



COMPREHENSIVE PRIMARY AND URGENT CARE

707 West Market Street, Athens, AL 35611
Phone: (256) 444-1815, Fax: (256) 444-0385

FORMULARIO DE REGISTRACION

Nombre Completo: _____

Fecha de Nacimiento: ___/___/___ Seguro Social #: ___/___/___ Sexo (F/M)

Estado Civil: Casado(a) Soltero(a) Viudo(a) Divorciado(a)

Direccion: _____

Ciudad: _____ Estado: _____Codigo Postal: _____

Telefono Celular: _____ Telefono de casa: _____

CONTACTO DE EMERGENCIA

Nombre: _____ Telefono: _____

Relacion con el Paciente: _____

INFORMACION DE LA ASEGURANZA

Nombre de la Persona Asegurada: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Nombre de la Asegurancia: _____

Numero de Poliza: _____

INFORMACION DEL EMPLEADOR

Nombre del Empleador: _____ Telefono del Empleador: _____

Nombre de la Farmacia: _____ Telefono: _____



COMPREHENSIVE PRIMARY AND URGENT CARE

707 West Market Street, Athens, AL 35611

Phone: (256)444-1815, Fax: (256)444-0385

HIPAA PRIVACY AUTHORIZATION FORM

Authorization for Use or Disclosure of Protected Health Information
(Required by the Health Insurance Portability and Accountability Act, 45 C.F.R. Parts 160 and 164)

Many of our patients allow family member such as their spouse, parents or other to call and request medical or billing information. Under the requirement of HIPAA, we are not allowed to give this information to anyone without the patient's consent. If you wish to have your medical or billing information released or discussed to family members or to others, please do so by indicating and signing below. I, _____ authorize Comprehensive Primary and Urgent Care to release my medical and/or billing information to the following individual(s).

1. _____ Relation to patient _____
2. _____ Relation to patient _____
3. _____ Relation to patient _____

I understand I have the right to revoke this authorization at any time and that I also have the right to inspect or copy the protected health information to be disclosed. I understand that information disclosed to any above recipient is no longer protected by federal or state law and may be subject to redisclosure by the above recipient. You have the right to revoke this consent in writing.

Patients Signature or personal representative: _____

Relation to the patient: _____

Date: _____



COMPREHENSIVE PRIMARY AND URGENT CARE

707 West Market Street, Athens, AL 35611

Phone: (256)444-1815, Fax: (256)444-0385

DECLARACION DE RESPONSABILIDAD FINANCIERA

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

CPAUC aprecia la confianza depositada en elegirnos para proveer las necesidades de su atencion medica. El servicio que a elegido participar implica una responsabilidad financiera de su parte. La responsabilidad obliga a garantizar el pago de nuestros honorarios. Como una cortesia verificar su cobertura y su compania de seguros en nombre de la cuenta. Sin embargo usted es responsable de su factura. Usted es reponsible por el pago de su deducible y copago/segun el contrato con su compania de seguros. Esperamos que usted los pague en el momento de servicio. Muchas companias de seguros tienen estipulaciones adicionales que pueden afectar su cobertura. Usted es responsable de cualquier monto no cubierto por la aseguradora, si su compania de seguros niega cualquier parte de su saldo en su totalidad. Por cada 30 dias un saldo no se paga despues de la primera declaracion, se aplicara una tarifa de \$15 dolares por falta de pago. Despues de 90 dias, se anadira un cargo de la coleccion de 40% y la cuenta se enviara a una agencia de collecciones.

He leido la politica anterior en cuanto a mi responsabilidad financiera de CPAUC, para proporcionar servicio a mi o el paciente nombrado anteriormente. Autorizo a mi aseguradora a pagar mis beneficions directamente a la CPAUC, la cantidad completa del cobro incurrido por mi o el paciente nombrado anteriormente; o, si corresponde cualquier cantidad debida despues que el pago haya sido realizado por mi compania de seguros.

Firma del Paciente/Responsable: _____ Fecha: _____

Uno mismo pagar sin seguro

No tengo seguro de salud y responsable de servicios prestarea aqui en CPAUC. Estoy de acuerdo en pagarle a CPAUC la cantidad completa y total del tratamiento dado a mi o el paciente anterior nombrado en cada visita

Firma del Paciente/Responsable: _____ Fecha: _____

Uno mismo pagar con seguros y Medicaid

Libremente elijo usar mi seguro por los servicios prestado en CPAUC.

Firma del Paciente/Responsable: _____ Fecha: _____

Vehiculo de motor o el seguro de compensacion al trabajador

Pedi mis reivindicaciones someterse a una compania de seguros de compensacion de mis vehiculos/trabajador. Entiendo que sere responsable por gastos incurridos por mi en caso de que el seguro de accidente de mi vehiculo de motor/trabajador benefico se escape o se niegue.

Nombre del Paciente/Responsable: _____ Fecha: _____

Consentimiento y autorizacion para divulgar informacion sobre mi tratamiento

Por la presente autorizo a CPAUC, a traves de su personal apropiado, realizar o an realizado en mi, el paciente nombrado anteriormente, adecuados procedimientos de evaluacion y tratamiento. Ademas autorizo a CPAU, para liberar alas agencias apropiadas cualquier informacion adquirida en el curso de mi examinacion y el tratamiento del paciente.

Firma del Patient/Responsable: _____ Fecha: _____

YOUR HEALTH INFORMACION PRIVACY RIGHTS

Most of us feel that our health information is private and should be protected. That is why there is a federal law that rules for health care provider and health insurance companies about who can look and receive our health information. This law, called Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996 (HIPPA), gives you rights over your health information including the right to get a copy of your information, make sure it is correct and known who has it.

