

**PATIENT REGISTRATION FORM (eCW)
FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN DEL PACIENTE (eCW)**

PATIENT INFORMATION / INFORMACIÓN DEL PACIENTE

(Please print) / (En letra de imprenta)

Patient's Name: (Last)/Nombre del paciente: (Apellido) _____ (First)/(Primer nombre) _____ (MI)/(Inicial del segundo nombre) _____

Preferred Full Name (if different from above) / Nombre completo preferido (si es diferente del anterior): _____

Address/Dirección: _____

City, State, Zip/Ciudad, estado, código postal: _____

Home Phone Number (landline) / Número de teléfono particular (línea fija): _____ Cell / Teléfono celular: _____

Work / Teléfono laboral: _____

E-Mail Address / Dirección de correo electrónico: _____ Date of Birth / Fecha de nacimiento: _____

Gender Identity / Identidad de género: Female / Femenino Male / Masculino Transgender Female to Male / Mujer transgénero a hombre
 Transgender Male to Female / Hombre transgénero a mujer Genderqueer / Género no binario (*Genderqueer*)
 Choose not to disclose / Elige no especificar
 Additional Gender category not listed / Categoría de género adicional no incluida en la lista _____

Race / Raza: American Indian/Alaska Native/Indoamericano/Nativo de Alaska Asian/Asiático
 Native Hawaiian/Pacific Islander/Nativo de Hawái/Isleño del Pacífico Black/African American/Negro/Afroamericano
 White/Blanco Hispanic/Hispano Other/Otro Declined/NC

Ethnicity/Grupo étnico: Hispanic or Latino Hispano o latino Not Hispanic or Latino/No hispano o latino Declined/NC

Preferred language / Idioma preferido: English / Inglés Spanish / Español ASL / Lenguaje de señas Japanese / Japonés Mandarin / Mandarín
 Korean / Coreano French / Francés Indian: Hindi, Tamil, Gujarati etc. / Indio: Hindi, Tamil, Gujarati, etc.
 Swahili / Swahili Russian / Ruso Arabic / Árabe Vietnamese / Vietnamita Haitian Creole / Criollo haitiano
 Bosnian/Croatian/Serbian/Serbo-Croatian / Bosnio/Croata/Serbio/Serbocroata Albanian / Albanés Burmese / Birmano
 Tagalog / Tagalo Farsi-Iranian/Persian / Farsi-Irani/Persa Portuguese / Portugués Cambodian / Camboyano
 Other not listed / Otros que no figuran en la lista _____

Social Security Number/Número de Seguro Social: _____ - _____ - _____

**RESPONSIBLE PARTY INFORMATION (If not self) (Information used for patient balance statements)
INFORMACIÓN DE LA PARTE RESPONSABLE (si no es el paciente) (Información utilizada para los estados de cuenta del paciente)**

Responsible party/Parte responsable: Another patient/Otro paciente Guarantor /Garante Self/El paciente mismo

Check here if address and telephone information is same as patient/Marque aquí si la información de dirección y teléfono es la misma que la del paciente.
 Responsible party name: (Last)/Nombre de la parte responsable: (Apellido) _____ (First)/(Primer nombre) _____ (MI)/(Inicial del segundo nombre) _____

Date of birth/Fecha de nacimiento: MM/DD _____ /DD/MM _____ /YYYY/AAAA _____ Sex/Sexo: Female/Femenino Male/Masculino

Social Security Number Número de Seguro Social: _____ - _____ - _____ Phone number/Número de teléfono: _____

Address/Dirección: _____

City, State/Ciudad, estado: _____ ZIP/CÓDIGO POSTAL: _____

INSURANCE INFORMATION: Provide your insurance card(s) (primary, secondary, etc.) to the front desk at check-in.
INFORMACIÓN SOBRE EL SEGURO: presente su(s) tarjeta(s) de seguro (primario, secundario, etc.) en la recepción al ingresar.

EMERGENCY CONTACT INFORMATION / INFORMACIÓN DEL CONTACTO DE EMERGENCIA

Emergency contact name (Last)/Nombre del contacto de emergencia: (Apellido) _____ (First)/(Primer nombre) _____

Phone number/Número de teléfono: _____ Do you have a living will?/¿Tiene un testamento en vida? Yes/Sí No/No

Emergency contact relationship to patient/Relación del contacto de emergencia con el paciente: _____ Guardian/Tutor

Address/Dirección: _____

City, State/Ciudad, Estado: _____ ZIP/CÓDIGO POSTAL: _____

Home phone/Teléfono particular: _____ Work phone/Teléfono laboral: _____ Ext/Ext. _____

GENERAL CONSENT FOR CARE AND TREATMENT CONSENT / CONSENTIMIENTO GENERAL PARA ATENCIÓN Y CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO

TO THE PATIENT: You have the right, as a patient, to be informed about your condition and the recommended surgical, medical or diagnostic procedure to be used so that you may make the decision whether or not to undergo any suggested treatment or procedure after knowing the risks and hazards involved. At this point in your care, no specific treatment plan has been recommended. This consent form is simply an effort to obtain your permission to perform the evaluation necessary to identify the appropriate treatment and/or procedure for any identified condition(s).

AL PACIENTE: usted tiene derecho, como paciente, a ser informado sobre su condición y la cirugía recomendada, el procedimiento médico o de diagnóstico que se va a utilizar de modo que pueda tomar una decisión sobre si someterse o no a un tratamiento o procedimiento después de conocer los riesgos y peligros involucrados. En este punto de su atención, no se ha recomendado ningún plan específico. Este formulario de consentimiento es simplemente un esfuerzo por obtener su permiso a fin de realizar la evaluación necesaria para identificar el tratamiento o el procedimiento adecuado para cualquier condición identificada.

This consent provides us with your permission to perform reasonable and necessary medical examinations, testing and treatment. By signing below, you are indicating that (1) you intend that this consent is continuing in nature even after a specific diagnosis has been made and treatment recommended; and (2) you consent to treatment at this office or any other satellite office under common ownership. The consent will remain fully effective until it is revoked in writing. You have the right at any time to discontinue services.

Este consentimiento nos otorga su permiso para realizar los exámenes médicos, las pruebas y el tratamiento razonables y necesarios. Al firmar a continuación, usted indica que (1) es su intención que este consentimiento continúe vigente, incluso después de que se haya realizado un diagnóstico específico y se haya recomendado un tratamiento y (2) su consentimiento al tratamiento en este consultorio o en cualquier otro consultorio satélite de propiedad común. El consentimiento continuará plenamente vigente hasta que sea revocado por escrito. Tiene el derecho a discontinuar los servicios en cualquier momento.

