

# Primacy Care and Therapy

849 Quince Orchard Blvd Suite B, Gaithersburg, MD 20878

Tel: 301-818-5656 Fax: 301-818-5151

## PATIENT ACKNOWLEDGMENT AND CONSENT FORM

On behalf of myself or my minor child or other patient named below, I acknowledge and consent to the statements made in this form. Changes or alterations to this form are not binding on Primacy Care and Therapy.

**Consent to Health Care Services:** I certify all the information provided to Primacy Care and Therapy is true and accurate to the best of my knowledge. I hereby voluntarily consent to medical treatment by the medical staff and providers of Primacy Care and Therapy. I further consent to the use and disclosure of my protected health information for the treatment, payment, operations and such other purposes that are permitted under the federal Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA) without a written authorization. A copy of this agreement may be used in place of the original. This authorization is valid until I rescind it in writing.

**Financial Responsibility:** I request that payment of authorized Medicaid, Medicare, or other Insurance Carrier benefits be made on my behalf to Primacy Care and Therapy for any service furnished to me by that health provider. I authorized any holder of medical information about me to release to centers for Medicare/Medicaid Services and it's agent and/or any other Insurance Carriers for which I have coverage, any information needed to determine these benefits or the benefits payable for related service. I agree to provide all referral and treatment plan(s) as required by my Insurance Carrier(s). All co-pays must be paid at the time of service in accordance with the contracted Insurance Carrier agreements.

**Uses and Disclosures of Health Information:** I consent to let Primacy Care and Therapy use and disclose health information about me (or the below-named patient) as described in the Notice of Privacy Practices. In doing so I consent to the release of my (or the below-named patient's) health information and financial account information to all third-party payers and/or their agents that are identified by Primacy Care and Therapy.

I consent to receive, on the cellular phone and/or other telephone number(s) that are provided to Primacy Care and Therapy on this form or updated later, text messages and/or telephone calls or other communications from Primacy Care and Therapy clinical providers and staffs. I consent Primacy Care and Therapy providers and healthcare staffs use my patient portal to communicate me. Such text messages and/or telephone calls, and patient portal communications may be related to any purpose, including those related to my account and/or the care rendered. I may revoke this consent to these communications at any time.

I hereby consent and grant to Primacy Care and Therapy the right and authority to photograph me, my image which could occur in connection with my Medical Record, and I agree that upon creation such images are owned by NP Instant Care.

By signing below, I am indicating that I have reviewed and acknowledge and consent to the terms described above.

Signature of Patient or Responsible Party

Date/Time

X \_\_\_\_\_

Printed Name of Patient (or Responsible Party of Patient)      Responsible Party's Relationship to Patient

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Phone Number(s):

Home \_\_\_\_\_ Cellular \_\_\_\_\_

## Primacy Care and Therapy

849 Quince Orchard Blvd Suite B, Gaithersburg, MD 20878

Tel: 301-818-5656 Fax: 301-818-5151

### FORMULARIO DE RECONOCIMIENTO Y CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE

En nombre mío o de mi hijo menor u otro paciente nombrado a continuación, reconozco y acepto las declaraciones hechas en este formulario. Los cambios o alteraciones a este formulario no son vinculantes para Primacy Care and Therapy.

**Consentimiento para los servicios de atención médica:** Certifico que toda la información proporcionada a Primacy Care and Therapy es verdadera y precisa a mi leal saber y entender. Por la presente, doy mi consentimiento voluntario para recibir tratamiento médico por parte del personal médico y los proveedores de Primacy Care and Therapy. Asimismo, doy mi consentimiento para el uso y divulgación de mi información médica protegida para el tratamiento, pago, operaciones y otros fines permitidos por la Ley de Responsabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA) sin una autorización por escrito. Se puede utilizar una copia de este acuerdo en lugar del original. Esta autorización es válida hasta que la rescinda por escrito.

**Responsabilidad financiera:** Solicito que el pago de los beneficios autorizados de Medicaid, Medicare u otro proveedor de seguros se realice en mi nombre a Primacy Care and Therapy por cualquier servicio que me proporcione ese proveedor de salud. Autoricé a cualquier titular de información médica sobre mí a divulgarla en los centros de Servicios de Medicare / Medicaid y su agente y / o cualquier otra compañía de seguros para la cual tengo cobertura, cualquier información necesaria para determinar estos beneficios o los beneficios pagaderos por el servicio relacionado. Estoy de acuerdo en proporcionar todos los planes de referencia y tratamiento según lo exijan mis aseguradoras. Todos los copagos deben pagarse en el momento del servicio de acuerdo con los contratos de la compañía de seguros contratados.

