



CENTER FOR HEALTH & WELLNESS

Family Practice

Mark D. Burroff, D.O.
Tammara S. Beeghly, MMS, PA-C
2110 E Flamingo Rd., Suite 104
Las Vegas, Nevada 89119-5191

Phone:(702)248-2228
Fax: (702) 248-2213
trmedical@cox.net

PATIENT INFORMATION

Información Paciente

Marital Status: Single Married Divorced Widowed
Estado Civil Soltero/a Casado/a Divorcido/a Viudo/a

Name: (Last) _____ (First) _____ (Initial) _____
Apellido Nombre Inicial

Address: _____ City: _____ State: _____ Zip: _____
Domicilio Ciudad Estado Código

Phones: Home (_____) _____ Work (_____) _____ Cell (_____) _____
Teléfono: Casa Trabajo Celular

Birth Date (mm/dd/yyyy): ____/____/____ Sex: F M Social Security: _____
Fecha de Nacimiento Sexo Seguridad Social

Preferred e-mail: _____
Preferential e-mail

Pharmacy Name: _____ Phone: _____
Nombre de la Farmacia Teléfono

EMERGENCY CONTACT INFORMATION

Información de Contacte de Emergencia

Person to Contact in Case of Emergency _____ Relation: _____
Persona a Contractar en Caso de Emergencia Relación

Address: _____ City: _____ State: _____ Zip: _____
Domicilio Ciudad Estado Código

Phones: Home (_____) _____ Work (_____) _____ Cell (_____) _____
Teléfono: Casa Trabajo Celular

REFERRAL INFORMATION

Informacion de Referncia

How did you hear about us? _____
¿Cómo se entró de nosotros?

Were you referred from another office? Yes No
¿Fue referido de otra oficina?

If yes, Doctor's Name: _____
En caso afirmativo, Nombre del Doctor.



CENTER FOR HEALTH & WELLNESS

Family Practice

Mark D. Burroff, D.O.
Tammara S. Beeghly, MMS, PA-C
2110 E Flamingo Rd., Suite 104
Las Vegas, Nevada 89119-5191

Phone:(702)248-2228
Fax: (702) 248-2213
trmedical@cox.net

**Please present insurance cards with completed form.
Por favor presente la tarjetas de seguro con formulario completo.**

PRIMARY INSURANCE INFORMATION

Información del Seguro PRIMARIA

Name: (Last) _____ (First) _____ (Initial) _____
Apellido Nombre Inicial

Address: _____ City: _____ State: _____ Zip: _____
Domicilio Ciudad Estado Código

Phones: Home (_____) _____ Work (_____) _____ Cell (_____) _____
Teléfono: Casa Trabajo Celular

Birth Date (mm/dd/yyyy): ____/____/____ Sex: F M Social Security: _____
Fecha de Nacimiento Sexo Seguridad Social

Employer: _____
Empleo

PRIMARY Insurance Company's Name: _____
El Nombre de la Compañia de Seguros **PRIMARIA**.

Insurance ID Number: _____ Group Number: _____
Número de Identificación de Seguro Número de grupo

SECONDARY INSURANCE INFORMATION

Información del Seguro SECONDARIA

Name: (Last) _____ (First) _____ (Initial) _____
Apellido Nombre Inicial

Address: _____ City: _____ State: _____ Zip: _____
Domicilio Ciudad Estado Código

Phones: Home (_____) _____ Work (_____) _____ Cell (_____) _____
Teléfono: Casa Trabajo Celular

Birth Date (mm/dd/yyyy): ____/____/____ Sex: F M Social Security: _____
Fecha de Nacimiento Sexo Seguridad Social

Employer: _____
Empleo

SECONDARY Insurance Company's Name: _____
El Nombre de la Compañia de Seguros **SECONDARIA**.

Insurance ID Number: _____ Group Number: _____
Número de Identificación de Seguro Número de grupo



Mark D. Burroff, D.O.
Tammara S. Beeghly, MMS, PA-C
2110 E Flamingo Rd., Suite 104
Las Vegas, Nevada 89119-5191

Phone:(702)248-2228
Fax: (702) 248-2213
trmedical@cox.net

ASSIGNMENT OF BENEFITS / FINACIAL AGREEMENT
ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS / ACUERDO FINANCIERO

Print Patient Name: _____ Date of Birth: _____
Imprima Nombre del Paciente Fecha de Nacimiento

I hereby give lifetime authorization for payment of insurance benefits to be made directly to Dr. Mark D. Burroff D.O. or Tammara S. Beeghly, MMS, PA-C for services rendered. I understand that I am financially responsible for all charges whether or not they are covered by insurance. In the event of default, I agree to pay all cost of collection, late fees, interest and any reasonable attorney’s fee. I hereby authorize the Center for Health & Wellness to release all information necessary to secure payment of benefits. I further agree that a photocopy of this agreement is as valid as the original.