You have the right to discuss the treatment plan with your physician about the purpose, potential risks and benefits of any test ordered for you. If you have any concerns regarding any test or treatment recommend by your health care provider, we encourage you to ask questions. I voluntarily request a physician, and/or mid-level provider (nurse practitioner, physician assistant, or clinical nurse specialist), and other health care providers or the designees as deemed necessary, to perform reasonable and necessary medical examination, testing and treatment for the condition which has brought me to seek care at this practice. I understand that if additional testing, invasive or interventional procedures are recommended, I will be asked to read and sign additional consent forms prior to the test(s) or procedure(s).

Tiene el derecho a analizar el plan de tratamiento con su médico sobre el propósito, los riesgos potenciales y los beneficios de cualquier prueba que sea ordenada para usted. Si tiene alguna inquietud sobre cualquier prueba o tratamiento que haya ordenado su proveedor de atención médica, le recomendamos hacer preguntas. Voluntariamente solicito a un médico o proveedor de nivel medio (enfermera practicante, asistente del médico o especialista en enfermería clínica) y otros proveedores de atención médica o las personas designadas, según sea necesario, que realicen el examen médico, las pruebas y el tratamiento razonables y necesarios para la condición por la que busqué atención médica en este consultorio. Entiendo que si se recomiendan pruebas adicionales, procedimientos invasivos o de intervención, se me pedirá que lea y firme formularios de consentimiento adicionales antes de realizar las pruebas o los procedimientos.

I certify that I have read and fully understand the above statements and consent fully and voluntarily to its contents.
Certifico que leí y entiendo plenamente las declaraciones anteriores y doy mi consentimiento pleno y voluntario a su contenido.

Signature of patient or personal representative/Firma del paciente o representante personal: _____ Date/Fecha: _____

Printed name of patient or personal representative/Firma del paciente o representante personal en letra de imprenta: _____

Relationship to patient/Relación con el paciente: _____

Patient Name/Nombre del paciente: _____ Date of Birth/Fecha de nacimiento: _____

Past Medical History: Please circle conditions you have/had/Historial médico pasado: marque con un círculo las enfermedades que tiene/tuvo:

- | | | |
|---|---|--|
| Anemia/Anemia | Heart Attack/Ataque cardíaco | Poor Circulation/Mala circulación |
| Anxiety/Ansiedad | Heart Problem/Problema cardíaco | Pulmonary Embolism/Embolia pulmonar |
| Arthritis/Artritis | Hepatitis/Hepatitis | Rheumatoid Arthritis/Artritis reumatoidea |
| Bleeding Disorder/Trastorno hemorrágico | Hernia/Hernia | Seizures/Epilepsy/Convulsiones/epilepsia |
| Blood Clots/Coágulos de sangre | High Blood Pressure/Hipertensión arterial | Stroke/Derrame |
| Cancer/Cáncer | Kidney Disease/Enfermedad renal | Thyroid Problems/Problemas de tiroides |
| Diabetes/Diabetes | Leg or Foot Ulcer/Úlcera de pierna o pie | Tuberculosis/Tuberculosis |
| Endocarditis/Endocarditis | Liver Disease/Enfermedad hepática | Ulcers/Úlceras |
| Fibromyalgia/Fibromialgia | Lung Disease/Enfermedad pulmonar | Urinary Tract Infections/Infección del tracto urinario |
| GERD (Acid Reflux)/Reflujo gástrico
(GERD, por sus siglas en inglés) | Osteoporosis/Osteoporosis | Other/Otro: _____ |
| Gout/ Gota | Pacemaker/Marcapasos | _____ |

Childhood Diseases/Enfermedades infantiles: **Measles/Sarampión Mumps/Paperas Scarlet Fever/Fiebre escarlata Other/Otra:** _____

Have you ever been diagnosed with Hepatitis C, and if so, when?/¿Le han diagnosticado hepatitis C? De ser así, ¿cuándo? _____

(If yes, then you should not drink alcohol as it is associated with varying degrees of risk to your health.)

(Si su respuesta es afirmativa, no debería beber alcohol ya que se asocia con diferentes grados de riesgo para su salud).

Females: Are you now, or do you think you could be pregnant?/**Mujeres:** ¿Está embarazada o cree que podría estarlo? **Yes/Sí No/No**

ALLERGIES/ALERGIAS

SURGERY/HOSPITALIZATIONS/CIRUGÍA/HOSPITALIZACIONES

DATE/ FECHA

Patient Name/Nombre del paciente: _____ Date of Birth/Fecha de nacimiento: _____

Family: What illnesses have there been in your family?/Familia: ¿qué antecedentes de enfermedades han habido en su familia?

	Major Illnesses, or had the same problem as you do now Enfermedad grave, o con el mismo problema que usted tiene en la actualidad	Living? ¿Vive?	Age of Death Año de fallecimiento
Father/Padre			
Mother/Madre			
Sibling (M F) Hermano (M F)			
Sibling (M F) Hermano (M F)			
Child (M F) Hijo (M F)			
Child (M F) Hijo (M F)			
Grandparent (M F) Abuelo (M F)			
Grandparent (M F) Abuelo (M F)			

Siblings: Brothers/Hermanos (en total): Hermanos: _____ Sisters/Hermanas: _____ Healthy?/¿Saludables? _____

Children: Sons/Hijos (en total): Hijos: _____ Daughters/Hijas: _____ Healthy?/¿Saludables? _____

Social/Social:

Alcohol: How often do you drink?/Alcohol: ¿Con cuánta frecuencia bebe?

Daily/Diariamente Weekly/Semanalmente Monthly/Mensualmente Occasionally/Ocasionalmente Never/Nunca

Unhealthy alcohol use covers a spectrum that is associated with varying degrees of risk to health. This may include risky use, problem drinking, harmful use, and alcohol abuse, and the less common but more severe alcoholism and alcohol dependence. Risky use is defined as >7 standard drinks per week (or >3 drinks per occasion) for women and seniors and >14 standard drinks per week (or >4 drinks per occasion) for men <65 years old.

El consumo de alcohol en exceso abarca diferentes grados de riesgos para la salud. Esto puede incluir el consumo riesgoso, problemas con la bebida, el consumo perjudicial y el abuso del alcohol y, lo que es menos común pero más grave, alcoholismo o dependencia alcohólica. El consumo riesgoso se define como más de siete tragos por semana (o más de tres tragos por ocasión) para las mujeres y personas mayores y más de catorce tragos por semana (o más de cuatro tragos por ocasión) para hombres menores de 65 años.

