



ANWAN Wellness Medical Centers P.C.

Pediatrics + Internal Medicine + Preventive Medicine + Anti-Aging
+ Gastroenterology + Geriatrics + Physical Therapy + Podiatry

Patient Information Sheet

Nombre del paciente:

Primero _____ **Segundo** _____ **Apellido** _____

Sexo _____ **DOB** _____ **SS#** _____ **civil Status** _____

Dirección _____

Teléfono en casa # _____ **Cell #** _____ **Trabajo#** _____
Ciudad _____ **Estado** _____ **Código Postal** _____
(Obligatorio para los pacientes menores de 18):

Nombre del fiador _____

Dirección / Teléfono# _____

Información del Empleador:

Nombre _____

Dirección _____

Ciudad _____ **Estado** _____ **Código Postal** _____

Teléfono en casa #: _____ **Persona de contacto:** _____

Información del cónyuge: (Por favor lista de garantes de la información en caso de un menor de edad)

Nombre _____

Dirección _____

Ciudad _____ **Estado** _____ **Código Postal** _____

SS#: _____ **DOB:** _____ **Empleador:** _____

Teléfono en casa # _____ **Cell #** _____ **Trabajo#** _____

Emergency Contact:

Nombre _____ **Teléfono #** _____

Dirección: _____ **Relación** _____

¿Cómo te enteraste de nosotros? Amigo Seguros Páginas Amarillas Newsletter / Revista Web Billboard Radio Otro

Todos los servicios profesionales prestados se cobran a los pacientes. Yo entiendo que soy responsable de la parte de mi proyecto de ley que no está cubierto por mi seguro. Se acostumbra a pagar por los servicios prestados a menos que se han hecho arreglos por adelantado. Autorizo a que los pagos de los beneficios de mi seguro de ser abonado directamente al ANWAN Wellness Medical Center, PCand / o sus afiliados. También autorizo ANWAN Wellness Medical Center, PC para liberar toda la información necesaria para la transformación

Firma del Paciente / Garante (requerido) _____

Fecha _____

HAPEVILLE

725 North Central Avenue • Hapeville, GA 30354 • Ph: 404.761.2766 • Fax: 404.761.6523

TUCKER

2227 Idlewood Road • Tucker, GA 30084 • Ph: 678.205.2039 • Fax: 678.205.2040

Donovan Christie, MD, MS, CPE, FAAP
President and Medical Director

Michael Cantrell DPM Gina Gonzalez-Johnson DO Edward Layne MD Jacqueline Christie FNP, APRN Tracey Marshall FNP, APRN Ron Galy DC

Good Health Through Nutrition, Exercise and Stress Management.



ANWAN Wellness Medical Centers P.C.

Pediatrics + Internal Medicine + Preventive Medicine + Anti-Aging
+ Gastroenterology + Geriatrics + Physical Therapy + Podiatry

Cobertura de Seguro: Es muy importante que complete todas las preguntas en esta sección de modo que puede presentar su reclamación de seguro correctamente. De cada lista de las compañías de seguros a la que quiere presentar una reclamación con. Por favor nos proporcione su tarjeta de seguro (s) para hacer una copia para que se asegurará la presentación adecuada de su reclamación

SEGURO PRIMARIO:

Nombre del Seguro: _____

Plan: PPO _____ HMO _____ POS _____ OTROS _____

Nombre del asegurado _____ Fecha de nacimiento: _____

S.S.# de asegurados _____ Relación con el Paciente _____

Grupo # _____ ID# _____

Empleador _____ Teléfono # _____

Dirección del empleador _____

Fecha de vigencia: _____ Co-pagos: _____ Deducible: _____ Deducible Met: _____

SEGURO SECUNDARIO:

Nombre del Seguro: _____

Plan: PPO _____ HMO _____ POS _____ OTROS _____

Nombre del asegurado _____ Fecha de nacimiento: _____

S.S.# de asegurados _____ Relación con el Paciente _____

Grupo # _____ ID# _____

Empleador _____ Teléfono # _____

Dirección del empleador _____

Fecha de vigencia: _____ Co-pagos: _____ Deducible: _____ Deducible Met: _____

Por favor lea y firme la autorización:

Estoy de acuerdo en autorizar el pago de mis beneficios de seguro de salud a ANWAN Wellness Medical Center, PC y / o sus afiliados. Yo autorizo la entrega de información médica necesaria para pagar el crédito. Yo entiendo que soy responsable de la parte de mi proyecto de ley que no está cubierto por mi seguro. Todos los servicios profesionales prestados se cobran a los pacientes. Se acostumbra a pagar por los servicios prestados a menos que se han hecho arreglos por adelantado.

Firmado: _____ Fecha: _____

HAPEVILLE

725 North Central Avenue • Hapeville, GA 30354 • Ph: 404.761.2766 • Fax: 404.761.6523

TUCKER

2227 Idlewood Road • Tucker, GA 30084 • Ph: 678.205.2039 • Fax: 678.205.2040

Donovan Christie, MD, MS, CPE, FAAP
President and Medical Director

Michael Cantrell DPM Gina Gonzalez-Johnson DO Edward Layne MD Jacqueline Christie FNP, APRN Tracey Marshall FNP, APRN Ron Galy DC

Good Health Through Nutrition, Exercise and Stress Management.



ANWAN Wellness Medical Centers P.C.

Pediatrics + Internal Medicine + Preventive Medicine + Anti-Aging
+ Gastroenterology + Geriatrics + Physical Therapy + Podiatry

Para nuestros pacientes:

Es la filosofía de la ANWAN Wellness Medical Center / Donovan W. Christie MD, PC a la práctica la medicina integrativa. Utilizamos un enfoque holístico de la salud, a través del uso de suplementos y los cambios de estilo de vida. También la práctica de la medicina tradicional el uso de medicamentos con receta y de pantallas de los desequilibrios de salud preventiva para las enfermedades del corazón, cáncer, obesidad, trastornos de la tiroides, hormonales y la diabetes. De vez en cuando nuestros profesionales se sugieren enfoques integradores para la salud, recomendando las vitaminas antioxidantes, minerales, productos herbales y homeopáticos. Si usted no quiere esta integral, a veces llamado (alternativa) el tratamiento a la asistencia sanitaria, por favor indicar a continuación.

