



FLORIDA LAKES
SURGICAL



FLORIDA LAKES
VEIN CENTER



FLORIDA LAKES
SPA

TC Lackey II, DO | Gregg Shore, MD | Adam Phillips, DO | Rachel Sims, APRN

Patient Name/Nombre del Paciente: _____

DOB/Fecha de Nacimiento: _____ SSN/ Número de Seguro Social: _____

Address/ Dirección: _____

Out-of-State Address/ Dirección Fuera del Estado: _____

Home Telephone/Télefono Hogar: _____ Cell Phone/Número Celular: _____

E-mail/ Correo Electronico: _____

Circle/ Circular: Work/ Empleo - Retired/Retirado - Disabled/ Incapacidad - Unemployed/Desempleado

Place of Work/ Lugar de Trabajo: _____

MARITAL STATUS: Married Divorced Widowed Single

RACE/ ETHNICITY: ASIAN CAUCASIAN BLACK HISPANIC NATIVE AMERICAN

Emergency Contact (Name/Phone Number)/ Contacto de Emergencia (Nombre/# Teléfono):

Primary Insurance/Seguro Primario: _____

Secondary Insurance/Seguro Secundario: _____

Primary Physician/ Doctor Primario: _____

Cardiologist/Cardiologo: _____ Dr. Number/Télefono del Dr.: _____

Pharmacy/ Farmacia: _____

How did you hear about our practice? _____

Cómo escuchó usted la practica? _____

Referring Physician Name/ Referido por Doctor: _____

Patient/Guardian Signature/Paciente/Tutor Legal: _____ Date/Fecha: _____



FLORIDA LAKES
SURGICAL



FLORIDA LAKES
VEIN CENTER



FLORIDA LAKES
SPA

PATIENT MEDICAL HISTORY/ HISTORIA MÉDICA DEL PACIENTE

Date/ Fecha: _____ DOB/Fecha de Nacimiento: _____

Patient Name/Nombre del Paciente: _____

Chief Complaint/ Problem- Problema: _____

How long have symptoms been present/ ¿Cuánto tiempo han estado presentes los síntomas?

History/ Historia: (please mark if applicable/ por favor marque si aplica)

GERD	Varicose Veins	HIV
COPD	Osteoarthritis/ Arthritis	High Cholesterol
Cardiac Disease	Diabetes: (type) _____	IBS
Obesity	DVT/ Blood Clot	
Hypertension (High Blood Pressure)	Cancer: (type) _____	

Other/Otro: _____

Surgical History/ Historia Quirúrgica: (please check mark if applicable/ por favor marque si aplica)

Gallbladder	Colon	Hernia (type): _____
Breast	Appendectomy	Cancer (type): _____
Hemorrhoids	Total Abdominal Hysterectomy	Stents (How many?) _____

Other/ Otro: _____

Allergies to Medication/ Alergia a Medicamentos: _____

Reaction/ Reacción: _____

Food/ Alimentos: _____

Social History/ Historia Social: (please check mark if applicable/ por favor marque si aplica)

Tobacco: YES / NO (packs per day) _____ Past History: YES / NO

Family History/ Historia Familiar: (please check mark if applicable/ por favor marque si aplica)

Hypertension	Varicose Veins
Pulmonary	Breast
Diabetes Mellitus	Cancer: (type) _____
Cardiac Disease	Other: _____



FLORIDA LAKES
SURGICAL



FLORIDA LAKES
VEIN CENTER



FLORIDA LAKES
SPA

MEDICATIONS/MEDICAMENTOS

Please print below or give a copy of medication list to the staff.

Favor de escribir o proveer una copia de la lista de medicamentos al asociado de la oficina

In print, write medications, strength, and reason for taking the medications.

EN LETRA DE MOLDE ESCRIBA EL NOMBRE DEL MEDICAMENTO, DOSIS, RAZON POR LA CUAL TOMA EL MISMO.

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.
- 6.
- 7.
- 8.
- 9.
- 10.
- 11.
- 12.
- 13.
- 14.
- 15.
- 16.
- 17.
- 18.
- 19.
- 20.

