



Pulmonary Health Consultants  
1306 North High Street Millville, NJ 08332 \* 1100 Liberty Place Sicklerville, NJ 08081 \* 80 S Main Rd Vineland NJ 08360

**FORMULARIO DE REGISTRO DE PACIENTES**

Por Favor ESCRIBA con TINTA

FECHA: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Nombre Preferido: \_\_\_\_\_  
Apellido Nombre Inicial

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Número de Seguro Social: \_\_\_\_ -- \_\_\_\_ -- \_\_\_\_ Sexo: M / F /

Dirección: \_\_\_\_\_  
Calle Ciudad Estado Código Postal

Número de teléfono: Casa: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_ Trabajo: \_\_\_\_\_

Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

Estado Civil: Soltero (a) Casado (a) Viudo (a) Separado (a) Divorciado (a) Deseo no responder

Nombre del cónyuge / pareja: \_\_\_\_\_

Raza: Americano Caucásico Hispano Indio Americano / Nativo de Alaska Asiático Hawaiano Nativo / Otro Pacífico

Afroamericano Otra raza No deseo responder

Etnia / Raza: Hispano / Latino No hispano

Idioma Primario: \_\_\_\_\_

**Empleo**

Empleador: \_\_\_\_\_ Full time Part time Retired Estudiante Ninguno

Ocupación: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_

**Médico / farmacia:**

Médico de atención primaria: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Dirección  
Médico referente: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Dirección

Farmacia Preferida: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Dirección

Pulmonary Health Consultants  
1306 North High Street Millville, NJ 08332 \* 1100 Liberty Place Sicklerville, NJ 08081\*80 S Main Rd Vineland, NJ 08360

**FORMULARIO DE REGISTRO DE PACIENTES**

**Parte responsable de la facturación**

\_\_\_\_\_ Verifique si la parte responsable de la facturación es el paciente.

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Apellido Nombre Inicial

Dirección: \_\_\_\_\_  
Calle Ciudad Estado Código Postal

Número de Seguro Social: \_\_\_\_ -- \_\_\_\_ -- \_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Relación con el paciente: Uno mismo Esposo (a) Other: \_\_\_\_\_  
Please specify

|                                               |                                     |
|-----------------------------------------------|-------------------------------------|
| Información del seguro primario               |                                     |
| Nombre del seguro:                            |                                     |
| Empleador del suscriptor:                     |                                     |
| Nombre del titular de la póliza:              | Fecha de nacimiento: ____/____/____ |
| Número de Seguro Social: ____ -- ____ -- ____ |                                     |
| Identificación de miembro:                    | Número de grupo:                    |

|                                               |                                     |
|-----------------------------------------------|-------------------------------------|
| Póliza del seguro secundario (si aplica)      |                                     |
| Nombre del seguro:                            |                                     |
| Empleador del suscriptor:                     |                                     |
| Nombre del titular de la póliza:              | Fecha de nacimiento: ____/____/____ |
| Número de Seguro Social: ____ -- ____ -- ____ |                                     |
| Identificación de miembro:                    | Número de grupo:                    |

|                                               |                                     |
|-----------------------------------------------|-------------------------------------|
| Póliza de seguro terciario (si aplica)        |                                     |
| Nombre del seguro:                            |                                     |
| Empleador del suscriptor:                     |                                     |
| Nombre del titular de la póliza:              | Fecha de nacimiento: ____/____/____ |
| Número de Seguro Social: ____ -- ____ -- ____ |                                     |
| Identificación de miembro:                    | Número de grupo:                    |

Pulmonary Health Consultants  
1306 North High Street Millville, NJ 08332 \* 1100 Liberty Place Sicklerville, NJ 08081 \* 80 S Main Rd Vineland, NJ 08360

|                               |                     |
|-------------------------------|---------------------|
| CONTACTO DE EMERGENCIA:       |                     |
| NOMBRE:                       | NUMERO DE TELEFONO: |
| RELACIÓN CON EL/ LA PACIENTE: |                     |

El paciente que firma, o la persona que firma en nombre del paciente, confirma que los datos anteriores son correctos.

