



**PATIENT REGISTRATION FORM**  
**FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN DEL PACIENTE**

**PATIENT INFORMATION / INFORMACIÓN DEL PACIENTE**

(Please print) / (En letra de imprenta)

Patient's Name: (Last)/Nombre del paciente: (Apellido) \_\_\_\_\_ (First)/(Primer nombre) \_\_\_\_\_ (MI)/(Inicial del segundo nombre) \_\_\_\_\_

Preferred Full Name (if different from above) / Nombre completo preferido (si es diferente del anterior): \_\_\_\_\_

Address/Dirección: \_\_\_\_\_

City, State, Zip/Ciudad, estado, código postal: \_\_\_\_\_

Home Phone Number (landline) / Número de teléfono particular (línea fija): \_\_\_\_\_ Cell / Teléfono celular: \_\_\_\_\_

Work / Teléfono laboral: \_\_\_\_\_

E-Mail Address / Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_ Date of Birth / Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Gender Identity / Identidad de género:  Female / Femenino  Male / Masculino  Transgender Female to Male / Mujer transgénero a hombre  
 Transgender Male to Female / Hombre transgénero a mujer  Genderqueer / Género no binario (Genderqueer)  
 Choose not to disclose / Elige no especificar  
 Additional Gender category not listed / Categoría de género adicional no incluida en la lista \_\_\_\_\_

Race / Raza:  American Indian/Alaska Native/Indoamericano/Nativo de Alaska  Asian/Asiático  
 Native Hawaiian/Pacific Islander/Nativo de Hawái/Isleño del Pacífico  Black/African American/Negro/Afroamericano  
 White/Blanco  Hispanic/Hispano  Other/Otro  Declined/NC

Ethnicity/Grupo étnico:  Hispanic or Latino Hispano o latino  Not Hispanic or Latino/No hispano o latino  Declined/NC

**Preferred** language / Idioma **preferido**:  English / Inglés  Spanish / Español  ASL / Lenguaje de señas  Japanese / Japonés  Mandarin / Mandarín  
 Korean / Coreano  French / Francés  Indian: Hindi, Tamil, Gujarati etc. / Indio: Hindi, Tamil, Gujarati, etc.  
 Swahili / Swahili  Russian / Ruso  Arabic / Árabe  Vietnamese / Vietnamita  Haitian Creole / Criollo haitiano  
 Bosnian/Croatian/Serbian/Serbo-Croatian / Bosnio/Croata/Serbio/Serbocroata  Albanian / Albanés  Burmese / Birmano  
 Tagalog / Tagalo  Farsi-Iranian/Persian / Farsi-Irani/Persa  Portuguese / Portugués  Cambodian / Camboyano  
 Other not listed / Otros que no figuran en la lista \_\_\_\_\_

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

**RESPONSIBLE PARTY INFORMATION (If not self)**

(Information used for patient balance statements)

**INFORMACIÓN DE LA PARTE RESPONSABLE (si no es el paciente)**

(Información utilizada para los estados de cuenta del paciente)

Responsible party/Parte responsable:  Another patient/Otro paciente  Guarantor /Garante  Self/El paciente mismo

Check here if address and telephone information is same as patient/Marque aquí si la información de dirección y teléfono es la misma que la del paciente.

Responsible party name: (Last)/Nombre de la parte responsable: (Apellido) \_\_\_\_\_ (First)/(Primer nombre) \_\_\_\_\_ (MI)/(Inicial del segundo nombre) \_\_\_\_\_

Date of birth/Fecha de nacimiento: MM/DD \_\_\_\_\_ / DD/MM \_\_\_\_\_ / YYYY/AAAA \_\_\_\_\_ Sex/Sexo:  Female/Femenino  Male/Masculino

Social Security Number Número de Seguro Social: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Phone number/Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Address/Dirección: \_\_\_\_\_

City, State/Ciudad, estado: \_\_\_\_\_ ZIP/CÓDIGO POSTAL: \_\_\_\_\_

**INSURANCE INFORMATION:** Provide your insurance card(s) (primary, secondary, etc.) to the front desk at check-in.

**INFORMACIÓN SOBRE EL SEGURO:** presente su(s) tarjeta(s) de seguro (primario, secundario, etc.) en la recepción al ingresar.

