



Improve the health of America's workforce, one patient at a time.

Consumer Health Patient Information

Reason for visit: _____

Last Name: _____ First Name: _____ MI: _____

Date of Birth (MM/DD/YYYY): _____ Female Male

Patient SS#: _____ Married Single

Military DBN (DoD Benefits Number): _____

Patient Address: _____ Apt #: _____ City: _____ State: _____ Zip: _____

Home Phone: _____ Cell phone: _____

Patient Email Address: _____

For security of your records, all emails containing protected health information (PHI) are sent encrypted.

Concentra may leave detailed voice messages about your visit or future appointments unless you object by checking the "No" box. No Contact Phone (best number): _____

Employer Name: _____ Employer Address: _____

Guarantor Information: If the guarantor (person financially responsible) is anyone other than the patient, complete this section.

Last Name: _____ First Name: _____ MI: _____

Address: _____ Apt #: _____ City: _____ State: _____ Zip: _____

DOB: _____ Guarantor SS#: _____

Phone: _____

Relationship to patient: (Check one) Self Spouse Parent/Guardian Other: _____

Subscriber Information: If the insurance subscriber (person carrying the insurance) is anyone other than the patient, complete this section.

Last Name: _____ First Name: _____ MI: _____

DOB: _____ Phone: _____

Address: _____ Apt #: _____ City: _____ State: _____ Zip: _____


Relationship to patient: (Check one) Self Spouse Parent/Guardian Other: _____

Emergency Contact Name: _____ Emergency Contact Phone: _____

Concentra's external survey partner may contact you to participate in a satisfaction survey about this visit. We rely on your feedback to help us improve the patient experience. May we contact you for a brief survey? Yes No

Consent for Medical Treatment

I give permission to Concentra to perform the following services that the physicians and other non-physician providers and assistants may deem to be necessary: (a) medical, surgical, and diagnostic (e.g.: including, but not limited to, x-rays, blood draws, and laboratory tests) processes, treatments, and procedures; (b) administration of injections, medications, and immunizations (with immunizations to occur after my receipt of any applicable vaccine information statements (“VIS” or “VISs”)); and (c) completion of medically appropriate tests for communicable and other diseases.

 **Signature:** _____ **Date:** _____

Consent for Wellness and Preventative Health Screening

I give permission to Concentra to perform a wellness and/or preventative health screening. I understand that I am solely responsible for following up with my personal physician or other healthcare provider about the results of my screening. In performing the wellness screening, Concentra does not assume any responsibility for ongoing treatment or management of care.

 **Signature:** _____ **Date:** _____

Today’s Payment

Payment made today will be paid by:

How will you be paying for today’s bill?

- Patient Pay – I will be paying today using:
 - Cash Check VISA MasterCard Discover Debit Card American Express
- Insurance – I will present my insurance card and an approved form of ID.

Financial Policy

Unless you are here for employer paid services, you will be responsible for either full payment or payment as indicated by your insurance plan. If Concentra has a contract with your insurance company we will file today’s charges with that insurance company. You will be responsible for your co-payment and/or deductible, and the cost of any services not covered by insurance. You may receive a bill from Concentra for any unpaid balance.

If you have insurance...

☞ I understand that I am financially responsible for all charges not covered by my insurance. **Initials** _____

If you do not have insurance...

If you do not have insurance coverage or Concentra does not have a direct contract with your insurance company, you will be required to pay in full for your visit today. You can expect to pay an initial payment for medical care/treatment based on posted pricing in the center. This will be collected at check-in.

☞ If your treatment requires more complex evaluations, lab tests, vaccines, medications, X-rays, or supplies, you will be charged for those in addition to the appropriate office visit fee. These fees will be collected after service and treatment have been provided.


☞ I do not have insurance and I acknowledge that I am responsible for all costs. **Initials** _____

Release of Medical Records, Assignment of Benefits, Financial Responsibility

Concentra will submit claims to my insurance carrier as well as medical records needed to evaluate the claims for payment. I further assign payment of benefits, otherwise payable to me, to be made payable to Concentra.

☞ I understand that I am financially responsible for all charges not covered by my insurance.

Print Name: _____

 **Signature:** _____ **Date:** _____

Primary Care Physician

Name: _____ **City:** _____

State: _____ **Telephone Number:** _____

Notice of Privacy Practices

Your name and signature below indicate that you have been made aware of Concentra’s Notice of Privacy Practices (NOPP) on the date indicated. You understand that the NOPP is posted in the center and a copy will be provided to you if you request it. If this is your first date of service with Concentra, please indicate this to the front desk receptionist and he/she will provide you a copy of the NOPP. If you have any questions regarding the information in Concentra’s Notice of Privacy Practices, contact Concentra’s Privacy office at 800-819-5571 or privacyoffice@Concentra.com.

Name: (please print) _____ **Date Notice Received:** _____

 **Signature:** _____



Mejorar la salud de la fuerza laboral de Estados Unidos, un paciente a la vez.

Información del paciente de salud del consumidor

Motivo de la visita: _____

Apellido: _____ Primer nombre: _____ Inicial del segundo nombre: _____

Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA): _____ Femenino Masculino

N.º de SS del paciente: _____ Casado Soltero

DBN militar (Número de beneficios del DoD): _____

Dirección del paciente: _____ Apto. N. _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono de residencia: _____ Celular: _____

Dirección de correo electrónico del paciente: _____

Para seguridad de sus registros, todos los correos electrónicos que contienen información de salud protegida (PHI, por sus siglas en inglés) se envían cifrados.