Tobacco: Do you smoke now?/Tabaco: ¿Fuma? **Yes/Sí** **No/No**

How many packs per day?/¿Cuántas cajetillas por día? _____ How many years?/¿Hace cuántos años? _____

Have you quit?/¿Ha dejado? **Yes/Sí** **No/No** If yes, when?/En caso afirmativo, ¿cuándo? _____

The U.S. Surgeon General has said, "Smoking cessation (Stopping smoking) represents the single most important step that smokers can take to enhance the length and quality of their lives."

El cirujano general de los EE. UU. ha dicho "El abandono del tabaquismo (dejar de fumar) representa el único paso más importante que los fumadores pueden tomar para mejorar la duración y la calidad de su vida".

Exercise/Hace ejercicio: **Never/Nunca** **Sometimes/A veces** **Often/Con frecuencia**
 Are you/Usted es: **Single/Soltero** **Married/Casado** **Widowed/Viudo** **Divorced/Divorciado** **Other/Otro:** _____

Where do you live now?/¿Dónde vive?

Home Alone/En casa solo **With Family/Con familia** **Nursing Home/En un asilo** **Assisted Living/Vida asistida** **Rehab/LTAC/Rehabilitación/LTAC**

Drugs: Have you, or do you currently, use illegal drugs?/Drogas: ¿ha consumido o consume drogas ilegales?

Yes/Sí **No/No** **Quit (when)/Dejó (cuándo):** _____

Diet/Dieta: **Diabetic/Diabetes** **Low Salt/Baja en sodio** **Low Carb/Baja en carbohidratos** **Other/Otra:** _____

Occupation/Ocupación: _____

Working/Trabajador **Retired/Jubilado** **Temp. Disability/Temporal Discapacidad** **Perm. Disability /Permanente Discapacidad**

ROS: What else is troubling you TODAY?/Revisión de síntomas: ¿qué otro problema tiene HOY?

General/General:	Fever/Fiebre	Chills/Escalofríos	Weight Loss/Gain /Pérdida/aumento de peso	Fatigue/Fatiga	Malaise (Feel Sick)/ Malestar (descompostura)	Night Sweats/ Sudoración nocturna
Skin/Piel:	Multiple Birthmarks/Marcas de nacimiento múltiples	Rashes/Erupciones	Wounds/Heridas	Itching/Comezón		
Head/Cabeza:	Cavities/Cavidades	Vision Changes/Cambios en la visión	Ulcers/Úlceras			
Chest/Pecho:	Shortness of Breath/ Dificultad para respirar	Wheezing/Sibilancia	Cough/Tos	Chest Pain/ Dolor en el pecho	Palpitations/Palpitaciones	
Digestion/Digestión:	Nausea/Náuseas	Vomiting/Vómitos	Constipation/Estreñimiento	Diarrhea/Diarrea		
Urine/Orina:	Infections/Infecciones	Bloody/Sangre	Frequency/Frecuente	Urgency/Urgente		
Reproduction /Reproducción:	Discharge/Pérdidas	VD/STD/Enfermedades venéreas/enfermedades de transmisión sexual	Irregular Periods/ Periodos irregulares			
Nerves/Nervios:	Fainting/Desmayos	Shooting Pains/Dolores punzantes	Numbness/Entumecimiento	Tingling/Cosquilleos	Weakness/Debilidad	
Body/Cuerpo:	Cramps/Calambres	Soreness/Dolor	Fractures/Fracturas	Swollen Joints/ Articulaciones inflamadas		
Mind/Mente:	Depression/Depresión	Anxiety/Ansiedad	Mood Swings/ Cambios de humor			
Glands/Glándulas:	Swollen Glands /Glándulas inflamadas	Chills/Escalofríos	Sweats/Sudoración	Hyperactive/Hiperactividad	Constant Hunger/Thirst/ Hambre/sed constante	
Blood/Sangre:	Bruises/Hematomas	Transfusions/Transfusiones	Blood Thinners/Anticoagulantes			

Immunizations/Vacunas

Have you had the flu shot this flu season?/¿Se ha colocado la vacuna antigripal esta temporada? ___ **Yes/Sí** ___ **No/No**

If Yes, when?/En caso afirmativo, ¿cuándo? _____

Have you had the Pneumococcal vaccine?/¿Se ha colocado la vacuna antineumocócica? ___ **Yes/Sí** ___ **No/No**

If Yes, when?/En caso afirmativo, ¿cuándo? _____

"I attest that the above information is true and correct, to the best of my knowledge."
 "Certifico que la información anterior es verdadera y correcta, según mi conocimiento".

Signature/Firma: _____ Date/Fecha: _____

Patient Name/Nombre del paciente: _____ Date of Birth/Fecha de nacimiento: _____

Thank you for taking the time to tell us about you!

Did you know that all this information can point to bone and muscle conditions? Everything you answer here can help us find the real problem.

¡Gracias por tomarse el tiempo para hablarnos acerca de usted!

¿Sabía que esta información puede identificar enfermedades de los huesos y músculos? Todo lo que responda puede ayudarnos a encontrar el problema real.



TX22025

Patient Information

Patient Full Name: Date of Birth: Patient Address: Home Phone: Email Address: City: State Zip: Work Phone:

Release Information To

I hereby authorize Dallas Sarcoma Associates to release my medical record information to: Mail Copies To: Discuss Medical Information With: Name/Facility: Attention: Address: Phone: City: State Zip: Fax: Purpose of Request: Personal Continuing Care Insurance Legal Transfer (Explain) Other (Explain) Comments/ Authorization Specifications:

NOTICE: The information release pursuant to this Authorization may be redisclosed by the receiving institution or individual to other individuals or organizations that are not subject to federal and/or state privacy laws. Dallas Sarcoma Associates will not condition treatment on the signing of this Authorization or payment of associated fees.

Information to be Released

Please provide a 2-year abstract (includes 5 years of labs, radiology, and diagnostics) Please provide my entire medical record for dates: From To Please provide my entire billing record for dates: From To Please provide only the following records within the date range listed below: Progress Notes/Consults Labs Radiology Reports Pathology Billing Other (Explain Below) Comments/ Authorization Specifications:

NOTICE: This Authorization is valid for 365 days (30 days for alcohol/drug abuse treatment) unless you specify otherwise. You may revoke this Authorization at any time by providing a written statement to the Health Information Management Department at Dallas Sarcoma Associates, except to the extent that Dallas Sarcoma Associates has already completed action on it.

POTENTIAL FEES: See the "Fee and Process Explanation Letter" for more information regarding associated costs.