**EMERGENCY CONTACT INFORMATION / INFORMACIÓN DEL CONTACTO DE EMERGENCIA**

Emergency contact name (Last)/Nombre del contacto de emergencia: (Apellido) \_\_\_\_\_ (First)/(Primer nombre) \_\_\_\_\_

Phone number/Número de teléfono: \_\_\_\_\_ Do you have a living will?/¿Tiene un testamento en vida?  Yes/Sí  No/No

Emergency contact relationship to patient/Relación del contacto de emergencia con el paciente: \_\_\_\_\_  Guardian/Tutor

Address/Dirección: \_\_\_\_\_

City, State/Ciudad, Estado: \_\_\_\_\_ ZIP/CÓDIGO POSTAL: \_\_\_\_\_

Home phone/Teléfono particular: \_\_\_\_\_ Work phone/Teléfono laboral: \_\_\_\_\_ Ext/Ext. \_\_\_\_\_



Roger J. Belbel, DO, FACC, FSCAI  
Col. Ret. USA, MC  
Ahad M. Hassan, MD, FACC, FSCAI

**GENERAL CONSENT FOR CARE AND TREATMENT CONSENT / CONSENTIMIENTO GENERAL PARA ATENCIÓN Y CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO**

TO THE PATIENT: You have the right, as a patient, to be informed about your condition and the recommended surgical, medical or diagnostic procedure to be used so that you may make the decision whether or not to undergo any suggested treatment or procedure after knowing the risks and hazards involved. At this point in your care, no specific treatment plan has been recommended. This consent form is simply an effort to obtain your permission to perform the evaluation necessary to identify the appropriate treatment and/or procedure for any identified condition(s).

AL PACIENTE: usted tiene derecho, como paciente, a ser informado sobre su condición y la cirugía recomendada, el procedimiento médico o de diagnóstico que se va a utilizar de modo que pueda tomar una decisión sobre si someterse o no a un tratamiento o procedimiento después de conocer los riesgos y peligros involucrados. En este punto de su atención, no se ha recomendado ningún plan específico. Este formulario de consentimiento es simplemente un esfuerzo por obtener su permiso a fin de realizar la evaluación necesaria para identificar el tratamiento o el procedimiento adecuado para cualquier condición identificada.

This consent provides us with your permission to perform reasonable and necessary medical examinations, testing and treatment. By signing below, you are indicating that (1) you intend that this consent is continuing in nature even after a specific diagnosis has been made and treatment recommended; and (2) you consent to treatment at this office or any other satellite office under common ownership. The consent will remain fully effective until it is revoked in writing. You have the right at any time to discontinue services.

Este consentimiento nos otorga su permiso para realizar los exámenes médicos, las pruebas y el tratamiento razonables y necesarios. Al firmar a continuación, usted indica que (1) es su intención que este consentimiento continúe vigente, incluso después de que se haya realizado un diagnóstico específico y se haya recomendado un tratamiento y (2) su consentimiento al tratamiento en este consultorio o en cualquier otro consultorio satélite de propiedad común. El consentimiento continuará plenamente vigente hasta que sea revocado por escrito. Tiene el derecho a descontinuar los servicios en cualquier momento.

You have the right to discuss the treatment plan with your physician about the purpose, potential risks and benefits of any test ordered for you. If you have any concerns regarding any test or treatment recommend by your health care provider, we encourage you to ask questions. I voluntarily request a physician, and/or mid-level provider (nurse practitioner, physician assistant, or clinical nurse specialist), and other health care providers or the designees as deemed necessary, to perform reasonable and necessary medical examination, testing and treatment for the condition which has brought me to seek care at this practice. I understand that if additional testing, invasive or interventional procedures are recommended, I will be asked to read and sign additional consent forms prior to the test(s) or procedure(s).

Tiene el derecho a analizar el plan de tratamiento con su médico sobre el propósito, los riesgos potenciales y los beneficios de cualquier prueba que sea ordenada para usted. Si tiene alguna inquietud sobre cualquier prueba o tratamiento que haya ordenado su proveedor de atención médica, le recomendamos hacer preguntas. Voluntariamente solicito a un médico o proveedor de nivel medio (enfermera practicante, asistente del médico o especialista en enfermería clínica) y otros proveedores de atención médica o las personas designadas, según sea necesario, que realicen el examen médico, las pruebas y el tratamiento razonables y necesarios para la condición por la que busqué atención médica en este consultorio. Entiendo que si se recomiendan pruebas adicionales, procedimientos invasivos o de intervención, se me pedirá que lea y firme formularios de consentimiento adicionales antes de realizar las pruebas o los procedimientos.