Blood Thinner Medication Name/ Medicamento Anticoagulante: _____

Strength/ Concentración de Medicamento: _____



FLORIDA LAKES
SURGICAL



FLORIDA LAKES
VEIN CENTER



FLORIDA LAKES
SPA

FINANCIAL AGREEMENT, PATIENT’S STATEMENT, AND ASSIGNMENT OF BENEFITS

I authorize Florida Lakes Surgical, PLLC and/or Thomas Lackey D.O. and/or Gregg Shore MD/FACS, and/or Rachel Sims APRN, and/or Adam Phillips D.O., to release any and all information necessary to secure reimbursement from any insurance company which I have subscribed. The insurance policy is a contract between the insurance company and me, and I understand that I am responsible for all charges incurred whether paid by the insurance company. Our office will file your claim with insurance company as a courtesy. I also authorize and direct payment to be made directly to Florida Lakes Surgical, PLLC and/ or Thomas Lackey D.O. for the service rendered either medically or surgically. However, it is the patient’s responsibility to have all insurance information at the time the service is rendered. All co-payment, deductibles, percentages, co-insurances, etc. are the patient’s responsibility and will be collected prior to services rendered. If you have payments for services that were performed prior to your office visit, the payments must be due before services rendered in the office. All payments are to be paid in full of any receipt of a bill and should be paid immediately. Furthermore, the patient will assist in billing to insurance companies. If for any reason there is outstanding balance or delinquent account, it is the patient’s responsibility to pay in full or appropriate actions will be taken to collect the payment. I agree and understand that I am responsible for any costs incurred in collection of said balance, should that become necessary. All other arrangements or payment plans can be made with the office or billing managers.

ACUERDO FINANCIERO, ESTADOS DEL PACIENTE Y ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS

Yo autorizo a Florida Lakes Surgical, PLLC y/o Thomas Lackey D.O. y/o Gregg Shore, MD FACS y/o Rachel Sims ARNP y/o el Dr. Adam Phillips, D.O., para divulgar toda la información necesaria para asegurar el reembolso de cualquier compañía de seguros a la que me he suscrito. La póliza de seguro es un contrato entre yo y la empresa de seguro, y entiendo que soy responsable de todos los cargos incurridos, ya sean o no pagados por la empresa de seguro. Nuestra oficina presentará su reclamo a la compañía de seguro como cortesía. También autorizo y el pago será hecho directamente a Florida Lakes Surgical, PLLC y/o Thomas Lackey D.O. por el servicio prestado médicamente o quirúrgicamente. Sin embargo, es responsabilidad del paciente tener toda la información del seguro en el momento que se presta el servicio. Todos los co-pagos, deducibles, porcentajes, coaseguros, etcétera, son responsabilidad del paciente y se cobrarán antes de que los servicios sean prestados. Si usted tiene pagos anteriores pendientes por servicios que se realizaron antes de a su visita previa a la oficina, los pagos son pagaderos antes de que los servicios prestados. Todos los pagos deben ser pagados en su totalidad de cualquier recibo de factura y deben ser pagados inmediatamente. Además, el paciente ayudará en la facturación de las compañías de seguros correspondientes. Si por alguna razón, hay saldo pendiente o cuentas morosas, es responsabilidad del paciente pagar en su totalidad o se harán las acciones apropiadas para cobrar el pago. Estoy de acuerdo y entiendo que soy responsable de cualquier costo incurrido en la recolección de dicho balance en caso de que se necesario. Todos los demás arreglos o planes de pago se pueden hacer con el gerente de la oficina o gerente de facturación, dependiendo de las circunstancias.

Patient/Guardian/Paciente/TutorLegal: _____ *Date/Fecha:* _____



FLORIDA LAKES
SURGICAL



FLORIDA LAKES
VEIN CENTER



FLORIDA LAKES
SPA

CONSENT FOR TREATMENT

I, undersigned patient, parent or legal guardian, do present myself (or the patient) for care or treatment at the office of Florida Lakes Surgical and/or Thomas Lackey D.O, PLLC and/or Gregg Shore, MD, FACS, and/or Rachel Sims APRN, and/or Dr. Adam Phillips, D.O., a voluntarily consent to the rendering of such care or treatment, including but not limited to consultation, performance of diagnostic testing, and/or surgical procedures that may be rendered in the office or other facility needed for appropriate care. I understand that the physician may rely on other services to help facilitate my care (i.e. radiology, laboratory, pathology, physicians).

CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO

Yo, paciente abajo firmante, padre o tutor legal, me presento (o al paciente) para la atención o el tratamiento en la oficina de Florida Lakes Surgical y/o Thomas Lackey D.O, PLLC y/o Gregg Shore, MD, FACS y/o Rachel Sims ARNP, y/o El Dr. Adam Phillips, D.O., un consentimiento voluntario para la prestación de tales cuidados o tratamientos, incluyendo pero no limitado a consulta, realización de pruebas diagnósticas y/o procedimientos quirúrgicos que puedan ser prestados en la oficina u otros instalaciones necesarias para una atención adecuada. Entiendo que el médico puede confiar en otros servicios para ayudar a facilitar mi atención (es decir, radiología, laboratorio, patología, médicos).