Por la presente doy autorización única para el pago de beneficios de seguro debe hacerse directamente al Dr. Mark D. Burroff D.O. y Tammara S. Beeghly, MMS, PA-C por los servicios prestados. Entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos sean o no están cubiertos por el seguro. En caso de incumplimiento, estoy de acuerdo en pagar todos los costes de recogida, recargos, intereses y los honorarios de abogado razonables. Autorizo a este médico para conocer toda la información necesaria para asegurar los beneficios de pago. También estoy de acuerdo que la fotocopia de este acuerdo es tan válida como el original

IF YOU DO NOT UNDERSTAND THIS NO NOT SIGN.
SI NO ESTIENDES ESTO NO FIRME.

Patient Signature: _____ Date: _____
Firma del Paciente Fecha



Mark D. Burroff, D.O.
Tammara S. Beeghly, MMS, PA-C
2110 E Flamingo Rd., Suite 104
Las Vegas, Nevada 89119-5191

Phone:(702)248-2228
Fax: (702) 248-2213
trmedical@cox.net

CONSENT TO DISCUSS PATIENT INFORMATION
CONSENTIMIENTO PARA DISCUTIR INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Print Patient Name: _____ Date of Birth: _____
Imprima Nombre del Paciente Fecha de Nacimiento

Nevada state law prevents this office from discussing patient information without express written consent from the patient. If you would like this office to be able to discuss your medical care with someone other than yourself, please list the names of the individuals below. Please keep in mind that you can change this list at any time. Any person on the list must be able to verify your date of birth as an added security.

La ley del estado de Nevada impide que esta oficina de discutir la información del paciente sin el consentimiento expreso por escrito del paciente. Si a usted le gusta esta oficina para poder discutir su atención médica con alguien que no sea usted, por favor escriba los nombres de las personas menores. Por favor, tenga en cuenta que puede cambiar esta lista en cualquier momento. Cualquier persona en la lista debe ser capaz de verificar la fecha de nacimiento como una mayor seguridad.

Name of Person Nombre de la Persona	Relationship to Patient Relación con el Paciente
1. _____	_____
2. _____	_____
3. _____	_____
4. _____	_____
5. _____	_____

Patient Signature: _____
Firma del Paciente

Date: _____
Fecha



Mark D. Burroff, D.O.
Tammara S. Beeghly, MMS, PA-C
2110 E Flamingo Rd., Suite 104
Las Vegas, Nevada 89119-5191

Phone:(702)248-2228
Fax: (702) 248-2213
trmedical@cox.net

**NOTICE OF PRIVACY PRACTICES
AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD**

Use and Disclosure of Protected Health Information (PHI)

Except where prohibited by Nevada state law or federal laws, the Center for Health & Wellness staff may legally use and share your PHI for treatment, payment and health care operations. We do not need to obtain your written authorization to do these things, as explained below:

Uso y divulgación de información de salud protegida (PHI)

Excepto donde esté prohibido por la ley de Nevada leyes estatales o federales, el Centro para la Salud y Bienestar personal puede legalmente usar y compartir su PHI para tratamiento, pago y atención médica. No necesitamos obtener su autorización por escrito para hacer estas cosas, como se explica a continuación:

For treatment: We may disclose your PHI to doctors, medical students, nurses, social workers, rehabilitation therapists, chaplains, other health care personnel, and all members of the Center for Health & Wellness team who are involved in managing and providing your care.

Para tratamiento: Podemos revelar su PHI a médicos, estudiantes de medicina, enfermeras, trabajadores sociales, terapeutas de rehabilitación, capellanes, otros profesionales de la salud, y todos los miembros del Centro de Salud y Bienestar del equipo que participan en la gestión y prestación de la atención.

To obtain payment: We may use or disclose your PHI in order to bill and collect payment for your health care services. For example, we may release portions of your PHI to Medicaid, Medicare or a private insurer to collect payment for services that we delivered to you.

Para obtener el pago: Podemos usar o divulgar su PHI para facturar y cobrar el pago por los servicios de salud. Por ejemplo, podemos divulgar partes de su PHI a Medicaid, Medicare o un seguro privado a cobrar el pago por los servicios que entregamos a usted.

For health care operations: We may use or disclose your PHI with outside parties who perform health care operations or other services on behalf of the Center for Health & Wellness.

Para las operaciones de atención médica: Podemos usar o divulgar su PHI con terceros que realizan operaciones de atención médica u otros servicios en nombre del Centro de Salud y Bienestar.

Appointment reminders: We may send you appointment reminders or give you information about treatment alternatives or other health care services or benefits we offer.

Recordatorios de citas: Podemos enviar recordatorios de citas o darle información sobre alternativas de tratamiento u otros servicios de atención de salud o beneficios que ofrecemos.

When required by law: We may disclose PHI when a law requires that we report information about suspected abuse, neglect or domestic violence, or relating to suspected criminal activity, or in response to a court order. We must also disclose PHI to authorities that monitor compliance with these privacy requirements.