Authorization to Release Protected Information

Required: Please complete the check boxes below indicating how protected information should be handled, even if the categories do not necessarily apply to the patient's medical records.

Release Records? Check one Initial each line below to confirm your choices I DO DO NOT want Psychotherapy Notes released I DO DO NOT want information about Mental Health released I DO DO NOT want information about HIV Tests & Related Information released I DO DO NOT want information about Alcohol and/or Substance Abuse released

STOP AND REVIEW: Please confirm that you have put a checkmark and initialed ALL the protected information categories above regardless if they are applicable or not. If form is incomplete, or if protected information is not released, we may be unable to fulfill this request.

NOTICE TO RECIPIENT: Federal rules prohibit further disclosure, by the recipient, of any alcohol or substance abuse records released under this Authorization, unless the recipient has received written consent from the person to whom it pertains or as otherwise permitted by 42 CFR Part 2.

Sign Here

Patient's Signature

Date Here

Date

Know Your Privacy Rights Refer to the HIPAA

Parent/Legally Recognized Representative Signature

Date

Document Updated: 12/11/2017

Description and Proof of Authority to Act on Patient's Behalf

Dallas Sarcoma Associates Patient HIPAA Acknowledgment and Consent Form
Dallas Sarcoma Associates Formulario de consentimiento y reconocimiento de la HIPAA para el paciente

Patient Name (Printed)/Nombre del paciente (en letra de imprenta): _____ **Date of Birth/Fecha de nacimiento:** _____

Notice of Privacy Practice/clinics / Aviso de prácticas de privacidad de consultorios/clínicas.

_____ (Patient/Representative initials) I acknowledge that I have received the practice/clinic's Notice of Privacy Practice/clinics, which describes the ways in which the practice/clinic may use and disclose my healthcare information for its treatment, payment, healthcare operations and other described and permitted uses and disclosures, I understand that I may contact the Privacy Officer designated on the notice if I have a question or complaint. I understand that this information may be disclosed electronically by the Provider and/or the Provider's business associates. To the extent permitted by law, I consent to the use and disclosure of my information for the purposes described in the practice/clinic's Notice of Privacy Practice/clinics.

_____ (Iniciales del paciente/representante) reconozco que recibí el Aviso de prácticas de privacidad de consultorios/clínicas, que describe las formas en las que el consultorio o la clínica puede usar y divulgar mi información de atención médica para sus operaciones de tratamiento, pago, atención médica y otros usos y divulgaciones descritos y permitidos. Entiendo que puedo comunicarme con el oficial de privacidad designado en el aviso si tengo alguna pregunta o queja. Entiendo que esta información puede ser divulgada electrónicamente por el proveedor o los socios comerciales del proveedor. Con el alcance permitido por la ley, doy mi consentimiento para el uso y la divulgación de mi información para los fines descritos en el Aviso de prácticas de privacidad de consultorios/clínicas.

Disclosures to Friends and/or Family Members / Divulgaciones a amigos y/o familiares

DO YOU WANT TO DESIGNATE A FAMILY MEMBER OR OTHER INDIVIDUAL WITH WHOM THE PROVIDER MAY DISCUSS YOUR MEDICAL CONDITION? IF YES, WHOM?" / ¿DESEA DESIGNAR A UN FAMILIAR U OTRA PERSONA CON QUIEN EL PROVEEDOR PUEDA CONVERSAR SOBRE SU CONDICIÓN MÉDICA? EN CASO AFIRMATIVO, ¿A QUIÉN?

I give permission for my Protected Health Information to be disclosed for purposes of communicating results, findings and care decisions to the family members and others listed below:

Otorgo un permiso para que mi información de salud protegida sea divulgada con el fin de comunicar los resultados, los hallazgos y las decisiones de atención a los familiares y otras personas mencionadas a continuación:

	Name Nombre	Relationship Relación	Contact Number Número de contacto
1:			
2:			
3:			

Patient/Representative may revoke or modify this specific authorization and that revocation or modification must be in writing.

El paciente/representante puede revocar o modificar esta autorización específica y esa revocación o modificación debe ser por escrito.

Consent for Photographing or Other Recording for Security and/or Health Care Operations

Consentimiento para la toma de fotografías o grabación para operaciones de seguridad o atención médica

I consent _____ (Patient/Representative Initials) to photographs, digital or audio recordings, and/or images of me being recorded for patient care, security purposes and/or the practice/clinic's health care operations purposes (e.g., quality improvement activities). I understand that the facility retains the ownership rights to the images and/or recordings. I will be allowed to request access to or copies of the images and/or recordings when technologically feasible unless otherwise prohibited by law. I understand that these images and/or recordings will be securely stored and protected. Images and/or recordings in which I am identified will not be released and/or used outside the facility without a specific written authorization from me or my legal representative unless otherwise permitted or required by law.

Doy mi consentimiento _____ (iniciales del paciente/representante) para fotografías, grabaciones digitales o de audio, o imágenes mías que sean grabadas con fines de atención, seguridad del paciente u operaciones de atención médica del consultorio o la clínica (por ejemplo, actividades de mejoramiento de la calidad). Entiendo que el establecimiento retiene los derechos de propiedad sobre las imágenes o grabaciones. Podré solicitar acceso a las imágenes o grabaciones o copias de las mismas cuando sea tecnológicamente viable, salvo que sea prohibido por la ley. Entiendo que estas imágenes o grabaciones serán protegidas y almacenadas de manera segura. Las imágenes o grabaciones en las que sea identificado no serán divulgadas ni utilizadas fuera del establecimiento sin la autorización escrita específica mía o de mi representante legal, salvo que la ley permita o requiera lo contrario.

-OR-/O-

I do not consent _____ (Patient/Representative Initials) to photographs, digital or audio recordings, and/or images of me being recorded for patient care, security purposes and/or the practice/clinic's health care operations purposes (e.g., quality improvement activities).

No doy mi consentimiento _____ (iniciales del paciente/representante) para fotografías, grabaciones digitales o de audio, o imágenes mías que sean grabadas con fines de atención, seguridad del paciente o las operaciones de atención médica del consultorio o la clínica (por ejemplo, actividades de mejoramiento de la calidad).

Consent to Email, Cellular Telephone, or Text Usage for Appointment Reminders and Other Healthcare Communications:

Consentimiento para el uso del correo electrónico, teléfono celular o mensajes de texto para recordatorios de citas u otras comunicaciones de atención médica:

We want to stay connected with our patients. Patients in our practice/clinic may be contacted via email, calls to your cellular telephone (including prerecorded/artificial voice messages and/or calls from an automatic dialing device), and/or text messaging to confirm an appointment, to obtain feedback on your experience with our healthcare team, and to be provided general health reminders/information. If at any time, you provide an email, cellular telephone number, address or text number below, you understand that you may get these communications from the Practice/clinic. You may opt out of these communications at any time (see next page). The practice/clinic does not charge for this service, but standard text messaging rates or cellular telephone minutes may apply as provided in your wireless plan (contact your carrier for pricing plans and details).