\*X \_\_\_\_\_  
Firma del paciente o representante del paciente                      Relación con el paciente                      Fecha

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p style="text-align: center;"><b>PACIENTES</b></p> <p>Pulmonary Health Consultants es una instalación de saldo cero. No facturamos a nuestros pacientes ni enviamos estados de cuenta mensuales. Esto significa que todos los copagos, coseguros y/o deducibles deben pagarse en el momento de la visita.</p> |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p style="text-align: center;"><b>CITAS</b></p> <p>Entendemos que a veces las circunstancias impiden que nuestros pacientes acudan a sus citas programadas. Si no puede asistir a su cita, llame lo antes posible para notificarnos y reprogramar esta.. Además si va a llegar más de 10 minutos tarde, llámenos para notificarnos.</p> |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Pulmonary Health Consultants  
1306 North High Street Millville, NJ 08332 \* 1100 Liberty Place Sicklerville, NJ 08081 \* 80 South Main Rd Vineland, NJ 08360

**RECONOCIMIENTO DE RESPONSABILIDAD ECONÓMICA**

Por la presente autorizo a Pulmonary Health Consultants, LLC a facturar a mi compañía de seguro médico por los servicios profesionales recibidos. Acepto pagar todos los cargos a Pulmonary Health Consultants, LLC por la atención y el tratamiento que me brinde.

Entiendo que la verificación y autorización del beneficio del seguro no es una garantía de pago y si se niegan los cargos, estos se convertirán en mi responsabilidad y obligación. Soy responsable de pagar todos los copagos, coseguros, y deducibles aplicados a mi cuenta después de que se realice el pago del seguro y/o se procese la reclamación.

Además, cualquier cargo denegado por la compañía de seguro, que no cumpla con los criterios de necesidad médica sería mi responsabilidad.

Y si no proporciono a Pulmonary Health Consultants, LLC información precisa y actualizada sobre mi seguro médico, seré personalmente responsable del costo de la atención brindada.

Estoy de acuerdo en que las facturas deben pagarse cuando se presentan o antes del tratamiento. Y si no pago mi factura, me doy cuenta de que mi cuenta será enviada a la agencia de cobro y los honorarios del abogado y del tribunal se agregaran a mi saldo adeudado.

\*X \_\_\_\_\_  
Firma del paciente o representante Fecha

**RECIBO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD**

Al firmar este formulario, usted está consciente que recibió una copia de las prácticas de privacidad, que proporciona información sobre cómo podemos usar y divulgar su información médica protegida.

Si tiene alguna pregunta sobre el formulario de las prácticas de privacidad de Pulmonary Health Consultants, LLC, comuníquese con nuestra oficina al 856-875-3630

\*X \_\_\_\_\_  
Firma del paciente o representante Fecha

**SOLO PARA USO DE LA OFICINA**  
**IMPOSIBILIDAD DE OBTENER RECIBO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD**

Se han hecho intentos para obtener un recibo por escrito de las prácticas de privacidad de Pulmonary Health Consultants, LLC. Este no se pudo obtener porque:

- El individuo se negó a firmar.
- Barreras de comunicación prohibidas para obtener el recibo
- Una situación de emergencia les impidió obtener el recibo
- Otro (Por favor especifique) \_\_\_\_\_

\*X \_\_\_\_\_  
Firma del paciente o representante Fecha

Pulmonary Health Consultants  
1306 North High Street Millville, NJ 08332 \* 1100 Liberty Place Sicklerville, NJ 08081 \*80 South Main Rd Vineland, NJ 08360

**FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO PARA LA AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO Y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN**

Nombre: \_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_  
NHC#: \_\_\_\_\_

**Consentimiento para atención, médica / quirúrgica / de urgencia**

Por la presente autorizo a Pulmonary Health Consultants LLC, proporcionar tratamiento médico y quirúrgico inicial y continuo que sea necesario y razonable según los estándares de atención aceptables para mi bienestar y el tratamiento de mi condición física.

Doy mi consentimiento para exámenes, análisis de sangre (incluidos análisis de sangre para enfermedades transmisibles como la hepatitis y VIH / SIDA cuando el personal de atención médica ha estado expuesto a mi sangre y / o fluidos corporales) procedimientos de laboratorio, medicamentos, infusiones, atención de enfermería y otros servicios. Tratamientos prestados por mi médico, médico consultor y sus asociados y asistentes, o prestados por el personal del centro bajo las instrucciones, órdenes y dirección de dicho (s) médico (s).

