



INFORMACION DEL PACIENTE

NOMBRE _____ INICIAL _____ APELLIDO _____

DIRECCION _____ FECHA DE NACIMIENTO ____/____/____ SEXO _____

CIUDAD _____ ESTADO ____ CP _____ EMAIL _____

SSN _____ CELLULAR PHONE _____

GRUPO ETNICO NO ESPECIFICADO HISPANO/LATINO
 NO HISPANO/LATINO
MARTIAL STATUS SINGLE MARRIED
 DIVORCED WIDOWED

RAZA NO ESPECIFICADO ASIATICO BLANCO
 AFRO AMERICANO / AFRICANO
 INDIO AMERICANO/NATIVO DE ALASKA
 NATIVO HAWAIANO /OTRO
OCCUPACION _____
EMPLEADOR _____

IDIOMA PREFERIDO _____ FAMILIAR CERCANO _____

METODO PREFERIDO DE COMUNICACION _____ RELACION _____

UBICACION DE FARMACIA PREFERIDA _____ NUMERO DE CONTACTO _____

EL PACIENTE ES LA PERSONA RESPONSABLE DE LOS GASTOS MEDICOS ? YES NO => IF NO PLEASE

COMPLETE THIS SECTION

RELACION _____ SEX _____ CONTACT NUMBER _____

NOMBRE _____ INICIAL _____ EMAIL _____

APELLIDO _____ EMPLEADOR _____

DIRECCION _____ DIRECCION _____

CIUDAD _____ ESTADO ____ C.P. _____ CIUDAD _____ ESTADO ____ C.P. _____

INFORMACION DE SU SEGURO MEDICO

FAVOR DE ENTREGAR SU SEGURO MEDICO A LA RECEPTIONISTA

COMPANIA DE SEGUROS _____ FECHA DE NACIMENTO DEL ASEGURADO _____

NOMBRE DEL ASEGURADO _____ RELACION _____

ID# _____ GROUP # _____ FECHA EFECTIVA _____

INFORMACION DE SU SEGURO SECUNDARIO

COMPANIA DE SEGUROS _____ FECHA DE NACIMEINETO DEL ASEGURADO _____

NOMBRE DEL TARJETAHABIENTE _____ RELACION _____

ID# _____ GROUP # _____ FECHA EFECTIVA _____

I ATTEST THAT THE ABOVE INFORMATION IS CORRECT AND COMPLETE TO THE BEST OF MY KNOWLEDGE.

SIGNATURE OF PATIENT OR GUARDIAN _____ DATE _____

PRINTED NAME _____



PATIENT RESPONSIBILITIES & AUTHORIZATIONS

**POR FAVOR LEA CUIDADOSAMENTE Y PONGA SUS INICIALES EN CADA LINEA.
SI USTED TIENE ALGUNA DUDA FAVOR DE PREGUNTARLE A NUESTRAS ASISTENTES**

_____ Entiendo que soy responsable de mi co-pago en cada visita. Aceptamos cash, cheques, y tarjetas de crédito o debito.

_____ Entiendo que la relación medico paciente se puede ver afectada y dicha relación puede darse por finalizada por la no cancelación sin previo aviso de dos o mas citas medicas.

_____ Entiendo que se me cargara \$ 30.00 por cada cheque rebotado.

_____ Entiendo que soy responsable por cualquier cargo que no sea cubierto por mi seguro medico. Cargos como deducibles o co-seguros

_____ Yo autorizo la liberación de cualquier información medica personal en el proceso de cobranza a los seguros médicos.

_____ Yo autorizo el pago directo a la oficina de cobranza de esta clínica para los beneficios médicos o quirúrgicos.

_____ Yo entiendo que seré responsable por el pago de \$ 30.00 por cualquier cita no cancelada dentro de las primeras 24 horas o antes de la cita.

_____ Yo entiendo que ante la firma de esta forma seré sujeto a los cargos similares que la de un paciente regular si es que no me presento a una cita programada.

_____ Yo entiendo que seré responsable por cualquier cargo relacionado por el llenado ciertas formas medicas o por cartas solicitadas por los pacientes. El costo por llenar estas formas medico-legales pueden variar entre \$ 30.00 a \$ 300.00 según la complejidad de cada caso o forma.

