

PATIENT CHECK IN WORKSHEET

First Name: _____ Middle: _____ Last: _____
Date of Birth: ____/____/____ SSN: ____/____/____ Sex: Male / Female
Home #: _____ Cell #: _____ Email: _____
Mailing Address: _____ Apt/Suite: _____ City: _____ State: _____ Zip: _____
Emergency Contact: _____ Phone #: _____ Relationship: _____
Reason for your visit: _____

PATIENT EMPLOYER INFORMATION

Employer Name: _____ Work #: _____
Employer Address: _____
Patient's Occupation: _____

HEALTH INSURANCE INFORMATION

Name of Insured Person (if other than patient): _____ Date of Birth: _____
Mailing Address: _____ Relationship to Patient: _____
Primary Insurance Name: _____ Policy #: _____
Secondary Insurance Name: _____ Policy #: _____

- If you **DO NOT** wish to receive a follow up call, check here.

ADDITIONAL INFORMATION

How did you hear about us? Friend/Family Drive-by Yelp Facebook Google Military Dir. Ins. Dir. Dr. Referral Phonebook
Race: American Indian/Alaska Native Asian Black/African American Native Hawaiian/Pacific Islander White Patient Declines
Ethnicity: Hispanic or Latino Not Hispanic or Latino Patient Declines
Preferred Language: English Spanish Vietnamese Other: _____ Patient Declines

GUARANTOR PERSON FINANCIALLY RESPONSIBLE FOR BILL

Name: _____ Date of Birth: _____ Relation: _____
Address: _____ City: _____ State: _____ Zip: _____

AUTHORIZATION & AGREEMENT

HIPAA Patient Consent

By signing below, I have read and fully understand the Patient Consent for Use and Disclosure of Protected Health Information, rev 7/2016. I consent and agree to all its terms and conditions. I understand copies of the Wallace Urgent Care LLC full Notice of Privacy Practices are available upon request.

Patient Responsibility and Financial Policy Clause

By signing below, I have read and fully understand the Wallace Urgent Care's Patient Responsibility and Financial Policy. I accept and agree to all its terms and conditions. Specifically, I understand that I am responsible for any medical treatment and medical equipment not covered by my insurance plan or applied towards my copay, co-insurance, and/or deductible. These services include, but are not limited to: injections, (administration and medicine), IV treatments and fluids (initial IV treatment, hydration, medicine, etc.), and durable medical goods (crutches, walking boots, splints, slings, ace wraps, etc.). I understand that balances may be assessed interest and collection fees. I understand that any overpayments may remain as a credit balance on my account to be applied to future charges, unless I request a refund. Credit balances remaining will be handled per the Patient Responsibility and Financial Policy may be assessed inactivity fees and/or processing fees if sent to North Carolina Secretary of State.

Consent for Treatment

By signing below, I understand that I have a choice to be seen at Wallace Urgent Care LLC versus the hospital emergency department, my primary care, or a specialist. I authorize Wallace Urgent Care LLC to provide medical treatment and services to me. I understand I am authorizing Wallace Urgent Care LLC to treat me while I seek care from Wallace Urgent Care or until I withdraw my authorization in writing. I also give consent to report all immunizations to NCIR North Carolina's Immunization Registry.

Patient Signature: _____ **Date:** ____/____/____

I declare the above information true. I authorize my insurance benefits to be paid to Wallace Urgent Care. I understand that I am financially responsible for any charges that may not be covered by my insurance plan. I authorize my medical information to be released to any insurance company/any of its affiliates for medical purposes.

Name: _____

Date of Birth: _____

Are you taking medication?

- YES
- NO

If so, please list both prescription and over-the-counter medications you take below:

Allergies or reactions to medications/food/other agents?

- YES
- NO

If so, please list:

Please circle any illness(s) or condition(s) you have had:

• Drug/alcohol	• Cancer or chemotherapy	• Kidney/ Liver problem
• Allergies to medications	• Diabetes	• Tuberculosis
• Anemia or blood problems	• Epilepsy/Seizures	• Psychiatric Care/Emotional problems
• Any heart condition	• Hepatitis A,B,C	• Sinus Problems
• Arthritis	• High blood pressure	• Stroke
• Artificial Joint	• immune system, HIV, AIDS	• Thyroid problems
• Ulcer or colitis	• Tobacco consumption, cigarettes	• Sexually transmitted Disease

Are you having any of the following COVID-related symptoms:

• Fever or chills	• Cough	• SOB/ diff. breathing
• Fatigue	• Muscle/ body aches	• Headache
• New loss of taste or smell	• Sore Throat	• Congestion/ runny nose
• Nausea or vomiting	• Diarrhea	

Notice of Privacy Practices, Financial Responsibility, Consent for Treatment

PATIENT INFORMATION

Last Name

First Name

Middle Initial

Suffix

____/____/____
DOB MM/DD/YYYY

Please complete the following information regarding how we may contact you regarding treatment, test results, or status of your account.

