

WELCOME TO OUR PRACTICE!

Hamid Zadeh M.D.

2435 Marshall Road

Imperial, CA 92251



PATIENT INFORMATION

Date _____ Soc. Sec. # _____ Birthdate _____
Name _____ Email Address _____
Last Name First Name Initial
Address _____ Home Phone _____
City _____ State _____ Zip _____
Sex: ☐ M ☐ F ☐ Minor ☐ Single ☐ Married ☐ Divorced ☐ Widowed ☐ Separated
Employer _____ Business Phone _____
Business Address _____ Occupation _____
Whom may we thank for referring you? _____
In case of emergency, whom should we contact? _____ Phone _____

PRIMARY INSURANCE

Person Responsible for Account _____
Last Name First Name Initial
Relationship to Patient _____ Birthdate _____ Soc. Sec. # _____
Address _____ Home Phone _____
City _____ State _____ Zip _____
Responsible Party Employed By _____ Business Phone _____
Business Address _____ Occupation _____
Insurance Company _____
Insurance Company Address _____
Subscriber I.D. # _____ Group # _____

ADDITIONAL INSURANCE (IF APPLICABLE)

Insured Name _____
Last Name First Name Initial
Relationship to Patient _____ Birthdate _____ Soc. Sec. # _____
Address _____ Home Phone _____
City _____ State _____ Zip _____
Insured Employed By _____ Business Phone _____
Insurance Company _____
Insurance Company Address _____
Subscriber I.D. # _____ Group # _____

ASSIGNMENT AND RELEASE

I hereby authorize payment directly to Dr. **Hamid T. Zadeh** for all insurance benefits otherwise payable to me for services rendered. I understand that I am financially responsible for all charges, whether or not paid by insurance, and for all services rendered on my behalf or my dependents.

I authorize the above doctor and/or any provider or supplier of the services in this office to release any information required to secure the payment of benefits. I authorize the use of this signature on all insurance submissions.

Signature of Responsible Party _____ Date _____

IMPERIAL PRINTING 3050418

Doctor General _____

Pharmacia _____



HAMID T. ZADEH, M.D.

2435 Marshall Road Imperial, CA 92251 P: (760) 550-6327 F: (760) 550-6331

Reconocimiento de Recepción de la Notificación de Prácticas de Privacidad y
El Permiso para dejar Mensajes de Teléfono

Por la presente reconozco que he recibido, leído y entendido el aviso de prácticas de privacidad que se implementa por Hamid T. Zadeh, M.D. Además, reconozco que una copia del aviso se publicó en el área de recepción, y que se ofrecerá una copia de cualquier aviso de modificación de las prácticas de privacidad.

Entiendo que Hamid T. Zadeh, M. D. y las empleadas harán esfuerzos razonables para proteger mi privacidad y mantener la información confidencial del paciente y seguro.

Firma: _____ Fecha: _____

Escriba el Nombre: _____ Telefono: _____

Si no es firmado por el paciente, indique:

Relación:

- Padre o tutor del paciente menor de edad
- Tutor o curador de un paciente incompetente
- Beneficiario o representante personal del paciente difunto

Nombre de Paciente: _____

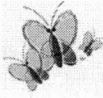
Yo doy mi permiso para dejar un mensaje telefónico que puede contener cierta información personal de salud de la siguiente manera:

- ☐ Permiso para dejar resultados normales de la pruebas
- ☐ No deje ningún mensaje sobre los resultados de la prueba

Esta información puede ser tejada en los siguientes teléfonos:

_____ O _____

Firma: _____ Fecha: _____



HAMID T. ZADEH, M.D.

2435 Marshall Road Imperial, CA 92251 P: (760) 550-6327 F: (760) 550-6331

DESIGNACIÓN DE REPRESENTANTE PERSONAL

Nombre: _____ Fecha: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Según lo dispuesto por la Portabilidad de la Información y la Ley de Responsabilidad de 1996, usted tiene el derecho de nombrar a una o más personas para actuar en su nombre en relación con la protección de información de salud que pertenece a usted. Al completar este formulario, usted nos informa de su deseo para que designe a la persona nombrada como su representante personal. Usted puede revocar esta designación en cualquier momento de firmar y fechar la revocación de su copia de este formulario y devolverlo a esta oficina.

Designación de la Sección:

Solicito a la siguiente persona a actuar como mi representante personal con respecto a las decisiones que impliquen la utilización y / o divulgación de mi información protegida de salud.

