



Legacy Family Medicine
Dr. Philip T Hardy, MD
11602 Lake Underhill Rd. Suite 118
Orlando, FL 32825

Date/Fecha : ____/____/____

Patient Name/Nombre: _____ DOB/Fecha De Nacimiento: ____/____/____

Address/Dirección: _____ City/Ciudad: _____

State/Estado: _____ Zipcode/Codigo Postal: _____

Home #/Casa: _____ Cell #: _____

Social Security/Seguro Social: _____ Sex: O Male/Masculino O Female/Femenino

Email/Correo Electronico : _____

Employer/Empleador: _____ Work phone/Numero de trabajo: _____

Marital status: O Single/Soltero(a) O Married/Casado(a) O Divorced/ Divorciado(a) O Widowed(Viudo(a))

If married, spouse's name/ Si Casado(a), Nombre de Esposo(a): _____

Phone Number/ Numero de Tel: _____

Emergency Contact/Conctato de Emergencia: _____ Relationship/Relación: _____

Home #/Casa: _____ Cell #: _____

Insurance information/Informacion de Seguro:

Primary insurance/Seguro Primario: _____ Subscriber ID #/ #de Miembro: _____

Subscriber's name/ Nombre del suscriptor: _____ DOB: _____

Secondary insurance/Seguro Secundario: _____ Subscriber ID #/ #de Miembro: _____

Subscriber's name/ Nombre del suscriptor: _____ DOB: _____

The information is true to the best of my knowledge. I authorize my insurance benefits be paid directly to the physician. I understand that I am financially responsible for any balance. I also authorize LEGACY FAMILY MEDICINE or insurance company to release any information required to process my claims. (La información es verdadera a lo mejor de mi conocimiento. Autorizo que mis beneficios de seguro se paguen directamente al médico. Entiendo que soy financieramente responsable de cualquier saldo. También autorizo a LEGACY FAMILY MEDICINE o compañía de seguros a divulgar cualquier información requerida para procesar mis reclamos.)

Patient / Guardian Signature/ (Firma del paciente / tutor): _____

Date/Fecha : _____



Legacy Family Medicine
 Dr. Philip T Hardy, MD
 11602 Lake Underhill Rd. Suite 118
 Orlando, FL 32825

Patient name/Nombre: _____ DOB/Fecha de Nacimiento: _____

We do not refill prescriptions over the phone to prevent any errors, please call your pharmacy to have a refill request sent to our office. Please allow 24-48 hours for medication refills. (No reponemos recetas por teléfono para evitar errores, llame a su farmacia para que le enviemos una solicitud de reposición a nuestra oficina. Por favor espere 24-48 horas para el reabastecimiento de medicamentos.)

Medication log/ Medicación:

| | Date: (Fecha) | Medication/Dosages (Medicación /Dosis) | Frequency (Frecuencia) | | Date: (Fecha) | Medication/Dosages (Medicación /Dosis) | Frequency (Frecuencia) |
|-----|------------------|---|---------------------------|-----|------------------|---|---------------------------|
| EX. | 01/01/01 | Synthroid 25mcg | 1x in the AM | EX. | 01/01/01 | Advair 250/50 one puff | 2x a day |
| 1. | | | | 1. | | | |
| 2. | | | | 2. | | | |
| 3. | | | | 3. | | | |
| 4. | | | | 4. | | | |
| 5. | | | | 5. | | | |
| 6. | | | | 6. | | | |
| 7. | | | | 7. | | | |
| 8. | | | | 8. | | | |
| 9. | | | | 9. | | | |
| 10. | | | | 10. | | | |

Please list allergies to MEDICATIONS and any reactions/Enumere las alergias a MEDICAMENTOS y cualquier reacción:

| Medication/Medicamento: | Reaction/Reacción: |
|-------------------------|--------------------|
| | |
| | |
| | |



Legacy Family Medicine
 Dr. Philip T Hardy, MD
 11602 Lake Underhill Rd. Suite 118
 Orlando, FL 32825