Can we contact you at your home number?	☐ Yes	☐ No
Can we leave a voice mail on your home phone?	☐ Yes	☐ No
Can we contact you on your mobile number?	☐ Yes	☐ No
Can we leave a voice mail on your mobile phone?	☐ Yes	☐ No
Can we send you medical information about your visit through our secure online patient portal?	☐ Yes	☐ No
Same as home email? Other email:		

PERMISSIONS

- Yes, I give permission to verbally discuss my medical condition(s), treatment, and information regarding my treatment with the following individual(s):
- Yes, I give permission to verbally discuss/fax my medical condition(s), treatment, and information to my Primary Care Physician if requested by my physician.

Name/Relationship

Name/Relationship

Primary Care/Physicians Name

- No, I do not give permission to discuss my medical condition(s), treatment, and information regarding my treatment with anyone else.

ACKNOWLEDGEMENT

My signature on this form acknowledges that I have been made aware (and can request a copy) of Wallace Urgent Care LLC. **Notice of Privacy Practices.** I also acknowledge that I am aware that I may address questions regarding the contents of the document at the Center prior to my visit.

My signature on this form also acknowledges that I have read the **CONSENT FOR SERVICE AND/OR DISCLOSURE OF PROTECTED HEALTH INFORMATION, PATIENT FINANCIAL RESPONSIBILITY AGREEMENT,** and **GENERAL CONSENT FOR CARE AND TREATMENT** below and agree to the outlined terms.

CONSENT FOR DISCLOSURE OF PROTECTED HEALTH INFORMATION

I hereby consent that Wallace Urgent Care's team may use or disclose Protected Health Information (PHI) to carry out payment or treatment. I authorize the release of any information concerning me (or my child's) health care, advice and treatment provided for the purpose of evaluating and administrating claims for insurance benefits. I also hereby authorize payment of insurance benefits and agree to pay any remaining balance once my insurance plan has processed my claim.

Patient Signature: _____

Date: ____/____/____

Wallace Urgent Care LLC

112 Medical Village Drive, Suite G

Wallace, NC 28466

Phone: 910-552-1580

Fax: 910-665-1780

Pharmacy Information

If you are to need medication, please list the name of the pharmacy and the town it is located in.

Name of Pharmacy: _____

Address: _____

Wallace Urgent Care LLC
112 Medical Village Drive, Suite G
Wallace, NC 28466
Phone: 910-552-1580
Fax: 910-665-1780

You expressly consent and agree that, in order to discuss or service your account(s) or to collect amounts you may owe, **Wallace Urgent Care LLC**, and its officers, agents, affiliates, employees, and any affiliated or associated service providers and any third-party debt collection agency associated therewith **We** may contact you by phone at any telephone number associated with the **Accounts**, including wireless telephone numbers, which could result in charges to you. You expressly consent and agree that **We** may also contact you by sending text messages, emails, using any e-mail address you provided to us, or by pre-recorded or artificial voice or voice messages, automatic dialing methods, systems, or devices and pre-recorded or artificial voice prompts at any telephone number associated with the accounts, including wireless or mobile telephone numbers, regardless of whether you incur charges as a result.

By signing this document, patient is acknowledging their understanding of this process and consenting to add to clinic consent intake forms.

Patient Signature: _____

Date: ____/____/____

Wallace Urgent Care LLC

Wallace Urgent Care

Some insurance plans send payments directly to the patient instead of Wallace Urgent Care LLC. It is **YOUR** responsibility to endorse and submit the checks to Wallace Urgent Care within 10 days of receipt.

Verify each envelope that comes to you from your insurance company to be sure there is not a check in with your explanation of benefits (EOB)

Patient/Guardian

Date

HOJA DE REGISTRO DEL PACIENTE

Nombre: _____ Segundo nombre: _____ Apellido: _____
Fecha de nacimiento: ____/____/____ SSN: ____/____/____ Sexo: Masculino /Femenino
Teléfono #: _____ Celular #: _____ Correo electrónico: _____
Dirección: _____ Apt/Suite: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____
Contacto de emergencia: _____ relación: _____ Teléfono #: _____
Motivo de su visita: _____

INFORMACIÓN DEL EMPLEADOR PACIENTE

Nombre del empleador: _____ Trabajo #: _____
Dirección del Empleador: _____
Ocupación del paciente: _____

INFORMACIÓN DEL SEGURO MÉDICO

Nombre de la persona asegurada (si no es paciente): _____
Dirección: _____ Relación con el paciente: _____
Nombre principal del seguro: _____ Política #: _____
Nombre del seguro secundario: _____ Política #: _____