_____ Yo entiendo que sin importar el status de mi seguro medico yo seré el responsable por cualquier saldo a mi cuenta

_____ Yo entiendo que soy responsable por cualquier gasto de abogados u otro gastos que pudiesen ocurrir durante el proceso de pasar mi adeudo a la agencia de colección (collection agency).

I UNDERSTAND AND ACCEPT THE ABOVE RESPONSIBILITIES AND AUTHORIZATIONS.

SIGNATURE OF PATIENT OR GUARDIAN _____ FECHA _____

PRINTED NAME _____

CONSENTIMIENTO PARA LA TOMA DE FOTOGRAFIAS

HEALTHY LIVING CLINIC, LLC y sus asociados están autorizados para tomar fotografías medicas antes, durante o después de algún procedimiento o tratamiento con fines profesionales y documentación. Estas fotografías digitales formaran parte de su expediente medico electrónico.

SI (YES), I GIVE MY CONSENT TO BE PHOTOGRAPHED

NO, I do not consent to being photographed

FIRMA DEL PACIENTE O TUTOR _____ FECHA _____

NOMBRE COMPLETO _____

CONSENTIMIENTO PARA CONTACTARNOS CON USTED VIA MENSAJE DE TEXTO O WHATSAPP

HEALTHY LIVING CLINIC, LLC y sus asociados están autorizados para contactarse con usted por medio de mensajes de texto (SMS) o WhatsApp, Telegram, Signal o por vía correo electrónico. Se hace saber que este tipo de comunicaciones no es encriptado y "no" es política de Healthy Living Clinic, LLC utilizar estos medios de comunicación para transmitir información confidencial y personal. También autorizo a Healthy Living Clinic, LLC y sus asociados contactarme via correo electrónico.

SI (YES), I give my CONSENT TO BE CONTACTED BY SMS / WhatsApp / E-mail

NO, I do not consent

FIRMA DEL PACIENTE O TUTOR _____ FECHA _____

NOMBRE COMPLETO _____



AUTHORIZATION FOR RELEASE OF MEDICAL INFORMATION

PHONE: (321) 549-2273 FAX: (321) 549-2066

1300 Florida Avenue, Rockledge, Florida 32955

PATIENT'S NAME _____ (NOMBRE DEL PACIENTE)	DATE OF BIRTH ____/____/____ (FECHA DE NACIMIENTO)
ADDRESS _____ (DIRECCION)	PHONE NUMBER _____
CITY _____ STATE _____ ZIP _____	SSN _____
DATE OF REQUEST (FECHA DE LA SOLICITUD) _____	

<input type="checkbox"/> I AUTHORIZE HEALTHY LIVING CLINIC, LLC TO RELEASE INFORMATION TO: [AUTORIZO QUE MI INFORMACION MEDICA SE LA DEN A:]	O R	<input type="checkbox"/> I AUTHORIZE HEALTHY LIVING CLINIC, LLC TO OBTAIN INFORMATION FROM: [AUTORIZO A HLC OBTENER INFORMACION DE:]
NAME OF PROVIDER OR FACILITY _____		NAME OF PROVIDER OR FACILITY _____
ADDRESS _____		ADDRESS _____
CITY, STATE, ZIP _____		CITY, STATE, ZIP _____
PHONE NUMBER _____		PHONE NUMBER _____
FAX NUMBER _____		FAX NUMBER _____

PURPOSE FOR THIS REQUEST _____ [RAZON DE ESTA SOLICITUD]

TYPE OF RECORDS REQUESTED [QUE PARTE DE SU EXPEDIENTE MEDICO NECESITA]:

- ENTIRE RECORD [TODO EL EXPEDIENTE]
- TREATMENT SUMMARY (INCLUDES HISTORY/PHYSICAL, LABS, XRAYs, OPERATIVE REPORTS, PATHOLOGY) [SOLO UN RESUMEN]
- LASTS MEDICAL VISITS INCLUDING LAST NOTES, X RAYS OR LABS. [LAS ULTIMAS VISITAS MEDICAS INLUIDO ESTUDIOS RECIENTES]

- SPECIFIC INFORMATION
- | | | | |
|---|---|---|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> PROCEDURE REPORT | <input type="checkbox"/> HISTORY & PHYSICAL | <input type="checkbox"/> PHYSICAL THERAPY | <input type="checkbox"/> LAB RESULTS |
| <input type="checkbox"/> XRAY REPORTS | <input type="checkbox"/> OTHER _____ | | |

AUTHORIZATION VALID FOR:

ALL AUTHORIZATIONS ARE VALID FOR ONE YEAR UNLESS SPECIFICALLY REQUESTED DIFFERENTLY BY THE PATIENT OR BY THE FACILITY THAT WE ARE REQUESTING RECORDS.