**Autorización para divulgar información médica**

Por la presente autorizo a Pulmonary Health Consultants LLC, a divulgar la información obtenida en el curso de mi atención médica / quirúrgica / de urgencia a mi compañía de seguro (s) y otros proveedores de atención médica involucrados en mi cuidado. En caso de exposición a sangre o fluidos corporales de un empleado autorizo a esta oficina a publicar las pruebas pertinentes para el tratamiento del empleado. También autorizo a Pulmonary Health Consultants LLC, a recibir mi historial de medicamentos.

**Cesión de beneficios**

Por la presente asigno todos los beneficios de atención médica / quirúrgica / de urgencia a los que tengan derecho, incluido los beneficios principales, Medicare, el seguro privado y cualquier otro plan de salud a Pulmonary Health Consultants, LLC. Una fotocopia de esta cesión se considerará tan válida como la original.

Entiendo que soy financieramente responsable de todos los costos no cubiertos por mi (s) plan (es) de seguro. Esto incluye entre otros, copagos, coseguros, deducibles y procedimientos y / o diagnósticos no cubiertos. Entiendo que si mi seguro requiere una referencia para recibir tratamiento aquí, es mi responsabilidad obtener esa referencia de mi médico de atención primaria. También entiendo que se espera que haga el pago de saldos anteriores o saldos enviados a cobranza antes de mi visita al consultorio. Si no puedo pagar mi saldo en su totalidad, entiendo que puedo hablar con el gerente de la oficina para establecer un plan de pago. Entiendo que Pulmonary Health Consultants LLC tiene el derecho de imponer una tarifa por servicios no cancelados (fallo de no venir a su cita)

**Consentimiento para llamar, enviar mensajes de texto o correo electrónico**

Doy mi consentimiento para recibir las siguientes comunicaciones automáticas de Pulmonary Health Consultants LLC.

Notificaciones de salud ☐ Correo electrónico ☐ Teléfono ☐ Mensaje de texto  
Citas ☐ Correo electrónico ☐ Teléfono ☐ Mensaje de texto  
Anuncios ☐ Correo electrónico ☐ Teléfono ☐ Mensaje de texto  
Facturas ☐ Correo electrónico ☐ Teléfono ☐ Mensaje de texto

\*X \_\_\_\_\_  
Firma del paciente o representante del paciente

\_\_\_\_\_  
Relación con el paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha

Pulmonary Health Consultants  
1306 North High Street Millville, NJ 08332 \* 1100 Liberty Place Sicklerville, NJ 08081 \* 80 South Main Rd Vineland, NJ 08360

**FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN DE PRIVACIDAD HIPAA**

Autorización para el uso o divulgación de información de salud protegida (Requerido por la ley de portabilidad y responsabilidad del seguro médico - 45 CFR partes 160 y 164)

1. Por la presente autorizo a todas las fuentes de servicios médicos y proveedores de atención médica a usar y/o divulgar la información de salud protegida (PHI) que se describe a continuación a mi agente identificado en mi abogado de poder duradero para el cuidado de la salud nombrado:

2. Autorización para la divulgación de PHI que cubre el periodo de atención médica (marque una)

- a. Desde (fecha) \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ hasta \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
b. Todos los periodos pasados, presentes y futuros

3. Por la presente autorizo la divulgación de PHI de la siguiente manera (marque uno)

- a. Mi expediente médico completo (incluidos los expedientes relacionados con la atención de la salud mental, enfermedad, VIH, o SIDA, y tratamiento del abuso de alcohol/drogas)  
b. Mi expediente médico con la excepción de la siguiente información (marque según corresponda)  
\_\_\_\_ Registros de salud mental  
\_\_\_\_ Enfermedad transmisible (incluido el VIH y SIDA)  
\_\_\_\_ Tratamiento por abuso de alcohol/drogas  
\_\_\_\_ Otra (Por Favor especifique) \_\_\_\_\_

4. Además de la autorización para la divulgación de mi PHI descrita en los párrafos 3a y 3b, autorizo la divulgación de información sobre mi facturación, condición, tratamiento y pronóstico a los siguientes individuos:

Nombre \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_

5. Esta información médica puede ser utilizada por las personas que autorizo a recibir esta información para fines médicos, tratamiento, consulta, facturación, pago de reclamaciones, u otros fines que yo pueda indicar.

6. Esta autorización estará en vigor y efecto hasta nueve (9) meses después de mi muerte o \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, (fecha o evento) momento en el que vence esta autorización.

