



United Family Medicine

A COMMUNITY CLINIC

REGISTRATION/ADMISSION CONSENT FORM

1. **Provider Record Locator:** I authorize United Family Medicine to search a list of other health care providers to find if they have records that might be helpful to my treatment. The location of my records will be available for United Family Medicine to find in the list unless I check here _____
2. **Assignment of Benefits and Related Release of Information.** I request payment of authorized benefits directly to the provider for services furnished to me at this facility or any other facility owned or operated by United Family Medicine. I consent to the release of medical and other information related to such services for healthcare operations and to Medicare, my insurance company, HMO, other third party payers, or their third party administrators, in order to process and pay claims, determine benefits and perform quality of care reviews.

I understand it is my responsibility to pay co pays at the time of service.

3. **Consent for Use of Medical Records in Research.** I authorize United Family Medicine to use or disclose my medical records for research, including health records created by United Family Medicine and those records United Family Medicine receives from other health care providers while treating me unless I check here _____
4. **Consent to Release Medical Records to Other Providers.** I consent to the release of my health records created or received and maintained by United Family Medicine for my treatment to other health care providers who provide treatment to me.
5. **Important Information for Patients.** I received the material on each line initialed below.

_____ Notice of Privacy Practices (unless received during previous visit)

This consent will continue unless you cancel it by writing us at: United Family Medicine, 1026 W 7th St, St. Paul, MN 55102; OR it expires according to law, but if the consent expires or is cancelled, it will not change releases that have already been made.

Signature of Patient, or if Patient is unable to sign, a Representative of the Patient

Date

Print Name

Relationship to Patient (if patient is unable to sign)

Reason Patient Unable to Sign



United Family Medicine

A COMMUNITY CLINIC

FORMA DE CONSENTIMIENTO DE REGISTRO/ADMISIÓN

1. **Localizador de Registro de Proveedor:** Yo autorizo a United Family Medicine buscar una lista de otros proveedores médicos para ver si ellos tienen archivos que podrían ayudar con mi tratamiento. La localización de mis archivos estará disponible para United Family Medicine en la lista a menos que yo lo indique aquí _____
2. **Asignación de Beneficios y consentimiento Relacionado de Información:** Yo solicito el pago de beneficios autorizados directamente al proveedor médico para servicios que he recibido en esta institución o cualquier otra institución relacionada u operada por United Family Medicine. Yo doy mi consentimiento para la entrega de información médica u otra información relacionada con tales servicios para operaciones de asistencia médica y a la Medicare, mi compañía de seguros, HMO, terceras personas, o sus terceros administradores, para poder procesar y pagar los servicios adquiridos, determinar los beneficios y revisar la calidad del cuidado.

Yo entiendo que es mi responsabilidad de pagar los copagos en el momento del servicio.

3. **Consentimiento del uso de los archivos médicos para investigaciones:** Yo autorizo a United Family Medicine a usar o revelar mis archivos médicos para investigación/es, incluyendo archivos de salud creados por United Family Medicine y aquellos archivos que sean recibidos por United Family Medicine de otros proveedores médicos mientras me están tratando a menos que yo lo indique aquí _____
4. **Consentimiento de Entregar Archivos Médicos a Otros Proveedores Médicos:**
Yo doy consentimiento de la entrega de mis archivos médicos creados o recibidos y mantenidos por United Family Medicine para mi tratamiento a otros proveedores médicos quienes me proveerán tratamiento.
5. **Información Importante para Pacientes: Yo recibí el material en cada línea firmada con las iniciales abajo.**

_____ Aviso de Practicas de Privacidad (a menos que no recibido durante visita anterior)

Este consentimiento continuará a menos que usted lo cancele escribiéndonos a: United Family Medicine, 1026 W 7th St., St. Paul, MN 55102; O el mismo expira según la ley, pero si el consentimiento expira o es cancelado, no cambiará el estado de las entregas de información que ya han sido hechas.

Firma del paciente, o si el paciente no puede firmar, firma del representante del paciente

Fecha

Nombre por escrito legible

Relación con el paciente (si el paciente no puede firmar)

Razón por lo cual el paciente no puede