ATA AHMAD M.D., P.A.
REGISTRACION DE PACIENTE

Escriba claramente para que podamos procesar su información de manera rápida y eficiente. ¡Gracias!

Nombre (First, M.I. Last) _____

Fecha de Nacimiento _____ Edad_____Masculino/ Femenino Estado civil: S C D V

Dirección_____Numero_____

De Licensia de conducer _____Empleador_____

Direccion del Empleador_____

Médico referente _____

Estudiante, Nombre de Escuela_____Full-Time/Part-Time

Parte Responsable

Nombre_____Relacion con el paciente_____

Direccion_____Numero_____

Empleador_____Numero_____

Direccion del Empleador_____

Contacto de emergencia _____Numero _____

Información del seguro

Compañía de seguros _____Numero _____

Direccion _____Grupo#_____

Numero de Identificación del miembro _____

Nombre del asegurado _____

Relacion del paciente: Uno mismo / Cónyuge / Dependiente

Empleador del asegurado_____

Numero_____Direccion_____

Fecha de Nacimiento _____ Masculino/ Femenino

Por la presente, asigno y transfiero a Ata Ahmad MD & Associates mis beneficios de reembolso médico en virtud de mi póliza de seguro por los servicios médicos prestados. Autorizo la divulgación de cualquier información médica necesaria para determinar estos beneficios. La autorización seguirá siendo válida hasta que yo la revoque mediante notificación por escrito. Entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos, ya sea que estén cubiertos por el seguro.

Firma _____ Fecha _____

ATA AHMAD M.D., P.A.

• Dr. Ata Ahmad •

Medication List

Patient Name: _____ D.O.B : _____

Allergies: _____

Medication Name	Dose	Frequency	Ordering Doctor
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			

Patient Signature: _____ Date: _____

ATA AHMAD M.D., P.A.

Historia Medica

Nombre: _____ **# de Seguro Social** _____ - _____ - _____

Correo Electronico: _____ **Nombre y ubicación de la farmacia:** _____

Médico de atención primaria: _____ **Médico referente:** _____

Número de casa: _____

Etnicidad: (Por favor circule UNO)

Indio americano Hispano Blanco Afroamericano Nativo Hawaiano Asiático

Otro: _____

Historial médico pasado:

Presion Alta	**Asma**	**Infarto Cardiaco**
Diabetis	**Episodio de sangrado**	**Cholesterol Alto**
Accidente cerebrovascular	**Úlceras estomacales**	**Tiroides**

Otros: _____

Fecha de la última colonoscopia realizada: _____

Medicamentos _____ _____ _____

_____ _____ _____ _____

Todas las hospitalizaciones, operaciones y lesiones anteriores:

Año	**Tipo de enfermedad**	**Hospital**	**Direccion**
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Alergias a medicamentos: Penicillin Codeine Sulfa Lidocaine Iodine
Adhesive Tape Anti Inflammatory Otra : _____

Historia Social : Uso a Tobacco Alcohol Drogas

(Por favor conteste lo siguiente SOLO si fuma)

- ¿Qué tan a menudo fumas? Todos los dias or Algunos días
- ¿Cuántos cigarrillos al día? 5 o menos 6-10 11-20 21-30 31 y mas
- ¿Cuánto tiempo después de despertar fuma? Dentro de 5 minutos 6-30 min 31-60 min despues de 60 min
- ¿Estás interesado en dejar de fumar? Si No

Historia familiar:

Miembro de la familia:	**Estado de salud actual :**	**Cancer History:**
Madre	Bueno / pobre / fallecido	Breast/Colon
Padre	Bueno / pobre / fallecido	Breast/Colon
Abuela	Bueno / pobre / fallecido	Breast/Colon
Abuelo	Bueno / pobre / fallecido	Breast/Colon
Hermanos	Bueno / pobre / fallecido	Breast/Colon

Vaccines:

FLU VACCINE SI / NO _____ Fecha

COVID19 VACCINE: SI / NO _____ Fecha

PNEUMOCOCCAL VACCINE SI / NO _____

Para pacientes de 65 años o más:

Me he caído en el último año. __ SI ___ NO

Nausea	O SI	O NO
Dolor abdominal	O SI	O NO
Diarrea	O SI	O NO
Sangre en heces	O SI	O NO
Acidez	O SI	O NO
Infarto	O SI	O NO
Dificultad para respirar	O SI	O NO
Pneumonia	O SI	O NO
Asma	O SI	O NO
Enfisema	O SI	O NO
Convulsiones	O SI	O NO
Enfermedad de tiroides	O SI	O NO
Diabetis	O SI	O NO
Obesidad mórbida	O SI	O NO
Articulaciones dolorosas	O SI	O NO
Infección del rifión	O SI	O NO
Piedras en rifión	O SI	O NO
Enfermedad inmune	O SI	O NO
Alergia a alimentos, plantas, animales	O SI	O NO
Cambio en el apetito	O SI	O NO
Fatiga	O SI	O NO
Fiebre	O SI	O NO
Ansiedad	O SI	O NO
Estado de ânimo deprimido	O SI	O NO

AVISO AL PACIENTE Y POLÍTICAS DE HIPAA

_ Pacientes, por favor lean lo siguiente:

1. Habrá un cargo de $ 45.00 por citas de ausencia a menos que se dé un aviso de 24 horas.
2. Se espera el pago en el momento en que se prestan los servicios, a menos que se hayan hecho arreglos financieros previamente.
3. Notifique a la recepción de cualquier cambio de dirección, número de teléfono o cobertura de seguro antes de su cita. Si nos brinda la información el día de su cita, tendrá que esperar hasta que podamos verificar toda la información, o es posible que deba reprogramarla.
4. Es su responsabilidad como paciente asegurarse de que tengamos una referencia válida para su visita, o se le pedirá que pague la visita en su totalidad.
5. Los resultados de la prueba no se darán por teléfono. Los resultados se discutirán con el paciente cuando regrese para la visita de seguimiento.
6. Hay una tarifa de $45.00 por copias de registros médicos, formularios FMLA, formularios de discapacidad y declaraciones del médico tratante que deben completarse. Esta tarifa no se aplica a las copias de registros enviadas directamente a otro médico tratante.
7. Habrá una tarifa de manejo de $ 30.00 por cheques devueltos sin fondos suficientes.

Su información médica no puede divulgarse según las normas de HIPAA a menos que autorice a esta oficina a hacerlo por escrito. Si desea que su cónyuge, pareja u otra persona significativa obtenga información médica: escriba el nombre de esa(s) persona(s) a continuación. Por favor permite_____ acceso a mis registros médicos, divulgación de mis registros financieros . Relación con el paciente _____. _____ No deseo que se divulgue ninguno de mis registros médicos, resultados de laboratorio o divulgación de mis registros excepto para mí.

8. Entiendo que Dr. Ata Ahmad no está obligado a aceptar la restricción solicitada. Entiendo que puedo revocar este consentimiento por escrito, excepto en la medida en que la organización ya haya tomado medidas al respecto. . También entiendo que al negarme a firmar este consentimiento o revocar este consentimiento, esta organización puede negarse a tratarme según lo permitido por la Sección 164.506 del Código de Regulaciones Federales: Deseo tener la siguiente restricción para el uso o divulgación de mi información de salud_____.
9. Habrá un cargo de $300.00 por cualquier No-Show y/o cancelación de cirugía sin previo aviso de 24 HORAS
10. Entiendo que soy financieramente responsable de los cargos relacionados o los cargos restantes después de los pagos de mi seguro.
11. Durante algunos procedimientos quirúrgicos, el Dr. Ata Ahmad requiere el uso de un asistente quirúrgico. Los asistentes quirúrgicos no son empleados de nuestra práctica y facturarán sus servicios directamente a su compañía de seguros. Está fuera de nuestro control si estos asistentes están dentro o fuera de la red de su compañía de seguros.
12. Autorizo al Dr. Ata Ahmad a obtener cualquier información de historial médico (es decir, historial médico, historial quirúrgico, medicamentos, historial familiar, historial social, diagnósticos previos, informes de laboratorio) de proveedores/centros activos para brindar el más alto nivel de atención.
13. Permiso para el tratamiento. Por la presente autorizo al médico a administrar cualquier tratamiento que se considere necesario . Soy consciente de que la práctica de la medicina no es una ciencia exacta y reconozco que no se me han dado garantías en cuanto al resultado de los exámenes o tratamientos a realizar por el médico o el personal clínico. He leído y comprendo este Aviso para el paciente y las políticas de HIPAA.