This authorization is valid only until _____ [Autorización valida solo hasta]

I UNDERSTAND THAT:

I may cancel this authorization at any time by submitting a **written** request to the address provided at the top of this form, except where a disclosure has already been made in reliance on my prior authorization.

Release of HIV-related information, mental health related care, or substance abuse diagnosis and treatment information requires additional authorization. (**Autorización para divulgación de enfermedades como HIV o enfermedades mentales requieren una autorización adicional**)

SIGNATURE OF PATIENT OR GUARDIAN _____ DATE _____

PRINTED NAME _____

**POR EL PRESENTE DOCUMENTO CONFIRMO HABER RECIBIDO INFORMACION ACERCA DE LAS
PRACTICAS DE PRIVACIDAD**

(ACKNOWLEDGEMENT OF RECEIPT OF NOTICE OF PRIVACY PRACTICES)

I have received a copy of this office's Notice of Privacy Practices.

SIGNATURE OF PATIENT OR GUARDIAN _____ FECHA _____

NOMBRE COMPLETO _____

Por favor indique el nombre de la persona o nombre de las personas a las cuales usted autoriza se le pueda informar información medica pertinente a usted. Tenga en cuenta si el nombre de la persona no esta en esta lista esta lista, no se podrá dar información sobre su estado de salud.

NOMBRE		
RELACION CON USTED		
INFORMACION DE CONTACTO		
COMENTARIOS		

For Office Use Only:

We attempted to obtain written acknowledgement of receipt of our Notice of Privacy Practices, however, acknowledgment could not be obtained because:

- Individual refused to accept Notice Individual was unable to sign An emergency situation prevented us from obtaining acknowledgment
- Individual refused to sign Acknowledgment Other:

DERECHOS DEL PACIENTE A LA CONFIDENCIALIDAD

Una copia de este documento estará disponible para usted ante su solicitud

Usted Tiene Derecho a:

- Revisar y a obtener una copia de su expediente medico. Usted puede solicitarlo por escrito a nuestra oficina. Hay un costo para que usted reciba su expediente medico. Nosotros estamos obligados a responderle dentro de 30 días de su solicitud.
- Hacer cualquier corrección o cambio en la información medica. Usted puede identificar alguna información que no es correcta y solicitar cambiarla. Usted lo puede hacer esto por escrito solicitando el cambio respectivo directamente en nuestra oficina. Nosotros estamos obligados a darle una respuesta dentro de 60 días a partir de su solicitud.
- Solicitar un informe sobre cualquier divulgación de su información sobre los últimos seis años. Usted puede solicitarlo por medio escrito directamente a nuestra oficina. Nosotros debemos responderle dentro de 60 días.
- Solicitar restricciones sobre su información que usted desee sea liberada. Su solicitud no puede sobrepasar aquellas liberaciones mencionadas con anterioridad. Usted puede revocar o restringir cualquier consentimiento otorgado antes.
- Solicitar comunicaciones confidenciales. Todas las comunicaciones en nuestra oficina son confidenciales. Usted puede solicitar que todas las comunicaciones sean confidenciales por escrito directamente a nuestra oficina.
- A recibir una copia impresa de esta notificación por medio de su solicitud a nuestra oficina. Una copia de esta notificación será entregada a todos los pacientes nuevos.

Nosotros nos comunicaremos con usted para recordarles citas al igual que proveerle información a cerca de programas de salud, beneficios y servicios. Todo paciente nuevo recibirá una copia de esta notificación y tendrá la oportunidad de revisarla y entenderla.

Nuestra Responsabilidad bajo la ley HIPPA:

- Nosotros estamos obligados por ley a mantener su información de salud en forma confidencial al igual que proveerle a usted información de nuestras obligaciones de ley que se ciñen a esto. Nosotros nos reservamos el derecho de hacer cambios a la manera de notificación. Nosotros notificaremos cambios en referencia a fechas, copias en referente a estos cambios estarán disponibles.
- Usted tiene el derecho a reportar una queja acerca de la política del manejo de su privacidad o su ejecución en ella ya sea verbalmente o por escrito a la persona encargada en nuestra oficina.

Iniciales _____

Firma _____

Fecha / /