I certify that I have read and fully understand the above statements and consent fully and voluntarily to its contents.  
Certifico que leí y entiendo plenamente las declaraciones anteriores y doy mi consentimiento pleno y voluntario a su contenido.

Signature of patient or personal representative/Firma del paciente o representante personal: \_\_\_\_\_ Date/Fecha: \_\_\_\_\_

Printed name of patient or personal representative/Firma del paciente o representante personal en letra de imprenta: \_\_\_\_\_

Relationship to patient/Relación con el paciente: \_\_\_\_\_

**Primary care physician information / Información del médico de atención primaria:**

Name/Nombre: \_\_\_\_\_ Phone number/Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Address/Dirección: \_\_\_\_\_

**Preferred Lab / Laboratorio Preferido:** \_\_\_\_\_

**Pharmacy information / Información de la farmacia:**

Name/Nombre: \_\_\_\_\_ Phone number/Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Address/Dirección: \_\_\_\_\_

**How did you hear about us? Circle any that apply / ¿Cómo se enteró de nosotros? Rodee con un círculo todas las opciones que correspondan:**

Website / Sitio web                      Family/Friend / Familia/amigos                      Internet Search / Búsqueda en Internet

Former or current patient (please provide name so we can thank them!)/Expaciente o paciente actual (¡Indique su nombre para que podamos agradecerle!) \_\_\_\_\_

Physician (please specify)/Médico (especificar): \_\_\_\_\_

Other Healthcare facility (please specify)/Otro centro de atención médica (especificar): \_\_\_\_\_

Insurance Network (please specify)/Red de seguros (especificar): \_\_\_\_\_

Other (specify)/ Otro (especificar): \_\_\_\_\_



Roger J. Belbel, DO, FACC, FSCAI  
Col. Ret. USA, MC  
Ahad M. Hassan, MD, FACC, FSCAI

**Health History / Antecedentes de salud**

Name/ Nombre: \_\_\_\_\_ Date of birth/ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Height/ Estatura: \_\_\_\_\_ Weight/ Peso: \_\_\_\_\_

Reason for visit today/ Motivo de la visita de hoy: \_\_\_\_\_

Do you smoke?/¿Fuma?  Yes/Sí  No/No If yes, how many packs per day?/ En caso afirmativo, ¿cuántos paquetes por día? \_\_\_\_\_

Have you ever smoked?/ ¿Alguna vez fumó?  Yes/Sí  No/No If yes, when did you quit?/ En caso afirmativo, ¿cuándo dejó de fumar? \_\_\_\_\_

Do you use alcohol?/ ¿Consume bebidas alcohólicas?  Yes/Sí  No/No If yes, how many drinks per week?/ En caso afirmativo, ¿cuántas bebidas por semana? \_\_\_\_\_

Do you or have you used the following in the last three months?/ ¿Consume o ha consumido lo siguiente en los últimos tres meses?

Marijuana/Marihuana  Cocaine/Cocaína  Heroin/Heroína  Crack/Crack  Methamphetamine/Metanfetamina

**Are you allergic to any medications? Yes or No (If yes, please list.) / ¿Es alérgico a los medicamentos? Sí o no (En caso afirmativo, enumere)**

Current Medications Medicamentos actuales	Dosage Dosis

Previous Surgery Cirugía anterior	Date Fecha

**Have you ever had any of the following? Circle all that apply:** Asthma Stomach Problems Bladder problems Jaundice-Liver Gout Alcoholism Kidney Disease Prostate Skin Disease Joint Disease Stroke Epilepsy-Seizures Depression-Anxiety Thyroid Blood Clot High Blood Pressure Tuberculosis Diabetes Cancer Lung Disease Heart Disease Psychiatric Disorder

**¿Alguna vez ha padecido alguna de las siguientes afecciones? Rodee con un círculo todo lo que corresponda:** Asma Problemas estomacales Problemas de vejiga Ictericia Enfermedad del hígado Gota Alcoholismo Enfermedad renal Enfermedad de la próstata Enfermedad de la piel Enfermedad de las articulaciones Accidente cerebrovascular Ataques de epilepsia Depresión Ansiedad Problemas de tiroides Coágulos sanguíneos Presión arterial alta Tuberculosis Diabetes Cáncer Enfermedad pulmonar Enfermedad cardíaca Trastorno psiquiátrico

**Do any of these conditions run in your family? Circle all that apply:** Alcoholism Addiction Joint Disease Stroke Blood Clots Diabetes Psychiatric Disorder Heart Disease