Los suplementos nutricionales no son generalmente cubiertos beneficios como son los medicamentos recetados. Llevamos varios las líneas de suplementos, incluida la marca Wellness ANWAN. Estos suplementos se producen naturalmente y están libres de organismos genéticamente modificados.

Nombre del paciente: _____ **Fecha:** _____

Por favor marque uno:

_____ Estoy de acuerdo con el enfoque holístico de la salud. Esto incluye los suplementos nutricionales y consultas, medicamentos, el tratamiento con ejercicios y la espiritualidad. Entiendo que tendré que pagar de su bolsillo para estos productos y servicios.

_____ Quiero utilizar únicamente las prácticas médicas tradicionales. (es decir, medicamentos con receta cubiertos por mi salud de seguro solamente.)

Firma del paciente

Fecha ____/____/____

Firma del paciente o persona que actúe en nombre del paciente

Fecha ____/____/____

HAPEVILLE

725 North Central Avenue • Hapeville, GA 30354 • Ph: 404.761.2766 • Fax: 404.761.6523

TUCKER

2227 Idlewood Road • Tucker, GA 30084 • Ph: 678.205.2039 • Fax: 678.205.2040

Donovan Christie, MD, MS, CPE, FAAP
President and Medical Director

Michael Cantrell DPM Gina Gonzalez-Johnson DO Edward Layne MD Jacqueline Christie FNP, APRN Tracey Marshall FNP, APRN Ron Galy DC

Good Health Through Nutrition, Exercise and Stress Management.

Historia de la Medicina

Nombre: _____ Edad: _____ Fecha de nacimiento: _____

SexO: _____ Ocupación _____ Horas de trabajo _____
() Soltero () Casado () Divorciado () Viudo () Separado

Nombre del cónyuge _____ Edad _____

Nombres de los niños y edades: _____

Las alergias a los medicamentos, rayos X, o de otras sustancias: () Sí () No

(En caso afirmativo, sustancias de la lista y el tipo de reacción)

1. _____ 3. _____ 5. _____
2. _____ 4. _____ 6. _____

Historial Médico y Examen de los Sistemas de

Por favor marque si ha tenido problemas con o están experimentando cualquiera de los siguientes:

- | | | | |
|---------------------------------|-------------------------|--|-----------------------------------|
| 1. Presión arterial alta | 13. Bronquitis | 26. Cambio en los hábitos intestinales | 38. Artritis |
| 2. Diabetes | 14. Neumonía | 27. Pérdida inexplicable de peso / ganar | 39. Bajo los problemas de espalda |
| 3. Cáncer | 15. tos persistente | 28. Hemorroides | 40. La enfermedad de la piel |
| 4. Enfermedades del Corazón | 16. La tuberculosis | 29. Enfermedades de la vesícula | 41. Trastornos de la sangre |
| 5. Dolor en el pecho / opresión | 17. La fiebre del heno | 30. Colitis | 42. Enfermedades venéreas |
| 6. Falta de aire | 18. Dolor abdominal | 31. Hepatitis o ictericia | 43. Ansiedad |
| 7. Tobillos hinchados | 19. Indigestión | 32. La enfermedad de la tiroides | 44. Depresión |
| 8. Palpitaciones | 21. Vomiting | 33. Cabeza o el cuello de radiación | 45. Anemia |
| 9. Mareo | 22. Estreñimiento | 34. Dolor de cabeza | 46. Abuso de Alcohol |
| 10. Micción frecuente | 23. Diarrea | 36. Kidney Stones | 47. Del Abuso de Drogas |
| 11. La fiebre reumática | 24. Sangre en las heces | 37. Dificultad para orinar | 48. Dolores musculares |
| 12. Asma | 25. Úlceras | | 49. Debilidad muscular |

Otros: _____

¿Usted requiere dispositivos para ayudarle a caminar: () Sí () No:

() La silla de ruedas () Caña () Otros

Historia ginecológica y obstétrica:

Edad de inicio de los períodos de: _____ Frecuencia: _____ Duration de los períodos de: _____

¿Está usted en la menopausia: () Sí () No Edad de la última menstruación: _____

De veces embarazadas: _____ # de Nacimientos: _____ # de partos vaginales: _____ # de C-sections _____

De Abortos Involuntarios: _____ # de embarazos interrumpidos (opcional): _____

Sírvase indicar si ha tenido problemas o tiene problemas con el texto siguiente:

1. Sangrado prolongado o anormal: () Sí () No

Explique: _____

2. El escape de orina: () Sí () No

Explique: _____

3. Dolor pélvico: () Sí () No

Explique: _____

4. Anormal de la descarga: () Sí () No

Explique: _____

5. Historia de la prueba de Papanicolau anormal: () Sí () No

Explique: _____

6. Dolor de pecho o de masas:

Explique: _____

Historial de la vacunación:

¿Ha tenido usted:

La hepatitis B? _____ Cuando? _____ Pneumovax? _____ Cuando? _____

Tétanos? _____ Cuando? _____ gripe? _____ Cuando? _____ H1N1? _____ Cuando? _____

Tasa de su dieta: _____ Pobre _____ Justo _____ Bueno _____ Excelente

La frecuencia del ejercicio: _____ Ninguno _____ 1-2 veces / semana _____ 3-4 veces / semana _____ 5 o más veces por semana

Me gustaría hablar de mi riesgo de transmisión sexual, cuestiones relacionadas con infecciones y otras: _____ Sí _____ No

