



W/C DEMO/HIPAA

### INFORMACION DEL PACIENTE

Fecha de hoy: \_\_\_\_\_

<input type="checkbox"/> Workers Compensation	Injury Date: _____
<input type="checkbox"/> Drug Screen	
<input type="checkbox"/> Physical	<b><u>SOLO PARA USO DE OFICINA</u></b>

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_  
*Primero Segundo Apellido*

Dirección: \_\_\_\_\_  
*Calle Numero de apt. Ciudad Estado/Codigo postal*

Teléfono Celular : \_\_\_\_\_ Teléfono Casa: \_\_\_\_\_ Sexo:  M  F

Seguro Social : \_\_\_\_\_ Raza:  Blanco  Afroamericano  Hispano  Asiatico  Otro

Contacto de emergencia: \_\_\_\_\_ Relacion al paciente: \_\_\_\_\_

Número de teléfono del contacto de emergencia : \_\_\_\_\_

Nombre del empleador: \_\_\_\_\_

Persona de contacto del empleador: \_\_\_\_\_ Teléfono del Empleador: \_\_\_\_\_  
*Primero Apellido*

CONTINUE ALA PROXIMA PAGINA →

**EMPLOYER INFORMATION** ----- **SOLO PARA USO DE OFICINA** -----

Employer Name: \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_  
*Street Apt # City State / Zip*

Employer Contact Person: \_\_\_\_\_ Employer Contact Phone #: \_\_\_\_\_  
*First Last*

Billing Address (if different): \_\_\_\_\_  
*Street Apt # City State / Zip*

**WORKER'S COMPENSATION INSURANCE CARRIER** (Complete if employer wants to file with workers' comp insurance)

\*WC Insurance Company Name: \_\_\_\_\_ Phone Number: \_\_\_\_\_

Claims Mailing Address: \_\_\_\_\_  
*Street Apt # City State / Zip*

Claim Number: \_\_\_\_\_ Fax Number: \_\_\_\_\_

**SERVICES** (Please CIRCLE the desired option)

- Drug Screen** Required: **Yes / No**
- If Required, we offer:
- In house (12 Panel Rapid DS)
  - Send Out (Quest Lab)
  - DOT or Non DOT
  - Pre-Employment or Random

- Physical** Required: **Yes / No**
- If Required, we offer:
- DOT or Non DOT
  - Pulmonary Function Test: **Yes / No**
- \*Please provide a list of any testing required during the physical examination to meet your employer's requirements. (Labs, Breathing Tests, EKG, X-Ray, TB skin Test, etc.)*

<b>OFFICE VERIFICATION OF EMPLOYER INFORMATION</b>	Verified By: _____ Employer Representative Contacted: _____
--	--

**Autorizacion del paciente:**

Yo autorizo a la clinica PrimeCare Medical que utilize los beneficios en mi nombre por los servicios rendidos. Yo certifico que la informacion que le proporcione a la clinica PrimeCare Medical sobre mi aseguranza medica es correcta. Yo tambien autorizo la liberacion de cual quier informacion, incluyendo informacion medica si es requerida por mi seguro de compensacion de trabajadores. Yo permito el uso de esta autorizacion para que sea usada de dicha manero en casos asi. Firmando abajo, yo estoy de acuerdo en pagar todos los servicios rendidos por la clinica PrimeCare que no sean cubiertos por el seguro medico. Si es necesario para la clinica PrimeCare iniciar accion judicial para enforsar el acuerdo de arriba, yo estoy de acuerdo en pagar todos los gastos de recaudacion y los honorarios de abogados de PrimeCare para esta accion.

**Poliza de Expediente Medico :**

Yo autorizo a la clinica PrimeCare Medical que libere mi informacion medica como yo lo he indicado. Yo entiendo que PrimeCare no hace copia de expedientes y tal copia es sujeto a un costo adicional. Yo entiendo que tal expediente tiene que ser pedido por lo menos una semana antes de la fecha anticipada. Yo entiendo que el costo por copiar/imprimir mi expediente medico es \$0.50/ pagina, por las primeras 25 paginas y \$0.25 por cada pagina adicional. Adicionalmente, un costo laboral de \$15.00 puede ser requerido por cada expediente medico pedido. Yo entiendo que puedo recibir una factura de la clinica PrimeCare Medical por las copias de mi expediente medico. Pacientes u otras personas autorizadas por el paciente para requerir expedients para maneras legales, asugaranza, discapacidad (no con compensacion de trabajadores), cambio de doctor, o reubicacion son sujetos a un cobro por copia. No va ver cobro por hacer copias de expedientes para otro medico referido por otro proveedor en PrimeCare Medical, un caso de compensacion de trabajadores o cualquier otra situacion cubierta por la ley de Arkansas.

**Telemedicina:**

A la recomendacion del proveedor medico de PrimeCare Medical y con mi permiso , yo autorizo mi consentimiento para recibir servicios de Telemedicina en la clinica PrimeCare Medical. Yo entiendo que mi imagen e informacion medica protegida va a ser transmitida electronicamente por la plataforma de video conferencia por personal medico de PrimeCare Medical para el proposito de proveer un diagnostico medico y servicios de tratamiento. Yo entiendo que puedo retirar este permiso en cual quier tiempo antes del video conferencia, a lo cual no tendra ningun efecto negativo hacia mi relacion con PrimeCare. Yo entiendo que hay limites con la tecnologia de telemedicina y no hay garantia que una sesion de telemedicina va eliminar la necesidad de ser visto en persona por un proveedor medico para poder recibir un tratamiento medico apropiado o tratamiento adicional para mi condicion.

**Derecho de Privacidad y Confidencialidad del Paciente:**

PrimeCare esta comprometido a la privacidad del paciente y confidencialidad en conformidad con HIPAA. Por favor complete la seccion siguiente para que podamos asegurar la privacidad y confidencialidad de su informacion al grado requerido por las regulaciones existentes. Yo autorizo a PrimeCare Medical dejar informacion sobre mi informacion medica relacionada a mi cuidado medico por los siguientes metodos y se que es mi responsabilidad notificar ala clinica de cualquier cambio si es necesario:

**Por favor provea el mejor numero de teléfono para llamarle:**

**Podemos dejar mensaje de voz ?**  Yes  No

**Podemos mandarle un mensaje de texto?**  Yes  No

Liste cualquier persona autorizada para recibir su informacion medica, la relacion con usted y numero de teléfono:

Nombre:	Relacion:	Teléfono:
1. _____	_____	_____
2. _____	_____	_____
3. _____	_____	_____

Yo he leído y entiendo la informacion prevista arriba:

\_\_\_\_\_  
**Firma del Paciente/ Padre/ Tutor Legal**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**

## **RECONOCIMIENTO DEL PACIENTE DE RECIBO DE AVISO DE PRACTICAS PRIVADAS**

La firma de abajo reconoce el recibo de la copia del aviso de Practicas Privadas para esta clinica de salud medica. Este aviso describe el tipo de usos y reporte de mi informacion medica protegida (PHI), que puede ocurrir en mi tratamiento, pago de mis facturas, o en la actuacion de los operativos del cuidado de salud. Esta pagina sera agregada al expediente medico del paciente.

\_\_\_\_\_  
Escriba en molde el nombre del paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firme su nombre

\_\_\_\_\_  
Nombre del representante legal o del padre/madre si el paciente es menor de edad

\_\_\_\_\_  
Relacion al paciente