INFORMACIÓN ADICIONAL

¿Cómo te enteraste de nosotros? Amigo/Familia Drive-by Yelp Facebook Google Militar Dir. Ins. Dir. Manual de referencia del Dr.
Raza: indio americano/Alaska nativo asiático negro/afroamericano hawaiano/isleño del Pacífico blanco disminuye
Etnia: Hispanos o latinos no hispanos o latinos disminuyen
Idioma preferido: inglés español Otro: _____ Paciente Rehusó

GUARANTOR PERSONA FINANCIERAMENTE RESPONSABLE DE LA FACTURA

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____ Relación: _____
Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

AUTORIZACIÓN Y ACUERDO

Consentimiento del paciente hipaa

Al firmar a continuación, he leído y entiendo completamente el Consentimiento del Paciente para el Uso y Divulgación de Información Médica Protegida, rev 7/2016. I consentimiento y acepto todos sus términos y condiciones. Entiendo que las copias del Aviso completo de Prácticas de Privacidad de La Atención Wallace Urgente Care LLC están disponibles bajo petición.

Cláusula de Responsabilidad del Paciente y Política Financiera

Al firmar a continuación, he leído y entiendo completamente la Atención Urgente de la Responsabilidad del Paciente y la Política Financiera de Wallace Urgente Care LLC. Acepto y acepto todos sus términos y condiciones. Específicamente, entiendo que soy responsable de cualquier tratamiento médico y equipo médico no cubierto por mi plan de seguro o aplicado a mi copago, coseguro y/o deducible. Estos servicios incluyen, pero no se limitan a: inyecciones, (administración y medicina), tratamientos intravenosos y fluidos (tratamiento inicial IV, hidratación, medicina, etc.), y bienes médicos duraderos (muletas, botas para caminar, férulas, cabestrillos, envolturas de as, etc.). Entiendo que los saldos pueden ser tasados intereses y tasas de cobro. Entiendo que cualquier pago excesivo puede permanecer como saldo de crédito en mi cuenta para aplicarse a cargos futuros, a menos que solicite un reembolso. Los saldos de crédito restantes serán manejados según la Política Financiera y de Responsabilidad del Paciente pueden ser evaluados cargos por inactividad y/o cargos por procesamiento si se envían al secretario de Estado de Carolina del Norte.

Consentimiento para el tratamiento

Al firmar a continuación, entiendo que tengo la opción de ser visto en la Atención Wallace Urgente Care LLC contra el departamento de emergencias del hospital, mi atención primaria o un especialista. Autorizo a la Atención Urgente de Wallace a proporcionarme tratamiento y servicios médicos. Entiendo que estoy autorizando a la Atención Wallace Urgente Care LLC a tratarme mientras busco atención de la Atención Wallace Urgente Care LLC ti hasta que retire mi autorización por escrito. También doy mi consentimiento para reportar todas las vacunas al Registro de Inmunización de Carolina del Norte de NCIR. Declaro que la información anterior es cierta. Autorizo que mis beneficios de seguro sean pagados a la Atención Wallace Urgente Care LLC. Entiendo que soy financieramente responsable de cualquier cargo que no esté cubierto por mi plan de seguro. Autorizo que mi información médica sea divulgada a cualquier compañía de seguros/cualquiera de sus filiales con fines médicos.

Firma: _____

Fecha: _____

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

¿Está tomando medicamentos??

- SI
- NO

Si es así, enumere los medicamentos recetados y de venta libre que toma a continuación:

¿Alergias o reacciones a medicamentos/alimentos/otros agentes?

- SI
- NO

Si es así, por favor enumere:

Por favor, haga circular cualquier enfermedad o condición que haya tenido:

• Abuso de Drogas/alcohol	• Cáncer o quimioterapia	• Problema renal / hepático
• Alergias a los medicamentos	• Diabetes	• Tuberculosis
• Anemia o problemas sanguíneos	• Epilepsia/Convulsiones	• Atención psiquiátrica/Problemas emocionales
• Cualquier afección cardíaca	• Hepatitis A, B, C	• Problemas sinusales
• Artritis	• Presión arterial alta	• Derrame cerebral
• Articulación artificial	• sistema inmunológico, VIH, SIDA	• Problemas de tiroides
• Úlcera o colitis	• Consumo de tabaco, cigarrillos	• Enfermedades de transmisión sexual

¿Tiene alguno de los siguientes síntomas relacionados con COVID?

• Fiebre o escalofríos	• Tos	• Dificulta Respirando
• Fatiga	• Dolores musculares / corporales	• Dolor de cabeza
• Nueva pérdida del gusto o del olfato	• Dolor de garganta	• Congestión / secreción nasal
• Náuseas o vómitos	• Diarrea	

Aviso de Prácticas de Privacidad, Responsabilidad Financiera, Consentimiento para el Tratamiento

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

_____ Apellido _____ primer nombre _____/_____/____ fecha de nacimiento

Complete la siguiente información sobre cómo podemos comunicarnos con usted con respecto al tratamiento, los resultados de las pruebas o el estado de su cuenta.

