

WESLACO MEDICAL CLINIC
DR. PEDRO J. PENALO
906 S. BRIDGE
WESLACO, TX 78596
(956) 447-8600 FAX: (956) 447-0335

When registering, please present proof of insurance, Medicare and /or Medicaid. Payment is **expected** at the time of service unless special arrangements are made. Al registrarse, por favor presente la prueba de seguro, Medicare y Medicaid y/o. Pago se **espera** que en el momento de servicio a menos que se adopten disposiciones especiales.

Patient information:

Name/Nombre: _____ Sex: (F) _____ (M) _____
Address/Direccion: _____
City/Ciudad: _____ State/Estado: _____ Zip: _____
Home Phone/Telefono: () _____ Cell Phone/Telefono: () _____
Date of birth/F de Nac: _____ Age/Edad: _____
Soc. Sec. Number/Num. de Seg. Soc. _____ Drivers license/ licencia# _____

Patient's employer:

Employer/Trabajo: _____
Occupation/ocupacion: _____
Address/Direccion: _____ Phone/Telefono: () _____
City/Ciudad: _____ State/Estado: _____ Zip: _____

Patient's insurance information:

Insurance company name/Nombre de asegurado: _____
Policy/Policia# _____ Subscriber/Supscritor # _____

Spouse:

Name/Nombre: _____
Cell phone/Telefono: _____ Work phone/Telefono: _____
Employer/Trabajo: _____ Occupation/ocupacion: _____

Emergency Contact/A quien notificar en caso de emergencia:

(Not living with you/No viven con usted)

Name/Nombre: _____ Relationship/Relacion: _____
Address/Direccion: _____ City/Ciudad: _____
State/Estado: _____ Zip: _____
Home phone/Telefono: _____ Cell phone/Telefono: _____

How did you learn of our practice? / Quien lo refirio a este consultorio? _____

I certify the above information is correct to the best of my knowledge. I also understand that I am financially responsible for all charges whether or not covered my insurance. Certifico que la información anterior es correcta a lo mejor de mi conocimiento. También entiendo que soy financieramente responsable por todos los cargos o no cubiertas mi seguro.

Signature: _____ Date: _____

AVISO DE PRIVACIDAD

ESTE AVISO DESCRIBE COMO SU INFORMACION PODRIA SER USADA O DADA A CONOCER, Y COMO USTED PODRA OBTENER ESTA INFORMACION. FAVOR DE PREVISAR ESTE AVISO CUIDADOSAMENTE.

La informacion confidencial acerca de su cuidado da salud podria ser dada a conocer para fines de tratamiento, pagos por servicios medicos y durante operaciones del cuidado de su salud. Esta noticia tambien describe sus derechos a controlar y obtener informacion acerca de su cuidado de salud.

USOS DE LA INFORMACION DE SALUD CONFIDENCIAL:

Su informacion confidencial podria ser dada a conocer por su medico y sus empleados para continuar y manejar su salud medica. Esto podria incluir casos de emergencias. Podriamos dar informacion de salud a otra oficina medica donde usted sea referido para continuar su tratamiento, agencias que proven cuidado de salud en la casa o agencias de rehabilitacion. Esta informacion la proveemos con el proposito que el medico o la agencia puedan hacer un diagnostico y tratamiento de su problema de salud.

PAGOS:

Su informacion confidencial podria ser usada cuando sea necesario para recibir pagos por los servicios de salud prestados a usted. Por ejemplo obtener aprobacion para su estancia en el hospital podria requerir proveer esta informacion antes de usted ser admitido al hospital.

OPERACIONES DURANTE EL CUIDADO DE SALUD:

Nosotros podriamos usar su informacion confidencial durante nuestra actividades regulares de trabajo. Estas actividades incluyen, pero no estan limitadas a; reuniones del personal medico para discutir su estado o situacion de salud. Juntas para mejorar nuestro manejo y servicio de su cuidado medico en la oficina. Podriamos usar su informacion para el entrenamiento de estudiantes, asistentes de medicos y asistentes de enfermeras. Ademas nosotros lo vamos a llamar a usted por su nombre en el area de espera en el momento que su medico le requiera. Usted podra ser contactado por el personal de la oficina para confirmar su cita con el doctor, opciones en su tratamiento y otros servicios de salud que podrian ser de su interes. Nosotros podriamos usar y dar a conocer su informacion confidencial de salud sin su autorizacion en las siguientes situaciones requeridas por la ley; en caso de una enfermedad transmissible; una reaccion alergica a un medicamento of comida. Se dara a conocer su informacion a agencias o oficiales de la ley en su caso de una investigacion en el cual usted haya sido victima de abuso, un crimen of violencia domestica.

