

# INLAND PULMONARY SPECIALISTS

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

613 S. Howard St  
Corona, CA 92879

31571 Canyon Estates Dr #219  
Lake Elsinore, CA 92532

4646 Brockton Ave #203  
Riverside, CA 92506

32643 Inland  
Valley Dr #60  
Wildomar, CA 92595

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

## NOTICE OF PRIVACY PRACTICES 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 and indirectly.
- Obtain payment from 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 A. Maheshwari/Y. Lee 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 address above to obtain a current copy of the *Notice of Privacy Practices*.

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

Aviso de privacidad RECONOCIMIENTO practicas Entender que, en virtud de la portabilidad de seguro médico y acto de rendición de centas de 1996 (HIPAA). Tengo ciertos derechos a la privacidad con respect a mi Health información protegidos, entiendo que esta información puede y sera utilizada para:

- Conducta planificar y dirigir mi tratamiento y el seguimiento entre los profesionales de la salud múltiples que pueden estar involucrados en el tratamiento que directa e indirectamente.
- Obtener el pago de los pagadores de terceros realizar las operaciones normales de salud, tales como evaluaciones de la calidad y las certificaciones médico.

He recibido leído y entendido el aviso de las prácticas de privacidad que contiene una descripción más completa de los usos y desclases de mi información de salud. Entiendo que A. Maheshwari/Y. Lee tiene el derecho de cambiar su aviso de las prácticas de privacidad de vez en cuando y que me pueden contactar a la oficina de A. Maheshwari/Y. Lee durante las horas de oficina en la dirección anterior para obtener un copia actual del aviso de prácticas privados.

Entiendo que puedo solicitar por escrito que restrinja como mi información privada es usada o revelada para llevar a cabo el tratamiento, el pago de operaciones de cuidado de la salud, yo también entiendo que no estamos obligados a aceptar a mi solicitud de restricciones, pero si usted está de acuerdo entonces están obligados a cumplir son tales restricciones----uso de la oficina.

Patient Name/Nombre\_\_\_\_\_

Signature/Firma\_\_\_\_\_

Today's Date/Fecha\_\_\_\_\_

Name and relationship of person signing on the patients behalf

---

OFFICE USE ONLY

I attempted to obtain the patient's signature in acknowledgement on this Notice of Privacy Practices Acknowledgement, but was unable to do so as documented below:

I trato de obtener la firma de los pacientes en el reconocimiento de este aviso de privacidad en las prácticas de reconocimiento, pero no pudo hacer lo mismo se documenta a continuación:

Date:

Initials:

Reason:

---

Consent for Treatment

I, the undersigned, consent to any and all medical or surgical treatment or procedures which may be performed during any office visit, including emergency treatment or services.

(initial here)\_\_\_\_\_

Convento de Tratamiento

El abajo firmante, esfuerzo para todas y cada tratamiento medico o quirurgico o procedimientos que puedan llevarse a cabo durante la visita al consultorio, incluyendo tratamiento de emergencia o servicios, y puede incluir, pero no se limitan a los procedimientos de laboratorio, examenes de rayos x, pruebas diagnosticas, cintas para corer, ecocardiografias, monitores holter o electrocardiogramas.

(inicial aqui)\_\_\_\_\_

Assignment of Insurance Benefits

I, the undersigned, assign any and all rights, title, interest and insurance proceeds or benefits payable to me on my behalf for any services rendered by A.Maheshwari/Y.Lee M.D. Prof Corp. and direct payment be made directly to A.Maheshwari/Y.Lee M.D. Prof Corp.

(initial here)\_\_\_\_\_

Asignacion de las Prestaciones del Seguro

El abajo firmante, asignar cualquier y todos los derechos, titulo e interes y product del seguro o las prestaciones paga deras a mi ya a mi nombre por los servicios prestados por A.Maheshwari/Y.Lee M.D. Prof Corp y pago directo de hacerse directamente a A.Maheshwari/Y.Lee M.D. Prof Corp

(inicial aqui)\_\_\_\_\_

Financial Agreement

I, the undersigned, agree that in consideration for the services rendered to the patient, I hereby individually obligate myself to pay the account of A.Maheshwari/Y.Lee M.D. Prof Corp regardless of my insurance status. Should the account be referred to an attorney of collection agency for collection, I, the undersigned agree to pay the actual attorney fees, collection expenses and court costs expended in collecting amounts due. All delinquent accounts not paid within thirty (30) days will bear interest at the legal rate

(initial here)\_\_\_\_\_

Acerdo Financiero

El abajo firmante, conuerdan en que, en consideracion de los servicios prestados a la paciente, declaro individualmente yo obligo a pagar la cuenta de A.Maheshwari/Y.Lee M.D. Prof Corp. De conformidad con las condiciones y tarifas regulares A.Maheshwari/Y.Lee M.D. Prof Corp de A.Maheshwari/Y.Lee M.D. Prof Corp independientemente de mi estado de seguro, la cuenta se refiere a un abogado o agencia de cobro yo, el abajo firmante acepta pagar los honorarios de los abogados y los gastos de recausacion y corte los gastos desembolsados en recaudar sumas adeudadas.

(inicial aqui)\_\_\_\_\_

Patient Name/Nombre\_\_\_\_\_

Signature/Firma\_\_\_\_\_Date/Fecha\_\_\_\_\_

Signature of Witness/Firma de Testigo\_\_\_\_\_Date/Fecha\_\_\_\_\_