

**Dunamis Surgical Centers PLLC**

**1250 E. Cliff Ste 5A El Paso TX 79902 P: 915-532-1800 F: 888-694-2748**

**PATIENT INFORMATION**

LAST NAME \_\_\_\_\_ FIRST \_\_\_\_\_

Apellido \_\_\_\_\_ Primer Nombre \_\_\_\_\_

Social Security Number /Seguro Social: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Date of Birth/Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Gender: M/F

Address/Direccion \_\_\_\_\_ APT.# \_\_\_\_\_

City & State/Ciudad Estado \_\_\_\_\_

Zip code/Codigo postal \_\_\_\_\_

Home Phone/Telefono del domicilio ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

Cell Phone/Telefono celular ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

Email Address/ Direccion de correo electronico \_\_\_\_\_

Employer's Name & Address \_\_\_\_\_ , \_\_\_\_\_

Nombre Y Direccion del Empleador \_\_\_\_\_

Employer's Telephone Number ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

Telefono De Empleador \_\_\_\_\_

How did you hear about our office? \_\_\_\_\_

Como se entero de nuestra oficina \_\_\_\_\_

**EMERGENCY CONTACT / CONTACTO DE EMERGENCIA**

Name/Nombre \_\_\_\_\_

Relationship to Patient/ Relacion con el paciente \_\_\_\_\_

Address/ Direccion \_\_\_\_\_

Home Phone/Telefono de Casa ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

**Patient Medical History:**

Historia Medica del Paciente

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Cancer              | <input type="checkbox"/> High Cholesterol | <input type="checkbox"/> Thyroid Disease |
| <input type="checkbox"/> Numbness            | <input type="checkbox"/> Diabetes         | <input type="checkbox"/> Hemorrhoids     |
| <input type="checkbox"/> High Blood Pressure | <input type="checkbox"/> Hernias          | <input type="checkbox"/> Gall Bladder    |

Other Problems/Otros Problemas \_\_\_\_\_

**Blood Thinners**

- |                                 |  |                                |                                  |
|---------------------------------|--|--------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Asprin | <input type="checkbox"/> Coumadin/Warfin | <input type="checkbox"/> Iavix | <input type="checkbox"/> Xarelto |
|---------------------------------|--|--------------------------------|----------------------------------|

Other: \_\_\_\_\_

**Primary Insurance** \_\_\_\_\_

Seguro Primario \_\_\_\_\_

Check if same as Patient/Seleccione si es mismo como paciente  
Dunamis Surgical Center, PLLC

Guarantor/ Guardian \_\_\_\_\_

Subscriber ID/Identificacion de Suscriptor: \_\_\_\_\_

Group Number/ Numero de grupo \_\_\_\_\_

Claims Address \_\_\_\_\_

Relationship to Patient \_\_\_\_\_ Phone number \_\_\_\_\_

Relacion con el paciente \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_

Date of Birth/Fecha de nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Social Security Number/Seguro Social: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

**Secondary Insurance** \_\_\_\_\_

Seguro Secundario \_\_\_\_\_

Check if same as Patient/ Seleccione si es mismo como paciente

Guarantor/ Guardian \_\_\_\_\_

Subscriber ID/ Identificacion de Suscriptor: \_\_\_\_\_

Group Number/ Numero de grupo \_\_\_\_\_

Claims Address \_\_\_\_\_

Relationship to Patient \_\_\_\_\_ Phone number \_\_\_\_\_

Relacion con el paciente \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_

Date of Birth/Fecha de nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Social Security Number/Seguro Social: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

**ASSIGNMENT AND RELEASE**

I certify that, I and/or my dependent(s), have insurance coverage with the above mentioned insurance company, and assign directly to DUNAMIS SURGICAL CENTERS, PLLC 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. Certifico que yo y / o mi (s), dependientes tienen cobertura de seguro de dependencia con la compahia de seguros antes mencionado, y asigno directamente a Dunamis Surgical Centers, PLLC todos los beneficios del seguro, en su caso, de otro modo asignados a mi por los servicios prestados. Entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos sean o no pagados por el seguro. Autorizo el uso de mi firma en todas las presentaciones de cargos al seguro.

DUNAMIS SURGICAL CENTERS, PLLC may use my health care information and may disclose information to the above insurance company(ies) and their agents for the purpose of obtaining payment for services and determining insurance benefits payable for related services. Dunamis Surgical Centers, PLLC puede usar mi informacion de attention medica y divulgar informacion a la compahia de seguros anterior (es) y sus agentes con el fin de obtener el pago de servicios y la determination de los beneficios del seguro a pagar por los servicios relacionados.

