

Nombre del Paciente \_\_\_\_\_

**New Patient Forms**

**Formularios para nuevos pacientes**

<b>Patient Name</b>	<b>Nombre del Paciente</b>
<b>Patient DOB</b>	<b>Fecha de Nacimiento del Paciente</b>
<b>Patient Address</b>	<b>Dirección del Paciente</b>
<b>Patient Phone Number(s)</b> <i>list all that apply</i>	<b>Número(s) de Teléfono del Paciente – <i>Escriba todos los que apliquen</i></b>
<b>Patient E-mail</b>	<b>Correo Electrónico del Paciente</b>
<b>Emergency Contact Name/Number</b>	<b>Nombre del Contacto de Emergencia/Número</b>
<b>Insurance Company &amp; Policy Holder Name</b>	<b>Compañía de Seguro y Nombre del Titular de la Póliza</b>
<b>Policy Holder SSN &amp; Patient SSN</b>	<b>Nº de Seg. Soc. del Titular de la Póliza y del Paciente</b>

**MEDICATIONS: *Please list all prescription and non-prescription medications***

**MEDICAMENTOS: *Enumere todos los medicamentos recetados y de venta sin receta***

MEDICATION	DOSE	FREQUENCY

MEDICAMENTO	DOSIS	FRECUENCIA

**ALLERGIES: *List all allergies and reactions to medications, foods, etc.*** **ALERGIAS: *Enumere todas las alergias y reacciones a Medicamentos, comidas, etc.***

ALLERGIES	REACTIONS

ALERGIAS	REACCIONES

**PAST MEDICAL HISTORY: Please check all that apply.**

- MRSA/VRE
- Damage to eardrums
- Sinusitis
- Ringing in ears
- Cataracts
- Glaucoma
- Damage to retina
- Asthma
- COPD
- Collapsed lung
- Oxygen dependence
- Congestive heart failure (CHF)
- Coronary artery disease
- Heart attack
- DVT or PE
- Hypertension
- Peripheral vascular disease
- High cholesterol
- Cirrhosis of the liver
- Hepatitis
- Crohn's disease
- Ulcerative colitis
- GERD
- Chronic kidney disease
- End-stage renal disease
- Dialysis (Type: \_\_\_\_\_)
- Diabetes (Type: \_\_\_\_\_)
- Amputation
- Osteoarthritis
- Gout
- Paraplegia
- Quadriplegia
- Osteomyelitis (bone infection)
- Burn
- Scleroderma
- Cancer (Type: \_\_\_\_\_)
- Seizure disorder
- Stroke

**ANTECEDENTES MEDICOS PASADOS: Marque todos los que correspondan**

- SARM/VRE
- Daño a los tímpanos
- Sinusitis
- Zumbido en los oídos
- Cataratas
- Glaucoma
- Daño a la retina
- Asma
- EPOC
- Pulmón colapsado
- Dependencia de oxígeno
- Insuficiencia Cardíaca Congestiva (ICC)
- Arteriopatía Coronaria
- Ataque cardíaco
- TVP o EP
- Hipertensión
- Enfermedad Vascular Periférica
- Colesterol alto
- Cirrosis del hígado
- Hepatitis
- Enfermedad de Crohn
- Colitis ulcerosa
- ERGE
- Enfermedad Renal Crónica
- Enfermedad Renal en etapa terminal
- Diálisis  
(Tipo: \_\_\_\_\_)
- Diabetes (Tipo: \_\_\_\_\_)
- Amputación
- Osteoarthritis
- Gota
- Paraplejia
- Cuadriplejia
- Osteomielitis (infección del hueso)
- Quemadura
- Esclerodermia
- Cáncer (Tipo: \_\_\_\_\_)
- Trastorno convulsivo
- Accidente cerebrovascular

Nombre del Paciente \_\_\_\_\_

- Dementia/Alzheimer's
- Depression
- Anemia
- Sickle Cell Disease
- Lymphedema
- AIDS/HIV
- Lupus
- Multiple Sclerosis
- Rheumatoid Arthritis
- Reynaud's
- Previous Wound(s) Location: \_\_\_\_\_
- Other: \_\_\_\_\_

- Demencia/Alzheimer
- Depresión
- Anemia
- Anemia de células falciformes
- Linfedema
- SIDA/VIH
- Lupus
- Esclerosis Múltiple
- Artritis Reumatoide
- Síndrome de Reynaud
- Herida(s) previa(s) Lugar: \_\_\_\_\_
- Otro: \_\_\_\_\_

**SURGICAL HISTORY: Please list all surgeries and the corresponding month/year performed.**

**HISTORIAL QUIRÚRGICO: Enumere todas las cirugías y el mes/año correspondiente en que se realizó**

SURGERY	MONTH	YEAR

CIRUGÍA	MES	AÑO

**REVIEW OF SYSTEMS: Please check all that apply.**

**REVISIÓN DE SISTEMAS Marque todos los que correspondan**

**Constitutional**

- Fevers
- Chills
- Fatigue
- Marked weight change
- Loss of appetite
- Night sweats

**Constitucional**

- Fiebres
- Escalofríos
- Fatiga
- Cambio de peso marcado
- Pérdida de apetito
- Sudores nocturnos

**Eyes**

- Glasses/contacts
- Vision changes

**Ojos**

- Anteojos/lentes de contacto
- Cambios en la visión

**Ear/Nose/Mouth/Throat**

- Difficulty clearing ears
- Dental problems
- Hearing loss/aid
- Nasal congestion
- Painful/swollen lymph nodes
- Ear pain

**Oído/Nariz/Boca/Garganta**

- Dificultad para despejar los oídos
- Problemas dentales
- Pérdida/ayuda auditiva
- Congestión nasal
- Ganglios linfáticos dolorosos/inflamados
- Dolor de oído

**Respiratory**

- Cough
- Shortness of breath
- Oxygen use
- Wheezing

**Cardiovascular**

- Chest pain
- Dyspnea on exertion
- Intermittent claudication
- Leg resting pain
- Leg swelling
- Palpitations
- Orthopnea

**Gastrointestinal**

- Nausea/Vomiting/Diarrhea
- Stomach pain
- Acid reflux
- Bowel Incontinence

**Integumentary**

- Changes in hair/skin/nails
- Calluses/corns
- Hyperpigmentation
- Ulcers
- Prone to skin tears
- Rash
- Abnormal hair growth
- Dryness
- Itching

**Musculoskeletal**

- Assistive devices
- Decreased activity
- Joint pain
- Deformities
- Weakness

**Neurological**

- Abnormal gait
- Numbness
- Pain from neuropathy
- Paralysis
- Seizures
- Fainting
- Memory loss
- Loss of coordination

**Respiratorio**

- Tos
- Falta de aire
- Uso de oxígeno
- Sibilancias

**Cardiovascular**

- Dolor de pecho
- Disnea por esfuerzo
- Claudicación intermitente
- Dolor en las piernas en reposo
- Hinchazón de piernas
- Palpitaciones
- Ortopnea

**Gastrointestinal**

- Náuseas/Vómitos /Diarrea
- Dolor de estómago
- Reflujo ácido
- Incontinencia intestinal

**Integumentario**

- Cambios en cabello/piel/uñas
- Callos/callosidades
- Hiperpigmentación
- Úlceras
- Propenso a desgarros de la piel
- Sarpullido
- Crecimiento anormal de vellos
- Sequedad
- Picazón

**Musculoesquelético**

- Dispositivos de asistencia
- Disminución en actividad
- Dolor en las articulaciones
- Deformidades
- Debilidad

**Neurológico**

- Marcha anormal
- Entumecimiento
- Dolor por neuropatía
- Parálisis
- Convulsiones
- Desmayos
- Pérdida de memoria
- Pérdida de coordinación

Nombre del Paciente \_\_\_\_\_

**Hematologic/Lymphatic**

- Bruising
- Bleeding

**Allergic/Immunologic**

- Frequent rashes
- Recurrent fevers
- Sensitivity to drugs
- Sensitivity to food
- Hay fever

**Psychiatric**

- Anxiety
- Claustrophobia
- Depression
- Suicidal
- Mental illness

**Endocrine**

- Cold intolerance
- Heat intolerance
- Excessive thirst
- Excessive urination

**Genitourinary**

- Blood in urine
- Frequency
- Urgency
- Urinary incontinence
- Painful urination

