pacientes entienden que puede enviarse cualquier saldo no pagado a una agencia de colección. Cualquier saldo de morosos debe ser referido a una agencia de colección, entiendo que seré financieramente responsable de todos gastos y honorarios relativos a la colección de mi deuda. También autorizo a mi médico y ATLANTIC HEALTH MEDICAL ASSOCIATES fotografiarme para propósitos de documentación médica relacionada.

Patient No Show/Cancellation Policy Acknowledgment for ALL PATIENTS

Paciente No Show/cancelación política reconocimiento para TODOS los PACIENTES

_____ Iniciales

Entiendo que el ATLANTIC HEALTH MEDICAL ASSOCIATES cobrará una cuota de \$25,00 por no shows o falta Cancelar citas dentro de 24 horas de su cita programada. Después de hora las cancelaciones se pueden dejar en nuestro buzón de correo de voz general. Esto incluye las cancelaciones en los fines de semana o vacaciones.

Patient Lab Results Acknowledgment for ALL PATIENTS

Reconocimiento de resultados de laboratorio del paciente para TODOS los PACIENTES

_____ Iniciales

Entiendo que ATLANTIC HEALTH MEDICAL ASSOCIATES no conversará sobre los resultados de laboratorio por teléfono. En caso de resultados urgentes, un proveedor contactará con usted para programar una consulta inmediata. Por favor espere 4-5 días hábiles después de realiza su trabajo de laboratorio para que los resultados a ser recibida en nuestra oficina. Usted debe programar una cita de seguimiento para analizar los resultados de laboratorios con su médico.

Patient Portal and Medical Records Acknowledgement for ALL PATIENTS

Paciente porta y los informes médicos de reconocimiento para TODOS los PACIENTES

_____ Iniciales

Entiendo que ATLANTIC HEALTH MEDICAL ASSOCIATES ofrece un portal en línea gratuito del paciente para con seguridad y con seguridad acceder a sus registros de pacientes en su tiempo libre. Portal de acceso a la información se proporcionará en retirada. Todos los pacientes se recomienda registrarse en el portal de Internet. Entiendo que el ATLANTIC HEALTH MEDICAL ASSOCIATES sólo proporcionará registros de pacientes externamente con una liberación Médica firmada por el paciente y en el respeto de la regla 64B8-10.003, código administrativo de Florida. Solicitud de registros de abogados, otros médicos de atención primaria o especialista puede ser conforme a un honorario. Pacientes reservan el derecho a acceder a sus registros en el portal y proporcionar a un tercero de su elección.

Special Accommodations and Acknowledgment for DISABLED PATIENTS

Adaptaciones especiales y reconocimiento para PACIENTES DISCAPACITADOS

_____ Iniciales

Si un paciente requiere un alojamiento para su nombramiento, la persona o su representante deberá notificar ATLANTIC HEALTH MEDICAL ASSOCIATES del alojamiento necesario una semana antes de la primera cita de paciente nuevo. Citas subsiguientes también requieren antelación una semana de. Bajo el American with Disabilities Act, "los proveedores son responsables de incurrir en todos los gastos de ayuda razonable y no pueden pasar eso carga sobre el paciente o a su compañía de seguros" Si un paciente que ha solicitado alojamiento no ofrece un mínimo de anticipación 24 horas para cancelar la cita o no se presenta para la cita, todos los cargos incurridos por ATLANTIC HEALTH MEDICAL ASSOCIATES es responsabilidad del paciente.

ACKNOWLEDGEMENT OF RECEIPT OF PRIVACY PRACTICES for ALL PATIENTS

Acuse de recibo de prácticas de privacidad para TODOS los PACIENTES

_____ Iniciales

Aviso a pacientes: estamos obligados a proporcionarle una copia de nuestro aviso de prácticas de privacidad que dice cómo nosotros podemos usar o divulgar su información médica. Por favor firme esta forma de acusar recibo de la notificación. Usted puede negarse a firmar el reconocimiento, si lo desea. Reconozco que he recibido una copia del ATLANTIC HEALTH MEDICAL ASSOCIATES aviso de prácticas de privacidad.