

DocCare
AMB Medical Services, P.C.

66-55 Fresh Pond Rd
Ridgewood, NY 11385
(718) 497-1919

68-23 Fresh Pond Rd
Ridgewood, NY 11385
(718) 497-2322

One Kings Highway
Hauppauge, NY 11788
(631) 348-4900

PATIENT INFORMATION
(INFORMACION SOBRE EL PACIENTE)

Today's Date: ___/___/___

Name: _____ Date of Birth: ___/___/___ (Circle) **Male/Female**
(Nombre) (Fecha de nacimiento) (circulo) hombre/mujer

Address: _____ Apt# _____ City/State: _____ Zip _____
(Direccion) (apartamento) (ciudad/estado) (codigo postal)

SS# _____ Home Phone # _____ Cell Phone # _____
(seguridad social) (telefono de casa) (telefono celular)

*Pharmacy Name: (nombre de farmacia) _____ Pharmacy Phone: _____
(telefono de farmacia)

*Pharmacy Address: (direccion de farmacia) _____

E-Mail: (el correo electronico) _____

Parent/Patient's Employer: _____ Work Phone # _____
(empleador del padre/paciente) (telefono del trabajo)

Employer's Address _____ City/State _____ Zip _____
(direccion de empleador) (ciudad/estado) (codigo postal)

Emergency Contact: _____ Phone Number: _____ Relationship _____
(contacto de emergencia) (telefono) (relacion)

If this is a work-related injury or motor vehicle accident, please inform staff
(Si se trata de un accidente de trabajo o accidente de vehiculo de motor, debera informar al personal)

INSURANCE INFORMATION
(INFORMACION SOBRE EL SEGURO)

*Primary Insurance Company (compania de seguros primaria): _____

Policy # _____ Relationship to Patient: Self _____ Spouse _____ Child _____ Other _____
(la poliza) (relacion con el paciente) (el)(la)mismo (esposo) hijo(a) (otro)

Policy Holder: _____ Date of Birth: ___/___/___ SS# _____
(titular de la poliza) (fecha de nacimiento) (seguridad social)

*Secondary Insurance Company: (compania de seguros primaria) _____

Policy # _____ Relationship to Patient: Self _____ Spouse _____ Child _____ Other _____
(la poliza) (relacion con el paciente) (el)(la)mismo (esposo) hijo(a) (otro)

Policy Holder: _____ Date of Birth: ___/___/___ SS# _____
(titular de la poliza) (fecha de nacimiento) (seguridad social)

What's the reason for your visit today? (Cual es el motive de su visita hoy?)

Chief Complaint: (Queja principal) _____

PAST MEDICAL HISTORY: (check if applies and explain)

- Diabetes
- STD (enfermedad de transmision sexual)
- Hepatitis (la hepatitis)
- Osteoporosis
- Heart Disease (enfermedades del corazon)
- High Blood Pressure (presion alta)
- Arthritis (artritis)
- High Cholesterol (alto cholesterol)

- Cancer
- Broken bones (huesos roto)
- Circulation Problems (problemas de la circulacion)
- Other problems (otros problemas)

List all past surgeries (lista de todos mas alla de cirugias): _____

Current Medications (medicamentos actuales) :

Name	Dosage	Frequency

Allergies (alergias a medicamentos/otro alergias): _____

ASSIGNMENT AND RELEASE

I certify that I (or my dependent) have insurance coverage and assign directly to AMB Medical Services, P. C. 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 hereby authorize AMB Medical Services, P. C. to release all information necessary to secure the payment of benefits. I authorize the use of this signature on all insurance submissions.

***ASIGNACION Y LIBERACION**

Certifico que yo (o mi dependiente) tiene cobertura de seguro y asigna directamente a los servicios medicos de la AMB, P.C. beneficios del seguro de todos, si alguna, de lo contrario a pagar a mi por los servicios prestados. Entiendo que soy financieramente responsable por todos los cargos o no pagado por el seguro. Autorizo a servicios medicos de la AMB, P.C. para soltar toda la informacion necesaria para asegurar el pago de las prestaciones. Autoizo el uso de esta firma en todos los envios seguros.

Responsible Party Signature (Firma de la responsable)

Date (fecha)

MEDICARE AUTHORIZATION AND ASSIGNMENT (Medicare Patients Only)

I request that payment of authorized Medicare benefits be made to AMB Medical Services, P. C. for services furnished to me by the provider. I authorize any holder of medical information about me to release to the Health Care Financing Administration and its agents any information needed to determine these benefits or the benefits payable for related services.