**¿Existen antecedentes de algunas de estas condiciones en su familia? Rodee con un círculo todo lo que corresponda:** Alcoholismo Adicción Enfermedad de las articulaciones Accidente cerebrovascular Coágulos sanguíneos Diabetes Trastorno psiquiátrico Enfermedad cardíaca



Roger J. Belbel, DO, FACC, FSCAI  
Col. Ret. USA, MC  
Ahad M. Hassan, MD, FACC, FSCAI

**Greenville Cardiovascular Associates Patient HIPAA Acknowledgment and Consent Form / Greenville Cardiovascular Associates Formulario de consentimiento y reconocimiento de la HIPAA para el paciente**

**Patient Name (Printed)/Nombre del paciente (en letra de imprenta): \_\_\_\_\_ Date of Birth/Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_**

**Notice of Privacy Practice/clinics / Aviso de prácticas de privacidad de consultorios/clínicas.**

\_\_\_\_\_ (Patient/Representative initials) I acknowledge that I have received the practice/clinic's Notice of Privacy Practice/clinics, which describes the ways in which the practice/clinic may use and disclose my healthcare information for its treatment, payment, healthcare operations and other described and permitted uses and disclosures, I understand that I may contact the Privacy Officer designated on the notice if I have a question or complaint. I understand that this information may be disclosed electronically by the Provider and/or the Provider's business associates. To the extent permitted by law, I consent to the use and disclosure of my information for the purposes described in the practice/clinic's Notice of Privacy Practice/clinics.

\_\_\_\_\_ (Iniciales del paciente/representante) reconozco que recibí el Aviso de prácticas de privacidad de consultorios/clínicas, que describe las formas en las que el consultorio o la clínica puede usar y divulgar mi información de atención médica para sus operaciones de tratamiento, pago, atención médica y otros usos y divulgaciones descritos y permitidos. Entiendo que puedo comunicarme con el oficial de privacidad designado en el aviso si tengo alguna pregunta o queja. Entiendo que esta información puede ser divulgada electrónicamente por el proveedor o los socios comerciales del proveedor. Con el alcance permitido por la ley, doy mi consentimiento para el uso y la divulgación de mi información para los fines descritos en el Aviso de prácticas de privacidad de consultorios/clínicas.

**Consent for Photographing or Other Recording for Security and/or Health Care Operations**

**Consentimiento para la toma de fotografías o grabación para operaciones de seguridad o atención médica**

**I consent** \_\_\_\_\_ (Patient/Representative Initials) to photographs, digital or audio recordings, and/or images of me being recorded for patient care, security purposes and/or the practice/clinic's health care operations purposes (e.g., quality improvement activities). I understand that the facility retains the ownership rights to the images and/or recordings. I will be allowed to request access to or copies of the images and/or recordings when technologically feasible unless otherwise prohibited by law. I understand that these images and/or recordings will be securely stored and protected. Images and/or recordings in which I am identified will not be released and/or used outside the facility without a specific written authorization from me or my legal representative unless otherwise permitted or required by law.

**Doy mi consentimiento** \_\_\_\_\_ (iniciales del paciente/representante) para fotografías, grabaciones digitales o de audio, o imágenes mías que sean grabadas con fines de atención, seguridad del paciente u operaciones de atención médica del consultorio o la clínica (por ejemplo, actividades de mejoramiento de la calidad). Entiendo que el establecimiento retiene los derechos de propiedad sobre las imágenes o grabaciones. Podré solicitar acceso a las imágenes o grabaciones o copias de las mismas cuando sea tecnológicamente viable, salvo que sea prohibido por la ley. Entiendo que estas imágenes o grabaciones serán protegidas y almacenadas de manera segura. Las imágenes o grabaciones en las que sea identificado no serán divulgadas ni utilizadas fuera del establecimiento sin la autorización escrita específica mía o de mi representante legal, salvo que la ley permita o requiera lo contrario.

**-OR-**

**-O-**

**I do not consent** \_\_\_\_\_ (Patient/Representative Initials) to photographs, digital or audio recordings, and/or images of me being recorded for patient care, security purposes and/or the practice/clinic's health care operations purposes (e.g., quality improvement activities).

**No doy mi consentimiento** \_\_\_\_\_ (iniciales del paciente/representante) para fotografías, grabaciones digitales o de audio, o imágenes mías que sean grabadas con fines de atención, seguridad del paciente o las operaciones de atención médica del consultorio o la clínica (por ejemplo, actividades de mejoramiento de la calidad).