Los hábitos de alcohol: _____ Ninguno _____ 1-2 veces / semana _____ 3-4 veces / semana _____ 5 o más veces por semana

Hábito de fumar: () Sí () No En caso afirmativo, ¿cuánto? _____

Los medicamentos (con receta, sin receta, vitaminas, hierbas, etc)

Nombre del medicamento	Dosis
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Por favor lista y las fechas de suministro de::

Operaciones / Cirugía:

Tipo:	Fecha:	Tipo:	Fecha:
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Hospitalizaciones que no sean para la cirugía:

Diagnóstico:	Fecha	Diagnóstico:	Fecha:
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Historia Familiar

¿Algún miembro de su familia (incluyendo padres, abuelos y hermanos) ha tenido las siguientes:

La enfermedad:	¿Qué miembro de la familia (s)?	Edad de diagnóstico
Cáncer (Lista de tipos)	_____	_____
Presión arterial alta	_____	_____
Diabetes	_____	_____
Trazos	_____	_____
Mental Disease	_____	_____
La adicción de drogas o alcohol	_____	_____
El glaucoma	_____	_____
Trastorno de sangrado	_____	_____
Otros:	_____	_____

¿Cuándo fue la última vez que:

De Papanicolaou smear? _____ Examen de los senos? _____ busca sangre en heces? _____ próstata exam _____
Mammogram _____ comprobar Colesterol? _____ Examen de los ojos? _____ Examen dental? _____

He leído la información anterior y certifico que es verdadera y correcta a lo mejor de mi conocimiento. Por la presente autorizo ANWAN Wellness Medical Center, PC y / o sus afiliados para que me de la evaluación y el tratamiento de mi condición, de conformidad con los estatutos de Georgia.



ANWAN Wellness Medical Centers P.C.

Pediatrics + Internal Medicine + Preventive Medicine + Anti-Aging
+ Gastroenterology + Geriatrics + Physical Therapy + Podiatry

Nombre del paciente: _____ Fecha: _____

POLÍTICA FINANCIERA RESUMIDA

El pago total por adelantado en el momento del servicio.

CONTROLES DE FECHA NO SE ACEPTAN **POST.** No se aceptan cheques en nuestra ubicación Tucker.

CONSULTE CON EL NOMBRAMIENTO DE SU nuestro personal antes, si usted necesita a las finanzas de discutir.

Los cheques emitidos **por** fondos insuficientes REQUERIRÁ efectivo o giro postal inmediato para Monto Original, más una tarifa de \$ 30,00 SERVICIO.

HACEMOS **Aceptamos efectivo, cheques (Hapeville), VISA, MASTERCARD Y / O GIRO POSTAL.**

Yo entiendo que soy responsable por cualquier y todos los cargos que **NO SON CUBIERTAS O NO PAGADO** por la compañía de seguro de mi.

Firma del paciente

Fecha ____/____/____

Firma del paciente o persona que actúe en nombre del paciente

Fecha ____/____/____

HAPEVILLE

725 North Central Avenue • Hapeville, GA 30354 • Ph: 404.761.2766 • Fax: 404.761.6523

TUCKER

2227 Idlewood Road • Tucker, GA 30084 • Ph: 678.205.2039 • Fax: 678.205.2040

Donovan Christie, MD, MS, CPE, FAAP
President and Medical Director

Michael Cantrell DPM Gina Gonzalez-Johnson DO Edward Layne MD Jacqueline Christie FNP, APRN Tracey Marshall FNP, APRN Ron Galy DC

Good Health Through Nutrition, Exercise and Stress Management.



ANWAN Wellness Medical Centers P.C.

Pediatrics + Internal Medicine + Preventive Medicine + Anti-Aging
+ Gastroenterology + Geriatrics + Physical Therapy + Podiatry

Nombre del paciente: _____ **Fecha:** _____

"No Show / nombramiento tardío" POLÍTICA

PARA: TODOS LOS PACIENTES DE BIENESTAR ANWAN MEDICAL CENTER, PC (Donovan W. CHRISTIE, MD, PC)

Debido a un número excesivo de pacientes no se muestran y / o cancelaciones fuera de plazo, nuestra oficina se ha obligado a comenzar inmediatamente una nueva política ya se está aplicando en muchos otros médicos y dentistas.

Debido a esta política, no podemos darnos el lujo de tener "si no se presenta, cancela las citas salvo que la cancelación es el día anterior, o los pacientes que llegan tarde. Un día antes de la cancelación de la voluntad de disponer de tiempo suficiente para utilizar el espacio de tiempo para otros pacientes que buscan atención médica y los nombramientos.

Todos los pacientes deben llegar al menos 10 minutos antes de su hora de la cita real para permitir a en el trabajo de tratamiento de papel y de detección del laboratorio.

Es decir, si bien no se presenta, para una cita o no cancele su cita el día anterior, se le cobrará un costo por no mostrar de \$ 25.00. Esto debe ser pagado en su totalidad antes de que usted está dando una nueva cita con esta oficina. Este costo se puede pagar en persona, por tarjeta de crédito o enviando por correo un cheque personal (fondos insuficientes tasas se aplicará a los cheques devueltos por la cantidad de 30,00 dólares, además de esta política) o giro postal a nuestra dirección en 4514 Chamblee Dunwoody Rd., # 328, Atlanta, GA 30338.

Gracias de antemano por su consideración de nuestro personal de oficina y otros pacientes. Como el número de franjas horarias nombramiento está limitado por las horas en un día de trabajo, debemos usar de manera eficiente para maximizar el

el cuidado de todos los pacientes necesitados de atención.

