

INLAND PULMONARY SPECIALISTS

Anoop Maheshwari, M.D. & Young H. Lee, M.D.

Tel (951) 737-5809 Fax (951) 848-6923

info@lungdoc.us

Permission to receive and release information medical records Permiso para recibir y divulgar información expedientes médicos

I _____ give my permission to: Inland Pulmonary Specialists to collect records from the doctors I have listed below so that they may be used in order to provide care for me and that said physicians will receive updates on my health and aware of any testing that may be ordered by Dr. Anoop Maheshwari M.D. or Dr. Young H. Lee M.D.

Yo _____ doy mi permiso a: Inland Pulmonary Specialists para obtener r I don't know registros de los médicos anotados abajo para que puedan ser utilizados con el fin de proporcionar los cuidados para mi y que dichos médicos reciban actualizaciones de mi salud y estén concientes de cualquier prueba ordenada por los médicos de Inland Pulmonary Specialist.

Please PRINT physicians names and contact information clearly as well as any family you wish to have access to your health information.

Por favor escriba los nombres de los médicos y la información de contacto con claridad, así como cualquier familiar que desee tener acceso a su información médica.

Name: _____ Phone: _____
Name: _____ Phone: _____
Name: _____ Phone: _____
Name: _____ Phone: _____

Your name/Su nombre: _____
Date of birth/Fecha de nacimiento: _____ Today's date/Fecha de hoy: _____

I release Inland Pulmonary Specialists from any and all legal liability that may arise from the release of information to the party named above. I understand that I may receive a copy of this authorization upon request and that this authorization expires one year from today ___/___/___

Yo libero a Inland Pulmonary Specialists de cualquier y toda responsabilidad legal que derivarse de la publicación de esta información a los nombres de los partidos anteriores. Entiendo que puedo recibir una copia de esta autorización cuando la solicite y que esta autorización se vence un año a partir de la fecha de hoy ___/___/___

Signature/Firma: _____

INLAND PULMONARY SPECIALISTS

Anoop Maheshwari, M.D. Young H. Lee, M.D.

Tel. 951-737-5809 Fax. 951-848-6923

info@lungdoc.us

Consent for treatment/Consentimiento para tratamiento

I, the undersigned, consent to any and all medical or surgical treatment or procedures which may be performed during any office visit, including emergency visit or services and which may include but are not limited to laboratory procedures, x-rays examinations, diagnostic, spirometry, six minute walk test.

Yo quien firma abajo, doy consentimiento para cada tratamiento médico, quirúrgico o procedimientos que se puedan llevar a cabo durante la visita al consultorio. Estos servicios incluyen tratamientos de emergencia, y puede incluir pero no se limitan a los procedimientos de laboratorios, rayos X, pruebas diagnósticas, espirometría, prueba de caminata de 6 minutos.

Initials/Iniciales: _____

Assignment of insurance benefits/Asignación de las prestaciones de seguro

I, the undersigned understand, assign any and all rights, title interest and insurance proceeds or benefits payable to me or on my behalf for any services rendered by Inland Pulmonary Specialists and direct payment to be made directly to Inland Pulmonary Specialists.

Yo quien firma abajo asignare cualquiera y todos los derechos, titulo, interés y producto de la aseguranza o las prestaciones pagadas a mi o a mi nombre por los servicios echos por Inland Pulmonary Specialists y pagos de hacerse directamente a Inland Pulmonary Specialists.

Initials/Iniciales: _____

Financial agreement/ Acuerdo financiero

I, the undersigned, agree that in the consideration for the services rendered to the patient, I hereby individually obligate myself to pay the account of Inland Pulmonary Specialists In accordance with the regular rates and terms of Inland Pulmonary Specialists. Should the account be referred to an attorney of a collection agency for collection, I the undersigned, agree to pay the actual attorney fees, collection expenses and court cost expended in collecting amounts due. All delinquents not paid within thirty days (30) will bear interest at the legal rates.

Yo quien firma abajo, estoy de acuerdo que en consideración de los servicios prestados a el paciente, yo declaro individualmente estar obligado a pagar la cuenta de Inland Pulmonary Specialists de conformidad con las condiciones y tarifas regulares de Inland Pulmonary Specialists independientemente de mi estado de seguro. Si la cuenta se refiere un abogado o agencia de cobro, Yo quien firma abajo, aceptó pagar los honorarios de los abogados o agencias de cobro, los gastos de recaudo, y los gastos de corte desembolsados en recaudar sumas adeudadas. Todas las cuentas pagadas dentro de treinta días (30) deberán interés a la tasa lega.

Initials/iniciales: _____

Name/Nombre: _____ DOB/Fecha de nacimiento: _____

Signature/Firma: _____ Date/Fecha: _____

INLAND PULMONARY SPECIALISTS

Anoop Maheshwari, M.D. Young H. Lee, M.D.

Tel. 951-737-5809 Fax. 951-848-6923

info@lungdoc.us

Notice of Privacy Acknowledgement

I understand that, under the Health Insurance Portability & accountability Act of 1996 (HIPAA), I have certain rights to privacy regarding my protected health information, I understand that this information can and will be used to:

*Conduct, plan and direct my treatment and follow-up among the multiple healthcare providers who may be involved in that treatment directly or indirectly.

*Obtain payment from a third party payers.

*Conduct normal healthcare operations such as quality assessments and physician certifications.

I have received, read and understand your NOTICE OF PRIVACY PRACTICES containing a more complete description of the uses and disclosures of my health information. I understand that Inland Pulmonary Specialists has the right to change its NOTICE OF PRIVACY PRACTICES from time to time and that I may contact the doctor's office at any time at the above address to obtain a current copy of the NOTICE OF PRIVACY PRACTICES.

I understand that I may request in writing that you restrict how my privacy information is used or disclosed to carry out treatment or payment of healthcare operations. I also understand that you are not required to agree to my requests or restrictions, but if you agree then bound to abide by such restrictions.

Aviso de Privacidad Practica Reconocimiento

Entiendo que, en virtud de la ley Federal de portabilidad y responsabilidad de los seguros de salud de 1996 (HIPAA). Tengo ciertos derechos a la privacidad con respecto a mi salud información de salud protegida entiendo que está information de salud protegida puede y será utilizada para:

*Conducir, planificar y dirigir mi tratamiento y seguimiento entre los profesionales de salud que puedan estar involucrados en el tratamiento de manera directa o indirecta.

*Obtener el pago de los pagadores terceros.

* Realizar las operaciones normales de salud, tal como evaluaciones de calidad y certificaciones médicas.

He leído y entendido el aviso de las prácticas que contiene una descripción más completa de los usos y revelaciones de mi información de salud. Entiendo que Inland Pulmonary Specialists tiene el derecho de cambiar su aviso de las prácticas de privacidad de vez en cuando y pueden conectar a la oficina de Inland Pulmonary Specialists durante las horas de operación para obtener una copia actual del aviso de prácticas privadas.

Entiendo que puedo solicitar por escrito que restringen como mi información privada es usada o revelada para llevar a cabo el tratamiento, o el pago de operaciones de cuidado de salud. Yo también entiendo que no estarán obligados a aceptar la solicitud de restricciones, pero si usted está de acuerdo entonces estarán obligados a cumplir con tales restricciones.

Patient Name/Nombre del paciente: _____

Signature/Firma: _____

Date of Birth/Fecha de Nacimiento: _____ Today's Date/Fecha: _____

Name and relationship of person signing on the patients behalf/nombre y la relación de la persona que firma en nombre del paciente: _____

Facility name and phone number/Nombre de la instalación y número telefónico: _____