**PHARMACY & OTHER PHYSICIANS:** *Please note your preferred pharmacy. Also, please list any of your other doctors or home health agency in the event we need to contact them for records or refer you out for adjunct healthcare services*

<b>PHARMACY</b>	
<b>STREET ADDRESS</b>	
<b>PHONE NUMBER</b>	
<b>PHYSICIAN/HOME HEALTH AGENCY</b>	
<b>SPECIALTY</b>	
<b>PHONE NUMBER</b>	

**Hematológico/Linfático**

- Moretones
- Sangrado

**Alérgico/Inmunológico**

- Sarpullidos frecuentes
- Fiebres recurrentes
- Sensibilidad a los fármacos
- Sensibilidad a la comida
- Fiebre del heno

**Psiquiátrico**

- Ansiedad
- Claustrofobia
- Depresión
- Suicida
- Enfermedad mental

**Endocrino**

- Intolerancia al frío
- Intolerancia al calor
- Sed excesiva
- Micción excesiva

**Genitourinario**

- Sangre en la orina
- Frecuencia
- Urgencia
- Incontinencia urinaria
- Micción dolorosa

**FARMACIA Y OTROS MÉDICOS:** *Anote su farmacia preferida. Además, indique cualquiera de sus otros médicos o agencia de atención médica domiciliaria en caso de que necesitemos comunicarnos con ellos para obtener registros o referirlo para servicios de atención médica adjuntos*

<b>FARMACIA</b>	
<b>DIRECCIÓN</b>	
<b>Nº DE TELÉFONO</b>	
<b>MÉDICO/AGENCIA DE ATENCIÓN DOMICILIARIA</b>	
<b>ESPECIALIDAD</b>	
<b>Nº DE TELÉFONO</b>	

Nombre del Paciente \_\_\_\_\_

**FAMILY HISTORY: Please check all that apply**

CONDITION	MOTHER	MATERNAL GRAND-PARENTS	FATHER	PATERNAL GRAND-PARENTS	SIBLING	CHILD	NO HISTORY	NOTES
UNKNOWN HISTORY								
NON-CONTRIBUTORY								
AUTOIMMUNE DISEASE								
BLEEDING DISORDERS								
CANCER								
MALIGNANT SKIN CANCER								
DIABETES								
HEART DISEASE								
HYPERTENSION								
KIDNEY DISEASE								
LUNG DISEASE								
SEIZURES								
STROKE								

**HISTORIA MÉDICA FAMILIAR: Marque todas las que correspondan**

CONDICIÓN	MADRE	ABUELOS MATERNOS	PADRE	ABUELOS PATERNOS	HERMANO	HIJO	SIN HISTORIA	NOTAS
HISTORIA DESCONOCIDA								
NO CONTRIBUTIVA								
ENFERMEDAD AUTOINMUNE								
TRASTORNOS HEMORRÁGICOS								
CÁNCER								
CÁNCER DE PIEL MALIGNO								
DIABETES								
CARDIOPATÍA								
HIPERTENSIÓN								
ENFERMEDAD RENAL								
ENFERMEDAD PULMONAR								
CONVULSIONES								
DERRAME								

Nombre del Paciente \_\_\_\_\_

**SOCIAL STATUS/HISTORY: Please check all that apply**

**CONDICIÓN SOCIAL/HISTORIA: Marque todo lo que corresponde**

- Tobacco use
- Alcohol use
- Substance abuse
- Caffeine use
- Occupation: \_\_\_\_\_
- Retired
- Married
- Children
- Cultural/religious/ language concerns:  
\_\_\_\_\_
- Financial concerns
- Transportation concerns
- Independent
- Support systems lacking
- Unable to care for self
- Lives with: \_\_\_\_\_
- Lives alone
- Home care
- Assisted living
- Long term care facility
- Skilled nursing facility
- Signs/symptoms of abuse/neglect
- Suicide risk: patient denies suicidal ideation
- Suicide risk: patient has thoughts of self-harm
- Suicide risk: patient confirmed having plan to self-harm
- Suicide risk: patient has attempted self-harm/ suicide in the past year

- Consumo de tabaco
- Uso de alcohol
- Abuso de sustancias
- Uso de cafeína
- Ocupación: \_\_\_\_\_
- Retirado
- Casado
- Hijos
- Preocupaciones culturales/religiosas/del lenguaje  
\_\_\_\_\_
- Preocupaciones financieras
- Problemas de transporte
- Independiente
- Falta de sistemas de apoyo
- Incapaz de cuidar de sí mismo
- Vive con: \_\_\_\_\_
- Vive solo
- Atención domiciliaria
- Centro de vida asistida
- Centro de atención a largo plazo
- Centro de enfermería especializada
- Signos/síntomas de abuso/negligencia
- Riesgo de suicidio: el paciente niega tener pensamientos suicidas
- Riesgo de suicidio: el paciente tiene pensamientos de autolesión
- Riesgo de suicidio: se confirmó que el paciente tenía un plan para autolesionarse
- Riesgo de suicidio: el paciente ha intentado autolesionarse/suicidarse en el último año

## RIGHTS & RESPONSIBILITIES

Welcome to US Wound Care & Hyperbaric Centers, (also known as Northwest Florida Wound Care & Hyperbaric Center). We are glad to have you as a patient and will strive to provide you with the highest quality patient care.

To do this, we will make the following commitments to you:

- The staff will treat you as promptly as possible at your scheduled appointment time.
- We will be considerate and compassionate.
- We will try to meet your goals as a patient, as directed by your physician.
- We will schedule your appointments in advance, within our scheduling confines, and will try to make those appointments as convenient as possible for you.

To provide quality service to all our patients, we make the following requests:

- If you are unable to make your scheduled appointment, please call us at 1-855-WOUND01 at least 24 hours before your scheduled appointment.
- Please call if you know you will be more than 10 minutes late, and we will do our best to accommodate you.
- If you are more than 15 minutes late for your appointment without calling, your appointment will be forfeited.
- If you miss 3 appointments without calling to cancel or reschedule, any future appointments you have scheduled will be canceled, and you will be discharged.

Our goal is to provide high-quality services in a friendly, professional, kind environment; any behavior detrimental to this environment may be grounds for dismissal from the clinic. Please refer to our Attendance Policy for additional information.

**What to expect:** To begin care, we require a consult with our physician. Depending on your insurance requirements, this may also entail obtaining a referral from your referring physician. Prescriptions are valid only 30 days from the date they were issued. We will forward progress notes to your physician upon evaluation, periodically during treatment, and at discharge.

As stated in the consent, depending on your insurance, you may have some financial obligations for your treatment, such as a deductible, co-payment per visit, or a percentage of the total cost (sometimes referred to as co-insurance). Based on verification from your insurance company, an estimate of your financial responsibility is \$\_\_\_\_\_ per visit / \_\_\_\_\_%.

To receive maximum benefits, we recommend you wear comfortable clothing and shoes, follow your home program, and maintain as close as possible the schedule of appointments recommended by your physician. If you have any additional questions, please ask any staff member.

## DERECHOS Y RESPONSABILIDADES

Bienvenido al US Wound Care & Hyperbaric Centers, (también conocido como Northwest Florida Wound Care & Hyperbaric Center). Nos sentimos complacidos de tenerlo como paciente y haremos todo lo posible por brindarle la atención médica de más alta calidad.

Para lograrlo, nos comprometemos a lo siguiente con usted:

- El personal le dará tratamiento con la mayor prontitud posible con respecto a la hora programada de su cita.
- Seremos considerados y compasivos.
- Trataremos de cumplir con sus metas como paciente, según las indicaciones de su médico.
- Programaremos sus citas cumpliendo con nuestras pautas de programación de citas y trataremos de que sus citas sean tan convenientes como sean posibles para usted.

Para brindarle un servicio de calidad a todos nuestros pacientes, le pedimos lo siguiente:

- Si no puede acudir a su cita programada, llámenos al 1-855-WOUND01 con por lo menos 24 horas de anticipación de su cita programada.
- Llámenos si sabe que llegará más de 10 minutos tarde, y haremos todo lo posible por cumplir con su cita.
- Si llega más de 15 minutos tarde a su cita y no llama de antemano, perderá su cita.
- Si falta a 3 citas sin llamar de antemano para cancelar o reprogramarlas, se cancelarán las citas futuras que tenga programadas y se le dará de alta de nuestra clínica.

Queremos brindarle los servicios de más alta calidad posible en un entorno acogedor, profesional y compasivo; todo comportamiento que sea perjudicial y altere este entorno será motivo de expulsión de la clínica. Consulte nuestra política sobre asistencia (Attendance Policy) para obtener más información.