7. Entiendo que tengo derecho a revocar esta autorización, por escrito, en cualquier momento. Entiendo que la revocación no es efectiva en la medida en que cualquier persona o entidad ya haya actuado con base en mi autorización o si mi autorización se obtuvo como condición para obtener cobertura de seguro y la aseguradora tiene un derecho legal para impugnar un reclamo.

8. Entiendo que mi tratamiento, pago inscripción, o elegibilidad para beneficios no estarán condicionados a si yo firmo esta autorización.

9. Entiendo que la información utilizada o divulgada conforme a esta autorización puede ser divulgada por el destinatario y es posible que ya no esté protegido por la ley federal o estatal.

\*X \_\_\_\_\_  
Firma del paciente o representante del paciente

\_\_\_\_\_  
Relación con el paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha

Pulmonary Health Consultants  
1306 North High Street Millville, NJ 08332 \* 1100 Liberty Place Sicklerville, NJ 08081 \*80 South Main Rd Vineland, NJ 08360

**POLÍTICA DE CANCELACIÓN / NO PRESENTACIÓN**

Gracias por confiar su atención médica con Pulmonary Health Consultants. Cuando programamos una cita, nosotros reservamos suficiente tiempo para brindar servicios completos y mayor calidad de atención.

Entendemos que hay momentos en los que debe perderse una cita por urgencias u obligaciones de trabajo o familiares. Si necesita cancelar o reprogramar una cita, comuníquese con nuestra oficina tan pronto como sea posible, y a más tardar 24 horas antes de su cita programada. Para la (s) cita (s) que no pueda asistir con cualquiera de nuestros doctores y no nos llame para cancelar o reprogramar se le estará cobrando una tarifa de \$25 dólares, y para los exámenes de respiración se cobrará una tarifa de \$80 dólares.

Esto nos da tiempo para programar a otros pacientes que pueden estar esperando una cita.

Gracias por su comprensión y su cooperación mientras nos esforzamos por mejorar y atender las necesidades de todos nuestros pacientes.

Al firmar a continuación, reconoce que comprende esta política.

\*X

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente o representante del paciente

\_\_\_\_\_  
Relación con el paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha

Pulmonary Health Consultants  
1306 North High Street Millville, NJ 08332 \* 1100 Liberty Place Sicklerville, NJ 08081 \*80 South Main Rd Vineland, NJ 08360

**SOLICITUD DE DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD**

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Ultimos 4 digitos del seguro social: \_\_\_\_\_

Fecha de Hoy: \_\_\_\_\_

Por la presente autorizo: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Telefono: \_\_\_\_\_

Fax: \_\_\_\_\_

Para divulgar, e usar información de salud sobre mi a:

**Pulmonary Health Consultants  
1306 North High Street  
Millville, NJ 08332  
P: (856) 875-3630  
F: (844) 717-1981**

Esta solicitud y autorización se aplica a:

[ ] Toda la información de salud

\*X \_\_\_\_\_  
Firma del paciente o representante del paciente

\_\_\_\_\_  
Relación con el paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha

Pulmonary Health Consultants  
1306 North High Street Millville, NJ 08332 \* 1100 Liberty Place Sicklerville, NJ 08081 \* 80 South Main Rd Vineland, NJ 08360

**PANDEMIA COVID-19 DIVULGACIONES DE PACIENTES**

Este formulario de divulgación del paciente busca información de usted que debemos considerar antes de tomar decisiones de tratamiento en esta circunstancia del virus COVID-19.

|                                                                                                                                       | Yes | No |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|----|
| Tiene fiebre o su temperatura está elevada por encima del rango normal (98.6)?                                                        |     |    |
| Está experimentando falta de respiración o teniendo problemas para respirar?                                                          |     |    |
| Tiene tos seca?                                                                                                                       |     |    |
| Tiene la nariz congestionada?                                                                                                         |     |    |
| Ha perdido el sentido del olor o sabor recientemente o siente que estos se han reducido?                                              |     |    |
| Tiene dolor de garganta?                                                                                                              |     |    |
| Se siente fatigado (a)?                                                                                                               |     |    |
| Tiene dolores musculares?                                                                                                             |     |    |
| Está experimentando dolores de cabeza?                                                                                                |     |    |
| Incluso si actualmente no tiene ninguno de los síntomas anteriores, ha experimentado alguno de estos síntomas en los últimos 14 días? |     |    |
| Ha estado en contacto con alguien quien ha dado positivo por COVID-19 en los últimos 14 días?                                         |     |    |
| Ha dado positivo al COVID-19?                                                                                                         |     |    |
| Se ha hecho la prueba del COVID-19 y está esperando los resultados?                                                                   |     |    |
| Ha viajado fuera del estado de Nueva Jersey por alguna razón en los últimos 14 días?                                                  |     |    |
| Ha viajado fuera de los Estados Unidos por alguna razón en los últimos 14 días?                                                       |     |    |

