Patient Name: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Medical Record No.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre del paciente: médica récord No.

*ACKNOWLEDGEMENT OF RECEIPT OF NOTICE OF PRIVACY PRACTICES:*

I, the undersigned, have been offered a copy of Midwest Regional Allergy Asthma Arthritis & Osteoporosis Center’s *Notice of Privacy Practices (“Notice*”), which describes how my health information is used and shared. I understand that Midwest Regional Allergy Asthma Arthritis & Osteoporosis Center has the right to change this *Notice* at any time. I may obtain a current copy by contacting the Office Privacy Official, or by visiting the Midwest Regional Allergy Asthma Arthritis & Osteoporosis Center web site at [www.michaelejosephmd.com](http://www.michaelejosephmd.com)

***Spanish: ACUSE DE RECIBO DEL AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD:***

El que suscribe, han ofrecido una copia deMidwest Regional alergia asma artritis y Osteoporosis Center*aviso de prácticas de privacidad ("aviso*"), que describe cómo se utiliza y comparte mi información de salud. Entiendo que Midwest Regional alergia asma artritis y Osteoporosis Center tiene el derecho de cambiar este *aviso* en cualquier momento. Puedo obtener una copia actual contactando la oficina oficial de privacidad, o visitando el sitio web de Midwest Regional alergia asma artritis y Osteoporosis Center en[**www.michaelejosephmd.com**](http://www.microsofttranslator.com/bv.aspx?from=en&to=es&a=http%3A%2F%2Fwww.michaelejosephmd.com%2F)

**My signature below acknowledges that I have been provided with a copy of the *Notice of Privacy Practices:***

**Mi firma a continuación reconoce que he estado provando con una copia de la *aviso de prácticas de privacidad:***

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Signature of Patient or Personal Representative Print Name Date

Firma del paciente o Representante Personal nombre fecha

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Personal Representative’s Title (e.g., Guardian, Executor of Estate, Health Care Power of Attorney)

Representante personal de título (por ejemplo, tutor, albacea de la finca, cuidado de la salud poder notarial)

**For Office Use Only: Complete this section if you are unable to obtain a signature.**

1. If the patient or personal representative is unable or unwilling to sign this *Acknowledgement*, or the *Acknowledgement* is not signed for any other reason, state the reason:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Describe the steps taken to obtain the patient’s (or personal representative’s) signature on the *Acknowledgement:*

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

Completed by:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Signature of Office Representative Print Name Date

Authorization for Treatment:

\_\_\_\_\_I, the undersigned patient and /or responsible relative or legal guardian, hereby consent to allow physicians, other healthcare providers, and medical/nursing personnel of Midwest Regional Allergy, Asthma, Arthritis, and Osteoporosis Center, to administer and perform all medical examinations, diagnosis, treatments and procedures which are deemed medically necessary and for which the patient or legal guardian voices no specific objections. I understand that medicine is not an exact science and that no guarantee or assurance has been made as to the results which may be obtained.

**Autorización para el tratamiento:**

\_\_\_\_\_Yo, el paciente que suscribe y y/o responsable relativa o legal guardian, por la presente da su consentimiento para permitir a los médicos, otros proveedores de atención médica y personal médico/enfermería de Midwest Regional alergia, asma, artritis y Osteoporosis Center, administrar y realizar todos los exámenes médicos, diagnóstico, tratamientos y procedimientos que son considerados médicamente necesarios y para que el paciente o legal guardian no voces objeciones concretas. Tengo entendido que la medicina no es una ciencia exacta y que no se ha realizado ninguna garantía o garantía en cuanto a los resultados que pueden obtenerse.

Authorization for Financial Arrangement and Payment:

\_\_\_\_\_All charges not covered by insurance are due in full at the time of service. The undersigned assumes financial responsibility for examinations, treatment, procedures and all other services provided. Any other arrangements must be made prior to care and noted by the receptionist. If there are any defaults with any arrangements made and the account is turned over to a collection agency, all fees associated with that collection agency will be the responsibility of the undersigned. I authorize direct payment of all medical benefits to Midwest Regional Allergy, Asthma, Arthritis and Osteoporosis Center and agree upon demand to pay said facility whatever sum of money that may become due on this account. I have been offered a copy of the Financial Policy.

**Autorización para arreglos financieros y pago**:

\_\_\_\_\_Todos los cargos no cubiertos por el seguro son debidas en completo en el momento del servicio. El abajo firmante asume responsabilidad financiera para exámenes, tratamiento, los procedimientos y todos los otros servicios prestados. Cualquier otro mecanismo debe ser realizado previo a la atención y observado por la recepcionista. Si hay cualquier impagos con cualquier mecanismo y la cuenta es entregado a una agencia de colección, todos los cargos asociados con la Agencia de colección será la responsabilidad de los firmantes. Autorizo pago directo de todos los beneficios médicos a Midwest Regional alergia, asma, artritis y Osteoporosis Center y de acuerdo a la demanda para pagar dicha facilidad cualquier suma de dinero que puede ser debida a esta cuenta. Me han ofrecido una copia de la política financiera.

Authorization for Release of Information:

\_\_\_\_\_I authorize the release of information to the financial party, insurance company, or federal/state payer as appropriate for billing and receiving payment for any and all medical services provided by Midwest Regional Allergy, Asthma, Arthritis, and Osteoporosis Center, PC.

**Autorización para la divulgación de información:**

\_\_\_\_\_Autorizo la divulgación de información a la parte financiera, compañía de seguros o pagador federal o estatal según corresponda para facturación y recibir pago por todos y servicios médicos proporcionados por Midwest Regional alergia, asma, artritis y Osteoporosis Center, PC.

Authorization for Medicare and Medicaid Billing:

\_\_\_\_\_I certify that all information given is true and correct to the best of my knowledge and to be used for payment under Title XVIII and Title IX of the Medicare and Medicaid Billing Requirements Act and that no other payment source should be billed prior to the submission of this claim to a federal payer. The showing of a Medicare or Medicaid card shall serve as representation the above listed patient is indeed an eligible beneficiary of the program being billed for above said medical services. I agree to be responsible for any and all charges should this not be the case.

**Autorización para la facturación de Medicaid y Medicare**:

\_\_\_\_\_Certifico que toda la información dada es verdadera y correcta a lo mejor de mi conocimiento y ser utilizado para el pago bajo título XVIII y título IX de la ley de requisitos de facturación de Medicaid y Medicare y que ninguna otra fuente de pago debe facturarse antes de la presentación de esta demanda a un pagador federal. La proyección de una tarjeta de Medicare o Medicaid deberá servir como representación que al paciente indicado arriba es de hecho un beneficiario elegible del programa está cobrando por encima de dichos servicios médicos. Estoy de acuerdo en ser responsable por cualquier y todos los cargos de no ser el caso.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Signature of patient or legal guardian Printed Name of patient or legal guardian Date

Firma del paciente o legal guardian nombre impreso del paciente o legal guardian fecha

Scan original in patient's Chart: Registration Information.

**Explorar original en la historia del paciente: información de registro.**