**Qué puede esperar:** Para comenzar a recibir nuestros cuidados, requerimos una consulta con nuestro médico. Sus requisitos de seguro médico también determinarán si debe obtener una remisión formal del médico que lo remite. Las recetas son solo válidas durante 30 días desde la fecha que se emitan. Le enviaremos a su médico notas de evolución basadas en las evaluaciones que se realizan periódicamente durante el tratamiento y al momento del alta.

Como se indica en el consentimiento, su seguro médico determinará si usted tendrá algunas obligaciones financieras por su tratamiento, como un deducible, copago por visita o un porcentaje del costo total (a veces denominado coseguro). De acuerdo con una verificación con su compañía de seguro, su responsabilidad financiera es de \$\_\_\_\_\_ por visita/\_\_\_\_\_%.

Para recibir los beneficios máximos, le recomendamos que use ropa y calzado cómodos, cumpla con el programa diseñado para el hogar y mantenga en todo lo posible el programa de citas recomendadas por su médico. Si tiene alguna pregunta, no dude en hablar con un miembro de nuestro personal.

**TREATMENT & CONSENT**

**TO THE PATIENT:** This consent form is necessary to obtain your permission to perform the evaluation necessary to identify any condition that might require an appropriate treatment and/or procedure as part of your plan of care. You have the right to be informed about any condition identified and the options for the recommended surgical, medical, or diagnostic procedure to be used, and the risks and hazards relating to this care/procedure. You may then decide whether or not to undergo any suggested treatment or procedure after being informed of the potential benefits and risks involved.

**Description of Medical Care and Surgical Procedure(s)**

\_\_\_\_\_ (Initial) I (we) voluntarily request my physician, Leonard Fichter, DO, and other health care providers or the designees as deemed necessary, to perform necessary medical examination, testing and treatment for the condition which has brought me to seek care at this center. I understand that if additional testing and invasive or interventional procedures are recommended, I may be asked to read and sign additional consent forms. My condition has been explained to me as:

**(Condition to be treated)**

\_\_\_\_\_ (Initial) I (we) consent to the videotaping, photographing, and/or other recording of myself and/or the portion of my body involved in my medical condition, diagnosis, treatment, operations(s) and/or procedure(s) for medical education, internal quality control, performance improvement, and/or other related uses. I understand that for the purpose listed above, I have the right to request cessation of the recording or filming and/or rescind my consent to use such recordings for anything other than documenting my own wound healing. Some photography is necessary to document the progression of your healing and is a part of your permanent medical record.

**Potential for Additional Necessary Care/Procedure(s)**

\_\_\_\_\_ (Initial) I (we) understand that my physician/provider may discover other or different conditions which require additional procedures than those planned. I (we) authorize my physician, and any associates, technical assistants, and other health care providers to perform such other procedures which are advisable and/or necessary in their professional judgment.

**TRATAMIENTO Y CONSENTIMIENTO**

**NOTA PARA EL PACIENTE:** Este formulario de consentimiento es necesario para obtener su permiso dirigido a realizar la evaluación necesaria e identificar cualquier problema de la salud que pueda requerir un tratamiento o procedimiento adecuado de acuerdo con su plan de atención médica. Usted tiene derecho a mantenerse informado sobre cualquier problema médico identificado y sobre las opciones para el procedimiento quirúrgico, médico o de diagnóstico recomendado que se usará, junto con los riesgos y los peligros relacionados con esta atención o procedimiento. Podrá entonces decidir si desea someterse o no al tratamiento o procedimiento recomendado después de haber sido informado de los posibles beneficios y riesgos involucrados.

**Descripción de la atención médica y los procedimientos quirúrgicos**

\_\_\_\_\_ (Iniciales) Yo (nosotros) voluntariamente solicito (solicitamos) que mi médico Leonard Fichter y otros proveedores de atención médica o sus representantes designados, según se consideren necesarios, realicen el examen médico, las pruebas y el tratamiento que sean necesarios para el problema médico por el cual he acudido a este centro para recibir cuidados médicos. Entiendo (entendemos) que si se recomiendan otras pruebas y procedimientos invasivos o intervencionistas, me (nos) podrían pedir firmar formularios de consentimiento adicionales. Me han explicado que mi problema médico es:

**(Problema médico que se tratará)**

\_\_\_\_\_ (Iniciales) Autorizo (autorizamos) las videograbaciones, fotografías u otras grabaciones que se hagan de mi persona o de la parte de mi cuerpo involucrada en mi problema médico, diagnóstico, tratamiento, operaciones o procedimientos, para fines de educación médica, control de calidad interno, mejorar el desempeño o para otros usos relacionados. Entiendo (entendemos) que para los fines antes citados, tengo (tenemos) derecho a pedir el cese de cualquier grabación o película o revocar mi (nuestra) autorización para usar dichas grabaciones para otros fines que no sean para documentar la cicatrización de mi herida. Es posible que se deban tomar fotografías para documentar la evolución de su cicatrización y como parte de su expediente médico permanente.

**Posibilidad de atención médica/procedimientos adicionales necesarios**

\_\_\_\_\_ (Iniciales) Entiendo (entendemos) que mi médico podría descubrir otros problemas médicos o padecimientos diferentes que pueden requerir procedimientos adicionales a los previstos. Yo (nosotros) autorizo (autorizamos) al médico, y cualquiera de sus socios, ayudantes técnicos y otros proveedores de atención médica, a realizar los demás procedimientos que sean aconsejables o necesarios conforme a sus criterios profesionales.

Nombre del Paciente \_\_\_\_\_

**Risk Related to this Care/Procedure(s)**

\_\_\_\_\_ **(Initial)** Just as there may be risks and hazards in continuing my present condition without treatment, there are also risks and hazards related to the performance of the surgical, medical and/or diagnostic procedures that may be planned for me, such as the potential for infection, blood clots in veins and lungs, hemorrhage (severe bleeding), allergic reactions, pain, loss of tissue/limb, lack of wound healing, need for additional or repeat procedures, unforeseen complications/side effects of any treatment, trauma/pressure-related injury from compression treatments, intolerance of any procedure, and even death. The chances of these occurring may be different for each patient based on the care/procedure and the patient's current health.

**Granting of Consent for this Care/Procedure(s)**

\_\_\_\_\_ **(Initial)** I (we) have been given the opportunity to ask questions about my current condition(s), the proposed procedure(s) and steps that will occur during my care/procedures, the benefits, the likelihood of success, the possible risks and hazards involved in the care/procedure and possible problems related to recovery, the possible risks of non-treatment of my condition, and other alternative forms of treatment (including no treatment), and the risks and benefits of alternatives involved. I (we) understand that no warranty or guarantee has been made to me as to the result or cure.

\_\_\_\_\_ **(Initial)** I (we) certify this form has been fully explained to me, that I (we) have read it or have had it read to me (us), that the blank spaces have been filled in, and that I (we) understand contents. I (we) believe that I (we) have enough information to give this informed consent and I (we) request the medical evaluation and treatment.

\_\_\_\_\_ **(Initial)** I (we) grant permission to perform necessary medical examinations, testing and treatment. I (we) understand that this consent is continuing in nature even after a specific diagnosis has been made and treatment recommended, along with potential risk and benefits. The consent will remain fully effective until it is revoked in writing. You have the right at any time to ask additional questions or to discontinue or decline services.

\_\_\_\_\_  
**Patient/Other \*Legally Authorized Representative Signature**

Date \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Printed Name)

\*If Legally Authorized Representative, list relationship to patient:  
\_\_\_\_\_

**Riesgos relacionados con esta atención médica/procedimientos**

\_\_\_\_\_ **(Iniciales)** Al igual que puede haber riesgos y peligros de no recibir tratamiento para mi problema médico actual, también hay riesgos y peligros relacionados con la realización de los procedimientos quirúrgicos, médicos o de diagnóstico que se podrían planificar para mí, como la posibilidad de infección, coágulos de sangre en las venas y los pulmones, hemorragia (sangrado profuso), reacciones alérgicas, dolor, pérdida de tejido/extremidad, falta de cicatrización de la herida, necesidad de repetir o realizar procedimientos adicionales, complicaciones/efectos secundarios imprevistos de cualquier tratamiento, traumatismo/lesión asociada a la presión de los tratamientos de compresión, intolerancia a un procedimiento e incluso la muerte. Las probabilidades de que estos ocurran pueden ser diferentes para cada paciente según la atención médica/procedimientos y el estado de salud actual del paciente.