***MEDICARE AUTORIZACION Y ASIGNACION (Solo para pacientes Medicare)**

Solicitar ese pago de beneficios autorizados hacerse a los servicios medicos de la AMB, P.C. para servicios a mi por el proveedor, Autorizo a cualquier sostenedor de la informacion medica acerca de mi para liberar a la administracion de financiamiento de salud y sus agentes cualquier informacion necesaria para determinar estos beneficios o los beneficios por pagar por servicios relacionados.

Responsible Party Signature (Firma de la responsable)

Date (fecha)



QUEENS 1
66-55 Fresh Pond Road
Ridgewood, NY 11385
718-497-1919 FAX: 718-386-2152

QUEENS 2
68-23 Fresh Pond Road
Ridgewood, NY 11385
718-497-2322 FAX: 718-497-2391

LONG ISLAND
One Kings Highway
Hauppauge, NY 11788
631-348-4900 FAX: 631-348-1042

(OPTIONAL)
**PATIENT AUTHORIZATION FOR PRACTICE TO RELEASE
 PROTECTED HEALTH INFORMATION TO THIRD PARTIES**
 (Autorizacion del paciente para tener otra persona/agencia tener su informacion medical)

I certify that I have received and read Doc Care’s Notice of Privacy Practices and that all my questions regarding the health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA) have been answered as they pertain to my Protected Health Information. I authorize DocCare to use and/or disclose certain protected health information (PHI) about me to or for the party or parties listed below.

(Yo certifico que yo ha leído la noticia de privacidad)

Your consent is needed to release your medical information to another party. Please list the party(ies) you wish to have access to your medical information (ie) son, daughter, father, mother, etc.

NAME (nombre)	RELATIONSHIP (relacion)	PHONE NUMBER (numero de telefono)

When my information is used or disclosed pursuant to this authorization, it may be subject to redisclosure by the recipient and may no longer be protected by the federal HIPAA Privacy Rule. I have the right to revoke this authorization in writing except to the extent that DocCare has acted in reliance upon this authorization. My written revocation must be submitted in writing to the Administrator.

Signed By: _____
 Print Patient’s Name (escribe el nombre)

_____/_____/_____
 Today’s Date (fecha)

 Print Name of Legal Guardian (if other than patient)
 (si tiene menos de diez y ocho años)

 Relationship to Patient
 (relacion)

 Signature (firma)

Expiration of Release* (Please circle one): (vencimiento, por favor escoje uno)

1 year / 2 years / 5 years / 10 years / 20 years /100 years /
 1 ano/ dos anos/ cinco anos/ diez anos/ veinte anos/ cien anos/

other: _____
 (mas)

Expiration of Release is required for this document to be considered valid.



QUEENS 1
66-55 Fresh Pond Road
Ridgewood, NY 11385
718-497-1919 FAX: 718-386-2152

QUEENS 2
68-23 Fresh Pond Road
Ridgewood, NY 11385
718-497-2322 FAX: 718-497-2391

LONG ISLAND
One Kings Highway
Hauppauge, NY 11788
631-348-4900 FAX: 631-348-1042

NOTICE OF PRIVACY PRACTICES

This notice describes how medical information about you may be used and disclosed and how you may obtain access to this information.

DocCare has always recognized the importance of privacy; this new federal law formalizes practices that have been followed routinely.

Background: In 1996, Congress recognized the need for national patient privacy standards and, as part of the Health Insurance Portability and Accountability Act, abbreviated as HIPAA, ordered that a set of rules be established to control how health information is used and disclosed, as maintained by doctors, hospitals, and health plans. Health information is considered sensitive and personal, and the law establishes consumer protection and limits the sharing of such information, as do similar protections already enacted for bank account, credit cards, and even video rentals.

- By law, consent is not required to discuss your medical treatment with your other doctors or health care providers. This allows, also, for a prescription to be called into your pharmacy and for scheduling of surgery in a hospital.
- Additionally, consent is not required in the course of carrying out health care operations, such as quality assessment, or in communication with your insurance carrier for payment related issues, or for incidental used, such as announcing a name in the waiting room or the use of sign-in sheets at the front desk. Also, we may release your medical information to a friend or family member if that person is involved in or is assisting in your care.
- Our practice will use and disclose your health information when we are required to do so by federal, state or local law. Our practice may disclose your health information to public health officials who are authorized by law to collect such information. Examples of such information are reports of child abuse or neglect, or reports of certain communicable diseases. Our practice will release you health information to law enforcement officials if we are required to do so by law.
- However, this office has always gone one step further in protecting you and does not believe in releasing specific information about you to any business or government entity without your written consent.
- Specific authorization is required to disclose protected information in non-routine circumstances, such as to your employer or for use in marketing a product to you.
- Medical information about you may be released for research and public health uses, as long as you are not individually identified.
- You are guaranteed access to review your medical records, and you may amend the record if you believe it to be incomplete or inaccurate. Such a request must be in writing to the Administrator and could be declined for certain specific reasons.
- You have the right to review when and to whom your information is released.
- You may suggest additional restrictions with regard to certain uses of disclosures, if you wish.
- Portions of this notice may be modified, as long as you are notified.
- Should you believe that your privacy rights have been compromised, you may report the violation, without penalty to you, to this office or to the Secretary of Health.
- The law requires that we make a good faith effort to obtain written acknowledgement of receipt of this notice for new patients, except in an emergency situation.

