



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](mailto: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](mailto:privacyoffice@Concentra.com).

Nombre: (escriba en letra de molde) \_\_\_\_\_

 Firma: \_\_\_\_\_ Fecha en la que se recibió el aviso: \_\_\_\_\_