¿Podemos comunicarnos con usted en su número de casa?	Sí	No
¿Podemos dejar un correo de voz en tu teléfono residencial?	Sí	No
¿Podemos comunicarnos con usted en su número de teléfono móvil?	Sí	No
¿Podemos dejar un correo de voz en su teléfono móvil?	Sí	No
¿Podemos enviarle información médica sobre su visita a través de nuestro portal seguro para pacientes en línea?	Sí	No
¿Lo mismo que el correo electrónico casero? Otro correo electrónico:		

Permisos

- Sí, doy permiso para discutir verbalmente mi(s) condición(s) médica(s), tratamiento e información con respecto a mi tratamiento con el siguiente(los) individuo(s):
_____/_____
Nombre/Relación
_____/_____
Nombre/Relación
_____/_____
Nombre/Relación
- No, no doy permiso para discutir mi(s) condición(s) médica(s), tratamiento e información con respecto a mi tratamiento con nadie más.

Reconocimiento

Mi firma en este formulario reconoce que he sido informado (y puedo solicitar una copia) del Aviso de Prácticas de Privacidad de ATENCIÓN URGENTE **DE WALLACE**. También reconozco que soy consciente de que puedo abordar preguntas sobre el contenido del documento en el Centro antes de mi visita.

Mi firma en este formulario también reconoce que he leído el CONSENTIMIENTO PARA EL **SERVICIO Y/O DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA, ACUERDO DE RESPONSABILIDAD FINANCIERA DEL PACIENTE** y CONSENTIMIENTO GENERAL PARA LA ATENCIÓN Y **EL TRATAMIENTO** a continuación y acepto los términos descritos.

CONSENTIMIENTO PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA

Por la presente consiente que el equipo de Wallace Urgent Care LLC pueda usar o divulgar información médica protegida (PHI) para llevar a cabo el pago o el tratamiento. Autorizo la divulgación de cualquier información relativa a mí (o la de mi hijo) atención médica, asesoramiento y tratamiento proporcionado con el propósito de evaluar y administrar reclamos para beneficios de seguro. También

autorizo el pago de los beneficios del seguro y acepto pagar cualquier saldo restante una vez que mi plan de seguro haya procesado mi reclamo.

FIRMA DEL PACIENTE: _____ Fecha: ____/____/____

Wallace Urgent Care LLC
112 Medical Village Drive, Suite G
Wallace, NC 28466
Phone: 910-552-1580
Fax: 910-665-1780

Documentación de información de farmacia

Nombre de la farmacia: _____

Dirección: _____

Wallace Urgent Care LLC
112 Medical Village Drive, Suite G
Wallace, NC 28466
Phone: 910-552-1580
Fax: 910-665-1780

Usted consiente expresamente y acepta que, con el fin de discutir o atender a sus cuentas o cobrar las cantidades que pueda deber, **Atención Wallace Urgent Care LLC**, y que los oficiales, agentes, afiliados, empleados, y cualquier proveedor de servicios afiliado o asociado y cualquier agencia de cobro de deudas de terceros asociado a ella con nosotros **podemos** ponerse en contacto con usted por teléfono en cualquier número de teléfono asociado con las **Cuentas**, incluyendo números de teléfono inalámbricos, lo que podría resultar en cargos para usted. Usted acepta expresamente y acepta que también podemos **comunicarnos** con usted enviando mensajes de texto, correos electrónicos, utilizando cualquier dirección de correo electrónico que nos proporcionó, o mediante mensajes de voz o voz pregrabados o artificiales, métodos de marcado automático, sistemas o dispositivos y mensajes de voz pregrabados o artificiales en cualquier número de teléfono asociado con las cuentas, incluidos los números de teléfono inalámbricos o móviles, independientemente de si incurre en cargos como resultado.

Al firmar este documento, el paciente está reconociendo su comprensión de este proceso, y consintiendo agregar a los formularios de admisión de consentimiento de la clínica.

FIRMA DEL PACIENTE

FECHA

Wallace Urgent Care LLC
Practice Name

Wallace Urgent Care LLC

Algunos seguros medicos envian el pago directante al
Paciente, enves de a al clinica medica. Es **SU**
Responsibilidad Endosar y enviar el cheque a Urgent
Care of Wallace en la duracion de 10 dias desupues de recibirlo.

Verifique todo su correo recibido de su conabia de
Asegurance medica para acegurace que no es un cheque
En su explicacion de beneficio.

FIRMA DEL PACIENTE

Date