**Consentimiento otorgado para esta atención médica/procedimientos**

\_\_\_\_\_ **(Iniciales)** Me (nos) han dado la oportunidad de hacer preguntas sobre mis problemas médicos actuales, los procedimientos propuestos y los pasos que ocurrirán durante mi atención/procedimientos, los beneficios, la probabilidad de tener éxito, los posibles riesgos y peligros involucrados en la atención/el procedimiento y los posibles problemas relacionados con la recuperación, los posibles riesgos de no intervenir para tratar mi problema médico, otras formas alternativas de tratamiento (incluyendo el no intervenir), y los riesgos y peligros implicados de las alternativas. Entiendo (entendemos) que no me (nos) han otorgado ninguna garantía con respecto a un desenlace específico o cura.

\_\_\_\_\_ **(Iniciales)** Confirмо (confirmamos) que me (nos) han explicado este formulario, que lo he (hemos) leído o me (nos) lo han leído, que se han llenado los espacios en blanco y que entiendo (entendemos) su contenido. Sí creo (creemos) que tengo (tenemos) suficiente información para dar este consentimiento informado, solicito (solicitamos) la evaluación médica y el tratamiento.

\_\_\_\_\_ **(Iniciales)** Doy (damos) mi (nuestro) permiso para que se realicen los exámenes médicos, las pruebas y los tratamientos necesarios. Yo (nosotros) entiendo (entendemos) que este consentimiento tendrá carácter permanente incluso después de que se haya formulado un diagnóstico específico y recomendado un tratamiento, junto con los posibles riesgos y beneficios. El consentimiento permanecerá en pleno vigor hasta que se revoque por escrito. Usted tiene derecho a hacer preguntas o a suspender o rechazar los servicios en cualquier momento.

\_\_\_\_\_  
**Firma del paciente/otro representante \*legalmente autorizado**

Fecha \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Nombre en letra de imprenta)

\*Si es un representante legalmente autorizado, indique la relación con el paciente: \_\_\_\_\_

Nombre del Paciente \_\_\_\_\_

**Statement by Physician**

I have provided the patient/parent/guardian with information on risks, benefits, and alternatives to evaluation and treatment (or no treatment) as outlined above within my area of expertise.

\_\_\_\_\_  
**Physician Signature**\_\_\_\_\_  
(Printed Name)**Date** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
**Witness Signature**\_\_\_\_\_  
(Printed Name)**Date** \_\_\_\_\_**Declaración del médico**

Le he proporcionado al paciente/padre o madre/tutor legal la información sobre los riesgos, beneficios y las alternativas a la evaluación (o el no intervenir) antes descritos dentro del marco de mi especialización.

\_\_\_\_\_  
**Firma del médico**\_\_\_\_\_  
(Nombre en letra de imprenta)**Fecha** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
**Firma del testigo**\_\_\_\_\_  
(Nombre en letra de imprenta)**Fecha** \_\_\_\_\_

**ADDITIONAL CONSENT FOR TREATMENT, PAYMENT, PATIENT RESPONSIBILITY, AND COMMUNICATION**

\_\_\_\_\_ **(Initial) Consent for Treatment and Payment Agreement:** I consent to **US Wound Care & Hyperbaric Centers (also known as Northwest Florida Wound Care & Hyperbaric Center)** and its team of providers, administration and performance of wound care treatment, use of prescribed medications, the performance of diagnostic procedures, test and cultures and performance of other laboratory tests that the physician or designee determines medically necessary or advisable based on the judgment of the physician or their assigned designees. I give consent in advance of any specific diagnosis or treatment. I intend this consent to be continuing in nature even after a specific diagnosis has been made and treatment recommended. Consent will remain in force until revoked in writing; and a revocation of this consent will not affect the validity of my consent as to acts performed before the revocation. A photocopy of this consent shall be as valid as the original. I understand that while my consent is voluntary if I refuse to sign this consent, **US Wound Care & Hyperbaric Centers** may refuse to treat me or my minor/disabled patient. If I am signing this consent on behalf of a patient who is under age 18 or impaired in such a way as to make him or her unable to consent to or refuse treatment, I represent to **US Wound Care & Hyperbaric Centers**, that I have legal authority to consent to treatment on the patient's behalf and that I do in fact consent to treatment as described in the preceding paragraph. In such a case, references in this form to "I", "me", or "my" are intended as references to the patient where appropriate.

\_\_\_\_\_ **(Initial) Patient Responsibility for Follow-Up:** I understand that it is my responsibility to follow any discharge and/or follow-up instructions that my physicians and staff at **US Wound Care & Hyperbaric Centers**, may provide to me, including without limitation any recommended homecare and any follow-up examination and/or treatment by other healthcare providers. I accept full responsibility for the consequences of any failure by me to obtain recommended follow-up care and/or to comply with any other discharge instructions related to this clinic's visit.

\_\_\_\_\_ **(Initial) Responsibility for Payment:** In consideration of the services **US Wound Care & Hyperbaric Centers** will provide to me, I promise to pay **US Wound Care & Hyperbaric Centers** for services provided at the center. I understand the physician group may file its bill with my insurance company, but I understand that it is my responsibility to obtain any referral forms from my primary care physician that my insurance company may require as a condition to its payment for my healthcare service. I understand that the cost of healthcare services provided to me is my personal responsibility, even if I have insurance coverage for that cost, and that I am directly liable to **US Wound Care & Hyperbaric Centers** for any portion of such cost that my insurance company or other third-party payer does not pay, for any reason. If I am signing this form on behalf of a person whom I have allowed to be a dependent on my insurance coverage, I acknowledge that I am personally liable for any co-payment, deductible obligation, or other portion of charges for services that my insurance company or other third-party payer does not pay. If that patient is my minor child, I acknowledge that I am legally responsible to the physician group for its charges for services to the patient without regard to the allocation of liability for such charges as between other persons and me in a decree of divorce or other court order or decree. I understand that if my account with **US Wound Care & Hyperbaric Centers**, is unpaid for more than a reasonable

**CONSENTIMIENTO ADICIONAL PARA RECIBIR TRATAMIENTO, PAGOS, RESPONSABILIDAD DEL PACIENTE Y COMUNICACIONES**

\_\_\_\_\_ **(Iniciales) Consentimiento para recibir tratamiento y acuerdo de pago:** Autorizo a **NW Florida Wound and Hyperbaric Center** a su equipo de proveedores y a **NW Florida Wound Care and Hyperbaric Center ("el centro")** a administrar y realizar tratamientos para el cuidado de heridas, al uso de medicamentos recetados, a hacer pruebas y cultivos y a realizar otras pruebas de laboratorio que el médico o sus representantes designados determinen que sean médicamente necesarios o aconsejables según el juicio de dicho médico o sus representantes designados. Autorizo por anticipado a que se formule o realice cualquier diagnóstico o tratamiento específico. Deseo que este consentimiento sea de carácter permanente incluso después de que se haya formulado un diagnóstico específico y recomendado un tratamiento. Este consentimiento permanecerá en vigor hasta que se revoque por escrito. La revocación de este consentimiento no afectará la validez de mi consentimiento con respecto a los actos realizados antes de dicha revocación. Una fotocopia de este consentimiento tiene la misma validez que el original. Entiendo que aunque mi consentimiento es voluntario, si me niego a firmar este consentimiento, **NW Florida Wound and Hyperbaric Center** **NW Florida Wound Care and Hyperbaric Center** pueden negarse a tratarme a mí o a mi paciente menor de edad o discapacitado. Si firmo este consentimiento en nombre de un paciente menor de 18 años o impedido de tal manera que no es capaz de consentir o rechazar el tratamiento, certifico ante **NW Florida Wound and Hyperbaric Center** **NW Florida Wound Care and Hyperbaric Center** que tengo la autoridad legal para consentir el tratamiento en nombre del paciente y que de hecho autorizo el tratamiento descrito en los párrafos precedentes. En tal caso, las referencias a "yo" o "mi" o "mí" tienen la intención de aludir al paciente cuando sea pertinente.