Signature Patient/ Responsible Party \_\_\_\_\_

Please Print Name \_\_\_\_\_

Relationship to Patient \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

**Dunamis Surgical Center, PLLC**

1250 E. Cliff Drive Suite 5A, El Paso, TX 79902 Phone: (915)532-1800 or (915)307-3449 Fax: (888) 694-2748

El Consentimiento Del Paciente Para Tratar

Yo doy mi consentimiento para Dunamis Surgical Centers, PLLC y el o ella autorizar para proporcionar mi tratamiento medico. Entiendo que Dunamis Surgical Centers, PLLC explicaran mis condicion (s) riesgos y metodos de tratamiento previsibles para mi condicion antes de la prestacion del tratamiento. Autorizo Dunamis Surgical Centers, PLLC para realizar cualquier tratamiento adicional o diferente que se cree necesario si, en una situation de emergencia, una condicion que se descubra que no se conotia previamente.

He lei'do cuidadosamente y entiendo totalmente este Consentimiento Del Paciente para tratar forn y he tenido la oportunidad de discutir mi condicion y el procedimiento anterior (s) con el proveedor de cuidado.

Todas mis preguntas han sido contestadas adecuadamente.

Nombre Del Paciente: \_\_\_\_\_

Firma Paciente: \_\_ \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Padre o Tutor Legal (para menores): \_\_\_\_\_

Si tutor legal, la relation con el paciente: Fecha:

## HIPAA Privacidad Formulario de Autorizacion

Autorizacion para el uso de Divulgacion de Informacion de Salud Protegida (Requerido por la Portabilidad del Seguro de Salud y la Ley de Responsabilidad — 45 CFR Partes 160 y 164) 1.

1. Por la presente autorizo a todas las fuentes de servicios medicos y proveedores de atencion medica para usar y / o divulgar la informacion de salud protegida {"PHI<sup>1\*</sup>})

Los registros de la atencion prestada por el proveedor en Dunamis Surgical Centers PLLC

2. Autorizacion para la diseminacion de la PHI que abarca el perfodo de atencion de la salud de todo pasado, presente y perfodos futuros.

3. Por la presente autorizo la divulgacion de PHI de la siguiente manera (*Marqueuno*):

A. n mi historia ch'nica completa (incluyendo los registros relacionados con el cuidado de la salud mental, las enfermedades transmisibles, el VIH o el SIDA, y el tratamiento de abuso de alcohol / drogas).

B.  mis historiales medicos completos con la excepcion de la siguiente informacion (*marque lo queproceda*):  Registros de Salud Mental  Las enfermedades transmisibles (incluido el VIH y el SIDA)  Alcohol tratamiento de abuso / drogas

Otros (especificar): \_\_\_\_\_.

4. Ademas de la autorizacion para la liberacion de mi PHI descrita en los parrafos 3A y 3B de esta Autorizacion, autorizo la divulgacion de informacion con respecto a mi facturadon, condicion, tratamiento y pronostico de la siguiente persona (s):

Name \_\_\_\_\_ Relationship \_\_\_\_\_

Name \_\_\_\_\_ Relationship \_\_\_\_\_

Name \_\_\_\_\_ Relationship \_\_\_\_\_

5. Esta informacion medica puede ser utilizada por las personas que autorizo a recibir esta informacion para el tratamiento medico o la consulta, la facturacion o las reclamaciones de pago, o para otros fines como puedo dirigir.

6. Yo entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorizacion, en la escritura, en cualquier momento. Entiendo que la revocation no es efectiva en la medida en que cualquier persona o entidad que ya ha actuado en consonancia con mi autorizacion o si mi autorizacion fue obtenida como condicion para obtener la cobertura del seguro y el asegurador tiene el derecho legal de impugnar una reclamation.

7. Entiendo que mi tratamiento, pago, inscription o elegibilidad para beneficios no estaran condicionados a que si firmo esta autorizacion.

**Dunamis Surgical Center, PLLC**

8. Entiendo que la informacion usada o divulgada conforme a esta autorizacion puede ser revelada por el recipiente y ya no estar protegida por la ley federal o estatal.

Nombre Impreso

Firma De Paciente

Fecha