



GENERAL INFORMATION / INFORMACION GENERAL

Date: ____/____/____

Patient's Name: _____
Nombre del paciente Last name/Apellido First and middle name/ Nombres

MM/DD/YYYY – MM/DD/AAAA

____/____/____
D.O.B./Fecha de Nacimiento

Age: _____
Edad

Address: _____
Dirección (Street, apt. no. / Calle, no. de apartamento)

(____) - ____ - ____
Home phone no./Teléfono de casa

City: _____ State: _____ Zip code: _____
Ciudad Estado Código postal

Emergency contact: _____
Contacto de emergencia Last name/Apellido First name/Nombre

SSN: _____ - _____ - _____ Sex: M F
Sexo

____ (____) - ____ - ____
Relationship to patient /Relación con el paciente Phone no./ No. de teléfono

Preferred pharmacy: _____
Farmacia preferida Please mention two/ Por favor mencione dos

e-mail: _____
Correo electrónico

Patient or Legal Guardian: I hereby authorize Mi Doctor and/or agents to use my general information (address, phone(text messages), email) to contact me to facilitate anything related to my medical care. / **Paciente o Tutor del paciente:** Autorizo el uso de mi información general (dirección, teléfono(mensajes de texto), correo electrónico) para ser contactado por Mi Doctor y/o agentes, para facilitar el seguimiento de mi cuidado médico.

PERSON RESPONSIBLE FOR PAYMENT / PERSONA RESPONSABLE DEL PAGO

Last name/Apellido First and middle name/ Nombres

Relationship to patient / Relación con el paciente:

Mother Father Other: _____
Madre Padre Otro
MM/DD/YYYY – MM/DD/AAAA

SSN: _____ - _____ - _____ Sex: M F
Sexo circle one/
circule uno

____/____/____ Age: _____
Marital status / Estado civil D.O.B. / Fecha de nacimiento Edad

Address: _____
Dirección (Street, apt. no. / Calle, no. de apartamento)

Employment: _____
Empresa donde trabaja

City: _____ State: _____ Zip code: _____
Ciudad Estado Código postal

(____) - ____ - ____
Work phone no./ Teléfono de oficina

AUTHORIZATION TO RELEASE INFORMATION AND ASSIGNMENT OF BENEFITS / AUTORIZACIÓN DE EMITIR INFORMACIÓN Y ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS

I request that payment of authorized insurance benefits from any applicable insurance carrier be made on my behalf to Top Care Clinic for any services furnished me by that provider. I authorize medical information needed to determine these benefits or the benefits payable for the related services be released to the insurance company and its agents. I understand that even though I have some type of insurance coverage, I am responsible for the payment of services. **Please note:** It is the policy of this office that any parent who requests treatment for the child is responsible for the payment of all subsequent service fees.

Solicito que el pago de los beneficios de la aseguradora autorizada se realice a beneficio de Top Care Clinic por cualquier servicio que se me otorgue. Autorizo que la información médica que sea requerida para determinar estos beneficios o los beneficios pagables por los servicios relacionados sea dada a conocer a la compañía de seguros. Comprendo que a pesar de que mi seguro cubra ciertos gastos, yo soy responsable del pago de los servicios. **Tenga en cuenta que:** Es regla de esta oficina que cualquier padre que requiera tratamiento para el niño es responsable del pago de todos los gastos.

Name / Nombre : _____

Signature / Firma: _____

Relationship/Relación con el paciente: _____



How we may use and/or disclose your health information?.- Your protected health information will be used and/or disclosed by Top Care Clinic to other for the purposes of treatment, obtaining payment, or supporting the day-to-day health care operation of the practice.

Changes to privacy practices.- Top Care Clinic reserves the right to change or modify the privacy practices outlined in the Notice of Privacy Brochure. Top Care Clinic will notify you of any changes of privacy practices either by mail, at your next appointment, or any other method that you request.

Security.- I acknowledge the use of security cameras at Top Care Clinic which are located at the receptionist area and the hallways for security reasons.

Signature.- I have reviewed this consent form, received the brochure entitled "Notice of Privacy Policies and Practices" and give my permission to Top Care Clinic to use and disclose my health information in accordance with this form.

General consent from treatment.- I, knowing that I have a medical condition or physical check-up requiring diagnostic, medical or surgical treatment; do hereby voluntarily consent to such procedures, care, medical, surgical and other services under the general and specific instructions of the provider, his/her assistant or designee as is necessary in his/her judgment. I also acknowledge that the practice of medicine is not an exact science and that no guarantees have been made me as to the result of treatment or by examinations by the provider.

.....
¿Cómo podemos utilizar y/o revelar su información médica?.- Su información médica protegida será utilizada y/o revelada por Top Care Clinic por/a otros, para propósitos de tratamiento, para obtener un pago o como apoyo hacia las prácticas de operación del cuidado médico día con día.

Cambios en las normas de privacidad.- Top Care Clinic se reserva el derecho de cambiar o modificar las normas de privacidad establecidas en el folleto de normas de privacidad. Top Care Clinic le notificará cualquier cambio en las normas de privacidad ya sea por correo, en su próxima cita o algún otro medio que usted solicite.

Seguridad.- Estoy enterado del uso de cámaras de seguridad en Top Care Clinic, las cuales están localizadas en el área de recepción y pasillos para cuestiones de seguridad.

Firma.- He revisado esta forma de consentimiento, recibido el folleto "Aviso sobre las Políticas y Normas de Privacidad" Y doy mi permiso a Top Care Clinic de utilizar y revelar mi información médica de acorde a esta forma.

Consentimiento general para tratamiento.- Yo sabiendo que tengo una condición médica o examen físico que requiere tratamiento, diagnóstico médico o quirúrgico; por la presente consiento voluntariamente a tales procedimientos, el cuidado médico, quirúrgico y otras instrucciones específicas del médico, su ayudante o su asistente como es necesario en su juicio. También reconozco que el ejercicio de la medicina no es una ciencia exacta y que no hay garantía en cuanto al resultado del tratamiento ni por el examen médico.

Name of patient / Nombre del paciente

Name of patient's representative
Nombre del representante del paciente

Relationship
Relación

Signature / Firma

Signature / Firma

Date: ____ / ____