Nombre: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____ Cell #: _____

Qué relación tiene esta persona con usted? _____

Esta persona es que se preste de todos los privilegios que se prestaría a mí con respecto a mi información de salud protegida.

Entiendo que puedo revocar esta designación en cualquier momento mediante la firma de la sección de la revocación de mi copia de este formulario y devolverlo a:

Hamid T. Zadeh, M. D.

2435 Marshall Road

Imperial, CA 92251

Además, entiendo que la revocación no se aplica si la persona o personas autorizadas para usar o divulgar mi información protegida de salud ya han tomado medidas en mi nombre.

Firma: _____ Fecha: _____

Revocación de la Sección:

Por la presente revocar esta designación de un representante personal.

Firma: _____ Fecha: _____



HAMID T. ZADEH, M.D.

2435 Marshall Road Imperial, CA 92251 P: (760) 550-6327 F: (760) 550-6331

Póliza de Citas Perdidas

Debido al alto número de pacientes que requieren atención, tiempos de espera para las citas pueden ser largos. Citas perdidas se malgaste recursos e impedir que otros pacientes recibiendo atención en forma oportuna.

Hamid Zadeh, M.D. cobrará cobro de cita faltada por cada cita que se faltó sin aviso adecuado

- Cita perdidas sin aviso perdidas con menos de 24 horas de aviso
- perdidas debido a llegar 15 minutos o más allá de aquel momento de la cita
- Cita perdida sin aviso

Si usted debe faltar a una cita, por favor notifique nuestra oficina por teléfono el día antes de la cita. Los mensajes son aceptables y pueden dejar en todo momento incluyendo noches y fines de semana.

Los honorarios son los siguientes:

- **Citas \$25.00**
- **Procedimientos/ Ultrasonidos \$75.00**

Se le notificará por correo de ningunos honorarios de Mostrar. Las cuotas se deben pagar antes de ser vistos en su próxima visita. Usted es responsable de cualquier no-show cargos se le acusa; su compañía de seguros no será facturada.

Si pierdes 3 citas sin previo aviso, nos será imposible continuar su atención. Esto significa que usted será dado de alta de la práctica.

Se requiere que usted firme y feche este formulario. Esto reconoce que ha leído y comprende nuestra política.

Firma _____ fecha _____

Nombre del tutor legal si firma para el paciente _____



HAMID T. ZADEH, M.D.

2435 Marshall Road Imperial, CA 92251 P: (760) 550-6327 F: (760) 550-6331

Aviso de Privacidad y Prácticas

Introducción

Según el HealthInsurancePortability and AccountabilityAct de 1996 (conocido como HIPPA), nuestra práctica es necesaria para proteger la privacidad de su información de salud personal. Este documento le proporcionará aviso de nuestra política de privacidad y prácticas incluyendo sus derechos y nuestras obligaciones legales con respecto a su información de salud y registros. Por favor, revise este documento; se le pedirá firmar un formulario reconociendo su oportunidad de revisar esta notificación. Se proporcionará una copia a petición.

Sumario

Ya que usted es un paciente que haya dado su consentimiento para recibir atención del médico y personal del Dr. Zadeh, la ley nos permite usar y revelar su información médica para fines específicos. Se trata de usos y divulgaciones para fines de tratamiento, obtener el pago de servicios y operaciones de atención médica que se explicará a continuación, además, la ley podrá autorizar la divulgación por razones de salud pública y de interés como relevación del desastre, aplicación de la ley y procedimientos judiciales y administrativos formales. Con su permiso, puede divulgarse su información médica a miembros de la familia o a otros de su elección que tienen una implicación de interés en su estado de salud. Cualquier otra divulgación requerirá su autorización por escrito.

Usted tiene los siguientes derechos que sean respetados por esta política:

1. Para examinar o recibir una copia de su expediente médico de la atención proporcionada por el Dr. Hamid T. Zadeh (copia puede implicar un costo nominal).
2. Para obtener una constancia de la divulgación de su información médica que implican operaciones de tratamiento, pago o atención médica.
3. Para solicitar una corrección o modificación de su expediente médico.
4. Para especificar otras restricciones sobre el uso y la divulgación de información médica.
5. Para solicitar un método específico o Avenida en recibir una comunicación de información confidencial.
6. Para presentar una queja formal, si sientes que un mal uso o la divulgación se produjo.

Todo el aviso será entrar en más detalles sobre los temas específicos involucrados en esta política. Por favor léala.