Respetuosamente,

ANWAN CENTRO DE BIENESTAR PERSONAL

Firma del paciente

Fecha ____/____/____

Firma del paciente o persona que actúe en nombre del paciente

Fecha ____/____/____

HAPEVILLE

725 North Central Avenue • Hapeville, GA 30354 • Ph: 404.761.2766 • Fax: 404.761.6523

TUCKER

2227 Idlewood Road • Tucker, GA 30084 • Ph: 678.205.2039 • Fax: 678.205.2040

Donovan Christie, MD, MS, CPE, FAAP
President and Medical Director

Michael Cantrell DPM Gina Gonzalez-Johnson DO Edward Layne MD Jacqueline Christie FNP, APRN Tracey Marshall FNP, APRN Ron Galy DC

Good Health Through Nutrition, Exercise and Stress Management.



ANWAN Wellness Medical Centers P.C.

Pediatrics + Internal Medicine + Preventive Medicine + Anti-Aging
+ Gastroenterology + Geriatrics + Physical Therapy + Podiatry

Nombre del Paciente: _____ Fecha: _____

Aviso Anticipado al Beneficiario de no cobertura:

Tienes que tomar una decisión sobre la recepción de estos elementos de atención médica o servicios. El propósito de este formulario es ayudarle a tomar una decisión informada sobre si desea o no recibir estos servicios o artículos, sabiendo que usted podría tener que pagar por ellos usted mismo. Antes de tomar una decisión acerca de sus opciones, debería **leer esta notificación cuidadosamente**. Esperamos que su seguro no pague por el producto (s) o servicio (s) que se describen a continuación:

- FIA (Grupo Integral Nutricional)** \$160 tasa por servicio o \$595.00 precio al contado
- IMMUNO LAB (Food sensibilidad del ensayo)** \$160 tasa por servicio o \$595.00 precio al contado
- ZRT LABS (prueba hormonal)** 2 tubos de ensayo precio al contado; 4 de tubo de ensayo precio al contado \$300.00

El hecho de que el seguro no pague por un servicio o producto determinado no significa que usted no deba recibirlo. Puede haber una buena razón a su médico recomienda.

POR FAVOR ELEGIR UNA OPCIÓN. MARQUE UNA CASILLA. FIRME Y FECHA.

Opción 1. SÍ. Quiero recibir estos servicios o artículos. Entiendo que usted puede pedir que pagar ahora, pero también quiero que mi seguro de factura por una decisión oficial sobre el pago. Favor presentar mi reclamación a mi seguro para estos productos o servicios. Puede que tenga que pagar la factura antes de que mi seguro es tomar su decisión. Si mi seguro no paga, se me reembolsará cualquier pago hecho a usted menos co-pagos, co-seguro o deducibles. Comprendo que puedo apelar la decisión de mi aseguradora.

Opción 2. SÍ. Quiero recibir estos servicios o artículos. No facturar a mi seguro. Usted puede pedir que se paga ahora también soy responsable del pago. Yo no puedo apelar si no está seguro facturado.

Opción 3. NO. He decidido no recibir estos servicios o artículos.

El nombre del paciente Print

Fecha ____ / ____ / ____

Firma del paciente o persona que actúe en nombre del paciente

HAPEVILLE

725 North Central Avenue • Hapeville, GA 30354 • Ph: 404.761.2766 • Fax: 404.761.6523

TUCKER

2227 Idlewood Road • Tucker, GA 30084 • Ph: 678.205.2039 • Fax: 678.205.2040

Donovan Christie, MD, MS, CPE, FAAP
President and Medical Director

Michael Cantrell DPM Gina Gonzalez-Johnson DO Edward Layne MD Jacqueline Christie FNP, APRN Tracey Marshall FNP, APRN Ron Galy DC

Good Health Through Nutrition, Exercise and Stress Management.



ANWAN Wellness Medical Centers P.C.

Pediatrics + Internal Medicine + Preventive Medicine + Anti-Aging
+ Gastroenterology + Geriatrics + Physical Therapy + Podiatry

Formulario de Solicitud de limitaciones y restricciones De Uso y Divulgación de Información de Salud Protegida

Nombre del paciente: _____ Número de Seguro Social del Paciente: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Dirección del paciente: _____

Por favor, compruebe el tipo de información del paciente a continuación que desea ser restringido. Usted puede seleccionar más de una línea.

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Domicilio | <input type="checkbox"/> Fecha de nacimiento |
| <input type="checkbox"/> Historial del paciente | <input type="checkbox"/> Fecha de servicio |
| <input type="checkbox"/> Teléfono de la casa | <input type="checkbox"/> Dirección de la oficina |
| <input type="checkbox"/> Ocupación | <input type="checkbox"/> Número de teléfono de la Oficina |
| <input type="checkbox"/> Nombre del empleador | <input type="checkbox"/> Nombre del cónyuge |
| <input type="checkbox"/> Toma nota de la visita | <input type="checkbox"/> Esposo de teléfono de la oficina número de |
| <input type="checkbox"/> Toma nota de Hospital | <input type="checkbox"/> Otro _____ |
| <input type="checkbox"/> Prescripción información | _____ |

Por favor escriba a continuación el tipo de restricción que le gustaría hacer en la ISP del paciente.

Firma del paciente o tutor legal

Fecha

HAPEVILLE

725 North Central Avenue • Hapeville, GA 30354 • Ph: 404.761.2766 • Fax: 404.761.6523

TUCKER

2227 Idlewood Road • Tucker, GA 30084 • Ph: 678.205.2039 • Fax: 678.205.2040

Donovan Christie, MD, MS, CPE, FAAP
President and Medical Director

Michael Cantrell DPM Gina Gonzalez-Johnson DO Edward Layne MD Jacqueline Christie FNP, APRN Tracey Marshall FNP, APRN Ron Galy DC

Good Health Through Nutrition, Exercise and Stress Management.



ANWAN Wellness Medical Centers P.C.