\_\_\_\_\_ **(Iniciales) Responsabilidad del paciente referente a seguimientos:** Entiendo que tengo la responsabilidad de cumplir con las instrucciones de alta o seguimiento que mis médicos y el personal del **NW Florida Wound Care and Hyperbaric Center** me puedan proporcionar, incluyendo, sin limitación, los cuidados recomendados en el hogar y los exámenes o tratamientos de seguimiento por parte de otros proveedores de atención médica. Asumo toda la responsabilidad por todas las consecuencias derivadas de mi incumplimiento con obtener la atención de seguimiento recomendada o por no cumplir con cualquier otra instrucción de alta relacionada con la visita a esta clínica.

\_\_\_\_\_ **(Iniciales) Responsabilidad referente a pagos:** En consideración por los servicios que **NW Florida Wound and Hyperbaric Center** y me proporcionen, prometo pagar **NW Florida Wound Care and Hyperbaric Center**, por los servicios prestados en el centro. Entiendo que el grupo médico puede presentar su propia factura ante mi compañía de seguro, pero entiendo que tengo la responsabilidad de obtener los formularios de remisión de mi médico de atención primaria que pueda exigir mi compañía de seguro como condición para el pago por concepto de mi servicio de atención médica. Entiendo que el costo por los servicios de atención médica que me han prestado son mi responsabilidad personal, incluso si tengo cobertura de seguro médico por ese costo, y que soy directamente responsable ante **NW Florida Wound and Hyperbaric Center** de cualquier parte de los costos que mi compañía de seguro o pagador tercero no desembolse, por cualquier motivo. Si firmo este formulario en nombre de una persona para quien estoy autorizado a declarar como dependiente en mi cobertura de seguro médico, reconozco que soy responsable personalmente de todo copago, obligación de deducible o de cualquier otra parte de los cargos por los servicios que mi compañía de seguro u otro pagador tercero no desembolse. Si ese paciente es mi hijo menor de edad, reconozco que soy legalmente responsable ante el

Nombre del Paciente \_\_\_\_\_

amount of time, the center will place my account with a collection agency to pursue collection efforts, and, if necessary, cause my unpaid account to appear on my credit report. I agree to endorse and forward to the physician group all insurance or third-party payments that are due to the physician group that I may receive for services provided at the center immediately upon my receipt of such payment.

\_\_\_\_\_ **(Initial) Medical Records:** I understand that **US Wound Care & Hyperbaric Centers**, maintains medical records in the office which will be used on an ongoing basis for planning care and treatment. Information within the medical record may be released by US Wound Care & Hyperbaric Centers to my other physicians/healthcare providers and insurance company as necessary for billing and medical reasons. I authorize US Wound Care & Hyperbaric Centers, to access my prescription history from external sources. **MEDICARE PATIENTS:** I authorize US Wound Care & Hyperbaric Centers, to release my medical information to the Social Security Administration or its intermediaries for my Medicare claims. I assign the benefits payable for services to **US Wound Care & Hyperbaric Centers**.

\_\_\_\_\_ **(Initial) E-mail:** If I have provided my email address on this form, I understand that US Wound Care & Hyperbaric Centers will keep that address confidential and will not rent or sell it. I understand **US Wound Care & Hyperbaric Centers** has requested my email address in case the center needs to contact me. I consent to **US Wound Care & Hyperbaric Centers** sending me, as a courtesy, patient follow-up communications, satisfaction surveys, or urgent notices.

\_\_\_\_\_ **(Initial) Consent to Wireless Telephone Calls:** I consent to receive telephone calls, SMS text, and other communications on my cellular phone, other phone(s), and other communication devices, including autodialed calls and prerecorded messages from NW Florida Wound Care and Hyperbaric Center, its successors, assigns, affiliates, agents, independent contractors, servicers, and collection agents. I understand these calls may regard my visit to **US Wound Care & Hyperbaric Centers** or financial obligations related to my visit.

\_\_\_\_\_ **(Initial)** I acknowledge that I have received or been given the opportunity to receive a copy of **US Wound Care & Hyperbaric Centers**, HIPAA Privacy Policy and understand that if I have any questions or complaints, I should contact the **US Wound Care & Hyperbaric Centers**, Privacy Officer at 1-855-WOUND01.

\_\_\_\_\_  
Signature of Patient, Parent, or Legal Guardian  
Date \_\_\_\_\_

grupo de médicos de los cargos por los servicios prestados al paciente independientemente de la asignación de responsabilidad por tales cargos entre otras personas y yo en un decreto de divorcio u otra orden o decreto judicial. Entiendo que si mi cuenta con *NW Florida Wound and Hyperbaric Center* permanece sin pagar durante más de un período razonable, el centro podría transferir mi cuenta a una agencia de cobro para proseguir con los esfuerzos de cobro y, si fuera necesario, hacer que mi cuenta morosa aparezca en mi informe crediticio. Acepto endosar y enviar al grupo médico todos los desembolsos por parte del seguro o pagaderos terceros que se le deban al grupo médico y que yo pueda recibir por los servicios prestados en el centro, inmediatamente que se reciban dichos desembolsos.

\_\_\_\_\_ **(Iniciales) Expedientes médicos:** Entiendo que NW Florida Wound Care and Hyperbaric Center mantiene expedientes médicos en la oficina que se usarán periódicamente para planificar los cuidados y el tratamiento. La información contenida en el expediente médico la podría revelar el grupo médico y NW Florida Wound Care and Hyperbaric Center a mis otros médicos/proveedores de atención médica y a mi compañía de seguro según sea necesario para fines médicos y de facturación. Autorizo al grupo médico y a NW Florida Wound Care and Hyperbaric Center a acceder a mi historial de recetas médicas de fuentes externas. **PACIENTES DE MEDICARE:** Autorizo a NW Florida Wound and Hyperbaric Center a revelar mi información médica a la Administración del Seguro Social o sus intermediarios para fines de reclamos de Medicare. Asigno los beneficios pagaderos para los servicios.

\_\_\_\_\_ **(Iniciales) Correo electrónico:** Si he proporcionado mi dirección de correo electrónico en este formulario, entiendo que NW Florida Wound Care and Hyperbaric Center mantendrá esa dirección privada y no la alquilará ni venderá. Entiendo que NW Florida Wound Care & Hyperbaric Center ha solicitado mi dirección de correo electrónico en caso de que el centro deba comunicarse conmigo. Autorizo a que NW Florida Wound Care & Hyperbaric Center me envíe, como cortesía, comunicaciones de seguimiento como paciente, encuestas de satisfacción o avisos urgentes.

\_\_\_\_\_ **(Iniciales) Consentimiento para recibir llamadas por medios inalámbricos:** Autorizo a recibir llamadas telefónicas, mensajes de texto y otras comunicaciones en mi teléfono celular y otros dispositivos de comunicación, incluyendo llamadas automarcadas y mensajes pregrabados de NW Florida Wound Care & Hyperbaric Center, sus sucesores, cesionarios, filiales, representantes, contratistas independientes, prestadores de servicio y representantes de cobro. Entiendo que estas llamadas pueden ser referentes a mi visita en NW Florida Wound Care & Hyperbaric Center o debido a las obligaciones financieras relacionadas con mi visita.

\_\_\_\_\_ **(Iniciales)** Certifico que he recibido o me han dado la oportunidad de recibir una copia de la Política de privacidad de HIPAA de NW Florida Wound Care and Hyperbaric Center y entiendo que si tengo alguna pregunta o queja, debo comunicarme con el funcionario de privacidad de NW Florida Wound Care and Hyperbaric Center llamando al 1-855-WOUND01.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente, padre/madre o tutor legal  
Fecha \_\_\_\_\_

Nombre del Paciente \_\_\_\_\_

**AUTHORIZATION TO DISCLOSE PROTECTED HEALTH INFORMATION**

Please read this entire form before signing and complete all the sections that apply to your decisions relating to the disclosure of protected health information. Covered entities must obtain a signed authorization from the individual or the individual's legally authorized representative to electronically disclose that individual's protected health information. Authorization is not required for disclosures related to treatment, payment, health care operations, performing certain insurance functions, or as may be otherwise authorized by law. Individuals cannot be denied treatment based on a failure to sign this authorization form, and a refusal to sign this form will not affect the payment, enrollment, or eligibility for benefits.