I, _____, have read and understand the contents of this document.

Signature of Patient or Legal Guardian

Name/Relationship to Patient

Date

PRACTICAS DE PRIVACIDAD

Esta pagina describe como informaon medical de usted puede ser usado y como tu puede dar su informacion DocCare no puede dar su informacion medical sin tu consent.

La mayoría de nosotros sentimos que nuestra información de salud es privada y que debe ser protegida. Es por eso que hay una ley federal que establece normas para los proveedores de atención médica y las compañías de seguro médico acerca de quién puede ver y recibir información sobre nuestra salud. Esta ley, llamada Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996 (HIPAA), le da derechos sobre la información sobre su salud, incluso el derecho a obtener una copia de esa información, a asegurarse de que es correcta y a saber quién la ha visto.

Obtégala

Usted puede solicitar ver u obtener una copia de su archivo médico y otra información médica. Si desea una copia, es posible que tenga que presentar una solicitud por escrito y pagar el costo de la copia y del correo. En la mayoría de los casos, se le deben dar las copias dentro de los 30 días.

Contrólela

Usted puede pedir que se cambie cualquier información incorrecta de su archivo o que se agregue información a su archivo si usted piensa que falta algo o que la información no está completa. Por ejemplo, si usted y su hospital coinciden en que el archivo tiene un resultado erróneo de un análisis, el hospital debe cambiarlo. Incluso si el hospital considera que el resultado del análisis es correcto, usted igual tiene derecho a que se indique en el archivo que usted no está de acuerdo. En la mayoría de los casos, el archivo debe ser actualizado dentro de los 60 días.

Sepa quién la ha visto

Por ley, la información sobre su salud puede utilizarse y darse a conocer por razones específicas que no están directamente relacionadas con su atención, como garantizar que los médicos den una buena atención, garantizar que los hogares de ancianos estén limpios y sean seguros, informar sobre la presencia de gripe en su zona o presentar los informes exigidos por la ley estatal o federal. En muchos de estos casos, usted puede averiguar quién ha visto la información sobre su salud.

Usted puede:

Saber cómo su médico o la compañía de seguro médico usan e intercambian la información sobre su salud. Por lo general, la información sobre su salud no puede utilizarse sin su permiso para fines que no estén directamente relacionados con su atención médica. Por ejemplo, su médico no puede comentársela a su empleador, o revelarla para fines de mercadeo y publicidad sin su autorización escrita. Probablemente usted recibió un aviso que le dice cómo su información médica puede ser usada en su primera visita a un proveedor de servicios médicos nuevo o cuando usted tenga un nuevo seguro médico, pero en cualquier momento usted puede pedir otra copia.

Informar a sus proveedores o compañías de seguros médicos si hay información que usted no quiere revelar. Usted puede pedir que la información sobre su salud no sea revelada a ciertas personas, grupos o empresas. Si usted va a una clínica, por ejemplo, usted puede pedirle al médico que no dé a conocer su historia clínica a otros médicos o al personal de enfermería de la clínica. También, usted puede pedir otro tipo de restricciones, pero ellos no siempre tienen que estar de acuerdo con lo que usted pide, sobre todo si eso pudiera afectar su atención médica. Finalmente, usted puede pedirles a su proveedor de atención médica o a su farmacia que no informen a su compañía de seguro médico acerca de la atención o los fármacos que recibe, siempre que usted sea quien paga la atención o los fármacos en su totalidad y que el proveedor o la farmacia no necesiten recibir ningún pago por parte de su compañía de seguros. Portions of this notice may be modified, as long as you are notified.

Solicitar que no lo contacten en su casa sino en otro lugar. Usted puede hacer peticiones razonables, como que lo contacten en distintos lugares o de otra manera. Por ejemplo, usted puede pedir que el personal de enfermería lo llame a su oficina y no a su casa o que le envíe la correspondencia en un sobre y no en una tarjeta sin sobre.

Si usted piensa que le han denegado sus derechos o que la información sobre su salud no está protegida, usted tiene el derecho de presentar una reclamación a su proveedor, compañía de seguro médico o al Department of Health and Human Services de Estados Unidos.

I, _____, ha leído y entiendo los contenidos de esta document.

Firma de la responsable

Fecha