_____ _____

Firma Fecha

ATA AHMAD, M.D. P.A

OFFICE POLICY

AUTHORIZATION TO TREAT:

I hereby grant permission to the authorities of ATA AHMAD, M.D. P.A. and the medical staff to perform such medical and/or surgical procedures they deem necessary. I acknowledge that I have received no warranties or guarantees with respect to the benefits to be realized or consequences of the aforementioned procedure(s)/ treatment(s). I understand that should I leave the practice or a facility without written consent of my attending physician, I hereby relieve said physician and the practice of all responsibility of my action.

TELEPHONE CONSUMER PROTECTION ACT (TCPA):

I agree that the facility, ATA AHMAD, M.D.P. A., or any other collection or servicing agency or agencies retained by the facility (together referred to hereafter as "collectors") to collect any money that I owe to the facility may contact me by telephone or text message at any number given by me or otherwise associated with my account, including but not limited to, cellular/wireless telephone numbers which may result in my incurring fees for the call or text message. I am consenting to communication by email as required by 15 U.S.C. §7001 and related state regulations and statutes. I understand, acknowledge, and agree that the collectors may contact me by automatic dialing devices and through pre-recorded messages, artificial voice messages or voice mail messages. I further agree that the collectors may contact me using email at any email address I provide to the facility or is otherwise associated with my account.

PATIENT AUTHORIZATION TO OBTAIN SUMMARY PLAN DESCRIPTION & 5500 FORM :

I hereby direct you to forward to ATA AHMAD, M.D. P.A. the following governing plan documents for the purpose of applicability of compliance with PPACA:

1. **Summary Plan Description (SPD)**
2. **5500 Form (Plan Annual Report)**
3. **Certified Copy of Certificate for PPACA Grandfathered Plan.**

Please forward to the below address immediately:
Billing Manager
Ata Ahmad & Associates
11740 FM 1960 West Rd.
Houston, TX 77065

Patient Name: _____ Date of Birth: _____

Patient Signature: _____ Date: _____

If patient is a minor (less than 18 years of age) or incapacitated:

Responsible Party Name: _____ Relationship to patient : _____

Responsible Party Signature: _____ Date: _____

ATA AHMAD, M.D. P.A

FINANCIAL POLICY

FINANCIAL POLICY:

I have read and understand the Patient Financial policies, procedures, and authorizations of ATA AHMAD, M.D. P.A., including Payment Methods, Uninsured Accounts, Financial Responsibility resulting from insurance, insurance policy provisions, Diagnostic and Laboratory Testing, Collection Activities, Service Fees, Economic Hardship, Discharge of Patient, Out-of-Network, ERISA Plans, Final Cost of Services, and Authorizations to include Assignment of Benefits, Record Usage Provision, Consent for Medical Treatment, Consent to Use and Disclosure of Health Information for Treatment, Payment and Operations, Appointed Representative and Notice of Privacy Practices.
I understand that these policies, procedures, and authorizations outlined in the Financial Policies and Procedures may be amended from time to time at the discretion of the practice and apply to me. I authorize the use of a copy of this authorization in place.

ASSIGNMENT OF BENEFITS:

I certify that the information I have given to ATA AHMAD, M.D. P.A. is true and correct to the best of my knowledge and that I am responsible for keeping it updated. I promise to pay ATA AHMAD, M.D. P.A. to all charges and expenses for services provided to me by ATA AHMAD, M.D. P.A in accordance with its current fees and charges to the extent that those fees and charges are not covered or paid by my insurance. I understand that possession of medical insurance does not relieve me of financial responsibility to ATA AHMAD, M.D.P.A. I will personally be responsible for all charges for services that are not covered by my insurance carrier. I hereby assign all applicable health insurance benefits and all rights and obligations that I and my dependents have under my health plan to the Provider and their Authorized Representatives. I agree to return any claim checks received from my health plan directly to ATA AHMAD, M.D. P.A. within three (3) days of receipt. I will endorse the check; Write Payable to "Ata Ahmad & Associates" and "For deposit only" under it. Send all correspondence to: Billing Manager, , 11740 FM 1960 W Rd, Houston, TX 77065