**Consent to Email, Cellular Telephone, or Text Usage for Appointment Reminders and Other Healthcare Communications:**

**Consentimiento para el uso del correo electrónico, teléfono celular o mensajes de texto para recordatorios de citas u otras comunicaciones de atención médica:**

**We want to stay connected with our patients. Patients in our practice/clinic may be contacted via email, calls to your cellular telephone (including prerecorded/artificial voice messages and/or calls from an automatic dialing device), and/or text messaging to confirm an appointment, to obtain feedback on your experience with our healthcare team, and to be provided general health reminders/information.** If at any time, you provide an email, cellular telephone number, address or text number below, you understand that you may get these communications from the Practice/clinic. You may opt out of these communications at any time (see next page). The practice/clinic does not charge for this service, but standard text messaging rates or cellular telephone minutes may apply as provided in your wireless plan (contact your carrier for pricing plans and details).

**Queremos mantenernos conectados con nuestros pacientes. Los pacientes en nuestro consultorio/clínica pueden ser contactados por correo electrónico, llamadas al teléfono celular (incluidos mensajes de voz artificial/grabados o llamadas de un dispositivo de discado automático) o mensajes de texto para confirmar una cita, obtener un comentario sobre su experiencia con nuestro equipo de atención médica, y para proporcionar recordatorios/información de salud.** Si en cualquier momento, usted proporciona un correo electrónico, número de teléfono celular, dirección o número para mensajes de texto que se mencionan a continuación, entiende que puede recibir estas comunicaciones del consultorio o la clínica. Puede darse de baja voluntariamente de estas comunicaciones en cualquier momento (ver la página siguiente). El consultorio o la clínica no cobran por este servicio, pero pueden aplicar tarifas estándar para mensajes de textos o minutos de teléfono celular como se estipula en su plan de telefonía celular (comuníquese con su operadora para conocer los planes y detalles de precios).

**I authorize** to receive text messages and/or cellular telephone calls for appointment reminders, feedback, and general health reminders/information and **the cell phone number is / Autorizo** el envío de mensajes de texto o la realización de llamadas de teléfono celular para recordatorios de citas, comentarios y recordatorios/información de salud general y **el número de teléfono celular es**

**I authorize** to receive email messages for appointment reminders and general health reminders/feedback/information and **the email that is / Autorizo** el envío de mensajes de correo electrónico para recordatorios de citas y recordatorios de salud general/comentarios/información y **el correo electrónico es** \_\_\_\_\_.

**-O-**

I **decline/No autorizo** \_\_\_\_\_ (Patient/ Representative Initials) to receive communication via text./ (iniciales del paciente/representante) el envío de comunicaciones a través de mensajes de texto.

I **decline/No autorizo** \_\_\_\_\_ (Patient/ Representative Initials) to receive communication via cellular telephone call./ (iniciales del paciente/representante) el envío de comunicaciones a través del teléfono celular.

I **decline/No autorizo** \_\_\_\_\_ (Patient/ Representative Initials) to receive communication via email./ (iniciales del paciente/representante) el envío de comunicaciones a través de correo electrónico.

**Note:** This clinic uses an Electronic Health Record that will update all your demographics and consents to the information that you just provided. Please note this information will also be updated for your convenience to all our affiliated clinics that share an electronic health record in which you have a relationship.

**Nota:** la clínica utiliza un registro de salud electrónico que actualizará todos sus datos demográficos y consentimientos para la información que ha proporcionado. Tenga en cuenta que esta información también será actualizada para su comodidad en todas nuestras clínicas afiliadas que comparten un registro de salud electrónico con las que tenga una relación.

#### **Release of Information / Divulgación de la información.**

I hereby permit practice/clinic and the physicians or other health professionals involved in the inpatient or outpatient care to release healthcare information for purposes of treatment, payment, or healthcare operations.

Por la presente doy mi permiso para que el consultorio o la clínica y los médicos u otros profesionales de la salud involucrados en la atención del paciente hospitalizado o ambulatorio divulguen información de atención médica a los fines de operaciones de tratamiento, pago o atención médica.