Pediatrics + Internal Medicine + Preventive Medicine + Anti-Aging
+ Gastroenterology + Geriatrics + Physical Therapy + Podiatry

Autorización para el Uso / Liberación de Información de Salud

(Este formulario sólo se aplica a la liberación y la divulgación de la información. No es el consentimiento para el tratamiento o destinados a otros fines.)

Al firmar este formulario, autorizo a ANWAN Wellness Medical Center, PC para el uso, liberación o revelar la información protegida de salud se describen a continuación a:

Nombre de la persona y / o la organización a la que la información debe enviarse _____

Dirección de la persona / organización a la que la información debe enviarse _____

Por favor envíe esta información o información acerca de (no se resienten sin otra autorización): _____ / _____ / _____
Esta autorización expira en cumplimiento de la solicitud a menos que circunstancias especiales que se mencionan a continuación ** Mes Día Año
Propósito de la divulgación (a petición del paciente, el empleo, seguro de vida o invalidez, etc): _____

Yo autorizo a la siguiente información para ser enviada a la dirección antes mencionada:

- _____ Copias de todos los registros médicos para el período de _____ / _____ / _____
Mes Día Año
- _____ Copias de la información descrita a continuación para el período de _____ / _____ / _____
Mes Día Año
- _____ Historia y Examen Físico _____ Laboratorio, rayos X, etc Informes _____ Los informes de los otros médicos
- _____ Otro (Especifique por favor) _____

Entiendo que esta información puede incluir un historial del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), enfermedades de transmisión sexual, virus de inmunodeficiencia humana (VIH), el servicio de salud del comportamiento y atención psiquiátrica, el tratamiento de alcohol y / o abuso de drogas, o condiciones similares.

La siguiente información no deben ser liberados, incluso si se producen durante las fechas anteriores _____

** Por favor describa los requisitos especiales, tales como fax, correo certificado, con fecha de vencimiento extendida, y similares _____

Yo entiendo que puede haber información en estos registros que no quiero en libertad.

Se me ha proporcionado una copia de ANWAN Wellness Medical Center, PC *Aviso de prácticas de privacidad* y los gastos que pueden estar asociados con la autorización. He discutido las preocupaciones que pueda tener sobre el uso, publicación, divulgación de mi información de salud con ANWAN Wellness Medical Center, el Oficial de Protección de PC o de otro personal de la oficina apropiada.

Entiendo que ANWAN Wellness Medical Center, PC no asume ninguna responsabilidad por el uso o mal uso por otros de mi información de salud revelada bajo esta autorización. Libero ANWAN Wellness Medical Center, PC de toda responsabilidad legal que pueda surgir de esta autorización.

Firma del paciente _____ Fecha _____

SS# _____ Fecha de nacimiento: _____

Si la firma anterior no es el de la paciente, estoy actuando para el paciente porque _____

Mi relación con el paciente es: _____ Firmado _____

El paciente o su representante podrá revocar esta autorización, mediante notificación por escrito ANWAN Wellness Medical Center, denominado PC Oficial de Privacidad. La ley federal de que el tratamiento, pago, inscripción o elegibilidad para beneficios no puede ser condicionada a la obtención de esta autorización, si está prohibido este tipo de condicionamiento por la Regla de Privacidad. La ley federal también exige una declaración de que no es el potencial de la información protegida de salud distribuidos bajo esta licencia puede ser sujeta a una nueva comunicación por el destinatario.

HAPEVILLE

725 North Central Avenue • Hapeville, GA 30354 • Ph: 404.761.2766 • Fax: 404.761.6523

TUCKER

2227 Idlewood Road • Tucker, GA 30084 • Ph: 678.205.2039 • Fax: 678.205.2040

Donovan Christie, MD, MS, CPE, FAAP
President and Medical Director

Michael Cantrell DPM Gina Gonzalez-Johnson DO Edward Layne MD Jacqueline Christie FNP, APRN Tracey Marshall FNP, APRN Ron Galy DC

Good Health Through Nutrition, Exercise and Stress Management.



ANWAN Wellness Medical Centers P.C.

Pediatrics + Internal Medicine + Preventive Medicine + Anti-Aging
+ Gastroenterology + Geriatrics + Physical Therapy + Podiatry

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE

CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE PARA uso / Divulgación de Información del Cuidado de la Salud

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Seguro Social: _____ Nombre anterior: _____

Entiendo que la información de salud del paciente es privada y confidencial. Entiendo que ANWAN Wellness Medical Center, PC trabaja muy duro para proteger la privacidad del paciente y preservar la confidencialidad de la información personal de salud del paciente.

Entiendo que ANWAN Wellness Medical Center, PC puede usar y divulgar información de salud del paciente, para ayudar a proporcionar atención médica al paciente, para controlar la facturación y pago, y cuidar de las operaciones de cuidado de la salud. [* En general, se Ningún otro uso o divulgación de esta información a menos que me lo permitan. Yo entiendo que a veces la ley pueda exigir la liberación de esta información sin mi permiso. Estas situaciones son muy inusuales. Un ejemplo sería si un paciente amenazado con hacerle daño a alguien.]

ANWAN Wellness Medical Center, PC tiene un documento detallado denominado "Aviso de Prácticas de Privacidad". Contiene más información acerca de las políticas y prácticas de protección de la privacidad del paciente. Entiendo que tengo el derecho a leer el "aviso" antes de firmar este acuerdo.

ANWAN Wellness Medical Center, PC puede actualizar este "Aviso de Prácticas de Privacidad". Si me preguntan, ANWAN Wellness Medical Center, PC me proporcionará la Comunicación más actual "de prácticas de privacidad".

Bajo los términos de este consentimiento, puedo pedir ANWAN Wellness Medical Center, de PC a limitar la información personal de salud del paciente sea utilizada o revelada para llevar a cabo tratamiento, pago u operaciones de atención médica. Entiendo que ANWAN Wellness Medical Center, PC no que estar de acuerdo con mi solicitud. Si ANWAN Centro Médico de Salud, PC está de acuerdo con mi solicitud, yo entiendo que ANWAN Wellness Medical Center, PC seguiría los límites acordados.