**NAME OF PATIENT OR INDIVIDUAL**

\_\_\_\_\_  
**Last First Middle**

**OTHER NAME(S) USED**

\_\_\_\_\_  
**DATE OF BIRTH: Month Day Year**

\_\_\_\_\_  
**ADDRESS**

\_\_\_\_\_  
**City State Zip Code**

\_\_\_\_\_  
**PHONE ( ) ALT. PHONE ( )**

\_\_\_\_\_  
**EMAIL ADDRESS (Optional):**

**I AUTHORIZE THE FOLLOWING TO DISCLOSE THE INDIVIDUAL'S PROTECTED HEALTH INFORMATION:**

US Wound Care & Hyperbaric Centers  
 NW Florida  
 11501 Hutchison, Suite 109  
 Panama City Beach, FL 32407  
 Phone (850) 250-0112

**WHO CAN RECEIVE AND USE THE HEALTH INFORMATION?**

Person/Organization Name \_\_\_\_\_

Address \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**City State Zip Code**

\_\_\_\_\_  
**Phone ( ) Fax ( )**

**REASON FOR DISCLOSURE:**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Treatment/Continuing Medical Care | <input type="checkbox"/> School         |
| <input type="checkbox"/> Personal use                      | <input type="checkbox"/> Billing/Claims |
| <input type="checkbox"/> Disability Determination          | <input type="checkbox"/> Insurance      |
| <input type="checkbox"/> Legal Purposes                    | <input type="checkbox"/> Employment     |
| <input type="checkbox"/> Other                             |   |

**AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA**

Lea este documento en su totalidad antes de firmar y llenar todas las secciones que se apliquen a su decisión referente a la divulgación de información médica protegida. Las entidades cubiertas deberán obtener una autorización firmada de la persona, o del representante legalmente autorizado de la persona, para divulgar electrónicamente la información médica protegida de dicha persona. No se requiere una autorización para las divulgaciones relacionadas con tratamientos, desembolsos, operaciones de atención médica, realizar ciertas funciones de seguro médico o según lo autorice de otra manera la ley. No se podrá denegar el tratamiento a las personas que se nieguen a firmar este documento de autorización y dicha negativa no afectará el desembolso, la inscripción o la capacidad para calificar para los beneficios.

**NOMBRE DEL PACIENTE U OTRA PERSONA**

\_\_\_\_\_  
**Apellidos Nombre Segundo Nombre**

**OTROS NOMBRES USADOS**

\_\_\_\_\_  
**FECHA DE NAC.: Mes Day Año**

\_\_\_\_\_  
**DIRECCIÓN**

\_\_\_\_\_  
**Ciudad Estado Código Postal**

\_\_\_\_\_  
**TELÉFONO ( ) TELÉFONO ALT. ( )**

\_\_\_\_\_  
**CORREO ELECTRÓNICO (Opcional):**

**AUTORIZO A LOS SIGUIENTES A DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA DE LA PERSONA:**

US Wound Care & Hyperbaric Centers  
 NW Florida  
 11501 Hutchison, Suite 109  
 Panama City Beach, FL 32407  
 Phone (850) 250-0112

**¿QUIÉN PUEDE RECIBIR Y USAR LA INFORMACIÓN MÉDICA?**

Nombre de la Persona/Organización \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**Ciudad Estado Código Postal**

\_\_\_\_\_  
**Phone ( ) Fax ( )**

**MOTIVO DE LA DIVULGACIÓN:**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Tratamiento/Atención Continua | <input type="checkbox"/> Escuela               |
| <input type="checkbox"/> Uso personal                  | <input type="checkbox"/> Facturación/ Reclamos |
| <input type="checkbox"/> Determinación de discapacidad | <input type="checkbox"/> Seguro                |
| <input type="checkbox"/> Fines legales                 | <input type="checkbox"/> Empleo                |
| <input type="checkbox"/> Otro                          |  |

Nombre del Paciente \_\_\_\_\_

**WHAT INFORMATION CAN BE DISCLOSED?** Complete the following by indicating those items that you want disclosed. The signature of a minor patient is required for the release of some of these items. If all health information is to be released, then check only the first box.

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> All health information   | <input type="checkbox"/> Operation Reports          |
| <input type="checkbox"/> Physician's Orders       | <input type="checkbox"/> Diagnostic Test Reports    |
| <input type="checkbox"/> Progress Notes           | <input type="checkbox"/> Radiology Reports & Images |
| <input type="checkbox"/> Pathology Reports        | <input type="checkbox"/> Lab Results                |
| <input type="checkbox"/> Patient Allergies        | <input type="checkbox"/> Consultation Reports       |
| <input type="checkbox"/> Discharge Summary        | <input type="checkbox"/> EKG-Cardiology Reports     |
| <input type="checkbox"/> Billing Information      | <input type="checkbox"/> Other _____                |
| <input type="checkbox"/> Past/Present Medications |   |

**EFFECTIVE TIME PERIOD.** This authorization is valid until the earlier of the occurrence of the death of the individual; the individual reaching the age of majority; or permission is withdrawn; or the following specific date: Month \_\_\_\_\_ Day \_\_\_\_\_ Year \_\_\_\_\_

**RIGHT TO REVOKE:** I understand that I can withdraw my permission at any time by giving written notice stating my intent to revoke this authorization to the person or organization named under "WHO CAN RECEIVE AND USE THE HEALTH INFORMATION." I understand that prior actions taken in reliance on this authorization by entities that had permission to access my health information will not be affected.

**RIGHT TO RECEIVE COPY:** I understand that I have the right to receive a copy of this authorization.

**SIGNATURE AUTHORIZATION:** I have read this form and agree to the uses and disclosures of the information as described. I understand that refusing to sign this form does not stop disclosure of health information that has occurred prior to revocation or that is otherwise permitted by law without my specific authorization or permission, including disclosures to covered entities. I understand that information disclosed pursuant to this authorization may be subject to re-disclosure by the recipient and may no longer be protected by federal or state privacy laws.

**SIGNATURE X** \_\_\_\_\_  
**Signature of Individual or Individual's Legally Authorized Representative**  
**DATE** \_\_\_\_\_

Printed Name of Legally Authorized Representative (if applicable): \_\_\_\_\_

If representative, specify relationship to the individual:

- Parent of a minor  Guardian  Other \_\_\_\_\_

**¿QUÉ INFORMACIÓN SE PUEDE DIVULGAR?**

Llene lo siguiente para indicar lo que desea que se divulgue. La firma de un paciente menor de edad se requiere para la divulgación de algunos de estos documentos. Si se divulgará toda la información médica, marque solo la primera casilla.

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Toda la Información médica    | <input type="checkbox"/> Informes de cirugías              |
| <input type="checkbox"/> Órdenes de médicos            | <input type="checkbox"/> Informes de pruebas diagnósticas  |
| <input type="checkbox"/> Notas de evolución            | <input type="checkbox"/> Informes e imágenes de radiología |
| <input type="checkbox"/> Informes de patología         | <input type="checkbox"/> Resultados de laboratorio         |
| <input type="checkbox"/> Alergias del paciente         | <input type="checkbox"/> Informes de ECG/cardiología       |
| <input type="checkbox"/> Resumen de alta               | <input type="checkbox"/> Otro _____                        |
| <input type="checkbox"/> Información de facturación    |  |
| <input type="checkbox"/> Medicamentos previos-actuales |  |

**PERÍODO DE VIGENCIA.** Esta autorización es válida hasta que ocurra lo primero de lo siguiente: el fallecimiento de la persona; la fecha cuando la persona pase a ser mayor de edad; se retire el permiso, o en la siguiente fecha específica: Mes \_\_\_\_\_ Día \_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_

**DERECHO A REVOCAR:** Entiendo que puedo retirar mi permiso en cualquier momento con el debido aviso por escrito de mi intención para revocar esta autorización para la persona u organización nombrada bajo "QUIÉN PUEDE RECIBIR Y USAR LA INFORMACIÓN MÉDICA". Entiendo que no se verá afectada ninguna medida tomada previamente en virtud de esta autorización por parte de las entidades que tenían permiso para acceder a mi información. **DERECHO A RECIBIR UNA COPIA:** Entiendo que tengo el derecho a recibir una copia de esta autorización.

**DERECHO A RECIBIR UNA COPIA:** Entiendo que tengo el derecho a recibir una copia de esta autorización.

**FIRMA DE AUTORIZACIÓN:** He leído este formulario y acepto el uso y las divulgaciones de información antes descritos. Entiendo que el negarme a firmar este documento no suspende las divulgaciones de información médica que hayan ocurrido antes de dicha revocación o que de alguna manera las permita la ley sin mi autorización o permiso específicos, incluyendo las divulgaciones a entidades. Entiendo que la información divulgada conforme a esta autorización puede estar sujeta a divulgaciones posteriores por parte del destinatario de la misma, por lo que dejaría de estar protegida por las leyes federales o estatales de privacidad.