Preferred pharmacy/*Farmacia Preferida:*

Patient name/*Nombre:* _____ *DOB/Fecha de Nacimiento:* _____

If any blood relative has suffered from the following conditions, check the box and indicate which relative, add additional in empty boxes/*Si algún pariente de sangre ha sufrido las siguientes condiciones, marque la casilla e indique qué pariente, agregue más en casillas vacías*

Example: M-mother/*Madre*, F-father/*Padre*:

| | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Heart disease / heart attack (prior to the age of 60?) (<i>Enfermedad cardíaca?</i>) | <input type="checkbox"/> Stroke/ <i>Accidente cerebrovascular medico:</i> | <input type="checkbox"/> Asthma/ <i>Asma:</i> |
| <input type="checkbox"/> Diabetes/ <i>Diabetes:</i> | <input type="checkbox"/> High blood pressure/ <i>Alta presión sanguínea:</i> | <input type="checkbox"/> Emphysema/Lung disease/ COPD/ <i>Enfisema / Enfermedad pulmonary:</i> |
| <input type="checkbox"/> Thyroid/ <i>Tiroides:</i> | <input type="checkbox"/> High cholesterol/ <i>Colesterol alto:</i> | <input type="checkbox"/> Cancer, type? <i>Cáncer, tipo?</i> |
| | | |

Please list any surgeries / hospitalizations(*Enumere cualquier cirugía / hospitalización*):

| | |
|--|--|
| | |
| | |
| | |

Are you under the care of any other Doctor? If yes, please list below(*¿Estás bajo el cuidado de algún otro doctor? En caso afirmativo, enumere a continuación?*) :

| | |
|--|--|
| | |
| | |
| | |



Patient name/Nombre: _____ DOB/Fecha de Nacimiento: _____

Please indicate each of your chronic medical problems by checking the appropriate boxes below/Indique cada uno de sus problemas médicos crónicos marcando las casillas correspondientes a continuación:

| | | |
|--|--|---|
| High Blood Pressure/Alta presión sanguínea | Asthma/Asma | Osteoporosis/Osteoporosis |
| Heart Disease -Prev. heart attack, AFIB, Heart failure?/ Enfermedad del corazón? | Emphysema/Lung Disease/COPD/ Enfermedad pulmonar | Autoimmune disorders- Lupus, rheumatoid, etc? Trastornos autoinmunes? |
| Diabetes/Diabetes | Kidney Problems/Problemas de riñon | GERD/ ERGE |
| Stroke/Ataque al corazón | Anemia | Orthopedic disorders- specify/Trastornos ortopédico? |
| Cancer- type?/Tipo de cáncer? | High Cholesterol/ Colesterol alto | Other- |
| Thyroid- hyperthyroid or hypothyroid?/Tiroides? | Glaucoma | |

Medical history/Historial médico:

Tetanus Shot/Vacuna contra el tétanos: _____ Flu Shot/Vacuna contra la gripe: _____ Shingrix/Tiro de culebrilla: _____

EKG/ Electrocardiograma: _____ Colonoscopy/Colonoscopia: _____

Women ONLY/ Solo mujeres:

Date of last menstrual period/último periodo menstrual: _____ Contraception type/Tipo de anticoncepción: _____

of pregnancies/# de embarazos: _____ Live births/Nacimiento Vivo: _____ Miscarriages/Aborto espontáneo: _____

Abortions/Abortos: _____

Date of last PAP Smear/Prueba de Papanicolaou: _____ (Abnormal? _____)

Mammogram/Mammograma: _____ (Abnormal? _____) Dexa Scan/Escaneo de densidad: _____ (Abnormal? _____)

Social History:

Tobacco: _____ per/day Number of years: _____ Year quit: _____

Alcohol: _____ drinks/weekly Street drugs: _____

Caffeine: _____ cups/daily Low fat diet? Y or N

Exercise _____ times/weekly _____ minute/sessions



Legacy Family Medicine
Dr. Philip T Hardy, MD
11602 Lake Underhill Rd. Suite 118
Orlando, FL 32825