**Usos y divulgaciones de información de salud:** Doy mi consentimiento para permitir que Primacy Care and Therapy use y divulgue información de salud sobre mí (o el paciente que figura a continuación) como se describe en el Aviso de prácticas de privacidad. Al hacerlo, autorizo la divulgación de mi información de salud y la información financiera de mi (o del paciente que figura a continuación) a todos los terceros pagadores y / o sus agentes identificados por NP Instant Care.

Doy mi consentimiento para recibir, en el teléfono celular y / u otro (s) número (s) de teléfono que se proporcionan Primacy Care and Therapy en este formulario o que se actualicen posteriormente, mensajes de texto y / o llamadas telefónicas u otras comunicaciones de la clínica de NP Instant Care. Proveedores y personal. Acepto que los proveedores de Primacy Care and Therapy y el personal de atención médica utilicen el portal de mi paciente para comunicarme. Dichos mensajes de texto y / o llamadas telefónicas, y las comunicaciones del portal del paciente pueden estar relacionadas con cualquier propósito, incluidas las relacionadas con mi cuenta y / o la atención prestada. Puedo revocar este consentimiento a estas comunicaciones en cualquier momento.

Por la presente doy mi consentimiento y concedo Primacy Care and Therapy el derecho y la autoridad para fotografiarme, mi imagen que podría ocurrir en relación con mi registro médico, y estoy de acuerdo en que, al crearlas, dichas imágenes son propiedad de Primacy Care and Therapy.

Al firmar a continuación, estoy indicando que he revisado y acepto y acepto los términos descritos anteriormente.

Firma del paciente o parte responsable

Fecha / Hora

X \_\_\_\_\_

Nombre impreso del paciente (o parte responsable del paciente) Relación de la parte responsable con el paciente

\_\_\_\_\_

Números de teléfono(s):

Casa \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_

**Primacy Care and Therapy**  
849 Quince Orchard Blvd Suite B, Gaithersburg, MD 20878  
Tel: 301-818-5656 Fax: 301-818-5151

## Primacy Care and Therapy

### 至上保健门诊

#### 就诊者确认和同意书

我谨代表我本人或我的未成年子女或以下指定的其他就诊者，承认并同意本此文中的陈述。本人 对此文的更改或变更对至上保健门诊（以下简称至上门诊）将没有约束力。

**同意医疗保健服务：**我保证提供给 至上门诊的所有信息在我所知范围内都是真实准确的。我在此自愿同意接受 至上门诊的医务人员提供的医疗服务。我进一步同意在未经书面授权的情况下，将我受保护的健康信息用于治疗、付款、操作和联邦健康保险流通与责任法案 (HIPAA) 允许的其他目的。可以使用本协议的副本代替原件。该授权在我以书面形式撤销之前将一直有效。

**财务责任：**我要求经授权的 Medicaid、Medicare 或其他保险公司代表我向 至上门诊支付用于其医疗服务提供者向我提供的任何服务费用。我授权任何有关我的医疗信息的持有人释放有关我的 Medicare/Medicaid 以及其代理人和/或我承保的任何其他保险公司给至上门诊，以确定我所享有的保险条款或相关服务应付金额所需的任何信息。我同意提供我的保险公司要求的所有转诊和治疗计划。所有自付金额必须在服务时根据签订的保险公司协议支付。

**健康信息的使用和披露：**我同意让 至上门诊使用和披露有关我本人（或以下指定就诊者）的健康信息，如隐私保护履行告白书中所述。与此同时，我同意将我本人（或以下指定就诊者）的健康信息和财务账户信息发布给 至上门诊所确定的任何第三方付款人和/或其代理人。

我同意在下表中提供我的手机和/或其他电话号码以及以后更新的手机和/或其他电话号码给 至上门诊用以接收来自 其医疗保健人员和工作人员的短信、电话以及其他的交流方式。我同意 至上门诊医疗保健人员使用我的患者门户（patient portal）与我交流。此类短信消息和/或电话呼叫以及患者门户通信可能与任何目的医疗保健有关，包括与我的账户和/或提供的护理的有关内容。我可以随时撤销我对这些通信的同意。

我在此同意并授予 至上门诊有拍摄我的权利，我的图像可用于与我有关系的医疗记录，并且我同意这些图像在创建时归 至上门诊所有。

通过在下面签名，我表示我已阅读并承认并同意上述条款。

就诊者或责任方签名：

日期/时间：

X \_\_\_\_\_  
就诊者（或就诊者责任方）的印刷体姓名：

\_\_\_\_\_   
责任方与就诊者的关系：

家庭电话： \_\_\_\_\_

手机： \_\_\_\_\_