Puedo cancelar este consentimiento por escrito en cualquier momento mediante una de las siguientes:

- 1) Firmar y fechar una forma que ANWAN Wellness Medical Center, PC puede darme llamado "La revocación del consentimiento para el uso y la divulgación de la Salud de la Información", o
- 2) La escritura, firma, y salir con una carta a ANWAN Wellness Medical Center, PC. Si escribo una carta, debo decir que me quiere revocar mi consentimiento para autorizar la utilización y divulgación de información personal de salud del paciente para tratamiento, pago , y operaciones de cuidado de la salud.

Si yo revocar este consentimiento, ANWAN Wellness Medical Center, PC no tiene que proporcionar los servicios de atención de salud más para el paciente.

Mi firma abajo indica que he tenido la oportunidad de revisar una copia actual de ANWAN Medical Wellness Center ", PC Aviso de Prácticas de Privacidad". Mi firma significa que estoy de acuerdo en permitir que ANWAN Wellness Medical Center, PC para utilizar y divulgar la paciente información personal de salud para llevar a cabo tratamientos, pagos y operaciones de cuidado de la salud.

Paciente o persona legalmente autorizada de la firma

Fecha

tiempo

Relación con el paciente si está firmado por nadie más que el paciente (padre, tutor legal, representante personal, etc)

HAPEVILLE

725 North Central Avenue • Hapeville, GA 30354 • Ph: 404.761.2766 • Fax: 404.761.6523

TUCKER

2227 Idlewood Road • Tucker, GA 30084 • Ph: 678.205.2039 • Fax: 678.205.2040

Donovan Christie, MD, MS, CPE, FAAP
President and Medical Director

Michael Cantrell DPM Gina Gonzalez-Johnson DO Edward Layne MD Jacqueline Christie FNP, APRN Tracey Marshall FNP, APRN Ron Galy DC

Good Health Through Nutrition, Exercise and Stress Management.



ANWAN Wellness Medical Centers P.C.

Pediatrics + Internal Medicine + Preventive Medicine + Anti-Aging
+ Gastroenterology + Geriatrics + Physical Therapy + Podiatry

Derechos sobre su información

La salud y facturación que mantenemos son la propiedad física de ANWAN Wellness Medical Center, PC. La información en él, sin embargo, pertenece a usted. Usted tiene derecho a:

- Solicitar una restricción en ciertos usos y divulgaciones de su información de salud mediante la entrega de la solicitud por escrito a ANWAN Wellness Medical Center, PC - no estamos obligados a conceder la solicitud, pero vamos a cumplir con cualquier petición concedida;
- Obtener una copia de la Notificación de Prácticas de Privacidad de Información de Salud Protegida ("Aviso") haciendo una petición en nuestra oficina;
- Solicitar que se permita inspeccionar y copiar su registro de salud y los datos de facturación - Usted puede ejercer este derecho mediante la entrega de la solicitud por escrito a ANWAN Wellness Medical Center, PC utilizando el formulario que le proporcionamos a usted que lo soliciten;
- Recurrir la denegación de acceso a su información protegida de salud, excepto en determinadas circunstancias;
- Solicite que su registro de la atención médica sea enmendada para corregir la información incompleta o incorrecta, entregando una solicitud por escrito a ANWAN Wellness Medical Center, PC, utilizando el formulario que le proporcionamos a petición suya (El médico u otro proveedor de cuidado de la salud no está obligada a efectuar tales modificaciones);
- Presentar una declaración de desacuerdo, si se rechaza su enmienda, y exige que la solicitud de enmienda y toda negación se adjunta en el futuro todas las divulgaciones de su información protegida de salud;
- Obtener una contabilidad de las revelaciones de su información médica según sea necesario para mantener la ley, entregando una solicitud por escrito a ANWAN Wellness Medical Center, PC, utilizando el formulario que le proporcionamos a pedido. La cuenta no incluye los usos internos de información para el tratamiento, de pago, o la operación, las revelaciones hechas a usted o puestos a su solicitud, o revelaciones hechas a los miembros de la familia de los amigos en curso de la prestación de atención;
- Solicitar que las comunicaciones de su información médica se transmitan por medios alternativos o en una ubicación alternativa al entregar la solicitud por escrito a ANWAN Wellness Medical Center, PC utilizando el formulario que le ofrecemos lo soliciten, y
- Revocar las autorizaciones que se realizan previamente a utilizar o divulgar información, salvo en la medida en la información o la acción ha sido tomada por entregar una revocación por escrito a ANWAN Wellness Medical Center, PC.

Si desea ejercer cualquiera de los derechos mencionados anteriormente, por favor, póngase en contacto con el Administrador de Prácticas en el 770-685-7879, en persona o por escrito, durante las horas normales. Nuestro personal le ofrecerá asistencia en los pasos a seguir para ejercer su derecho . Usted tiene el derecho de revisar este aviso antes de firmar el acuerdo que autoriza el uso y divulgación de su información protegida de salud para tratamiento, pago y operaciones de cuidado de la salud.

Nuestras Responsabilidades:

ANWAN Wellness Medical Center, PC está obligado a:

- Mantener la privacidad de su información de salud como es requerido por la ley;
- Proporcionar a usted un aviso de nuestros deberes y prácticas de privacidad en cuanto a la información que recogemos y mantenemos acerca de usted;
- Cumplir con los términos de este Aviso;
- Acomoda sus solicitudes acerca de métodos para comunicar información de salud con usted.

Nos reservamos el derecho de modificar, cambiar o eliminar las disposiciones en nuestras prácticas de privacidad y prácticas de acceso y de promulgar las nuevas disposiciones sobre la información de salud que mantenemos. Si nuestras prácticas de información de cambio, vamos a modificar nuestra Notificación. Usted tiene derecho a recibir una copia revisada del Aviso llamando y solicitando una copia de nuestro "Aviso" o visitando nuestra oficina para recoger una copia.