- Healthcare information regarding a prior service(s) at other HCA affiliated providers may be made available to subsequent HCA-affiliated providers to coordinate care. Healthcare information may be released to any person or entity liable for payment on the Patient's behalf in order to verify coverage or payment questions, or for any other purpose related to benefit payment. Healthcare information may also be released to my employer's designee when the services delivered are related to a claim under worker's compensation.
- La información de atención médica sobre servicios anteriores en otros proveedores afiliados de HCA puede estar disponible para que proveedores afiliados de HCA posteriores coordinen la atención. La información de atención médica puede ser divulgada a cualquier persona o entidad responsable del pago en nombre del paciente a fin de verificar cuestiones de cobertura o pago, o para cualquier otro fin relacionado con el pago de beneficios. La información de atención médica también puede ser divulgada a la persona designada de mi empleador cuando los servicios brindados se relacionen con una reclamación en virtud de una indemnización por accidentes de trabajo.
- If I am covered by Medicare or Medicaid, I authorize the release of healthcare information to the Social Security Administration or its intermediaries or carriers for payment of a Medicare claim or to the appropriate state agency for payment of a Medicaid claim. This information may include, without limitation, history and physical, emergency records, laboratory reports, operative reports, physician progress notes, nurse's notes, consultations, psychological and/or psychiatric reports, drug and alcohol treatment and discharge summary.
- Si tengo la cobertura de Medicare o Medicaid, autorizo la divulgación de información de atención médica a la Administración del Seguro Social o sus intermediarios o aseguradoras para el pago de una reclamación de Medicare o a la agencia estatal correspondiente para el pago de una reclamación de Medicaid. Esta información puede incluir, entre otros, antecedentes y registros físicos, de emergencia, informes de laboratorio, informes de operaciones, notas de evolución de enfermería, consultas, informes psicológicos o psiquiátricos, tratamiento por abuso de drogas y alcohol y resumen del alta.
- Federal and state laws may permit this facility to participate in organizations with other healthcare providers, insurers, and/or other health care industry participants and their subcontractors in order for these individuals and entities to share my health information with one another to accomplish goals that may include but not be limited to: improving the accuracy and increasing the availability of my health records; decreasing the time needed to access my information; aggregating and comparing my information for quality improvement purposes; and such other purposes as may be permitted by law. I understand that this facility may be a member of one or more such organizations. This consent specifically includes information concerning psychological conditions, psychiatric conditions, intellectual disability conditions, genetic information, chemical dependency conditions and/or infectious diseases including, but not limited to, blood borne diseases, such as HIV and AIDS.
- Las leyes federales y estatales pueden permitir que este establecimiento participe en organizaciones con otros proveedores de atención médica, aseguradoras u otros participantes de la industria de la atención médica y sus subcontratistas a fin de que estas personas y entidades compartan mi información de salud entre sí para cumplir metas que pueden incluir, entre otras: mejorar la precisión y aumentar la disponibilidad de mis registros de salud; disminuir el tiempo que se necesita para acceder a mi información; reunir y comparar mi información con fines de mejora de la calidad; y otros propósitos que sean permitidos por ley. Entiendo que este establecimiento puede ser miembro de una o más organizaciones. Este consentimiento incluye específicamente información sobre condiciones psicológicas, condiciones psiquiátricas, condiciones de discapacidad intelectual, información genética, condiciones de dependencia química o enfermedades infecciosas incluidas, entre otras, enfermedades de transmisión sexual como el VIH y el SIDA.

**Disclosures to Friends and/or Family Members / Divulgaciones a amigos y/o familiares**

**DO YOU WANT TO DESIGNATE A FAMILY MEMBER OR OTHER INDIVIDUAL WITH WHOM THE PROVIDER MAY DISCUSS YOUR MEDICAL CONDITION? IF YES, WHOM? / ¿DESEA DESIGNAR A UN FAMILIAR U OTRA PERSONA CON QUIEN EL PROVEEDOR PUEDA CONVERSAR SOBRE SU CONDICIÓN MÉDICA? EN CASO AFIRMATIVO, ¿A QUIÉN?**

I give permission for my Protected Health Information to be disclosed for purposes of communicating results, findings and care decisions to the family members and others listed below:

Otorgo un permiso para que mi información de salud protegida sea divulgada con el fin de comunicar los resultados, los hallazgos y las decisiones de atención a los familiares y otras personas mencionadas a continuación:

	Name Nombre	Relationship Relación	Contact Number Número de contacto
1:			
2:			
3:			

Patient/Representative may revoke or modify this specific authorization and that revocation or modification must be in writing.

El paciente/representante puede revocar o modificar esta autorización específica y esa revocación o modificación debe ser por escrito.