Cuando sea requerido por la ley: Podemos revelar su PHI cuando la ley exige que se reporta información sobre sospechas de abuso, negligencia o violencia doméstica, o en relación a la sospecha de actividad criminal, o en respuesta a una orden judicial. También debemos divulgar la PHI a las autoridades que supervisan el cumplimiento de estos requisitos de privacidad.



CENTER FOR HEALTH & WELLNESS

Family Practice

Mark D. Burroff, D.O.
Tammara S. Beeghly, MMS, PA-C
2110 E Flamingo Rd., Suite 104
Las Vegas, Nevada 89119-5191

Phone:(702)248-2228
Fax: (702) 248-2213
trmedical@cox.net

To avoid harm: In order to avoid a serious threat to health or safety, we may disclose PHI as necessary to law enforcement or other persons who can reasonably prevent or lessen the threat of harm. For example, we may disclose your PHI if needed for emergency treatment if we reasonably believe you would have approved.

Para evitar daños: Para evitar una amenaza grave a la salud o seguridad, podemos divulgar su PHI cuando sea necesario para hacer cumplir la ley u otras personas que razonablemente pueden prevenir o disminuir la amenaza de daño. Por ejemplo, podemos divulgar su PHI si es necesario un tratamiento de urgencia si tenemos razones para creer que hubiera aprobado.

Disclosures to Family, Friends and Others: We may provide your PHI to a family member, friend, or other person that you indicate is involved with your care or the payment for your care, unless you object in whole or in part. We may also provide your PHI to a family member, friend, or other person as indicated on your completed and signed "Consent to Discuss Patient Information" form.

Divulgación a familiares, amigos y otros: Podemos proporcionar su PHI a un familiar, amigo u otra persona que usted indique está involucrado en su cuidado o en el pago de su cuidado, a menos que usted se oponga en su totalidad o en parte. También podemos proporcionar su PHI a un familiar, amigo u otra persona que se indica en el "Consentimiento para discutir la información del paciente", cumplimentado y firmado.

Use and Disclosure that require written authorization

All other uses and disclosures of your PHI not otherwise or previously disclosed in the Notice will require your written authorization. If you choose to sign an authorization to disclose your PHI, you can later revoke it in writing to prevent any future uses and disclosures of the PHI, except to the extent that HSL has already acted upon your previously provided consent.

Uso y divulgación que requieren autorización escrita

Todos los demás usos y divulgaciones de su PHI no de otra manera o previamente descritas en el Aviso requerirán su autorización escrita. Si usted elige firmar una autorización para divulgar su PHI, posteriormente puede revocarla por escrito para evitar cualquier uso o divulgación de la PHI futuros, salvo en la medida en que HSL ya ha actuado sobre su consentimiento previamente proporcionada.

Acknowledgement Receipt: HIPAA Notice of Privacy Practices

In signing this form, you agree that you have received our Notice of Privacy Practices. This Notice, among other points, explains how we plan to use and disclose your protected health information for the purposes of treatment, payment and health care operations. This applies to the privacy practices of the Center for Health & Wellness issuing this Notice.

Acuse de Recibo del Aviso de prácticas de privacidad de HIPAA

Al firmar este formulario, usted acepta que ha recibido nuestro aviso de prácticas de privacidad. Esta notificación, entre otros puntos, se explica cómo planeamos usar y divulgar su información médica protegida a los efectos de las operaciones de tratamiento, pago y atención médica. Esto se aplica a las prácticas de privacidad del Centro de Salud y Bienestar emitir esta notificación.

Print Patient Name: _____
Imprima Nombre del Paciente

Date of Birth: _____
Fecha de Nacimiento

Patient Signature: _____
Firma del Paciente

Date: _____
Fecha



CENTER FOR HEALTH & WELLNESS

Family Practice

Mark D. Burroff, D.O.
Tammara S. Beeghly, MMS, PA-C
2110 E Flamingo Rd., Suite 104
Las Vegas, Nevada 89119-5191

Phone:(702)248-2228
Fax: (702) 248-2213
trmedical@cox.net

NO SHOW, NO CALL FEES

We try our best to accommodate all of our patients. If you were unable to make your appointment, please call to cancel as there are others that would like to come in at that time.

Please be advised that we will charge a fee of \$25 for a no show, no call missed appointment.

We will be happy to reschedule your appointment at the time that is convenient for you.

Thank you for your understanding, as this helps serve all of our patients' needs.

Nuestra intención es para server las necesidades de cada paciente. Si usted no puede llegar a su cita, por favor llame para cancelar. Hay otros pacientes que les gustarian la cita.

Los avisamos, que combraremos \$25 por citas faltadas sin llamar para cancelar.

Siempre prodremos hacer una cita en otra dia mas conveniente para usted.

Gracias por su atención a este asunto.

Patient Signature: _____
Firma del Paciente

Date: _____
Fecha