Queremos mantenernos conectados con nuestros pacientes. Los pacientes en nuestro consultorio/clínica pueden ser contactados por correo electrónico, llamadas al teléfono celular (incluidos mensajes de voz artificial/grabados o llamadas de un dispositivo de discado automático) o mensajes de texto para confirmar una cita, obtener un comentario sobre su experiencia con nuestro equipo de atención médica, y para proporcionar recordatorios/información de salud. Si en cualquier momento, usted proporciona un correo electrónico, número de teléfono celular, dirección o número para mensajes de texto que se mencionan a continuación, entiende que puede recibir estas comunicaciones del consultorio o la clínica. Puede darse de baja voluntariamente de estas comunicaciones en cualquier

momento (ver la página siguiente). El consultorio o la clínica no cobran por este servicio, pero pueden aplicar tarifas estándar para mensajes de textos o minutos de teléfono celular como se estipula en su plan de telefonía celular (comuníquese con su operadora para conocer los planes y detalles de precios).

I **authorize** to receive text messages and/or cellular telephone calls for appointment reminders, feedback, and general health reminders/information and **the cell phone number is / Autorizo** el envío de mensajes de texto o la realización de llamadas de teléfono celular para recordatorios de citas, comentarios y recordatorios/información de salud general y **el número de teléfono celular es** _____.

I **authorize** to receive email messages for appointment reminders and general health reminders/feedback/information and **the email that is / Autorizo** el envío de mensajes de correo electrónico para recordatorios de citas y recordatorios de salud general/comentarios/información y **el correo electrónico es** _____.

-OR-/O-

I **decline/No autorizo** _____ (Patient/ Representative Initials) to receive communication via text./((iniciales del paciente/representante) el envío de comunicaciones a través de mensajes de texto.

I **decline/No autorizo** _____ (Patient/ Representative Initials) to receive communication via cellular telephone call./((iniciales del paciente/representante) el envío de comunicaciones a través del teléfono celular.

I **decline/No autorizo** _____ (Patient/ Representative Initials) to receive communication via email./((iniciales del paciente/representante) el envío de comunicaciones a través de correo electrónico.

Note: This clinic uses an Electronic Health Record that will update all your demographics and consents to the information that you just provided. Please note this information will also be updated for your convenience to all our affiliated clinics that share an electronic health record in which you have a relationship.

Nota: la clínica utiliza un registro de salud electrónico que actualizará todos sus datos demográficos y consentimientos para la información que ha proporcionado. Tenga en cuenta que esta información también será actualizada para su comodidad en todas nuestras clínicas afiliadas que comparten un registro de salud electrónico con las que tenga una relación.

Release of Information / Divulgación de la información.

I hereby permit practice/clinic and the physicians or other health professionals involved in the inpatient or outpatient care to release healthcare information for purposes of treatment, payment, or healthcare operations.

Por la presente doy mi permiso para que el consultorio o la clínica y los médicos u otros profesionales de la salud involucrados en la atención del paciente hospitalizado o ambulatorio divulguen información de atención médica a los fines de operaciones de tratamiento, pago o atención médica.

- Healthcare information regarding a prior service(s) at other HCA affiliated providers may be made available to subsequent HCA-affiliated providers to coordinate care. Healthcare information may be released to any person or entity liable for payment on the Patient's behalf in order to verify coverage or payment questions, or for any other purpose related to benefit payment. Healthcare information may also be released to my employer's designee when the services delivered are related to a claim under worker's compensation.
- La información de atención médica sobre servicios anteriores en otros proveedores afiliados de HCA puede estar disponible para que proveedores afiliados de HCA posteriores coordinen la atención. La información de atención médica puede ser divulgada a cualquier persona o entidad responsable del pago en nombre del paciente a fin de verificar cuestiones de cobertura o pago, o para cualquier otro fin relacionado con el pago de beneficios. La información de atención médica también puede ser divulgada a la persona designada de mi empleador cuando los servicios brindados se relacionen con una reclamación en virtud de una indemnización por accidentes de trabajo.
- If I am covered by Medicare or Medicaid, I authorize the release of healthcare information to the Social Security Administration or its intermediaries or carriers for payment of a Medicare claim or to the appropriate state agency for payment of a Medicaid claim. This information may include, without limitation, history and physical, emergency records, laboratory reports, operative reports, physician progress notes, nurse's notes, consultations, psychological and/or psychiatric reports, drug and alcohol treatment and discharge summary.
- Si tengo la cobertura de Medicare o Medicaid, autorizo la divulgación de información de atención médica a la Administración del Seguro Social o sus intermediarios o aseguradoras para el pago de una reclamación de Medicare o a la agencia estatal correspondiente para el pago de una reclamación de Medicaid. Esta información puede incluir, entre otros, antecedentes y registros físicos, de emergencia, informes de laboratorio, informes de operaciones, notas de evolución de enfermería, consultas, informes psicológicos o psiquiátricos, tratamiento por abuso de drogas y alcohol y resumen del alta.
- Federal and state laws may permit this facility to participate in organizations with other healthcare providers, insurers, and/or other health care industry participants and their subcontractors in order for these individuals and entities to share my health information with one another to accomplish goals that may include but not be limited to: improving the accuracy and increasing the availability of my health records; decreasing the time needed to access my information; aggregating and comparing my information for quality improvement purposes; and such other purposes as may be permitted by law. I understand that this facility may be a member of one or more such organizations. This consent specifically includes information concerning psychological conditions, psychiatric conditions, intellectual disability conditions, genetic information, chemical dependency conditions and/or infectious diseases including, but not limited to, blood borne diseases, such as HIV and AIDS.
- Las leyes federales y estatales pueden permitir que este establecimiento participe en organizaciones con otros proveedores de atención médica, aseguradoras u otros participantes de la industria de la atención médica y sus subcontratistas a fin de que estas personas y entidades compartan mi información de salud entre sí para cumplir metas que pueden incluir, entre otras: mejorar la precisión y aumentar la disponibilidad de mis registros de salud; disminuir el tiempo que se necesita para acceder a mi información; reunir y comparar mi información con fines de mejora de la calidad; y otros propósitos que sean permitidos por ley. Entiendo que este establecimiento puede ser miembro de una o más organizaciones. Este consentimiento incluye específicamente información sobre condiciones psicológicas, condiciones psiquiátricas, condiciones de discapacidad intelectual, información genética, condiciones de dependencia química o enfermedades infecciosas incluidas, entre otras, enfermedades de transmisión sexual como el VIH y el SIDA.

