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

DATE OF BIRTH_____ SOCIAL SECURITY NUMBER_____

SEX: FEMALE MALE TRANSGENDER RACE: _____ LANGUAGE_____

MARITAL STATUS: MARRIED SINGLE WIDOWED DIVORCED LEGALLY SEPARATED OTHER

FIRST NAME: _____MIDDLE NAME:_____

LAST NAME:_____

PREVIOUS NAME:_____

ADDRESS:_____

CITY: _____STATE: _____ ZIP CODE: _____

HOME PH_____ CELL PH_____ WORK PH _____

E-MAIL ADDRESS:_____

DAY CARE:_____PHONE #_____

PLACE OF WORK_____

POWER OF ATTORNEY:_____ LIVING WILL:_____ ADVANCE DIRECTIVE:_____

EMERGENCY CONTACT:

LAST NAME: _____

FIRST NAME: _____

HOME_____CELL_____WORK_____

RELATION:_____

INSURANCE INFORMATION:

INSURANCE 1 :_____INSURANCE 2 _____

INSURANCE 3 :_____

INSURED COMPLETE NAME _____

DOB:_____ SOCIAL SECURITY NUMBER _____

RELATION :_____

PATIENT SIGNATURE: _____ DATE_____

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

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

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.