Entiendo completamente y reconozco la información, los riesgos y las precauciones anteriores con respecto a un sistema inmunológico comprometido y he revelado a mi doctor cualquier condición en mi salud que pueda resultar en sistema inmunológico comprometido

Al firmar este documento, reconozco que las respuestas que he proporcionado anteriormente son verdaderas y precisas.

\*X \_\_\_\_\_  
Firma del paciente o representante del paciente

\_\_\_\_\_  
Relación con el paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha



Pulmonary Health Consultants  
1306 North High Street Millville, NJ 08332 \* 1100 Liberty Place Sicklerville, NJ 08081

**PATIENT REGISTRATION FORM**

Please PRINT in INK

DATE: \_\_\_\_\_

Name \_\_\_\_\_ Preferred Name \_\_\_\_\_  
Last First MI

Date of Birth \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Social Security # \_\_\_\_ -- \_\_\_\_ -- \_\_\_\_

Sex: Male/Female/\_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_  
Street City State Zip

Home Phone: \_\_\_\_\_ Cell Phone: \_\_\_\_\_ Work Phone \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

Marital Status: Single Married Widowed Separated Divorced Not applicable

Spouse's/Partner's Name: \_\_\_\_\_

Race: American Indian/Alaska Native Asian Native Hawaiian/Other Pacific Black or African  
American Caucasian Hispanic Other Race Do not wish to answer

Ethnicity: Hispanic or Latino Not Hispanic

Primary Language: \_\_\_\_\_

**Employment**

Employer: \_\_\_\_\_ Full Time Part Time

Retired

Student

None

Occupation: \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_ Phone # \_\_\_\_\_

**Physician/ Pharmacy Information:**

Primary Care Physician: \_\_\_\_\_ Phone # \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_

Referring Physician: \_\_\_\_\_

Phone #: \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_

Pulmonary Health Consultants  
1306 North High Street Millville, NJ 08332 \* 1100 Liberty Place Sicklerville, NJ 08081

PATIENT REGISTRATION FORM

Preferred Pharmacy: \_\_\_\_\_ Phone \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Responsible Billing Party**

\_\_\_\_\_ *Please check if Responsible Billing Party is the patient.*

Name: \_\_\_\_\_ Date of Birth: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Last First MI

Address: \_\_\_\_\_  
Street City State Zip

Social Security #: \_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_ Phone #: \_\_\_\_\_

Relationship to patient: Self Spouse Partner Other: \_\_\_\_\_  
Please specify

|                                   |              |                |
|-----------------------------------|--------------|----------------|
| PRIMARY Insurance Information:    |              |                |
| Insurance Name:                   |              |                |
| Subscriber's Employer:            |              |                |
| Policy Holder Name:               |              | Date of Birth: |
| Social Security #: ____-____-____ | Member ID #: | Group #:       |

|                                     |             |                |
|-------------------------------------|-------------|----------------|
| SECONDARY Insurance Policy (if any) |             |                |
| Insurance Name:                     |             |                |
| Subscriber's Employer:              |             |                |
| Policy Holder Name:                 |             | Date of Birth: |
| Social Security #: ____-____-____   | Member ID # | Group #:       |

|                                    |  |                |
|------------------------------------|--|----------------|
| TERTIARY Insurance Policy (if any) |  |                |
| Insurance Name:                    |  |                |
| Subscriber's Employer:             |  |                |
| Policy Holder Name:                |  | Date of Birth: |

|                                   |                   |                |
|-----------------------------------|-------------------|----------------|
| Social Security #: ____-____-____ | Member ID # _____ | Group #: _____ |
|-----------------------------------|-------------------|----------------|

Pulmonary Health Consultants  
1306 North High Street Millville, NJ 08332 \* 1100 Liberty Place Sicklerville, NJ 08081

**PATIENT REGISTRATION FORM**

|                          |             |
|--------------------------|-------------|
| EMERGENCY CONTACT:       |             |
| NAME:                    | TELEPHONE#: |
| RELATIONSHIP TO PATIENT: |             |