Prescription Order Pick-up. There may be times when you need a friend or family member to pick-up a prescription order (script) from your physician's office. In order for us to release a prescription to your family member or friend, we will need to have a record of their name. Prior to release of the script, your designee will need to present valid picture identification and sign for the prescription.

Retiro de recetas Puede haber momentos en los que necesite que un amigo o familiar retire una receta del consultorio de su médico. Para que nosotros emitamos una receta a su familiar o amigo, necesitaremos un registro de su nombre. Antes de otorgar la receta, la persona designada deberá presentar una identificación con foto y firmar la receta.

- **I do want/Deseo** ____ (Patient/Representative Initials) to designate the following individual to pick up a prescription order on my behalf:/(Iniciales del paciente/representante) designar a la siguiente persona para que retire una receta en mi nombre:
 - Name/Nombre: _____ Date/Fecha: _____
 - Name/Nombre: _____ Date/Fecha: _____
- **I do not want/No deseo** ____ (Patient/ Representative Initials) to designate anyone to pick-up my prescription order./ (Iniciales del paciente/ representante) designar a nadie para que retire mi receta.

Patient/Parent/Guardian/Patient Representative Signature/Firma del paciente/padre/tutor/representante del paciente _____
Date/Fecha: _____

Patient/Parent/Guardian/Patient Representative Name (Printed)/Nombre del paciente/padre/tutor/representante del paciente (en letra de imprenta) _____

Patient Name (Printed)/Nombre del paciente (en letra de imprenta): _____ Date of Birth/Fecha de nacimiento: _____



Only If you have previously consented to receive communication via text/cellular telephone call/email and wish to remove the consent/Opt Out/Revocation of communications via email and/or text or cellular telephone call.
Solo si usted ha dado previamente su consentimiento para recibir comunicaciones a través de mensajes de texto/llamadas a teléfono celular/correo electrónico y desea retirar/dar la baja voluntaria/revocar el consentimiento para las comunicaciones a través de correo electrónico, mensajes de texto y/o llamadas a teléfono celular.
In other words, I do not want my email address or cell number to be used any longer for the above mentioned communications.
En otras palabras, ya no deseo que se use mi dirección de correo electrónico o número de teléfono celular para las comunicaciones mencionadas anteriormente.

___ I hereby revoke my request to receive any future appointment reminders, feedback, and general health via **text**. / Por el presente revoco mi solicitud para recibir cualquier recordatorio de citas futuras, comentarios y salud general a través de **mensajes de texto**.
 ___ I hereby revoke my request to receive any future appointment reminders, feedback, and general health via **cellular telephone call**. / Por el presente revoco mi solicitud para recibir cualquier recordatorio de citas futuras, comentarios y salud general a través de **llamadas al teléfono celular**.
 ___ I hereby revoke my request to receive any future appointment reminders, feedback, and general health via **email**. / Por el presente revoco mi solicitud para recibir cualquier recordatorio de citas futuras, comentarios y salud general a través del **correo electrónico**.

Patient Name / Nombre del paciente: _____

Patient/Patient Representative Signature / Firma del paciente/representante del paciente: _____
 Date / Fecha: _____ Time / Hora: _____

Patient Name/Nombre del paciente: _____

Date of Birth/Fecha de nacimiento: _____

Financial and Office Policies/Políticas de consultorios y finanzas

Use of Physician Assistant (PA). Our office employs certified physician assistant, Jennifer Reed, PA-C. She has worked with our practice for many years and assists our physicians in the operating room. She also sees patients in the office for follow up appointments and any of your follow up appointments may be with her.

Uso de un asistente médico (PA, por sus siglas en inglés). Nuestro consultorio contrata a la asistente médica certificada Jennifer Reed, PA-C. Ha trabajado en nuestro consultorio durante muchos años y brinda asistencia a nuestros médicos en el quirófano. También realiza consultas de seguimiento en consultorio. Es posible que las consultas que usted realice sean con ella.

FMLA, Short Term Disability, Leave of Absence Paperwork. All leave related documents to be filled out by our office is free for the patient the first time only. All subsequent documents requiring revisions or for family members leave of absence will incur a \$25 service fee.

Documentación sobre discapacidad a corto plazo, licencia y Ley de licencia por razones médicas y familiares (FMLA, por sus siglas en inglés). Todos los documentos relacionados a las licencias que se completan en nuestros consultorios son gratuitos para el paciente únicamente la primera vez. Todos los documentos posteriores que requieran revisión o para licencias familiares tendrán un costo de servicio de \$25.

Insurance. We will bill your insurance company as a courtesy to you. Although we may estimate what your insurance company may pay, it is the insurance company who makes the final determination of your eligibility. You agree to pay any portion of the charges not covered by insurance. Our verification staff is dedicated to ensuring your visit is covered by your insurance or advising you otherwise prior to your appointment. In some instances, we might not be able to obtain this information. It is always good practice for you to check with your insurance carrier to verify your specific benefits so there are no unexpected financial surprises at the time of your visit. Payment for services is ultimately your responsibility.

Seguro. Le facturaremos a su compañía de seguro como cortesía a usted. Aunque creemos que su compañía de seguro puede pagar, es en ella donde toman la determinación final de su elegibilidad. Usted acepta pagar cualquier parte de los cargos que su seguro no cubra. Nuestro personal de verificación está dedicado a garantizar que su visita esté cubierta por su aseguradora o de notificárselo a usted antes de su consulta. En algunos casos, no podremos obtener esta información. Siempre es bueno consultar con su compañía aseguradora para verificar los beneficios y no llevarse sorpresas financieras inesperadas al momento de su visita. El pago de los servicios es su responsabilidad primordial.

Self-Pay Patients. All self-pay patients are required to pay at the time the services are rendered. We offer a self-pay discount if the balance is paid in full at the time of service.

Pacientes que pagan por cuenta propia. A todos los pacientes que pagan por cuenta propia se les solicita que realicen el pago al momento en que se contratan los servicios. Ofrecemos un descuento para los pagos por cuenta propia si se abona el total al momento en que se contrata el servicio.

Returned Checks. There is a fee (currently \$25.00) for any checks returned by the bank.

Cheques rechazados. Hay una tasa (actualmente \$25.00) para los cheques rechazados por el banco.