SUS DERECHOS:

Esta es una declaracion de sus derechos con respeto a su informacion confidencial de salud.

Usted tiene derecho a restringer el uso de su informacion de salud. Esta significa que usted puede limitar la informacion que se le da a su familia, amigos o otras personas envueltas en su cuidado de salud. Para cumplir con este requisimiento usted tiene que especificar que restricciones usted quiere y a quien le quiere poner restricciones.

Su medico podria no estar de acuerdo con este requerimiento de restriccion de informacion si considera que es para su beneficio dar a conocer esta informacion y en casos de emergencia. Usted tiene derecho a elegir otro doctor.

Usted tiene derecho a conocer su estado de salud y obtener una copia de su informacion de salud. Ademas usted tiene derecho a saber quien obtuvo su informacion de salud y para que fines va ser usada esa informacion. Usted tiene derecho a obtener una copia de esta declaracion. Nosotros nos reservamos el derecho a hacer cambios en esta declaracion y mantener la confidencialidad de toda la informacion de salud.

QUEJAS:

Si usted tiene alguna queja se puede dirigir a nuestro oficial, Dr. Pedro Penalo, o la secretaria de salud y derechos humanos. Favor de dirigir sus quejas a:

ATTN: Oficial De Privacidad
Weslaco Medical Clinic
906 S. Bridge Ave.
Weslaco, TX 78596

Todas las quejas seran investigadas. No se tomaran represalias alguna por las quejas. Si tiene alguna pregunta favor de contactar al oficial de privacidad (956)447-8600.

Firma

Testigo

Date

**WESLACO MEDICAL CLINIC
DR. PEDRO J. PENALO M.D.
906 S. BRIDGE
WESLACO, TX 78596
(956) 447-8600 FAX (956) 447-0335**

MEDICARE AUTHORIZATION

I request that payment of authorized Medicare benefits be made either to me or on my behalf Dr. Pedro J. Penalo or any services furnished me by this physician. I authorize any holder of medical information about me to release the Centers for medicare and medicaid and its agents any information needed to determine these benefits or the benefits payable for related services. I understand my signature requests that payment be made and authorizes release of medical information necessary to pay the claim. I "other health insurance" is indicated in item 9 of the HCFA-1500 form, elsewhere on other approved claim forms or electronically submitted claims, my signature authorizes releasing of the information to the insurer or agency shown in medicare assigned cases, the physician or supplier agrees to accept the charge determination of the medicare carrier as the full charge, and the patient is only responsible for the deductible, co-insurance, and noncovered services. Coinsurance and the deductible are based upon the charge determination of the medicare carrier. I have received a copy of the Privacy Notice and have been given an opportunity to object to disclosures of my health information.

AUTORIZACIÓN DE MEDICARE

Solicito que el pago de beneficios autorizados de Medicare se bien a mí o en mi nombre el Dr. Pedro J. Penalo o cualquier servicio proporcionado por la presente mi médico. Yo autorizo a cualquier titular de la información médica acerca de mí para liberar los Centros de Medicare y Medicaid y sus agentes cualquier información necesaria para determinar estos beneficios o los beneficios pagaderos para servicios relacionados. Entiendo que mi firma pide que se pague y autoriza la liberación de la información médica necesaria para pagar la reclamación. I "otro seguro de salud" está indicado en el punto 9 de la forma HCFA-1500, aprobado en otros lugares en otros formularios de reclamación o reclamaciones presentadas por vía electrónica, mi firma autoriza la liberación de la información a la aseguradora o el organismo se muestra en los casos de enfermedad asignado, el médico o proveedor se compromete a aceptar la determinación de la carga de enfermedad como el transportista carga completa, y el paciente sólo es responsable de los deducibles, co-seguro, y noncovered servicios. Coseguro y el deducible se basan en la determinación de la carga de enfermedad transportista. He recibido una copia de la Notificación de Privacidad y se les ha ofrecido la oportunidad de oponerse a la divulgación de mi información de salud.

