A close-up of a logo

Description automatically generated

**Patient Registration & Consent Form/ Formulario de Registro y Consentimiento del Paciente**

**Patient Name / Nombre del Paciente**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
**Date of Birth / Fecha de Nacimiento**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Gender / Género** (circle / circule): M / F  
**Marital Status / Estado Civil** (circle / circule): Divorced / Married / Separated / Single / Widowed / Other  
**Preferred Language** / Idioma Preferido: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
**Mailing Address / Dirección Postal**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Apt/Lot /Apto/Lote**: \_\_\_\_\_\_**City/State / Ciudad/Estado**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Zip / Código Postal**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
**Phone / Teléfono**: **Home / Casa**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Mobile / Celular**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
**Email / Correo Electrónico**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
**Primary Physician / Médico Primario**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Responsible Party / Parte Responsable** :☐ **Same as Patient / Igual al Paciente**  
**Name / Nombre**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**DOB / Fecha Nac**.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Gender / Género**: M / F  
**Relationship to Patient / Relación con el Paciente**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
**Address** / Dirección: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **City/State** / **Ciudad/Estado**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Zip / Código Postal**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
**Phone / Teléfono**: **Home / Casa**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Mobile / Celular**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Patient Portal / Portal del Paciente**:  
☐ I am not interested / No estoy interesado  
☐ I do not have an email address / No tengo correo electrónico

**Signature / Firma**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Date / Fecha**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Printed Name / Nombre en Letra de Molde**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Justin Faye, MD**  
**Notice of Privacy Practices & Consent Form/Aviso de Prácticas de Privacidad y Formulario de Consentimiento**

**NOTICE OF PRIVACY PRACTICES / AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD**  
A copy of our HIPAA Notice is posted in the lobby and available for review. It explains how your protected health information (PHI) may be used and disclosed. Una copia del Aviso HIPAA está disponible en el vestíbulo. Explica cómo se puede usar y divulgar su información médica protegida (PHI).

**DISCLOSURE OF PHI & EMERGENCY CONTACT / DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA Y CONTACTO DE EMERGENCIA**I authorize Dr. Justin Faye to communicate with the following individuals about my care and billing. Autorizo al Dr. Justin Faye a comunicarse con las siguientes personas sobre mi atención médica y facturación.

**Name / Nombre**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Relationship / Relación**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
**Name / Nombre**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Relationship / Relación**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Emergency Contact / Contacto de Emergencia**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
**DOB / Fecha de Nacimiento**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Relationship / Relación**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
**Email / Correo Electrónico**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
**Phone / Teléfono**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**FINANCIAL POLICY & ASSIGNMENT OF BENEFITS / POLÍTICA FINANCIERA Y ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS**  
I understand I am responsible for accurate insurance info, co-pays, deductibles, and a $35 fee for returned checks. I authorize payment of benefits directly to Dr. Justin Faye and release of information for claims. Entiendo que soy responsable de la información del seguro, copagos, deducibles y un cargo de $35 por cheques devueltos. Autorizo el pago directo al Dr. Justin Faye y la divulgación de información para reclamaciones.

**GENERAL CONSENT FOR TREATMENT / CONSENTIMIENTO GENERAL PARA TRATAMIENTO**  
I consent to routine care, exams, labs, medications, and medical images. I understand some procedures may require additional consent. I authorize access to my records via Health Information Exchange (HIE). This consent is valid for 3 years. Consiento atención médica rutinaria, exámenes, laboratorios, medicamentos e imágenes. Entiendo que ciertos procedimientos requerirán consentimiento adicional. Autorizo el acceso a mis registros a través del Intercambio de Información de Salud (HIE). Este consentimiento es válido por 3 años.

**Patient Name/Nombre del Paciente (print / en letra de molde): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Signature / Firma: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Date /Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
Representative (if applicable) / Representante (si aplica)**

**Justin Faye, MD  
Authorization for Use or Disclosure of Health Information**

**I hereby authorize the use or disclosure of the individual's health information as described below.**

**Patient Name: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
Date of Birth: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
Social Security Number: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Address:**

**Telephone Number: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Authorized to Disclose:**

**Disclosed to:  
Name: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
Phone: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Treatment Dates: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
Purpose of Request: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Information to be Disclosed:**

**☐ Complete Record ☐ History & Physical   
☐ Consultations ☐ Discharge Summary   
☐ Emergency Record ☐ Radiology/Imaging   
☐ Lab Reports (incl. drug screens) ☐ Cardiac Studies   
☐ Medication Records ☐ Progress Notes   
☐ Physician Orders ☐ Operative/Procedure Reports ☐ Pathology Reports**

**☐ Nursing Notes ☐ Face Sheet ☐ Itemized Billing   
☐ Other: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Sensitive Information: I understand my records may include information on STDs, HIV/AIDS, mental health, or substance use treatment.  
Right to Revoke: I understand I may revoke this authorization at any time by writing to Dr. Justin Faye. Revocation will not apply to prior disclosures.**

**Expiration: This authorization will expire on (date/event): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Redisclosure: I understand that disclosed information may no longer be protected by federal confidentiality laws.**

**Other Rights: I understand that authorizing this disclosure is voluntary. I may refuse to sign this form, and it will not affect my treatment.**

**Signature of Patient or Legal Representative: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Date: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**If signed by Legal Representative, relationship to patient:**

**Justin Faye, MD  
Autorización para el Uso o Divulgación de Información Médica**

**Por la presente autorizo el uso o divulgación de la información médica del individuo según se describe a continuación.**

**Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
Número de Seguro Social: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Dirección:**

**Número de Teléfono: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Autorizado para Divulgar:**

**Información Divulgada a:  
Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
Teléfono: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
Fechas de Tratamiento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
Propósito de la Solicitud: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Información a Divulgar:  
☐ Expediente Completo  ☐ Historia Clínica y Examen Físico  
☐ Consultas  ☐ Resumen de Alta  
☐ Registro de Urgencias  ☐ Radiología/Imágenes  
☐ Reportes de Laboratorio (incluye pruebas toxicológicas)  ☐ Estudios Cardíacos  
☐ Registros de Medicamentos  ☐ Notas de Progreso  
☐ Órdenes Médicas  ☐ Reportes Quirúrgicos/Procedimientos  ☐ Reportes de Patología  
☐ Notas de Enfermería  ☐ Hoja de Identificación  ☐ Facturación Detallada  
☐ Otro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Información Sensible: Entiendo que mis registros pueden incluir información sobre enfermedades de transmisión sexual, VIH/SIDA, salud mental o tratamiento por uso de sustancias.**

**Derecho a Revocar: Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento mediante una solicitud por escrito dirigida al Dr. Justin Faye. La revocación no se aplicará a divulgaciones realizadas previamente.**

**Vencimiento: Esta autorización vencerá en (fecha/evento): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Redistribución: Entiendo que la información divulgada puede dejar de estar protegida por las leyes federales de confidencialidad.**

**Otros Derechos: Entiendo que autorizar esta divulgación es voluntario. Puedo negarme a firmar este formulario y eso no afectará mi tratamiento.**

**Firma del Paciente o Representante Legal: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
Si firma un Representante Legal, relación con el paciente:**