I hereby designate, authorize, and convey to My Authorized Representatives to the full extent permissible under law and under any applicable insurance policy and/or employee health care benefit plan: (1) the right and ability to act as my Authorized Representative in connection with any claim, right, or cause of action including filing medical claims, appeals and grievances, institute litigation against my health plan (even to name me as a plaintiff in such action) that I may have under such insurance policy and/or benefit plan; and (2) the right and ability to act as my Authorized Representative to pursue such claim, right, or cause of action in connection with said insurance policy and/or benefit plan (including but not limited to, the right and ability to act as my Authorized Representative with respect to a benefit plan governed by the provisions of ERISA as provided in 29 C.F.R. §2560.5031(b)(4) with respect to any healthcare expense incurred as a result of the services I received from Provider and, to the extent permissible under the law, to claim on my behalf, such benefits, claims, or reimbursement, and any other applicable remedy, including fines. This constitutes an express and knowing assignment of ERISA breach and/or fiduciary duty claims and other legal and/or administrative claims.
I understand I can revoke this authorization in writing at any time.
A photocopy of this Assignment/Authorization shall be as effective and valid as the original.

Patient Name: _____ Date of Birth: _____

Patient Signature: _____ Date: _____

If patient is a minor (less than 18 years of age) or incapacitated:

Responsible Party Name: _____ Relationship to patient : _____

Responsible Party Signature: _____ Date: _____

ATA AHMAD, M.D. P.A.

HIPAA POLICY

AUTHORIZATION TO RELEASE MEDICAL INFORMATION:

❑ I hereby **authorize** the release of medical information (by telephone, mail, or otherwise) by physicians and staff of ATA AHMAD, M.D. P.A. to (please list name and relationship)

Name/Relationship	**Address/Phone Number**
_____	_____
_____	_____
_____	_____

❑ I **DO NOT** authorize the release of medical information to my family members.

CONSENT FOR RELEASE OF PHOTOS/RADIOGRAPHS/VIDEOS FOR WEBSITE PUBLICATION:

❑ I hereby give permission to ATA AHMAD, M.D. P.A to photograph, televise or otherwise illustrate as deemed advisable for diagnostic, educational, or research purposes and to enhance the medical record. I further authorize the use of such audio-visual material (videotape, audio tape, photographs, motion pictures, and other resulting records) for teaching purposes or to illustrate scientific papers or lectures at any time hereafter without inspection or approval, on my part, of the finished product or the specific use to which this material may be applied. *I understand that no identifying information will be used*

❑ I **DO NOT consent** to the use of any pictures/videos/radiographs obtained during my treatment

ACKNOWLEDGEMENT OF RECEIPT OF NOTICE OF PRIVACY PRACTICES:

The federal government requires all medical offices to make patients aware that they have rights regarding the use of their personal health information. Our Notice of Privacy Practices is available for your review at the front desk or online at https://ataahmadmd.com/

❑ I acknowledge that I was provided access to a copy of the Notice of Privacy Practices and that I have read (or had the opportunity to read if I so chose) and understood the Notice.

*** You may refuse to sign this acknowledgment***

❑ I refuse to sign this acknowledgment

Patient Name: _____ Date of Birth: _____

Patient Signature: _____ Date: _____

FOR OFFICE USE ONLY:

We attempted to obtain written acknowledgement of receipt of our notice of privacy practices, but acknowledgement could not be obtained because:

_____

ATA AHMAD, M.D., P.A.
GENERAL SURGEON
Phone No. (281) 970-8484 Fax No. (281) 970-8485

AUTORIZACION PARA LA TRANSFERENCIA DE RECORDS MEDICOS

YO AUTORIZO _____ A ___RECIVIR: ___TRANSFERIR:

Ata Ahmad, M.D. 11740 FM 1960 Road West Houston, Texas 77065
Persona y Organizacion Direccion

281-970-8484 _____ 281-970-8485
Numero Numero de Fax.