Para solicitar información o presentar una queja

Si usted tiene preguntas, desea información adicional, o quiere reportar un problema relacionado con el manejo de su información, puede comunicarse con el administrador de Práctica en 770-685-7879.

Además, si usted cree que sus derechos han sido violados, usted puede presentar una queja por escrito en nuestra oficina por la entrega de la queja por escrito al administrador de la práctica. También puede presentar una queja por correo o correo electrónico a la Secretaría de Salud y Humanos los servicios cuya dirección postal y dirección de correo electrónico está Oficina de Derechos Civiles, EE.UU. Departamento de Salud

PÁGINA 1 de 2

HAPEVILLE

725 North Central Avenue • Hapeville, GA 30354 • Ph: 404.761.2766 • Fax: 404.761.6523

TUCKER

2227 Idlewood Road • Tucker, GA 30084 • Ph: 678.205.2039 • Fax: 678.205.2040

Donovan Christie, MD, MS, CPE, FAAP
President and Medical Director

Michael Cantrell DPM Gina Gonzalez-Johnson DO Edward Layne MD Jacqueline Christie FNP, APRN Tracey Marshall FNP, APRN Ron Galy DC

Good Health Through Nutrition, Exercise and Stress Management.

y Servicios Humanos, 61 Forsyth Street, SW. - Suite 3B70, Atlanta, GA 30323, 404-562-7886, TDD 404-331-2867, OCRComplaint@hhs.gov; 1-800-368-1019.

- No podemos, y no, requerir que usted renuncie el derecho a presentar una queja ante la Secretaría de Salud y Servicios Humanos (HHS) como condición para recibir tratamiento en ANWAN Wellness Medical Center, PC.
- No podemos, y no, tomar represalias contra usted por llenar una queja con el Secretario de Salud y Servicios Humanos.

Otras Revelaciones y Usos

Notificación - A menos que usted se oponga, podemos usar o divulgar su información médica protegida para notificar o asistir en notificar un miembro de la familia, representante personal u otra persona responsable de su cuidado, sobre su ubicación, y sobre su condición general, o de su muerte .

Comunicación con la Familia - Usando nuestro mejor juicio, podemos revelar a un miembro de la familia, otro pariente, un amigo cercano, o cualquier otra persona que usted identifique, información pertinente para que la participación de la persona en su cuidado o en el pago por dicha atención si lo hace no objeto o en una emergencia.

Investigación - Nosotros podemos revelar información a investigadores cuando la investigación haya sido aprobada por una junta de revisión institucional que haya revisado la propuesta de investigación y establecido protocolos para asegurar la privacidad de su información médica protegida.

De Ayuda para Desastres - Podemos utilizar y divulgar su información protegida de salud para ayudar en los esfuerzos de socorro en casos de desastre.

Médicos forenses o directores de funerarias - Podemos revelar su información protegida de salud a directores de funerales o médicos forenses de conformidad con la ley aplicable para que puedan llevar a cabo sus funciones.

Organ Procurement Organization - De conformidad con la ley aplicable, podemos divulgar su información protegida de salud a organizaciones de adquisición de órganos u otras entidades involucradas en la adquisición, la banca, o el trasplante de órganos para fines de donación y trasplante de tejidos.

Marketing - Podemos comunicarnos con usted para proporcionarle recordatorios de citas, con información sobre alternativas de tratamiento, o con la información sobre la salud de otros beneficios y servicios relacionados que puedan ser de su interés.

De recaudación de fondos - Podemos comunicarnos con usted como parte de un esfuerzo de recaudación de fondos.

Food and Drug Administration (FDA) - Si usted está buscando una compensación a través de Compensación de Trabajadores, podemos divulgar su información médica protegida en la medida necesaria para cumplir con las leyes de Compensación de Trabajadores.

Salud Pública - Tal como lo exige la ley, podemos divulgar su información protegida de salud a la salud pública o autoridades legales encargadas de prevenir o controlar enfermedades, lesiones o discapacidad.

Abuse & Neglect - Nosotros podemos revelar su información protegida de salud a las autoridades públicas como permitido por la ley a reportar abuso o negligencia.

Instituciones penitenciarias - Si usted es un recluso de una institución correccional, podemos divulgar a la institución o sus agentes la información protegida de salud necesarios para su salud y la salud y la seguridad de otros individuos.

Aplicación de la Ley - Nosotros podemos revelar su información protegida de salud para hacer cumplir la ley conforme a la ley, como cuando sea requerido por una orden judicial, o en casos que involucren el proceso delito grave, o en la medida de un individuo está en la custodia de la ley.

Supervisión de la Salud - La ley federal nos permite revelar su información protegida de salud a los organismos de supervisión adecuada de la salud o para actividades de supervisión de la salud.

Judiciales / Administrativos - Nosotros podemos revelar su información de salud protegida en el curso de cualquier procedimiento judicial o administrativo que permita o exija la ley, con su consentimiento, o según las indicaciones de orden de la corte.

Amenaza grave a la salud o la seguridad - Para evitar una amenaza grave para la salud o la seguridad, podemos divulgar su información de salud protegidas de conformidad con las leyes aplicables para prevenir o disminuir una amenaza grave e inminente para la salud o la seguridad de una persona o del público.

Para funciones gubernamentales especializadas - Es posible divulgar su información protegida de salud para funciones gubernamentales especializadas autorizadas por la ley, como al personal de las Fuerzas Armadas, para fines de seguridad nacional o para el personal del programa de asistencia pública.

Otros usos - Otros usos y revelaciones, además de las señaladas en la presente Notificación se harán sólo si la ley o con autorización escrita y podrá revocar la autorización como se había previsto.