**FIRMA X** \_\_\_\_\_  
**Firma de la persona o del representante legalmente autorizada de dicha persona**  
**FECHA** \_\_\_\_\_

Nombre en letra de imprenta del representante legalmente autorizado (si corresponde): \_\_\_\_\_

Si es el representante, especifique la relación con la persona:

- Padre/madre de un menor  Tutor legal  Otro \_\_\_\_\_

## Medical Care and Surgical Procedures

Figure: 25 TAC §601.4(a)(1)

**TO THE PATIENT:** You have the right to be informed about 1) your condition, 2) the recommended medical care or surgical procedure, and 3) the risks related to this care/procedure. This disclosure is designed to provide you this information, so that you can decide whether to consent to receive this care/procedure. Please ask your physician/health care provider any remaining questions you have before signing this form.

### Description of Medical Care and Surgical Procedure(s)

I voluntarily request Leonard Fichter, DO and NW Florida Wound Care & Hyperbaric Centers, and other health care providers/entities, specifically US Wound Care and Hyperbaric Centers, to treat my condition which is:

I understand that the following care/procedure(s) or a combination of procedures/treatments may be required, including but not limited to wound management, care and treatment, debridements, wound cleansing, application of dressings, other wound management interventions as appropriate and necessary, biopsies, application of compression wraps or unna boots, application of total contact cast, application of negative pressure wound therapy devices, other advanced wound management interventions and/or device applications, application of cellular tissue products/skin substitute applications, and any other procedures/interventions/medications/devices as deemed necessary by the physician/provider. I (we) understand that this consent is continuing in nature and remains in effect for any additional, repeat or subsequent procedures/treatments that may be needed on an ongoing basis. The consent will remain fully effective until it is revoked in writing. You have the right at any time to ask additional questions or to discontinue or decline services.

### Potential for Additional Necessary Care/Procedure(s)

I understand that during my care/procedure(s) my physician/health care provider may discover other conditions which require additional or different care/procedure(s) than originally planned.

I authorize my physicians/health care providers to use their professional judgment to perform the additional or different care/procedure(s) they believe are needed.

### Risks Related to this Care/Procedure(s)

Just as there may be risks and hazards to my health without treatment, there are also risks and hazards related to the care/procedure(s) planned for me.

I understand that all care/procedure(s) involve some risks, ranging from minor to severe. These risks may include but are not limited to infection, clots in blood vessels, lungs or other organs, bleeding, hemorrhage (severe bleeding), allergic reactions, poor wound healing, development of new wounds or other complications, death, pain related or unrelated to the procedure, loss of tissue/limb, lack of response or inadequate response to treatment, complications from or adverse reaction or a combination of adverse reactions to wound management, care and treatment, debridements, wound cleansing, application of dressings,

## Atención médica y procedimientos quirúrgicos

Figure: 25 TAC §601.4(a)(1)

**AL PACIENTE:** Usted tiene derecho a ser informado acerca de 1) su condición, 2) la atención o procedimiento quirúrgico, y 3) los riesgos relacionados con esta atención/procedimiento. Esta divulgación está diseñada para proporcionarle esta información, para que pueda decidir si desea dar su consentimiento para recibir esta atención/procedimiento. Pregúntele a su médico/proveedor de atención médica cualquier pregunta que tenga antes de firmar este formulario.

### Descripción de atención médica y procedimientos quirúrgicos

Yo solicito voluntariamente que mi médico/proveedor [nombre/credenciales]

y el equipo de NW Florida Wound Care and Hyperbaric Center y otros proveedores/entidades de atención médica, específicamente US Wound Care & Hyperbaric Centers trate mi condición, que es:

Entiendo que es posible que se requieran los siguientes cuidados/procedimientos o una combinación de procedimientos/tratamientos, incluidos, sin limitarse al manejo de heridas, cuidado y tratamiento, desbridamientos, limpieza de heridas, aplicación de apósitos, otras intervenciones de manejo de heridas según corresponda y sea necesario, biopsias, aplicación de envolturas de compresión o botas de Unna, aplicación de yeso de contacto total, aplicación de dispositivos de terapia de heridas con presión negativa, otras intervenciones avanzadas para el manejo de heridas y/o aplicaciones de dispositivos, aplicación de productos de tejido celular/aplicaciones de sustitutos de la piel, y cualquier otro procedimiento/intervenciones/medicamentos/dispositivos según lo considere necesario el médico/proveedor. Entiendo (entendemos) que este consentimiento es de naturaleza continua y permanece en vigor para cualquier procedimiento/tratamiento adicional, repetido o posterior que pueda ser necesario de forma continua. El consentimiento seguirá siendo plenamente eficaz hasta que sea revocado por escrito. En cualquier momento tiene el derecho de hacer más preguntas o interrumpir o rechazar servicios.

### Posibilidad de atención/procedimientos necesarios adicionales

Entiendo que durante mi(s) atención/procedimiento(s) mi médico/proveedor de atención médica puede descubrir otras afecciones que requieran atención/procedimientos adicionales o diferentes a los planificados originalmente.

Autorizo a mis médicos/proveedores de atención médica a usar su juicio profesional para realizar la atención/procedimiento(s) adicionales o diferentes que consideren necesarios.

### Riesgos relacionados con esta atención médica/procedimiento(s)

Así como puede haber riesgos y peligros para mi salud sin tratamiento, también hay riesgos y peligros relacionados con la atención/procedimiento(s) planeado(s) para mí.

Entiendo que todos los cuidados/procedimientos implican algunos riesgos, que van desde leves hasta graves. Estos riesgos pueden incluir, sin limitarse a: infección, coágulos en los vasos sanguíneos, pulmones u otros órganos, hemorragia, hemorragia (sangrado intenso), reacciones alérgicas, cicatrización deficiente de la herida, desarrollo de nuevas heridas u otras complicaciones, muerte, dolor relacionado o no con el procedimiento, pérdida de tejido/extremidad, falta de respuesta o respuesta inadecuada al tratamiento, complicaciones o reacción adversa o una combinación de reacciones adversas al tratamiento, cuidado y tratamiento de heridas, desbridamientos, limpieza de



Nombre del Paciente \_\_\_\_\_

**Physician:**

I have provided the patient/legally responsible person with information about the procedure, its risks, hazards, benefits, the likelihood of achieving goals, alternatives, and risks to alternative therapy, including no therapy. No warranty or guarantee, expressed or implied, was made as to the outcome or result/cure.

\_\_\_\_\_  
Signature of Physician\_\_\_\_\_  
Date**Médico:**

He proporcionado al paciente/la personal autorizado legalmente con información sobre el procedimiento, los riesgos, peligros, y beneficios, la probabilidad de lograr las metas, las alternativas y riesgos de la terapia alternativa, incluida la ausencia de terapia. No se hizo ninguna garantía expresa o implícita en cuanto al desenlace o resultado/cura.

\_\_\_\_\_  
Firma del médico\_\_\_\_\_  
Fecha

**PATIENT ATTENDANCE POLICY**

At US Wound Care & Hyperbaric Centers, we strive to provide our patients with excellent service and care. Our commitment to your well-being and healing in our wound care and the hyperbaric process is something that everyone in our clinic takes quite seriously. We pride ourselves on providing a personalized team approach to your care. To provide this level of service, we reserve set appointment times for *each* individual patient.

We care about you and realize that it would be a disservice if we did not emphasize the importance of your commitment to your own care and well-being. Your adherence to the recommended number of visits and/or treatments is a vital component of your progress with our services. Therefore, we have certain policies in place to ensure the most optimal results.

**CANCELLATIONS:** Consistent attendance and active participation in your treatment are keys to successful wound healing. Repeated last-minute cancellations imply a lack of commitment to your recovery. Thus, for any reason you must cancel an appointment, our office requires **24-hour advanced notice**. Cancellations within the 24-hour period or missed appointments are subject to a **\$25.00 short-notice cancellation/no-show fee**.

**NOTE:** This cancellation/no-show payment **will be due before your next scheduled appointment. Please note that your insurance does not cover this.**

**LATE ARRIVALS:** Arriving on time is a critical part of delivering optimal care to our patients. Understandably, arriving late from time to time is an unavoidable part of life. However, chronic late arrivals demonstrate a lack of commitment to your healthcare and recovery. If at any time you are 15 minutes late without coordinating with our front office, we reserve the right to reschedule your visit.