Past Due Account. Your account becomes past due 30 days following receipt of your first statement. We will take necessary steps to collect this debt. We have the option to report your account status to any credit reporting agency such as a credit bureau.

Cuenta vencida. Su cuenta se vence luego de los treinta días posteriores al recibo de su primera intervención. Tomaremos todas las medidas necesarias para cobrar esta deuda. Tenemos la opción de informar acerca del estado de su cuenta a cualquier agencia de información de crédito, como una oficina de crédito.

Waiver of Confidentiality. Please understand if this account is submitted to an attorney or collection agency, if we have to litigate in court, or if you're past due status is reported to a credit reporting agency, the fact you received treatment at our office may become a matter of public record.

Renuncia a la confidencialidad. Sepa entender que si esta cuenta se presenta ante un abogado o agencia de cobranzas, si tenemos que litigar en un tribunal o si el estado de su cuenta vencida se informa a una agencia de cobranzas, el hecho de que usted recibe tratamiento en nuestro consultorio puede transformarse en una cuestión de dominio público.

Appointments. It is our goal to provide services to you in the most comfortable and timely manner as possible. In order to achieve this, we must require you to be on time for your appointments. If you must cancel an appointment, we ask you give us 24 hours notice whenever possible. Patients who are more than 15 minutes late will have to be reschedule their appointment. In order to ensure accurate records and true identity of all patients you will need to present your Driver's License or Identification Card and Insurance Card at the time of your appointment.

Consultas. Nuestro objetivo es brindarle servicios de la mejor manera y tiempos posibles. Para lograrlo, le solicitamos que llegue a tiempo a sus consultas. Si debe cancelar una consulta, le solicitamos que nos los notifique 24 horas antes cuando sea posible. Los pacientes que lleguen más de quince minutos tarde tendrán que volver a programar su consulta. Con el fin de garantizarle registros precisos y la identidad real de todos los pacientes, usted tendrá que presentar su licencia de conducir o documento de identidad y tarjeta de seguro al momento de su consulta.

I have read this document and understand the practice policies and my responsibilities.
He leído este documento y entiendo las políticas de práctica y mis responsabilidades.

Patient/representative signature/Firma del paciente/representante: _____ **Date/Fecha:** _____

If you are not the patient, please identify your relationship to the patient. Circle or mark relationship(s) from list below/Si usted no es el paciente, identifique su vínculo con el paciente. Marque con un círculo el vínculo de la lista a continuación:

Spouse/Cónyuge Guarantor/Garante Parent/Padre/madre Healthcare Power of Attorney/Poder para atención médicaLegal
Guardian/Tutor legal Other (please specify)/Otro (especificar) _____

Patient Name/ Nombre del paciente: _____

Date of Birth/ Fecha de nacimiento: _____

Fall Risk Assessment - Age 65 and older
Evaluación en Riesgos de Caída edad 65 o Mayor

Please Note: This screening is required by federal mandate to be completed annually.
Atención: Este cribado es requerido por un mandato federal de ser completado anualmente.

Date/Fecha: _____

Increased Fall Risk Factors (check all that apply)/ Incremento de factores de riesgos de caída (marque en lo que aplica):

___ Diagnoses (Do you have 3 or more existing Medical Conditions?)

Diagnosis (¿Tiene 3 o más condiciones médicas existentes?)

___ Do you have a prior history of falls within 3 months?

¿Tiene una historia previa de caídas dentro de los 3 meses?

___ Incontinence (Do you have an uncontrolled bladder?)

Incontinencia (¿Tiene una vejiga incontrolable?)

___ Visual Impairment (Do you have trouble seeing?)

Discapacidad visual (¿Tiene dificultad para ver?)

___ Environmental Hazard (Do you have stairs or loose rugs at home?)

Peligro medioambiental (¿Tiene escalones o alfombras sueltas?)

___ Impaired functional mobility (Do you use a cane or walker?)

Movilidad funcional deteriorada (¿Utiliza un bastón o caminante?)

___ Polypharmacy (Do you take more than 3 medications?)

Polifarmacia (¿Consume más de 3 medicamentos?)

___ Pain affecting level of function (Does pain keep you from performing your daily activities?)

Dolor afectando su nivel de función (¿El dolor lo/a detiene de hacer sus actividades diarias?)

___ Cognitive Impairment (Do you have trouble remembering things, concentrating, or making decisions that affect daily life?)

Discapacidad cognitivo (¿Tiene problemas para recordar cosas, concentrarse o tomar decisiones que afectan la vida diaria?)

___ None of the above

Ninguna de las anteriores

History of falls in the past year/ Historial de caídas en el último año: NO YES/SI

If yes, how many/ Si es si, cuantas veces: _____

If yes, were you injured/ Si es si, estaba lesionado?: NO YES/SI

Medicare Secondary Payor Development Form

Facility Name DALLAS SARCOMA ASSOCIATES	COID 23151	Patient's Retirement Date	Spouse's Retirement Date	Spouse's Deceased Date
---	----------------------	---------------------------	--------------------------	------------------------

Patient's Name	Account No.	Medicare No.
----------------	-------------	--------------

You must ask the patient each question in sequence and comply with any instructions which follow an answer. Failure to obtain information regarding Medicare as a secondary payor is a violation of your Provider agreement with Medicare.

<p>Does the patient have an HMO policy? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes If Yes, name, address and phone of HMO: _____ _____</p> <p>Does the HMO replace Medicare? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes <i>If Yes, the HMO will be primary. If No, it will be secondary.</i></p> <p>Is this patient an inpatient? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes</p> <p>Was the patient given Important Message? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes</p> <p><i>If No, why not?</i> _____</p>	<p>Has patient been an Inpatient in a health care facility within the last 60 days? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes If Yes, name, address and phone of facility: _____ _____</p> <p>Has the patient had any outpatient medical services in the last 72 hours? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes If Yes, name, address and phone of facility: _____ _____</p>
---	--