The Undersigned patient or individual acting on behalf of the patient agrees that the above facts are correct.

|                                                  |                                  |               |
|--------------------------------------------------|----------------------------------|---------------|
| *X _____<br>Patient or Representative of Patient | _____<br>Relationship to Patient | _____<br>Date |
|--------------------------------------------------|----------------------------------|---------------|

|                  |               |
|------------------|---------------|
| _____<br>Witness | _____<br>Date |
|------------------|---------------|

|                                                                                                                                                                                                           |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Valued Patients</b>                                                                                                                                                                                    |
| Pulmonary Health Consultants is a zero balance facility. We do not bill our patients or send monthly statements. This means that all co-pay, co-insurance and /or deductible is due at the time of visit. |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Appointments</b>                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| We understand that sometimes circumstance prevent our patients from keeping their scheduled appointments. If you cannot keep your appointment, please call as soon as possible to notify us and to reschedule. Also, if you are going to be more than 10 minutes late, please call to notify us. |

Pulmonary Health Consultants  
1306 North High Street Millville, NJ 08332 \* 1100 Liberty Place Sicklerville, NJ 08081

**ACKNOWLEDGEMENT OF FINANCIAL RESPONSIBILITY**

I hereby give permission to Pulmonary Health Consultants, LLC to bill my insurance company for professional medical services rendered. I agree to pay all charges due or that become due to Pulmonary Health Consultants, LLC for the care and treatment provided to me by Pulmonary Health Consultants, LLC.

I understand that insurance benefit verification and authorization is not a guarantee of payment and if the charges are denied, the medical charges will become my responsibility and obligation. I am responsible to pay all copayments, coinsurance and deductible applied to my account after the insurance payment is made and/or the claim is processed.

In addition, any charges denied by the insurance company because they do not meet the criteria for medical necessity would be my responsibility.

And if I do not or did provide Pulmonary Health Consultants, LLC with accurate and current information regarding my insurer, I will be personally responsible for the cost of the care rendered.

I agree that all bills are to be paid when presented or in advance of treatment, itself pay. And if I fail to pay my bill, I realize that my account will be forwarded to the collection agency and attorney and court fees will be added to my due balance.

\*X

Signature of Patient or Legally Authorized Representative Date

**ACKNOWLEDGEMENT OF RECEIPT OF PRIVACY PRACTICES**

**ACKNOWLEDGEMENT OF RECEIPT**

By signing this form, you acknowledge receipt of Pulmonary Health Consultants' Notice of Privacy Practices. Our Notice of Privacy Practices provides information about how we may use and disclose your protected health information. We encourage you to read it in full.

If you have any question regarding Pulmonary Health Consultants' Notice of Privacy Practices, please contact our Privacy Office at 1-856-875-3630.

I acknowledge receipt of Pulmonary Health Consultants' Notice of Privacy Practices.

\*X

Signature of Patient or Legally Authorized Representative Date

**FOR OFFICE USE ONLY**

**INABILITY TO OBTAIN ACKNOWLEDGEMENT**

Attempts have been made to obtain written acknowledgement of receipt of Pulmonary Health Consultants' Notice of Privacy Practices, but acknowledgement could not be obtained because:

- Individual refused to sign
- Barrier(s) to communication prohibited obtaining the acknowledgement
- An emergency situation prevented us from obtaining the acknowledgement
- Other (Please specify) \_\_\_\_\_

\*X

Signature of Provider Representative Date

Pulmonary Health Consultants  
1306 North High Street Millville, NJ 08332 \* 1100 Liberty Place Sicklerville, NJ 08081

**CONSENT FORM FOR THE AUTHORIZATION OF TREATMENT & RELEASE OF INFORMATION**

Name: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_  
Date of Birth: \_\_\_\_\_ MRN#: \_\_\_\_\_

**Consent for Medical/Surgical/ Urgent Care**

I hereby authorize Pulmonary Health Consultants, LLC to provide initial and ongoing medical/surgical treatment that is necessary and reasonable as based on acceptable standards of care for my wellness and the treatment of my physical condition.

I consent to examination, blood tests, (including blood tests for communicable disease such as Hepatitis and HIV/AIDS when healthcare personnel have been exposed to my blood and/or body fluids), laboratory procedures, medications, infusions, nursing care and other services or treatments rendered by my physician, consulting physician, and their associate and assistants, or rendered by facility personnel under the instructions, orders and direction of such physician(s).