Patient/Guardian Signature/Paciente/Tutor Legal: _____

Date/Fecha: _____



FLORIDA LAKES
SURGICAL



FLORIDA LAKES
VEIN CENTER



FLORIDA LAKES
SPA

HIPAA

Our Notice of Privacy provides information about how we may use and disclose protected health information about you. The Notice contains a Patient Rights section describing your right under the law. You have the right to review our Notice before signing the consent. The terms of our policy may change. If we change our Notice, you may obtain a revised copy by contacting our office. You have the right to request that we restrict how protected health information about you is used or disclosed for treatment, payment, or health care operations. We are not required to agree to this restriction, but if we do, we shall honor that agreement. By signing this form, you consent to our use and disclosure of protected health information about you for treatment, payment, and health care operations. You have the right to revoke this Consent in writing signed by you. However, such a revocation shall not affect any disclosure we have already made in reliance on your prior Consent. The Practice provides this form to comply with the Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996 (HIPAA).

The patient understands that: 1. Protected health information may be disclosed or used for treatment, payment, or health care operations. 2. The Practice has a Notice of Privacy and the patient had the opportunity to review. 3. The Practice reserves the right to change the Notice of Privacy policies. 4. The patient has the right to restrict the uses of their information, but the Practice does not have to agree to those restrictions. 5. The patient may revoke this Consent in writing at any time and all future disclosure will then cease. 6. The Practice may condition treatment upon execution of this consent.

I authorize Thomas Lackey D.O and the medical staff of Florida Lakes Surgical, PLLC and/or Gregg Shore, MD, FACS, and/or Rachel Sims APRN, and/or Dr. Adam Phillips, D.O., to release my health care information to the following person(s):

Spouse/Pareja: _____ Other/Otro: _____

Family Member/ Miembro de Familia: _____

The information may be released to those listed in the above by Phone, Message on answering machine, fax, mail, in person, txt, email, or other means.

Patient/Guardian Signature/Paciente/Tutor Legal _____

Date/Fecha: _____



FLORIDA LAKES
SURGICAL



FLORIDA LAKES
VEIN CENTER



FLORIDA LAKES
SPA

HIPAA

Nuestro Aviso de Privacidad proporciona información sobre cómo podemos usar y divulgar información médica protegida sobre usted. El Aviso contiene una sección de Derechos del Paciente que lo describe sus derechos bajo la ley. Usted tiene derecho a revisar nuestro Aviso antes de firmar el Consentimiento. Los términos de nuestro aviso pueden cambiar. Si cambiamos nuestro Aviso, puede obtener una copia revisada, poniéndose en contacto con nuestra oficina. Usted tiene derecho a solicitar que restrinjamos la información de salud protegida acerca de usted es utilizada o se divulgada para el tratamiento, pago u operaciones de atención médica. No estamos obligados a aceptar esta restricción, pero si lo hacemos, respetaremos ese acuerdo. Al firmar este formulario, usted acepta nuestro uso y divulgación de información médica protegida sobre usted para el tratamiento, el pago y las operaciones de atención médica. Usted tiene derecho a revocar este Consentimiento por escrito y firmado por usted. Sin embargo, dicha revocación no afectará las divulgaciones que ya hayamos hecho en función de su consentimiento previo. La Práctica proporciona este formulario para cumplir con la Portabilidad del Seguro De Salud y Ley de Rendición de Cuentas de 1996 (HIPAA).

El paciente entiende que: 1. La información de salud protegida puede ser revelada o utilizada para el tratamiento, u operaciones de atención médica. 2. La Práctica tiene un Aviso de Prácticas de Privacidad y el paciente tiene la oportunidad de revisar este aviso. 3. La Práctica se reserva el derecho de cambiar las políticas de Aviso de Privacidad. 4. El paciente tiene derecho a restringir el uso de su información, pero la Práctica no tiene que aceptar esas restricciones. 5. El paciente puede revocar este Consentimiento por escrito en cualquier momento y todas las divulgaciones futuras cesarán. 6. La práctica puede condicionar tratamiento en el momento de la ejecución de este Consentimiento. Autorizo a Thomas Lackey D.O. y al personal médico de Florida Lakes Surgical, PLLC y/o Gregg Shore, MD, FACS, y/o Rachel Sims ARNP, y/o el Dr. Adam Phillips, D.O., divulgar mi información de atención médica a lo siguiente(s) persona(s):

Spouce/Pareja: _____ Other/Otro: _____

Family Member/ Miembro de Familia: _____

La información puede divulgarse a los enumerados anteriormente por teléfono, mensaje en el contestador automático, fax, correo, en persona, mensaje de texto, correo electrónico u otros medios.

Patient/Guardian Signature/Paciente/Tutor Legal: _____

Date/Fecha: _____