



Francis M. Gumbel, M.D., P.A.
 26 S. Coria St. Ste. B, Brownsville, TX 78520
 Office: 956-546-4234 Fax: 956-546-5806

FECHA DE NACIMIENTO _____ NUMERO DE SEGURO SOCIAL _____

SEXO: FEMENINO MASCULINO RAZA: _____ IDIOMA _____

ESTADO CIVIL: CASADO(A) SOLTERO(A) VIUDO(A) DIVORCIADO(A) LEGALMENTE SEPARADO (A)

PRIMER NOMBRE: _____ SEGUNDO NOMBRE: _____

APELLIDO: _____

DOMICILIO: _____

CIUDAD: _____ ESTADO _____ CODIGO POSTAL _____

TELEFONO _____ CELULAR _____ TRABAJO _____

CORREO ELECTRONICO: _____

NOMBRE DE LUGAR DE TRABAJO _____

DAYCARE: _____ TELEFONO DAY CARE _____

PODER LEGAL: _____ TESTAMENTO: _____ DIRECTIVA ANTICIPADA DE SALUD: _____

CONTACTO DE EMERGENCIA:

NOMBRE COMPLETO _____

TELEFONO _____ CELULAR _____ TRABAJO _____

RELACION _____

INFORMACION DE ASEGURANZA

SEGURO 1 : _____ SEGURO 2: _____

SEGURO 3 : _____

NOMBRE COMPLETO DEL ASEGURADO

FECHA DE NACIMIENTO _____ NUMERO DE SEGURO SOCIAL _____

RELACION CON EL PACIENTE : _____

FIRMA DEL PACIENTE _____ FECHA _____

Acknowledgement of Receipt of Notice of Privacy Practices El reconocimiento de Recibo de Nota de la Intimidad Practica

I understand that Francis Gumbel, M.D. will use and disclose any medical information regarding my treatment, payment and health care operations.

Yo entiendo ese Francis Gumbel, M. D. usará y revela información médica con respecto a mi tratamiento, el pago y las operaciones del cuidado de la salud.

The Practice of Francis Gumbel, M.D. reserves the right to modify the privacy practices outlined in the notice.

La Práctica de Francis Gumbel, M. D. reserva el derecho modificar la intimidad practica resumido en la nota.

I have received a copy of the Notice of Privacy Practices for The Practice of Francis Gumbel, M.D. This signed copy will be kept in patient's billing folder./

Yo he recibido una copia de la Nota de Prácticas de Intimidad para La Práctica de Francis Gumbel, M. D. Esta copia firmada será mantenido en el paciente'carpeta de facturar de s.

Name of Patient (Print or Type)El nombre de Paciente (la Impresión o el Tipo)

X _____
Signature of Patient./ La firma de Pacient. (Patient Representative/Representante de paciente)

X _____
Date/La fecha Relationship of Patient Representative to Patient

La relación de Representante de Paciente al Paciente

Signature of Patient Representative required if the patient is a minor or an adult who is unable to sign this form.

La firma de Representante de Paciente requirió si el paciente es un menor o un adulto que es incapaz firmar esta forma. Firma de La de Representante de forma de esta de firmar que de incapaz de de adulto menor de un de paciente de un de de el de si de requirió de Paciente e o e.

I understand: Yo entiendo:

- I am responsible for my bill./ Yo soy responsable de mi cuenta.
- My doctor will act as my agent in helping me obtain payment from my insurance company./ Mi doctor actuará como a mi agente a ayudarme obtengo el pago de mi compañía del seguro.
- Payments will be directly to my doctor./Los pagos serán directamente a mi doctor.
- A copy of this form is permitted to be used in place of the original.
Una copia de esta forma es permitido ser usado en lugar de la original.

(For Office Use Only)

Attempt to Obtain Acknowledgement

An attempt was made to obtain acknowledgement of receipt of the Notice of Privacy Practices on ___/___/___

- The patient was undergoing emergency treatment
- The patient declined to sign the acknowledgement

Other _____

Name of Staff _____
Date _____/_____/_____

Francis Gumbel, M.D.
26 S Coria St Ste B
Brownsville, Texas 78520
956-546-4234/ Fax 956-546-0407

Authorization of Use and Disclosure of Protected Health Information

Information to Be Used or Disclosed

The information covered by this authorization includes:/ La información cubrió por esta autorización incluye:

Purposes of Disclosure

Information listed above will be disclosed for the following purposes:/ La información listó encima de será revelado para los propósitos siguientes:

Persons Authorized to Use or Disclose Information

Information listed above will be used or disclosed by:/ La información listó encima de será usado o revelado por:

Name of person/organization/El nombre de persona/la organización

Name of person/organization/El nombre de persona/la organización

Name of person/organization/El nombre de persona/la organización

Persons to Whom Information May Be Disclosed

Information described above may be disclosed to:/ La información descrita encima de puede ser revelado a:

Name of person/organization/El nombre de persona/la organización

Name of person/organization/El nombre de persona/la organización

Name of person/organization/El nombre de persona/la organización

Expiration Date of Authorization

This authorization is effective through ___/___/___ unless revoked or terminated earlier by the patient or the patient's personal representative.

Esta autorización es efectiva por ___/___/___ a menos que revoked o terminó más temprano por el paciente o el paciente's representante personal.

people authorized to obtain info on pts behalf (relatives, etc)