**Prescription Order Pick-up.** There may be times when you need a friend or family member to pick-up a prescription order (script) from your physician's office. In order for us to release a prescription to your family member or friend, we will need to have a record of their name. Prior to release of the script, your designee will need to present valid picture identification and sign for the prescription.

**Retiro de recetas.** Puede haber momentos en los que necesite que un amigo o familiar retiren una receta del consultorio de su médico. Para que nosotros emitamos una receta a su familiar o amigo, necesitaremos un registro de su nombre. Antes de otorgar la receta, la persona designada deberá presentar una identificación con foto y firmar la receta.

- **I do want/Deseo** \_\_\_\_ (Patient/Representative Initials) to designate the following individual to pick up a prescription order on my behalf:/(Iniciales del paciente/representante) designar a la siguiente persona para que retire una receta en mi nombre:
  - Name/Nombre: \_\_\_\_\_ Date/Fecha: \_\_\_\_\_
  - Name/Nombre: \_\_\_\_\_ Date/Fecha: \_\_\_\_\_
- **I do not want/No deseo** \_\_\_\_ (Patient/ Representative Initials) to designate anyone to pick-up my prescription order./(Iniciales del paciente/ representante) designar a nadie para que retire mi receta.

Patient/Parent/Guardian/Patient Representative Signature/Firma del paciente/padre/tutor/representante del paciente \_\_\_\_\_  
Date/Fecha: \_\_\_\_\_

Patient/Parent/Guardian/Patient Representative Name (Printed)/Nombre del paciente/padre/tutor/representante del paciente (en letra de imprenta) \_\_\_\_\_

Patient Name (Printed)/Nombre del paciente (en letra de imprenta): \_\_\_\_\_ Date of Birth/Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

.....

**Only If you have previously consented to receive communication via text/cellular telephone call/email and wish to remove the consent/Opt Out/Revocation of communications via email and/or text or cellular telephone call.**  
**Solo si usted ha dado previamente su consentimiento para recibir comunicaciones a través de mensajes de texto/llamadas a teléfono celular/correo electrónico y desea retirar/dar la baja voluntaria/revocar el consentimiento para las comunicaciones a través de correo electrónico, mensajes de texto y/o llamadas a teléfono celular.**  
**In other words, I do not want my email address or cell number to be used any longer for the above mentioned communications.**  
**En otras palabras, ya no deseo que se use mi dirección de correo electrónico o número de teléfono celular para las comunicaciones mencionadas anteriormente.**

\_\_\_ I hereby revoke my request to receive any future appointment reminders, feedback, and general health via **text**. / Por el presente revoco mi solicitud para recibir cualquier recordatorio de citas futuras, comentarios y salud general a través de **mensajes de texto**.

\_\_\_ I hereby revoke my request to receive any future appointment reminders, feedback, and general health via **cellular telephone call**. / Por el presente revoco mi solicitud para recibir cualquier recordatorio de citas futuras, comentarios y salud general a través de **llamadas al teléfono celular**.

\_\_\_ I hereby revoke my request to receive any future appointment reminders, feedback, and general health via **email**. / Por el presente revoco mi solicitud para recibir cualquier recordatorio de citas futuras, comentarios y salud general a través del **correo electrónico**.

Patient Name / Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Patient/Patient Representative Signature / Firma del paciente/representante del paciente: \_\_\_\_\_

Date / Fecha: \_\_\_\_\_ Time / Hora: \_\_\_\_\_

Patient name/Nombre del paciente: \_\_\_\_\_  
Date of birth/Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_





**Patient Consent for Financial Communications / Consentimiento del paciente para comunicaciones financieras  
Financial Agreement / Acuerdo financiero**

- I acknowledge, that as a courtesy, Greenville Cardiovascular Associates may bill my insurance company for services provided to me.
- Reconozco, que como una cortesía, Greenville Cardiovascular Associates puede facturar a mi compañía de seguros los servicios que reciba.
- I agree to pay for services that are not covered or covered charges not paid in full including, but not limited to any co-payment, co-insurance and/or deductible, or charges not covered by insurance.
- Acepto pagar los servicios que no estén cubiertos o cargos cubiertos no pagados en su totalidad incluidos, entre otros, cualquier copago, coaseguro o deducible, o cargos no cubiertos por el seguro.
- I understand there is a fee for returned checks.
- Entiendo que se aplica un cargo por los cheques devueltos.