Recibo del aviso de privacidad y prácticas

Reconozco que han recibido o han tenido la oportunidad de revisar una copia de:

Aviso de privacidad y prácticas

Entiendo que una enmienda a esta política puede ocurrir en el futuro y que se publicará un resumen actual de esto o el aviso modificado en el consultorio médico para mi informe. Se realizará una copia de la notificación modificada a mi petición.

Nombre

Fecha

Firma

Relación con el paciente (si no es paciente)



Hamid Zadeh, MD., INC

2435 Marshall Ave

Imperial, CA 92251

Patient Financial Responsibility
Primary Insurance and secondary Insurance

_____ I understand and agree that I am financially responsible for all charges for any and all services rendered. This includes any medical service or visit, routine examination, in office screening testing, NST, Ultrasounds and any other screening ordered by the doctor or staff.

_____ I understand that while my insurance may confirm my benefits, confirmation of benefits is not a guarantee of payment and that I am responsible for any unpaid balance.

_____ I understand and agree that it is my responsibility to know if my insurance has any deductible, co-payment, co-insurance, out-of-network, usual and customary limit, prior authorization requirements or any other type of benefit limitation for the services I receive and I agree to make payment in full.

_____ I understand and agree that it is my responsibility to know if my insurance requires a referral from my primary care physician and that it is up to me to obtain the referral. I understand that without this referral, my insurance will not pay for any services and that I will be financially responsible for all services rendered.

_____ I agree to inform the office of any changes in my insurance coverage. If my insurance has changed or is terminated at the time of service, I agree that I am financially responsible for the balance in full.

_____ I agree, If the office does not have the proper information for a secondary insurance, the secondary will not be billed. It will be my responsibility to pay the balance and then file a claim with the secondary for reimbursement.

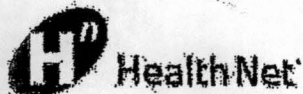
_____ If I am a Medicare patient, I understand that I need to provide the office both my Medicare ID card and my secondary ID card. If the office does not have the proper information for a secondary insurance, the secondary will not be billed. It will be my responsibility to pay the balance and then file a claim with the secondary for reimbursement.

By signing this form, I consent to the use and disclosure of protected health information about me for treatment, payment and health care operations, and/or as required by law. I have the right to revoke this Consent, in writing, signed by me. However, such revocation shall not affect any disclosures already made in compliance with my prior Consent. LLCEA/PS provides this form to comply with the Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996 (HIPAA).

Our office does not make the rules. They are determined by your specific medical insurance.

Printed Patient Name (and Guardian Name if applicable) Patient or Guardian Signature Date

Name Relationship

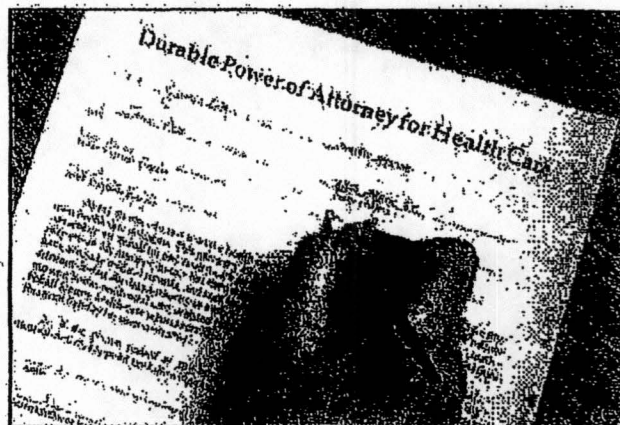


Advance Medical Directive

An advance medical directive is a form that lets you plan ahead for the care you'd want if you could no longer express your wishes. This statement outlines the medical treatment you'd want or names the person you'd wish to make health care decisions for you.

Writing Down Your Wishes

- Decide what is important to you and the treatment you'd want.
- An advance directive is important whether you're young or old. Injury or illness can strike at any age.
- Some states allow only one kind of advance directive. Some let you do both a Durable Power of Attorney for Health Care and a Living Will. Some states put both kinds on the same form.



A Durable Power of Attorney for Health Care

- This form lets you name someone else to be your **agent**.
- This person can decide on treatment for you **only** when you can't speak for yourself.
- You do **not** need to be at the end of your life. He or she could speak for you if you were in a coma but were likely to recover.

A Living Will

- This form lets you list the care you want at the end of your life.
- A living will applies **only** if you won't live without medical treatment. It would apply if you had advanced cancer or a massive stroke.
- It takes effect **only** when you can no longer express your wishes yourself.

Advanced Directive Education: Date _____

Refused: _____ Yes: _____ Initials: _____