**Authorization to Release Medical Information**

I hereby authorize Pulmonary Health Consultants, LLC to release information obtained in the course of my medical/surgical/urgent care to my insurance carrier and other providers of health care and healthcare organizations involved in my care. In the event of an employee blood or body fluid exposure, I authorize Pulmonary Health Consultants, LLC to release pertinent testing for the treatment of the employee. I also authorize Pulmonary Health Consultants to receive my medication history.

**Assignment of Benefits**

I hereby assign all medical/ surgical/ urgent care benefits to which I am entitled, including major benefits, Medicare, private insurance and any other health plans, to Pulmonary Health Consultants, LLC. A photocopy of this assignment is to be considered as valid as the original.

I understand that I am financially responsible for all costs not covered by my insurance plan (s). This includes but not limited to co-pays, coinsurances, deductibles, and non-covered procedures and/or diagnoses. I understand that if my insurance requires a referral for me to receive treatment here that is my responsibility to obtain that referral from my primary care physician. I also understand that I am expected to make payment for previous balances or balances sent o collections prior to my office visit. If I am unable to pay my balance in full, I understand that I can speak to the office manager to setup a payment plan.

I understand that Pulmonary Health Constants, LLC reserves the right to impose a fee for un-cancelled (failure to show) appointments.

**Consent to Call, Text, or Email**

I consent to receiving the following automated communications from Pulmonary Health Consultants, LLC.

Health Notifications ☐ Email ☐ Phone ☐ Text Message  
Appointments ☐ Email ☐ Phone ☐ Text Message  
Announcements ☐ Email ☐ Phone ☐ Text Message  
Billing ☐ Email ☐ Phone ☐ Text Message

If email was chosen as a communication preference above, please provide your email address:

I authorize the release of information including the diagnosis, records and examinations rendered to me as well as claims information, to the persons listed below:

Name \_\_\_\_\_ Relationship \_\_\_\_\_  
Phone Number \_\_\_\_\_

Name \_\_\_\_\_ Relationship \_\_\_\_\_  
Phone Number \_\_\_\_\_

☐ Check here if you DO NOT want this information release to anyone other than yourself

Patient or Legal Representative Signature: \*X \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

Relationship to Patient: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Witness: \_\_\_\_\_

Pulmonary Health Consultants  
1306 North High Street Millville, NJ 08332 \* 1100 Liberty Place Sicklerville, NJ 08081

**HIPAA Privacy Authorization Form**

Authorization for Use or Disclosure of Protected Health Information  
(Required by the Health Insurance Portability and Accountability Act -45 CFR Parts 160 and 164)

1. I hereby authorize all medical service sources and health care providers to use and/or disclose the protected health information ("PHI") described below to my agent identified in my durable power attorney for health care named \_\_\_\_\_.

2. Authorization for the release of PHI covering the period of health care (check one)

a. \_\_\_\_\_ from (date) \_\_\_\_\_ - to (date) \_\_\_\_\_ OR

b. \_\_\_\_\_ all past, present and future periods.

3. I hereby authorize the release of PHI as follows (check one)

a. \_\_\_\_\_ my complete health record (including records relating to mental health care, communicable disease, HIV or AIDS, and treatment of alcohol/drug abuse). OR

b. \_\_\_\_\_ my complete health record with the exception of the following information

(check as appropriate):

\_\_\_\_\_ Mental health records

\_\_\_\_\_ Communicable disease (including HIV and AIDS)

\_\_\_\_\_ Alcohol/drug abuse treatment

\_\_\_\_\_ Other (please specify): \_\_\_\_\_

4. In addition to the authorization for release of my PHI described in paragraphs 3a and 3b of this Authorization, I authorize disclosure of information regarding my billing, condition, treatment and prognosis to the

following individual(s):

Name \_\_\_\_\_ Relationship \_\_\_\_\_

Name \_\_\_\_\_ Relationship \_\_\_\_\_

Name \_\_\_\_\_ Relationship \_\_\_\_\_

5 This medical information may be used by the persons I authorize to receive this information for medical treatment or consultation, billing or claims payment, or other purposes as I may direct.

6. This authorization shall be in force and effect until nine (9) months after my death or \_\_\_\_\_, (date or event) at which time this authorization expires.