Get It.

You can ask to see or get a copy of your medical record and other health information. If you want a copy, you may have to put your request in writing and pay pro the cost of copying and mailing. In most cases, your copies must be given to you within 30 days.

Check It.

You can ask to change any wrong information in your file or add information to your file if you think something is missing or incomplete. For example, if you and your hospital agree that your file has the wrong results for a test, the hospital must change it. Even if the hospital believes the test results is correct, you still have the right to have disagreement noted in your file. In most cases, the record should be updated within 60 days.

Know Who Has Seen It.

By law, your health information can be used and shared by specific reasons not directly related to your care, like making sure doctors give good care, making sure nursing homes are clean and safe, reporting when is in your area or reporting as required by state or federal law. In many of these cases, you can find out who has seen your health information. You can:

- Learn how your health information is used and shared by your doctor or health insurer. Generally, your health information cannot be used for purposes not directly related to your care without your permission. For example, you doctor cannot give it to your employer, or share it for things like marketing and advertising, without your written authorization. You probably received a notice telling you how your health information may be used on your first visit to a new health care provider or when you got a new health insurance, but you can ask for another copy anytime.
- Let your providers or health insurance companies know if there is information you do not want to share. You can ask that your health information not be shared with certain people, groups or companies. If you go to a clinic, for example, you can ask the doctor not to share your medical records with other doctors or nurses at the clinic. You can ask for other kinds of restrictions, but they do not always have to agree to do what you ask, particularly if it could affect your care. Finally, you can also ask your health care provider or pharmacy no to tell your health insurance company about care you receive or drugs you take, if you pay for the care of drugs in full and the Provider or pharmacy does not need to get paid by your insurance company.
- Ask to be reached somewhere other than home. You can make reasonable requests to be contacted at any different places or in a different way. For example, you can ask to have nurse call you at your office instead of your home or to send mail to you in an envelop instead of on a postcard.

If you think your rights are being denied or your health information is not being protected, you have the right to file a complaint with your provider, health insurer, or the U.S. Department of Health and Human Services.

To learn more, visit www.hhs.gov/ocr/privacy/

Patients Signature

**Office for Civil Rights
US. Department of Health & Human Services**

HISTORIAL MEDICO

Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: ___/___/___

Cual es la razon de la visita de hoy? _____

Medicamentos Actuales: (Por favor de listar todas las medicinas que tomando actualmente)

Medicina	Dosis (mg/mcg)	Numero de veces que la toma al dia

Es usted alergico a algun medicamento(s)? SI NO A cual medicamento(s):
 Ha sido usted hospitalizado? SI NO
 Se ha vacunado contra la Hepatitis A, B, C? SI NO No estoy seguro(a)
 Ha sido operado anteriormente SI NO De que fue: _____ Cuando fue: _____
 Fecha de la ultima vacuna contra el Tetanus: _____
 Fecha de su ultimo examen de deteccion de Tuberculosis: _____

Ha tenido recientemente cualquiera de estos sintomas? Por favor haga un circulo

Tos	Cambio en vision	Alergias
Nariz Sangrienta	Ariculaciones hinchadas/dolorosas	Dolor de pecho
Pensamiento de Suicidio	Dolor de cabeza	Palpitaciones
Problemas de ojos	Mareos	Dolor de espalda
Problemas de audicion	Desmayos	Calambres
Dolor abdominal	Hemorroides	Acidez
Problemas al orinar	Ronquidos	Diarrea
Ganglios linfaticos hinchados	Sinusitis	Problemas respiratorios
Vomitos	Dolor de garganta	Dolor de pies

Nombre cualquier condicion por la cual a estado o esta actualmente siendo tratado(a)

- | | |
|----------|-----------|
| 1. _____ | 6. _____ |
| 2. _____ | 7. _____ |
| 3. _____ | 8. _____ |
| 4. _____ | 9. _____ |
| 5. _____ | 10. _____ |

HISTORIAL DE GINECOLOGIA

#de Embarazos ____, # partos vaginales ____, # Cesareas ____, # Abortos ____

Fecha del primer dia de su ultimo periodo: __/__/__ Metodo de Planificacion: _____

Fecha de su ultimo Papanicolao: __/__/__ Ultima Mamografia: __/__/__

Historia Familiar

Viven	Edad (Edad de Muerte)	Enfermedades Graves
Madre SI NO _____	_____	_____
Padre SI NO _____	_____	_____
Hermanas SI NO _____	_____	_____
SI NO _____	_____	_____
SI NO _____	_____	_____
Hermanos SI NO _____	_____	_____
SI NO _____	_____	_____
SI NO _____	_____	_____

Mencione algun otro miembro de la familia que an tenido alguna de las siguientes enfermedades:

De anemia o sangre: _____

Diabetes: _____

Cancer: _____

Glaucoma: _____

Enfermedad del Corazon: _____

Presion Alta/Baja: _____

Salud mental/depression: _____

Embolia: _____

Otras enfermedades: _____

Historia Social

Actualmente fuma or mastica tabaco? SI NO Lo a usado anteriormente? SI NO

Cuantos paquetes al dia fuma o mastica? _____

Bebe cerveza, vino o alcohol? SI NO Lo a usado anterioremente? SI NO

Cuantas bebidas por semana? _____

Actualmente bebe café? Sodas, Te o bebidas energeticas? SI NO

Hace ejercicios diario/semanalmente? SI NO

Utiliza el cinturon de seguridad en el carro? SI NO

Lleva casco mientras monta bicicletas o motos? SI NO

