



Pulmonary Wellness Group

Michael J. Hernandez, M.D.
Pedro A. Sevilla, M.D.
Pulmonary & Critical Care Medicine

Patient Registration Form

DATE: ____/____/____
Fecha

PATIENT NAME: _____
Nombre del paciente

BIRTHDATE: ____/____/____
Fecha de nacimiento

SOCIAL SECURITY #: ____-____-____
Seguro Social

SEX: ____ M ____ F
Sexo

PRIMARY LANGUAGE: _____
Lenguaje primario

HOME ADDRESS: _____
Dirección del hogar

CITY/ STATE/ ZIP: _____
Ciudad/ Estado/ Código postal

HOME PHONE: _____
Teléfono del hogar

WORK PHONE: _____
Teléfono del trabajo

CELLPHONE: _____
Teléfono celular

EMAIL: _____
Correo electrónico

MARITAL STATUS: _____
Estado civil

EMPLOYER OR SCHOOL: _____
Empleador o escuela

OCCUPATION: _____
Tipo de trabajo

EMERGENCY CONTACT or PARENT/GUARDIAN IF PATIENT IS A MINOR: _____
Contacto en caso de emergencia o padre/guardián si paciente es de menor de edad

RELATION TO PATIENT: _____
Relación a paciente

PHONE #: _____
Teléfono

I AUTHORIZE TO HAVE RESULTS SENT VIA TEXT MESSAGE TO CELL PHONE AND/OR EMAIL.
Yo autorizo que se me mande mis resultados vía texto a mi teléfono celular o por correo electrónico.

INITIALS: _____
Sus iniciales son requeridas.

PRIMARY CARE PHYSICIAN / Medico Primario

PRIMARY CARE PHYSICIAN: _____
Nombre de su medico primario

PHONE #: _____
Teléfono del doctor

REFERRAL SOURCE / Referido Por

PLEASE LET US KNOW HOW YOU HEARD ABOUT US. PLACE A CHECKMARK (✓) IN THE BOX BESIDE THE MOST APPROPRIATE RESPONSE.
Por favor háganos saber como supo de nuestro medico. Coloque una marca (✓) en la casilla junto a la respuesta mas apropiada de las siguientes opciones.

REFERRED BY PCP
Referido por su medico primario

REFERRED BY ANOTHER PHYSICIAN. IF SO, WHOM? _____
Referido por otro medico. ¿Quién?

REFERRED BY A CURRENT OR FORMER PATIENT. IF SO, WHOM? _____
Referido por un paciente nuestro. ¿Quién?

REFERRED BY FRIEND/FAMILY MEMBER. IF SO, WHOM? _____
Referido por un amigo/familiar. ¿Quién?

OTHER: _____
Otras

PRIMARY INSURANCE / Seguro Primario

INSURANCE CARRIER: _____ POLICY ID#: _____ GROUP #: _____
Compañía de seguro medico Numero de póliza Numero de grupo

INSURED NAME: _____ RELATIONSHIP: self / spouse / child / other
Nombre del asegurado Relación al paciente: mi mismo / esposo(a) / hijo(a) / otro

INSURED SS#: _____ - _____ - _____ INSURED BIRTHDATE: _____ / _____ / _____
SS# del asegurado Fecha de nacimiento del asegurado

SECONDARY INSURANCE / Seguro Secundario

IS PATIENT COVERED BY A SECONDARY INSURANCE? YES NO POLICY HOLDER: _____
Paciente tiene otro tipo de seguro? Si No Asegurado

INSURANCE CARRIER: _____ POLICY ID#: _____ GROUP #: _____
Compañía de seguro medico Numero de póliza Numero de grupo

PRIVACY POLICIES / Política de Privacidad

THE PRIVACY OF YOUR HEALTH INFORMATION IS OF THE UTMOST IMPORTANCE TO US. TO THAT END, WE HAVE ESTABLISHED AND IMPLEMENTED PRIVACY PRACTICES TO PROTECT YOUR INFORMATION CONSISTENT WITH THE OFFICE OF CIVIL RIGHTS, U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN RIGHTS SERVICES. THESE PRACTICES ARE OUTLINED IN THE PULMONARY WELLNESS GROUP PRIVACY POLICIES DOCUMENT. PLEASE INITIAL ON THE LINE BELOW INDICATING YOUR ACKNOWLEDGEMENT OF RECEIPT AND UNDERSTANDING OF OUR PRIVACY POLICIES.

La privacidad de su información de salud es de extrema importancia para nosotros. Por esa razón, nosotros hemos establecido e implementado la Política de Privacidad para proteger su información siguiendo lo establecido por la Oficina de Derechos Civiles y el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos. Estas practicas se describen en nuestro documento de Política de Privacidad. Por favor, escribe sus iniciales abajo indicando que usted he recibido y entendido nuestra política de privacidad.)

_____ I HAVE RECEIVED A COPY OF THE PULMONARY WELLNESS GROUP'S PRIVACY POLICIES AND I UNDERSTAND MY HEALTH INFORMATION RIGHTS. / Yo he recibido una copia de la Política de Privacidad de Pulmonary Wellness Group y yo entiendo mis derechos relacionados a mi información de salud.

ASSIGNMENT AND RELEASE / Asignación y autorización

I CERTIFY THAT I, AND/OR MY DEPENDENT(S), HAVE INSURANCE COVERAGE WITH THE ABOVE-NAMED INSURANCE(S) AND ASSIGN DIRECTLY TO PULMONARY WELLNESS GROUP ALL INSURANCE BENEFITS, IF ANY, OTHERWISE PAYABLE TO ME FOR SERVICES RENDERED. I UNDERSTAND THAT I AM FINANCIALLY RESPONSIBLE FOR ALL CHARGES WHETHER OR NOT PAID BY INSURANCE. I AUTHORIZE THE USE OF MY SIGNATURE ON ALL INSURANCE SUBMISSIONS. PULMONARY WELLNESS GROUP MAY USE MY HEALTH CARE INFORMATION AND MAY DISCLOSE SUCH INFORMATION TO THE ABOVE-NAMED INSURANCE(S) AND THEIR AGENTS FOR THE PURPOSE OF OBTAINING PAYMENT FOR SERVICES AND DETERMINING INSURANCE BENEFITS OR THE BENEFITS PAYABLE FOR RELATED SERVICES. THIS CONSENT WILL END WHEN MY CURRENT TREATMENT PLAN IS COMPLETED OR ONE YEAR FROM THE DATE SIGNED BELOW.

Yo certifico que yo, y/o mis dependientes tenemos cobertura de seguro con la anteriormente mencionada compañía(s) de seguros y asigno directamente a Pulmonary Wellness Group todos los beneficios. Yo entiendo que soy completamente responsable por todos los cargos por atención medica recibida, sea o no pagados por mi seguro. Yo autorizo el uso de mi firma en todos los documentos que se necesiten enviar al seguro. Pulmonary Wellness Group puede compartir mi información de salud con la anteriormente mencionada compañía(s) de seguros con el propósito de obtener pagos por servicios recibidos, y determinar beneficios de seguro, o beneficios por determinado servicio. Este consentimiento terminara en el momento el actual plan de tratamiento termine, o al ano de haber firmado este documento.

SIGNATURE OF PATIENT, PARENT/GUARDIAN OR REPRESENTATIVE
Firma del paciente, padre o persona responsable por el paciente

_____/_____/_____
DATE
Fecha

PLEASE PRINT NAME OF PATIENT, PARENT/GUARDIAN OR REPRESENTATIVE
Nombre del paciente, padre o persona responsable por el paciente

RELATIONSHIP TO PATIENT
Relación al paciente