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ **Fecha de Nacimiento:** _____
Seguro Social: _____ **Fecha de Servicio:** _____

INFORMACIÓN A SER TRANSFERIDA:

___ Página de portada	___ Informe Operativo	___ Informe de emergencia
___ Notas de descarga	___ Informe de patología	___ Notas de la clínica
___ Historia y Físico	___ Informe de rayos X	___ Informes de autopsia
___ Informe de progreso	___ Informes de laboratorio	
___ Consultas	__ Resumen de alta	___ Otro_____

Esta información se divulga con el siguiente propósito:
__ Continuar el cuidado __ Abogado / Litigio __ Seguro __Servicios para discapacitados
Otro: _____
Entiendo que puedo revocar esta autorización por escrito en cualquier momento, excepto en la medida en que se haya tomado una acción confiando en ella y que, en cualquier caso, esta autorización vencerá (180) días a partir de la fecha de mi firma, a menos que se especifique por escrito..Aquí: _____
Entiendo que si el destinatario autorizado para recibir la información no es una entidad cubierta, por ejemplo, una compañía de seguros o un proveedor que no sea de atención médica, es posible que la información divulgada ya no esté protegida por las normas de privacidad federales y estatales.

A LA PARTE QUE RECIBE ESTA INFORMACIÓN PARA REGISTROS DE PACIENTES APLICABLES BAJO LA LEY FEDERAL 42 CFR PARTE 2 AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN: Esta información le ha sido revelada a partir de registros cuya confidencialidad puede estar protegida por la ley federal. Si es así, las reglamentaciones federales (42 CFR Parte 2) le prohíben hacer más divulgaciones sin el consentimiento específico por escrito de la persona a la que pertenece, o según lo permitan dichas reglamentaciones. Una autorización general para la divulgación de información u otra información no es suficiente para este fin.

_____ _____
Firma del paciente o representante legalmente autorizado **Fecha**

_____
Relación con el paciente

_____
Escriba en letra de imprenta el representante legalmente autorizado

_____ _____
Testigo – Nombre impreso / Firma **Fecha**

_____
Número de identificación/licencia de conducir del paciente o representante legalmente autorizado

UNIVERSAL
SURGICAL ASSISTANTS

Acknowledgement of Surgical Assistant

Please be informed that a Licensed/Certified Surgical Assistant "L/CSA" or a Physician Assistant "PA-C" may be required for your surgical procedure. Licensed/Certified Surgical Assistants and Physician Assistants are professional members of the healthcare team and are qualified by academic and clinical education to provide surgical assistance to the surgeon during your surgery.

The Licensed/Certified Surgical Assistant or Physician Assistant is critical during a surgical procedure, though in some cases they are deemed medically unnecessary by insurance companies. The necessity of a Licensed/Certified Surgical Assistant or Physician Assistant however is determined solely by the primary surgeon and deemed necessary for safe outcomes.

Universal Surgical Assistants requires that patients pay a $300 deposit for ALL procedures, 2 business days before the surgery. Patient's will then be refunded any over payment after the insurance claim is finalized. All Medicare, Medicare Supplement, Medicare Replacement, Military, and Medicaid plans will deny payment as these insurance plans do not recognize Licensed/Certified Surgical Assistants regardless if it is the Surgeon's choice. Military, and Medicaid plans will deny payment as these insurance plans do not recognize Physician Assistants regardless if it is the Surgeon's choice. Claims will not be sent to these insurance providers; therefore, patients will be billed directly.

Senate Bill 1264 has been effective since January 1, 2020, which allows Licensed/Certified Surgical Assistant and or Physician Assistants to bill co-insurance and deductibles on fully funded and TRS plans. SB 1264 does not apply to self-funded employer sponsored health plans or Medicare. Universal Surgical Partners is in 100% billing compliance under SB 1264 guidelines. Beginning January 1, 2022 Title 1(No Surprises Act) of Division BB of the Consolidated Appropriations Act of 2021 the same rules will apply to self-funded plans.

Note: Most insurance companies consider Surgical Assistants as "Out-of-Network Providers" or do not contract with Licensed Surgical Assistants & Physician Assistants. Blue Star Surgical Assistants, Xcite Surgical, Universal MSO and Universal Surgical Assistants are subsidiaries of Universal Surgical Partners. You may receive a bill from either of these entities for the services performed. We wish you the best in your upcoming operative procedure.

For questions, please contact our office at 832-655-4141 or email us at Scheduling@USPartnersInc.com

Prepay at https://pay.instamed.com/Form/PaymentPortal/Default?id=universalsurg

I have read and acknowledge the above information.

Patient Signature: _____ Date: _____

Printed Name: _____ DOB: _____

Physician's Name: AHMAD _____ DOS: _____

Witness: _____ Phone: _____