**Third Party Collection.** I acknowledge Greenville Cardiovascular Associates may use the services of a third-party business associate or affiliated entity as an extended business office (“EBO Servicer”) for medical account billing and servicing.

**Cobro por parte de un tercero.** Reconozco que Greenville Cardiovascular Associates puede usar los servicios de un tercer socio comercial o entidad afiliada como una oficina comercial extendida (“Prestador de servicios EBO”) para prestar servicios y facturar cuentas médicas.

**Assignment of Benefits.** I hereby assign to Greenville Cardiovascular Associates any insurance or other third-party benefits available for health care services provided to me. I understand Greenville Cardiovascular Associates has the right to refuse or accept assignment of such benefits. If these benefits are not assigned to Greenville Cardiovascular Associates, I agree to forward all health insurance or third-party payments that I receive for services rendered to me immediately upon receipt.

**Cesión de beneficios** Por el presente cedo a Greenville Cardiovascular Associates cualquier beneficio de seguro o de terceros disponible por los servicios de atención médica que me fueran provistos. Entiendo que Greenville Cardiovascular Associates tiene el derecho a rechazar o aceptar la cesión de dichos beneficios. Si estos beneficios son cedidos a Greenville Cardiovascular Associates, acepto enviar inmediatamente una vez recibidos todos los pagos del seguro de salud o de terceros que reciba por los servicios que me fueran provistos.

**Medicare Patient Certification and Assignment of Benefit.** I certify that any information I provide, if any, in applying for payment under Title XVIII (“Medicare”) or Title XIX (“Medicaid”) of the Social Security Act is correct. I request payment of authorized benefits to be made on my behalf to Greenville Cardiovascular Associates by the Medicare or Medicaid program.

**Certificación del paciente de Medicare y cesión de beneficios.** Certifico que cualquier información que proporcione, en su caso, al solicitar el pago según el Título XVIII (“Medicare”) o Título XIX (“Medicaid”) de la Ley de Seguro Social es correcta. Solicito que el pago de los beneficios autorizados sea realizado en mi nombre a Greenville Cardiovascular Associates por parte del programa Medicare o Medicaid.

**Consent to Telephone Calls for Financial Communications.** I agree that, in order for Greenville Cardiovascular Associates, or Extended Business Office (EBO) Servicers and collection agents, to service my account or to collect any amounts I may owe, I expressly agree and consent that Greenville Cardiovascular Associates or EBO Servicer and collection agents may contact me by telephone at any telephone number, without limitation of wireless, I have provided or Greenville Cardiovascular Associates or EBO Servicer and collection agents have obtained or, at any phone number forwarded or transferred from that number, regarding the services rendered, or my related financial obligations. Methods of contact may include using pre-recorded/artificial voice messages and/or use of an automatic dialing device, as applicable.

**Consentimiento a llamadas telefónicas para comunicaciones financieras.** Acuerdo que, para que Greenville Cardiovascular Associates o la oficina comercial extendida (Prestador de servicios EBO) y los agentes de cobro, administren mi cuenta o cobran cualquier monto que adeude, expresamente acuerdo y doy mi consentimiento para que Greenville Cardiovascular Associates o el prestador de servicios EBO y los agentes de cobro puedan comunicarse conmigo por teléfono a cualquier número, incluido celular, que haya proporcionado o que Greenville Cardiovascular Associates o el prestador de servicios EBO y los agentes de cobro hayan obtenido, o a cualquier otro número de teléfono enviado o transferido desde ese número, sobre los servicios prestados o mis obligaciones financieras relacionadas. Los métodos de contacto pueden incluir el uso de mensajes grabados/de voz artificial o el uso de un dispositivo de discado automático.

A photocopy of this consent shall be considered as valid as the original.

Una fotocopia de este consentimiento se considerará con la misma validez que el original.

**Patient/patient representative signature/Firma del paciente/representante del paciente:** \_\_\_\_\_

**Date/Fecha:** \_\_\_\_\_

If you are not the patient, please identify your relationship to the patient. Circle or mark relationship(s) from list below: Si usted no es el paciente, identifique su relación con el paciente. Rodee con un círculo o marque la relación de la lista a continuación:

- Spouse/Cónyuge \_\_\_\_\_ Guarantor/Garante \_\_\_\_\_  
 Parent/Padre \_\_\_\_\_ Healthcare Power of Attorney/Poder para atención médica \_\_\_\_\_  
 Legal Guardian/Tutor legal \_\_\_\_\_ Other (please specify) Otro (especificar) \_\_\_\_\_