7. I understand that I have the right to revoke this authorization, in writing, at any time. I understand that a revocation is not effective to the extent that any person or entity has already acted in reliance on my authorization

or if my authorization was obtained as a condition of obtaining insurance coverage and the insurer has a legal right to contest a claim.

8. I understand that my treatment, payment, enrollment, or eligibility for benefits will not be conditioned on whether I sign this authorization.

9. I understand that information used or disclosed pursuant to this authorization may be disclosed by the recipient and may no longer be protected by federal or state law.

\*X \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Signature (18 years or older)

\*X \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

Signature of Legal Representative Relationship to Patient

Keep original, and give copies to your health care provider, agent and family members

Pulmonary Health Consultants  
1306 North High Street Millville, NJ 08332 \* 1100 Liberty Place Sicklerville, NJ 08081

**CANCELLATION / NO SHOW POLICY**

Thank you for entrusting your medical care with Pulmonary Health Consultants.

When you schedule an appointment with Pulmonary Health Consultants, we set aside enough time to provide comprehensive and higher quality of care.

We understand that there are times when you must miss an appointment due to emergencies or obligations for work or family.

Should you need to cancel or reschedule an appointment, please contact our office as soon as possible, and no later than 24 hours prior to your scheduled appointment.

For missed provider appointments there will be a \$25.00 no show fee.

For missed breathing tests appointments there will be a \$80.00 no show fee.

This gives us time to schedule other patients who may be waiting for an appointment and reschedule yours as well.

Thank you for understanding and your cooperation as we strive to best serve the needs of all our patients.

By signing below, you acknowledge that you have received this notice and understand this policy.

\_\_\_\_\_  
Printed Name

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Signature



Pulmonary Health Consultants  
1306 North High Street Millville, NJ 08332 \* 1100 Liberty Place Sicklerville, NJ 08081

**REQUEST FOR RELEASE OF HEALTHCARE INFORMATION**

Patient Name: \_\_\_\_\_

Today's Date: \_\_\_\_\_

Last 4 digits of SSN: \_\_\_\_\_

Date of Birth: \_\_\_\_\_

I hereby authorize: \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_

Phone: \_\_\_\_\_

Fax: \_\_\_\_\_

To release, use, and disclose health information about me as described below to:

**Pulmonary Health Consultants  
1306 North High Street  
Millville, NJ 08081  
P:(856) 875-3630  
F:(856) 300-7591**

This request and authorization applies to :

[ ] All Healthcare information

Patient Signature: X \_\_\_\_\_

Date Signed: \_\_\_\_\_



Pulmonary Health Consultants  
1306 North High Street Millville, NJ 08332 \* 1100 Liberty Place Sicklerville, NJ 08081

### COVID- 19 Pandemic - Patient Disclosures

This patient disclosure form seeks information from you that we must consider before making treatment decisions in this circumstance of the COVID-19 virus.

|                                                                                                                             | Yes | No |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|----|
| Do you have a fever of above normal temperature?                                                                            |     |    |
| Are you experiencing shortness of breath or having trouble breathing?                                                       |     |    |
| Do you have a dry cough?                                                                                                    |     |    |
| Do you have a running nose?                                                                                                 |     |    |
| Have you recently lost or had a reduction in your sense of smell/taste?                                                     |     |    |
| Do you have a sore throat?                                                                                                  |     |    |
| Are you feeling nauseous?                                                                                                   |     |    |
| Do you have diarrhea?                                                                                                       |     |    |
| Are you feeling fatigued?                                                                                                   |     |    |
| Do you have muscle aches?                                                                                                   |     |    |
| Have you been experiencing headaches?                                                                                       |     |    |
| Even if you don't currently have any of the above symptoms, have you experienced any of these symptoms in the last 14 days? |     |    |
| Have you been in contact with someone who has tested positive for COVID 19 in the last 14 days?                             |     |    |
| Have you tested positive for COVID -19?                                                                                     |     |    |
| Have you been tested for COVID-19 and are waiting for results?                                                              |     |    |
| Have you travelled outside of New Jersey for any reason in the past 14 days?                                                |     |    |
| Have you travelled outside of the United States for any reason in the past 14 days?                                         |     |    |

I fully understand and acknowledge the above information, risks and cautions regarding a compromised immune system and have disclosed to my provider any conditions in my health history, which may results in a compromised immune system.

By signing this document, I acknowledge that the answers I have promised above are true and accurate.

\_\_\_\_\_  
Signature

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Witness