**REPEATED NON-COMPLIANCE:** Instances of repeated non-compliance with your scheduled visits indicate a lack of commitment to your plan of care. We reserve the right to discontinue care, and we will inform your physician and/or case manager of the fact that your service has been discontinued due to non-compliance with their prescribed order.

I have read and understand the above policies and agree to the obligation of my care.

---

**Patient/guardian signature****Date** \_\_\_\_\_**POLÍTICA DE ASISTENCIA DEL PACIENTE**

En los US Wound Care & Hyperbaric Centers [Centros Hiperbáricos y de Cuidado de Heridas de EE.UU.] nos esforzamos por brindar a nuestros pacientes un excelente servicio y atención. Nuestro compromiso con su bienestar y curación bajo nuestro cuidado de heridas y el proceso hiperbárico es algo que todos en nuestra clínica se toman muy en serio. Estamos orgullosos de ofrecer un enfoque de equipo personalizado en la atención. Para brindar este nivel de servicio, nos reservamos horarios establecidos para las citas para cada paciente individual.

Nos preocupamos por usted y nos damos cuenta de que sería perjuicio si no enfatizamos la importancia de su compromiso con su propio cuidado y bienestar. Su adherencia al número recomendado de consultas y/o tratamientos es un componente vital de su progreso con nuestros servicios. Por lo tanto, contamos con ciertas políticas para garantizar los más óptimos resultados.

**CANCELACIONES:** La asistencia constante y la participación activa en su tratamiento es una de las claves para la curación exitosa de heridas. Las cancelaciones repetidas de último minuto implican una falta de compromiso con su recuperación. Por lo tanto, por cualquier motivo que deba cancelar una cita, nuestro consultorio requiere un aviso con **24 horas de anticipación**. Las cancelaciones dentro del período de 24 horas o las citas perdidas están sujetas a un cargo de **\$25.00 por cancelaciones a corto plazo/no asistencia**.

**NOTA:** Este pago por cancelación/no asistencia **vencerá antes de su próxima cita programada. Tenga en cuenta que éste no está cubierto por su seguro.**

**LLEGADAS TARDÍAS:** Llegar a tiempo es una parte fundamental para brindar una atención óptima a nuestros pacientes. Es comprensible que llegar tarde de vez en cuando sea una parte inevitable de la vida. Sin embargo, las llegadas tardías recurrentes demuestran una falta de compromiso con su atención médica y recuperación. Si en algún momento llega 15 minutos tarde, sin coordinar con nuestra oficina principal, nos reservamos el derecho de reprogramar su visita.

**INCUMPLIMIENTO REPETIDO:** En casos de incumplimiento repetido de sus visitas programadas, nos reservamos el derecho de discontinuar la atención e informaremos a su médico y/o administrador del caso del hecho de que su servicio ha sido discontinuado debido al incumplimiento de sus órdenes prescritas.

He leído y entiendo las políticas anteriores y estoy de acuerdo con la obligación de mis cuidados.

---

**Firma del paciente/tutor****Fecha** \_\_\_\_\_

Nombre del Paciente \_\_\_\_\_

**Contact information preferences for scheduling, appointment reminders, or general correspondence**

By indicating my preferred method for clinic communications, I am giving consent to utilize the method(s) below to reach me for appointment reminders, scheduling changes, or other general clinic communication.

**Phone call**  
 Cell: \_\_\_\_\_ Home: \_\_\_\_\_  
 Work: \_\_\_\_\_

**Text message** Cell: \_\_\_\_\_

**E-mail** Email address: \_\_\_\_\_

**Preferencias de contacto para programación de citas, recordatorios o correspondencia general**

Al indicar mi método preferido para las comunicaciones clínicas, doy mi consentimiento que se utilice el/los método(s) a continuación para contactarme con recordatorios de citas, cambios de programación y otras comunicaciones clínicas generales.

**Llamada telefónica**  
 Celular: \_\_\_\_\_ Casa: \_\_\_\_\_  
 Trabajo: \_\_\_\_\_

**Mensaje de Texto** Celular: \_\_\_\_\_

**Correo electrónico** Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_

**HIPAA CONTACT AND RELEASE**

Keeping our patient's information private is important to us, and by default, we will only disclose information related to the patient's billing and medical condition(s) to the patient or legal guardian. If you would like to add additional contacts that US Wound Care & Hyperbaric Centers are allowed to disclose this type of information, please complete the fields.

<b>CONTACT NAME</b>	
<b>RELATIONSHIP TO PATIENT</b>	
<b>PHONE NUMBER</b>	
<b>CONTACT NAME</b>	
<b>RELATIONSHIP TO PATIENT</b>	
<b>PHONE NUMBER</b>	

**CONTACTOS Y DIVULGACIÓN DE HIPAA (Ley de Transferibilidad y Responsabilidad del Seguro de Salud)**

Mantener la privacidad de la información de nuestro paciente es importante para nosotros y, de forma predeterminada, solo divulgaremos información relacionada con la facturación del paciente y las afecciones médicas al paciente o tutor legal. Si desea agregar contactos adicionales a los que los US Wound Care & Hyperbaric Centers [Centros Hiperbáricos y de Cuidado de Heridas de EE. UU.] le puedan divulgar este tipo de información, complete los espacios.

<b>NOMBRE DEL CONTACTO</b>	
<b>RELACIÓN CON EL PACIENTE</b>	
<b>Nº DE TELÉFONO</b>	
<b>NOMBRE DEL CONTACTO</b>	
<b>RELACIÓN CON EL PACIENTE</b>	
<b>Nº DE TELÉFONO</b>	

\_\_\_\_\_  
**Signature of patient/legal guardian**  
 Date \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**Firma del paciente/tutor**  
 Fecha \_\_\_\_\_

Nombre del Paciente \_\_\_\_\_

**MEDICAL RECORDS RELEASE FORM**

By signing this form, I authorize US Wound Care & Hyperbaric Centers to release my confidential health information by releasing a copy of my medical records, or a summary or narrative of my protected health information, to a designated physician(s), the person(s), facility/entity, and/or those directly associated with the medical care I will receive at this facility.

\_\_\_\_\_  
Patient/Guardian Signature

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

\_\_\_\_\_  
Patient DOB

\_\_\_\_\_  
Relationship of Guardian

\_\_\_\_\_  
Date

-----STAFF USE ONLY-----

\_\_\_\_\_  
Requesting Physician:

**Requesting Center Information:**  
US Wound Care & Hyperbaric Centers  
NW Florida  
11501 Hutchison, Suite 109  
Panama City Beach, FL 32407  
Phone (850) 250-011  
Fax (850) 250-3540

**The information requested for release by the treating physician, subject to this signed medical release, is as follows:**

- Complete Records     History & Physical     Progress Notes     Care Plan
- Lab Reports             Pathology Reports     Treatment Record
- Operative Reports     Hospital Reports     Medication Records
- Vascular Studies
- Other: \_\_\_\_\_

**The purpose/reason for this record release request is as follows:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**FORMULARIO DE DIVULGACIÓN DE REGISTROS MÉDICOS**

Al firmar este formulario, autorizo a los US Wound Care & Hyperbaric Centers [Centros Hiperbáricos y de Cuidado de Heridas de EE.UU.] a divulgar mi información de salud confidencial, mediante la divulgación de una copia de mis registros médicos, o un resumen o narración de mi información de salud protegida, al (a los) médicos(s)/personas designadas /centro/entidad y/o aquellos directamente asociados con la atención médica que recibiré en este centro.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente/Tutor

\_\_\_\_\_  
Nombre del paciente en letra de molde

\_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento del paciente

\_\_\_\_\_  
Relación del tutor

\_\_\_\_\_  
Fecha

-----STAFF USE ONLY-----

\_\_\_\_\_  
Requesting Physician:

**Requesting Center Information:**  
US Wound Care & Hyperbaric Centers  
NW Florida  
11501 Hutchison, Suite 109  
Panama City Beach, FL 32407  
Phone (850) 250-011  
Fax (850) 250-3540

**The information requested for release by the treating physician, subject to this signed medical release, is as follows:**

- Complete Records     History & Physical     Progress Notes     Care Plan
- Lab Reports             Pathology Reports     Treatment Record
- Operative Reports     Hospital Reports     Medication Records
- Vascular Studies
- Other: \_\_\_\_\_

**The purpose/reason for this record release request is as follows:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_