<p>1. Are you receiving Black Lung (BL) Benefits? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes; Date benefits began: _____ <i>If Yes, BL is Primary only for claims related to BL.</i></p> <p>2. Are the services to be paid by a government program such as a research grant? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes; <i>Government program will pay primary benefits for these services.</i></p> <p>3. Has the Department of Veterans Affairs (DVA) authorized and agreed to pay for care at this facility? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes; <i>DVA is primary for these services.</i></p> <p>4. Was the illness/injury due to work related accident or condition? <input type="checkbox"/> No; Go to Question 5. <input type="checkbox"/> Yes; Date of injury/illness: _____ Name, address and phone of Workers Compensation Plan: _____ _____ Policy or ID Number: _____ Name, address and phone number of your employer: _____ _____ <i>If Yes, Workers Compensation is Primary Payor only for claims related to work related injury or illness. Go to Question 8.</i></p> <p>5. Was the illness/injury due to a non-work related accident? <input type="checkbox"/> No; Go to Question 8. <input type="checkbox"/> Yes; Date of accident: _____</p> <p>6. What type of accident caused the illness/injury? <input type="checkbox"/> Automobile <input type="checkbox"/> Non-Automobile Name, address and phone of no-fault or liability insurer: _____ _____ Insurance Claim Number: _____ <i>No-Fault insurer is Primary payor only for those claims related to the accident. Go to Question 8.</i> <input type="checkbox"/> Other (explain) _____</p>	<p>7. Was another party responsible for this accident? <input type="checkbox"/> No; Go to Question 8. <input type="checkbox"/> Yes; Provide name, address and phone of any liability insurer: _____ _____ Insurance claim number: _____ <i>If yes, liability insurer is Primary only for those claims related to the accident. Go to Question 8.</i></p> <p>8. Are you entitled to Medicare based on: <input type="checkbox"/> Age; Go to Questions 9 – 12. <input type="checkbox"/> Disability; Go to Questions 13 – 16. <input type="checkbox"/> ESRD; Go to Questions 17 – 23.</p> <p>9. Are you currently employed? <input type="checkbox"/> No; Date of retirement: _____ <input type="checkbox"/> Yes; Provide name, address and phone of your employer: _____ _____</p> <p>10. Is your spouse currently employed? <input type="checkbox"/> No; Date of retirement: _____ <input type="checkbox"/> Yes; Provide name, address and phone of spouse's employer: _____ _____ <i>If the patient answered No to both questions 9 and 10, Medicare is primary. If the patient answered "Yes" to questions 1 – 4 or 5 – 7 then Medicare is NOT primary payer.</i> Do not proceed any further. <i>If yes to questions 9 or 10, go to questions 11 and 12.</i></p> <p>11. Do you have group health plan (GHP) coverage based on your own, or a spouse's current employment? <input type="checkbox"/> No; Stop. Medicare is primary payer unless the patient answered Yes to questions 1 – 4 or 5 – 7. <input type="checkbox"/> Yes</p>
--	---

Medicare requires this form to be completed for every Medicare patient. The information is used to determine if other payors are primary to Medicare. Medicare requires the patient to sign the MSP form.

Medicare Secondary Payor Development Form

Patient's Name _____	Account No. _____	Medicare No. _____
<p>12. Does the employer that sponsors your GHP employ 20 or more employees?</p> <p><input type="checkbox"/> No; Stop. Medicare is Primary unless the patient answered "Yes" to questions 1-4 or 5-7.</p> <p><input type="checkbox"/> Yes; Stop. Group Health Plan is Primary. Obtain the following information.</p> <p>Name, address and phone of GHP:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Policy ID Number: _____</p> <p>Group ID Number: _____</p> <p>Name of Policy Holder _____ Relationship to Patient _____</p>	<p>17. Do you have group health plan (GHP) coverage?</p> <p><input type="checkbox"/> No; Stop. Medicare is Primary.</p> <p><input type="checkbox"/> Yes; Provide name, address and phone of GHP:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Policy ID Number _____</p> <p>Group ID Number: _____</p> <p>Name of Policy Holder _____ Relationship to Patient _____</p> <p>Name, address and phone of employer, if any from which you received GHP coverage:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	
<p>13. Are you currently employed?</p> <p><input type="checkbox"/> No; Date of Retirement _____</p> <p><input type="checkbox"/> Yes; Provide name, address and phone of your employer:</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>18. Have you received a kidney transplant?</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> Yes; Date of Transplant: _____</p>	
<p>14. Is a family member currently employed?</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> Yes; Provide name, address and phone of employer:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p><i>If patient answers "No" to both questions 13 and 14, Medicare is Primary unless the patient answered "Yes" to questions 1-4 or 5-7. Do not proceed any further.</i></p> <p><i>If Yes to questions 13 or 14, go to question 15 and 16.</i></p>	<p>19. Have you received maintenance dialysis treatments?</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> Yes; Date dialysis began: _____</p> <p>If you participated in self dialysis training program, provide date training started: _____</p>	
<p>15. Do you have your group health plan (GHP) coverage based on your own, or a family member's current employment?</p> <p><input type="checkbox"/> No; Stop. Medicare is Primary unless the patient answered "Yes" to questions 1-4 or 5-7.</p> <p><input type="checkbox"/> Yes</p>	<p>20. Are you within the 30 month coordination period?</p> <p><input type="checkbox"/> No; Stop. Medicare is Primary.</p> <p><input type="checkbox"/> Yes</p>	
<p>16. Does the employer that sponsors your GHP, employ 100 or more employees?</p> <p><input type="checkbox"/> No; Stop. Medicare is Primary unless the patient answered "Yes" to questions 1-4 or 5-7.</p> <p><input type="checkbox"/> Yes; Stop. Group Health Plan is Primary. Obtain the following information:</p> <p>Name, address and phone of GHP:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Policy ID Number: _____</p> <p>Group ID Number: _____</p> <p>Name of Policy Holder _____ Relationship to Patient _____</p>	<p>21. Are you entitled to Medicare on the basis of either ESRD and age, or ESRD and disability?</p> <p><input type="checkbox"/> No; Stop. GHP is Primary during the 30 month coordination period.</p> <p><input type="checkbox"/> Yes</p>	
<p>22. Was your initial entitlement to Medicare (including simultaneous Entitlement) based on ESRD?</p> <p><input type="checkbox"/> No; <i>Initial entitlement based on age or disability.</i></p> <p><input type="checkbox"/> Yes; Stop. GHP continues to pay Primary during the 30th month coordination period.</p>	<p>23. Does the working aged or disability MSP provision apply (i.e., is the GHP primary based on age or disability entitlement)?</p> <p><input type="checkbox"/> No; <i>Medicare continues to pay Primary.</i></p> <p><input type="checkbox"/> Yes; <i>GHP continues to pay Primary during the 30 month coordination period.</i></p>	
<p>I understand that I am responsible for charges not covered by the Medicare program, and that such services include, but are not limited to the following: Cosmetic surgery, dental care, take-home drugs, private duty nurses, custodial care, television, telephone, private room (unless medically necessary), personal convenience items, non-FDA approved medical devices.</p>		
<p>X _____</p> <p style="text-align: center;">Patient or Representative / Relationship</p>	<p>X _____</p> <p style="text-align: center;">Witness</p>	<p>_____</p> <p style="text-align: center;">Date</p>