

| PATIENT INFORMATION | | | | Patient ID# | |
|---------------------|------|---------|------------------------|-----------------|--|
| First Name: | | Middle: | | Last: | |
| DOB: | Age: | Sex: | SSN: | Marital Status: | |
| Preferred Provider: | | | Primary Care Provider: | | |

Federal regulations now require that we collect the following demographic information.

Please check one of the options from each category.

Race: American Indian/Alaska Native Asian Decline to Answer
 Native Hawaiian/Pacific Islander White
 Black/African American Other

Ethnicity: Hispanic/Latino Not Hispanic/Latino Decline to Answer

| | |
|----------------|----------------------|
| Pharmacy Name: | Pharmacy Phone #: |
| Pharmacy City: | Mail Order Pharmacy: |

| CONTACT INFORMATION | | | Please check the box indicating how you would like us to communicate with you. | | |
|---------------------|---------------|---------------|--|--|--|
| Mailing Address: | | City/State: | Zip: | | |
| Home Phone #: | Work Phone #: | Cell Phone #: | | | |
| Email: | | Employer: | | | |
| Emergency Contact: | | Relationship: | Phone #: | | |

| BILLING INFORMATION | | For minors or persons with legal guardians, indicate Financially Responsible Person. | |
|---------------------|---------------|--|--|
| Name: | Relationship: | | |
| Address: | Phone #: | | |

| | | |
|-------------------------------|-----------------------------------|---------------|
| Primary Insurance: | | |
| Policy #(include any dashes): | Group: | |
| Insurance Co Address: | | |
| Policyholder Info: | Patient: <input type="checkbox"/> | Name: |
| DOB: | SSN: | Relationship: |

| | | |
|-------------------------------|-----------------------------------|---------------|
| Secondary Insurance: | | |
| Policy #(include any dashes): | Group: | |
| Insurance Co Address: | | |
| Policyholder Info: | Patient: <input type="checkbox"/> | Name: |
| DOB: | SSN: | Relationship: |

Permission is hereby granted to Silver Health CARE for such medical procedures, including the taking of photographs for treatment purposes only, as may be deemed necessary by my physician and/or his/her designee. I further consent to treatment by authorized employees or agents who are assigned to my care. I am aware that the practice of medicine is not an exact science and acknowledge that no guarantees have been made to me as to the results of treatment, examinations, or urgent care services. I acknowledge that I have been given SHC's Notice of Privacy Practices. I understand that if I have questions or complaints, I may contact SHC's HIPAA Privacy Officer. I understand that SHC will utilize tools to access digital information regarding proper care, including records obtained from other providers and sources.

I understand that I will be responsible for any co-insurance, deductible, or spend-down not covered by my insurance. If any balance is not paid when due, I understand that I will be responsible for the balance. I also understand that if the unpaid account is referred to an outside agency, I am responsible to pay all costs of collection including attorney fees. I hereby authorize the release of information to my insurance carrier or its intermediaries for all covered service rendered by Silver Health CARE.

Signature:

Date:

| INFORMACIÓN DEL PACIENTE | | # de ID del Paciente | |
|--------------------------|-----------------|---------------------------------|-----------------------------------|
| Nombre: | Segundo Nombre: | Apellido: | |
| Fecha de Nacimiento: | Edad: | Sexo: | # de Seguro Social: Estado Civil: |
| Proveedor Preferido: | | Proveedor de Atención primaria: | |

Las Regulaciones Federales requieren ahora que recopilemos la siguiente información demográfica.

Por favor marque una de las opciones de cada Categoría.

| | | |
|--|--|--|
| Raza: <input type="checkbox"/> Indio Americano/Nativo de Alaska | <input type="checkbox"/> Asiatico | <input type="checkbox"/> Declino a Responder |
| <input type="checkbox"/> Nativo de Hawaii/Isleño del Pacífico | <input type="checkbox"/> Blanco | |
| <input type="checkbox"/> Negro/Afroamericano | <input type="checkbox"/> Otro | |
| Etnia: <input type="checkbox"/> Hispano/Latino | <input type="checkbox"/> No Hispano/Latino | <input type="checkbox"/> Declino a Responder |

| | |
|------------------------|----------------------------------|
| Nombre de la Farmacia: | # de Teléfono de la Farmacia: |
| Ciudad de la Farmacia: | Correo de Pedido de la Farmacia: |

| INFORMACIÓN DE CONTACTO | Por favor marque la casilla que indica la forma en la que gustaria que nos comuniquemos con usted. | |
|-------------------------|--|------------------------|
| Dirección de Correo: | Ciudad/Estado: | Código Postal: |
| # de Teléfono de Casa: | # de Teléfono de Trabajo: | # de Teléfono Celular: |
| Correo Electronico: | Empleador: | |
| Contacto de Emergencia: | Relación: | # de Teléfono: |

| INFORMACIÓN DE FACTURACIÓN | Para menores de edad o personas con los tutores legales, indique al Responsable Financiero. | |
|----------------------------|---|--|
| Nombre: | Relación: | |
| Dirección: | # de Teléfono: | |

| | | |
|--------------------------------------|------------------------------------|-----------|
| Seguro Primario: | | |
| # de Póliza (incluir guiones): | Grupo: | |
| Dirección de la Compañía de Seguros: | | |
| Información del Asegurado: | Paciente: <input type="checkbox"/> | Nombre: |
| Fecha de Nacimiento: | Numero de Seguro Social: | Relación: |

| | | |
|--------------------------------------|------------------------------------|-----------|
| Seguro Secundario: | | |
| # de Póliza (incluir guiones): | Group: | |
| Dirección de la Compañía de Seguros: | | |
| Información del Asegurado: | Paciente: <input type="checkbox"/> | Nombre: |
| Fecha de Nacimiento: | Numero de Seguro Social: | Relación: |

Se concede el permiso a la Atención Médica de Silver para tales procedimientos médicos, incluyendo la toma de fotografías sólo con fines de tratamiento, que se consideren necesarios por mi médico y / o su designado / a. Además consiento el tratamiento por empleados autorizados o agentes que están asignados a mi cuidado. Estoy consciente de que la práctica de la medicina no es una ciencia exacta y reconozco que no se me han dado garantías con respecto a los resultados del tratamiento, los exámenes o los servicios de atención de urgencia. Reconozco que se me ha dado aviso de las prácticas de privacidad de la Atención Médica de Silver (SHC). Entiendo que si tengo preguntas o quejas, puedo comunicarme con un Oficial de Privacidad de la Ley de Responsabilidad y Portabilidad del Seguro de Salud (HIPAA) de SHC. Entiendo que SHC utilizará las herramientas de acceso a la información digital con respecto al cuidado adecuado, incluidos los registros obtenidos de otros proveedores y fuentes.

Entiendo que seré responsable por cualquier co-seguro, deducibles, o gastos no cubiertos por mi seguro. Si no se paga el saldo a su vencimiento, entiendo que seré responsable por el saldo. También entiendo que si la cuenta no pagada es referida a una agencia externa, soy responsable de pagar todos los cobros del costo, incluyendo los honorarios del abogado. Por la presente autorizo la entrega de información a mi compañía de seguros o sus intermediarios para todos los servicios cubiertos prestados por la Atención Médica de Silver.

Firma: _____ Fecha: _____