Concentra puede dejar mensajes de voz detallados acerca de sus visitas o citas futuras a menos que usted se oponga marcando la casilla "No". No Teléfono de contacto (mejor número): _____

Nombre del empleador: _____ Dirección del empleador: _____

Información del garante: Si el garante (persona responsable financieramente) no es el paciente, complete esta sección.

Apellido: _____ Primer nombre: _____ Inicial del segundo nombre: _____

Dirección: _____ Apto. N. _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Fecha de nacimiento: _____ N.º de SS del garante: _____

Teléfono: _____

Parentesco con el paciente: (Marque uno) Usted mismo Cónyuge Padre/madre/tutor Otro: _____

Información del suscriptor: Si el suscriptor del seguro (persona titular del seguro) no es el paciente, complete esta sección.

Apellido: _____ Primer nombre: _____ Inicial del segundo nombre: _____

Fecha de nacimiento: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____ Apto. N. _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Parentesco con el paciente: (Marque uno) Usted mismo Cónyuge Padre/madre/tutor Otro: _____

Nombre del contacto de emergencia: _____

Teléfono del contacto de emergencia: _____

El socio externo de encuestas de Concentra puede comunicarse con usted para que participe en una encuesta de satisfacción sobre esta visita. Confiamos en sus comentarios para ayudarnos a mejorar la experiencia del paciente. ¿Podemos comunicarnos con usted para realizar una breve encuesta? Sí No

Consentimiento para el tratamiento médico

Otorgo mi permiso a Concentra para que realice los siguientes servicios que el médico y otros proveedores que no sean médicos y asistentes puedan considerar necesarios: (a) procesos, tratamientos y procedimientos médicos, quirúrgicos y de diagnóstico (por ejemplo, incluyendo, pero sin limitarse a rayos X, extracciones de sangre y pruebas de laboratorio); (b) administración de inyecciones, medicamentos y vacunas (las inyecciones deben administrarse después de la recepción de cualquier declaración de información aplicable sobre las vacunas (“VIS”)); y (c) completar las pruebas médicamente apropiadas para enfermedades contagiosas y de otro tipo.

 Firma: _____ Fecha: _____

Consentimiento para pruebas de detección de bienestar y salud preventiva

Otorgo permiso a Concentra para que realice una prueba de detección de bienestar o de salud preventiva. Entiendo que soy el único responsable de dar seguimiento con mi médico personal u otro proveedor de atención médica sobre los resultados de mi prueba de detección. Al realizar la prueba de detección de bienestar, Concentra no asume responsabilidad alguna por el tratamiento o manejo continuo de la atención.

 Firma: _____ Fecha: _____

Pago del día
¿Cómo pagará la factura de hoy?

El pago que se haga hoy lo pagará:

- Pago del paciente; yo pagaré hoy usando:
 - Efectivo Cheque VISA MasterCard Discover Tarjeta de débito American Express
- Seguro; presentaré mi tarjeta de seguro y un tipo aprobado de Identificación.

Política financiera

A menos que esté aquí por los servicios pagados por el empleador, usted será responsable del pago completo o del pago según se indica en su plan de seguro. Si Concentra tiene un contrato con su compañía de seguros, presentaremos los cargos de hoy con esa compañía de seguros. Usted será responsable de su copago o deducible, y el costo de cualquier servicio que no cubra este seguro. Puede recibir una factura de Concentra por cualquier saldo no pagado.

Si tiene un seguro...

☞ Entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos no cubiertos por mi seguro. **Iniciales** _____

Si no tiene un seguro...

Si no tiene cobertura de seguro o Concentra no tiene un contrato directo con su compañía de seguros, deberá pagar completamente su visita del día de hoy. Puede esperar hacer un pago inicial por la atención/tratamiento médico con base en el precio registrado en el centro. Este se cobrará al ingreso.

- ☞ Si su tratamiento requiere evaluaciones más complejas, pruebas de laboratorio, vacunas, medicamentos, rayos X o suministros, estos se le cobrarán además de la tarifa apropiada por visita al consultorio. Estas tarifas se cobrarán después de que se haya proporcionado el servicio y tratamiento.
- ☞ No tengo seguro y reconozco que soy responsable de todos los costos. **Iniciales** _____

Divulgación de los registros médicos, asignación de beneficios, responsabilidad financiera

Concentra presentará los reclamos a mi aseguradora al igual que los registros médicos necesarios para evaluar los reclamos del pago. Además, asigno el pago de los beneficios, de otra manera pagaderos a mí, para que sean pagaderos a Concentra.

☞ Entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos no cubiertos por mi seguro.

Nombre en letra de molde: _____

 Firma: _____ Fecha: _____

Médico de atención primaria

Nombre: _____ Ciudad: _____

Estado: _____ Número de teléfono: _____

Aviso de las Prácticas de Privacidad

Su nombre y su firma a continuación indican que se le ha informado sobre el Aviso de Prácticas de Privacidad (Notice of Privacy Practices, NOPP) de Concentra en la fecha indicada. Usted comprende que el NOPP está publicado en el centro y que se le proporcionará una copia si usted la solicita. Si esta es su primera fecha de servicio con Concentra, indíquese a la persona que trabaja en la recepción y él/ella le proporcionará una copia del NOPP. Si tiene alguna pregunta sobre la información contenida en el Aviso de Prácticas de Privacidad de Concentra, comuníquese con la oficina de Privacidad de Concentra llamando al 800-819-5571 o en privacyoffice@Concentra.com.

Nombre: (escriba en letra de molde) _____

 Firma: _____ Fecha en la que se recibió el aviso: _____