



Dr. Scott G. Brown, DO Dr. Keith Leventhal, DO Vincent Polo, PA-C Joseph Accetta, PA-C

2374 Jerusalem Avenue
North Bellmore, NY 11710

P: 516-409-8311
F: 516-409-8313

FECHA DE VISITA: _____

Apellido: _____ Nombre: _____ Inicial: _____ Número de Seguridad Social: _____

Dirección: _____ Ciudad/Pueblo/Villa: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono: _____ Celular: _____ Correo Electrónico: _____

Género: Años: _____ Fecha de Nacimiento : _____ Estado Civil: __Soltero __Casado __ Viundo __ Separado __ Divorciado
 Male
 Female

Empleador: _____ Ocupación: _____

Dirección de Negocios: _____ Teléfono de Negocios: _____

A quien agradecemos por referirte: _____

En caso de emergencia nombre dos personas a ser notificadas? (1) _____ Teléfono () _____
(2) _____ Teléfono () _____

Seguro Primario: _____ Número de Identificación de Miembro: _____

Nombre del Asegurado: (Apellido) _____ (Nombre de Pila) _____ (Segundo Nombre) _____

Relación Con el Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Número de Seguridad Social: _____

Empleador de Los Asegurados: _____

Seguro Secundario: _____ Número de Identificación de

Miembro: _____

Nombre del Asegurado: (Apellido) _____ (Nombre de Pila) _____ (Segundo Nombre) _____

Relación Con el Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Número de Seguridad Social: _____

Otro Seguro: _____ Número de Identificación de

Miembro: _____

Farmacia: _____ Dirección: _____ Ciudad/Pueblo/Villa: _____ Número: _____

Los abajo firmantes certifican que yo (o mi dependiente) tengo cobertura de seguro con _____

Nombre de la Compañía de Seguros

la información anterior es verdadera a mi leal saber y entender. Autorizo que mis beneficios sean pagados directamente al médico. La información anterior es verdadera a mi leal saber y entender. Autorizo que mis beneficios sean pagados directamente al médico. Entiendo que soy financieramente responsable y pagaré todos los cargos, estén o no cubiertos por el seguro. Entiendo que algunos servicios pueden no estar autorizados y no cubiertos por mi seguro. Por la presente autorizo al médico a divulgar toda la información necesaria para garantizar el pago de los beneficios. Autorizo el uso de esta firma en todos los reclamos de seguros.

Imprimir Nombre

Firma

Fecha



Dr. Scott G. Brown, D.O.

Dr. Keith Leventhal D.O.

Vincent Polo, PA

2374 Jerusalem Avenue
North Bellmore, NY 11710

P: 516-409-8311
F: 516-409-8313

Formulario de Consentimiento del Paciente

En respuesta al mal uso de la información de salud personal (PHI), el departamento de Salud y Servicios Humanos ha establecido una "Regla de privacidad" para ayudar a asegurar que la PHI se mantenga privada. Esta regla también se estableció con el fin de proporcionar un estándar para que los proveedores de atención médica obtengan el consentimiento de sus pacientes para el uso y divulgación de información médica sobre el paciente a fin de llevar a cabo tratamientos, pagos u otras operaciones de atención médica.

Queremos que sepa que respetamos la privacidad de sus registros médicos y tomaremos todas las medidas razonables para asegurar y proteger su privacidad. Cuando sea necesario, le proporcionaremos la información mínima necesaria solo a aquellos que consideramos que necesitan su PHI para poder brindarle la atención médica que sea más conveniente para usted.

Respaldamos su acceso total a todos sus registros médicos personales. Debe tener en cuenta que es posible que tengamos una relación de tratamiento indirecto con usted que incluya, entre otros, laboratorios, farmacias y otros consultorios médicos. Como tal, es posible que tengamos que divulgar PHI para fines de tratamiento, pago y / u otras operaciones de atención médica. Estas entidades externas no necesariamente necesitan obtener su consentimiento para estas comunicaciones.

Usted tiene el derecho de rechazar el consentimiento para el uso de la divulgación de su PHI. Esta negativa debe hacerse por escrito. Si da su consentimiento para divulgar su PHI, al firmar este documento, en un futuro podrá solicitar rechazar la divulgación futura de su PHI. Esta negativa debe hacerse por escrito. Sin embargo, no puede revocar acciones que ya se hayan tomado y que se hayan basado en este o en un consentimiento previamente firmado. Ha recibido una copia de nuestra Política de privacidad del paciente.

Tiene el derecho de revisar su aviso de privacidad, solicitar restricciones y revocar el consentimiento por escrito después de haber revisado nuestro aviso de privacidad.

Hable con nuestro Oficial de Cumplimiento si tiene alguna objeción a este consentimiento.

Firma del Paciente o Tutor Legal

Escriba el Nombre del Paciente

Escriba el Nombre del Tutor Legal (si corresponde)



Authorization for Access to Patient Information
Through a Health Information Exchange Organization

New York State Department of Health

Patient Name	Date of Birth	Patient Identification Number
Patient Address		

I request that health information regarding my care and treatment be accessed as set forth on this form. I can choose whether or not to allow Complete Primary Care of Long Island to obtain access to my medical records through the health information exchange organization called Healthix. If I give consent, my medical records from different places where I get healthcare can be accessed using a statewide computer network. Healthix is a not-for-profit organization that shares information about people's health electronically and meets the privacy and security standards of HIPAA and New York State Law. To learn more, visit Healthix's website at www.healthix.org.

The choice I make on this form will NOT affect my ability to get medical care. The choice I make on this form does NOT allow health insurers to have access to my information for the purpose of deciding whether to provide me with health coverage or pay my medical bills.

<p>My Consent Choice. ONE box is checked to the left of my choice. I can fill out this form now or in the future. I can also change my decision at any time by completing a new form.</p>
<p><input type="checkbox"/> 1. I GIVE CONSENT for Complete Primary Care of Long Island to access ALL of my electronic health information through Healthix to provide healthcare.</p>
<p><input type="checkbox"/> 2. I DENY CONSENT for Complete Primary Care of Long Island to access ALL of my electronic health information through Healthix for any purpose.</p>

If I want to deny consent for all Provider Organizations and Health Plans participating in Healthix to access my electronic health record through Healthix, I may do so by visiting Healthix's website at www.healthix.org or calling Healthix at 877-695-4749.

My questions have been answered and I have been provided a copy of this form.

Signature of Patient or Patient's Legal Representative	Date
Print Name of Legal Representative (if applicable)	Relationship of Legal Representative to Patient (if applicable)