Sitio Web - Si mantenemos un sitio web que proporciona información acerca de nuestra entidad, este aviso será en el sitio web.

Fecha de vigencia: 1 de abril 2003



ANWAN Wellness Medical Centers P.C.

Pediatrics + Internal Medicine + Preventive Medicine + Anti-Aging
+ Gastroenterology + Geriatrics + Physical Therapy + Podiatry

Aviso de prácticas de privacidad de Información de Salud Protegida

Este aviso describe cómo la información médica puede ser usada y revelada y cómo usted puede obtener acceso a esta información. Por favor, revise con cuidado!

Si usted da su consentimiento, ANWAN Wellness Medical Center, PC, es permitida por las leyes federales de privacidad para hacer uso y divulgación de su información médica para propósitos de tratamiento, pago y operaciones de cuidado de la salud. Información protegida de salud es la información que obtengan en crear y ofrecer a nuestros servicios. Esta información puede incluir la documentación de sus síntomas, resultados de exámenes y pruebas, diagnósticos, tratamiento y aplicación para el cuidado o tratamiento futuro. También incluye documentos de facturación de dichos servicios.

PARA EL PAGO: Podemos utilizar y revelar información médica acerca de usted para que el tratamiento y los servicios que recibe puedan ser facturados y el pago podrá cobrar a usted, una compañía de seguros o de un tercero. Además, podemos decirle a su plan de salud un tratamiento que usted va a recibir con el fin de obtener la aprobación necesaria o para determinar si su plan cubrirá el tratamiento.

PARA EL TRATAMIENTO: Podemos utilizar la información médica sobre usted para proporcionarle tratamiento o servicios médicos. Podemos revelar información sobre usted a médicos, enfermeras, técnicos, estudiantes de medicina o personal del hospital que participan en su cuidado. También podemos revelar información después de salir de nuestras instalaciones a las personas como miembros de la familia, el clero, u otras personas que forman parte de su cuidado.

Que EE.UU. necesita la ley a:

- Asegúrese de que la información médica que lo identifica se mantenga privada;
- Darle aviso de nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad con respecto a la información médica acerca de usted;
- Cumplir con los términos del aviso que está actualmente en vigor

SOLICITA: Podemos utilizar y divulgar la información para contactar con usted acerca de una cita, el tratamiento y atención médica.

Como por ley: Nosotros revelaremos información médica sobre usted cuando sea requerido para ello por leyes federales, estatales o locales. Esto incluye a militares, veteranos, las disputas demanda, la citación para la corte, y la seguridad nacional.

Riesgo de salud pública: Podemos revelar información médica sobre usted para actividades de salud pública. Estas actividades generalmente incluyen lo siguiente, pero no están limitados a: prevenir o controlar enfermedades, lesiones o discapacidades, el nacimiento de informes y muertes; Reportar el abuso o abandono; Notificar a las personas de revocaciones de productos que puedan estar usando; Notificar a la autoridad gubernamental apropiada si creemos que un paciente ha sido víctima de abuso, negligencia o violencia doméstica. Solamente haremos esta divulgación si usted está de acuerdo o cuando sea requerido o autorizado por la ley .

Presos: Si usted es un recluso de una institución correccional o bajo la custodia de oficiales de cumplimiento de la ley, podemos revelar información médica acerca de usted para su salud y seguridad.

JUECES DE INSTRUCCIÓN, MÉDICOS FORENSES, y directores de funerarias: Podemos revelar su información médica con el fin de identificar a una persona fallecida o para determinar la causa de la muerte, así como para el hospital y directores de funerarias para llevar a cabo sus servicios.

Individuos involucrados en su cuidado o pago por SU CUIDADO: Podemos revelar información médica acerca de usted a un amigo o familiar que esté involucrado en su atención médica. También podemos darle información a alguien que ayuda a pagar por su cuidado.

Compensación para trabajadores: Podemos divulgar información médica sobre usted para compensación de trabajadores o programas similares. Estos programas proveen beneficios para lesiones relacionadas al trabajo o la enfermedad.

HAPEVILLE

725 North Central Avenue • Hapeville, GA 30354 • Ph: 404.761.2766 • Fax: 404.761.6523

TUCKER

2227 Idlewood Road • Tucker, GA 30084 • Ph: 678.205.2039 • Fax: 678.205.2040

Donovan Christie, MD, MS, CPE, FAAP
President and Medical Director

Michael Cantrell DPM Gina Gonzalez-Johnson DO Edward Layne MD Jacqueline Christie FNP, APRN Tracey Marshall FNP, APRN Ron Galy DC

Good Health Through Nutrition, Exercise and Stress Management.



ANWAN Wellness Medical Centers P.C.

Pediatrics + Internal Medicine + Preventive Medicine + Anti-Aging
+ Gastroenterology + Geriatrics + Physical Therapy + Podiatry

Nombre del paciente: _____

Fecha: _____

ESCRITA ACUSE RECIBO:

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

I, _____, HAN RECIBIDO UNA COPIA DE BIENESTAR ANWAN MEDICAL CENTER, PC (Donovan W. CHRISTIE, MD, PC) AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD.

Firma del paciente

Fecha ____/____/____

Firma del paciente o persona que actúe en nombre del paciente

Fecha ____/____/____

HAPEVILLE

725 North Central Avenue • Hapeville, GA 30354 • Ph: 404.761.2766 • Fax: 404.761.6523

TUCKER

2227 Idlewood Road • Tucker, GA 30084 • Ph: 678.205.2039 • Fax: 678.205.2040

Donovan Christie, MD, MS, CPE, FAAP
President and Medical Director

Michael Cantrell DPM Gina Gonzalez-Johnson DO Edward Layne MD Jacqueline Christie FNP, APRN Tracey Marshall FNP, APRN Ron Galy DC

Good Health Through Nutrition, Exercise and Stress Management.