Beneficiary Signature

Date

**WESLACO MEDICAL CLINIC
DR. PEDRO J. PENALO
906 S. BRIDGE
WESLACO, TX 78596
(956) 447-8600 FAX (956) 447-0335**

ASSIGNMENT AND RELEASE

I, the undersigned, have insurance coverage with/_____ and assign Dr. Pedro J. Penalo, M.D. medical 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 hereby authorize the doctor to release all information necessary to secure the payment of benefits. I authorize the use of this signature on all my insurance submissions. I acknowledge that I have been provided with a Privacy Notice and was given an opportunity to object to the disclosure of my protected health information.

ASIGNACION Y AUTORIZACION

Yo, el abajo firmante, tiene cobertura de seguro con / _____ Assigning y el Dr. Pedro J. Penalo, MD prestaciones médicas, en su caso, de otro modo pagadero a mí por los servicios prestados. Entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos o no pagado por el seguro. Por la presente autorizo al médico para liberar toda la información necesaria para garantizar el pago de las prestaciones. Yo autorizo el uso de esta firma en todas mis presentaciones de seguros. Reconozco que he sido provisto de una Notificación de Privacidad y se le dio la oportunidad de oponerse a la divulgación de mi información protegida de salud.

Signature of Insured

Date

WESLACO MEDICAL CLINIC
906 S. BRIDGE AVE. WESLACO TX. 78596
(956)447-8600

Acknowledgment to review of
Notice of Privacy Practice

I have reviewed this office Notice of Privacy Practices, which explains how my medical information will be used and disclosed. I understand that I am entitled to receive a copy of this document.

Signature of Patient/Personal Representative

Name of Patient

Date

Description of Personal Reps Auth.

Reconosimiento de reviso de
Aviso de Prevacidad

Yo e revisado las nota de privacidad de esta oficina, por medios de la qual se me esplico como mi informacion medica va ser usada y compartida. Yo entiendo que derecho de recibir una copia de este documento.

Firma de paciente/ representate del paciente

Nombre de pacente

fecha

Descripcion de la autoridad de
representante

Weslaco Weslaco Medical Clinic
906 S. Bridge Ave.
(956)447-8600

AUTHORIZATION TO DISCLOSE HEALTH INFORMATION

Patient Name: _____

Social Security Number _____ Date of Birth _____

_____ I authorize the medical practice of Dr. Pedro Penalo, MD to make the disclosure
The type and amount of information to be used or disclosed is as follows: (include dates where appropriate)

_____ Physician Progress Notes	_____ (dates)
_____ History & Physical	_____ (dates)
_____ Laboratory Results	_____ (dates)
_____ Radiology Results	_____ (dates)
_____ Pathology Results	_____ (dates)
_____ EKG Reports	_____ (dates)
_____ Entire Record	_____ (dates)
_____ Others	_____ (dates)

1. I understand that the information in my medical record may include information relating to sexually transmitted disease, acquired immunodeficiency syndrome (AIDS) or human Immunodeficiency virus (HIV). It may also include information about behavioral or mental health services. And treatment for alcohol and drug abuse.

2. This information may be disclosed to and used by the following individual or organization:

Name of Person/Organization _____

Address _____ City _____ State _____ Zip _____

3. I understand that I have the right to revoke this authorization at any time. I understand that if I Revoke this authorization I must do so in writing and resent my written revocation to the Office Manager. I understand that revocation will not apply to information that has already been released in response to this authorization. I understand that the revocation will not apply to my insurance company when the law provides my insurer with the right to contest a claim under my policy. Unless otherwise revoked, this authorization will expire on the following date, event or _____ condition. If I fail to specify an authorization date, event or condition, this authorization will expire in 180 days.
4. I understand that authorizing the disclosure of this health information is voluntary. I can refuse to Sign this authorization. I need not sign this form in order to ensure treatment. I understand that I may inspect or request a copy of the information to be used or disclosed as provided CFR 164.524. I understand that any disclosure of information carries with it the potential for an unauthorized redisclosure and the information may not be protected by federal confidentiality rules.

Signature of Patient or Legal Representative

Date

If Signed by Legal Representative,
Relationship to Patient

Date