Acknowledgement Form/ Formulario de acuse de recibo

Our notice of privacy practices provides information about how we use and release protected health information about you. You have the right to review our notice before signing this form. As provided in our notice, the terms may change and you can request a copy from front desk staff. *(Nuestro aviso de prácticas de privacidad proporciona información sobre cómo usamos y divulgamos su información médica protegida. Tiene derecho a revisar nuestro aviso antes de firmar este formulario. Según lo dispuesto en nuestro aviso, los términos pueden cambiar y puede solicitar una copia al personal de recepción.)*

You have the right to request that we restrict how protected health information about you is used or released for treatment, payment or health care operations. We are required to agree to this restriction but if we do we are bound by our agreement. By signing this form, you consent to our use and release of protected health information about you for treatment, payment and health care operations. As described in our notice you have the right to revoke this consent in writing except where we have already made releases based on your prior consent. *(Tiene derecho a solicitar que restrinjamos cómo se usa o divulga la información médica protegida sobre usted para tratamiento, pago u operaciones de atención médica. Estamos obligados a aceptar esta restricción, pero si lo hacemos estamos obligados por nuestro acuerdo. Al firmar este formulario, acepta nuestro uso y divulgación de información médica protegida sobre usted para operaciones de tratamiento, pago y atención médica. Como se describe en nuestro aviso, usted tiene derecho a revocar este consentimiento por escrito, excepto cuando ya hayamos hecho lanzamientos basados en su consentimiento previo.)*

Patient name/Nombre: _____

Signature/Firma: _____

Date/Fecha: _____

Witness/Testigo: _____



Legacy Family Medicine
Dr. Philip T Hardy, MD
11602 Lake Underhill Rd. Suite 118
Orlando, FL 32825

Patient Self Determination Act Questionnaire
Cuestionario de la Ley de autodeterminación del paciente
Do not lose your right to decide/ No pierdas tu derecho a decidir

You can't remove all uncertainties about your future healthcare needs but by having an advance directive you can have the peace of mind that comes from making your wishes known in advance! (No puede eliminar todas las incertidumbres sobre sus futuras necesidades de atención médica, pero al tener una directiva anticipada, puede tener la tranquilidad de saber sus deseos de antemano!)

Declaration to decline life prolonging procedures/Declaración para rechazar los procedimientos de prolongación de la vida

Living Will/ Testamento vital:

- I HAVE made a living will/ Hice un testamento en vida
- I HAVE NOT made a living will/ NO HE hecho un testamento en vida

Healthcare Surrogate/ Sustituto de atención médica::

- I HAVE designated a healthcare surrogate/ HE designado un sustituto de atención médica
- I HAVE NOT designated a healthcare surrogate/ NO HE designado un sustituto de atención médica

Durable Power of Attorney/ El poder duradero del abogado:

- I HAVE appointed a Durable Power of Attorney for health care decisions/ HE designado un poder notarial duradero para decisiones de atención médica
- I HAVE NOT appointed a Durable Power of Attorney for health care decisions/ NO HE designado un poder notarial duradero para decisiones de atención médica

Patient name/ Nombre: _____

Patient signature/Firma: _____ Date/Fecha: _____



Legacy Family Medicine
Dr. Philip T Hardy, MD
11602 Lake Underhill Rd. Suite 118
Orlando, FL 32825

Telemedicine Consent

- I understand that telemedicine is the use of electronic technology for communication for the purpose of providing healthcare services wherever the doctor and the patient are located.
- I understand that the institution is based in Florida and likewise uses telemedicine to conduct a consultation with their patients.
- I understand that with the telemedicine, the interaction shall be done through real-time audio-video communication, I understand that the laws that protect privacy and confidentiality, as well as the confidentiality of medical information through the Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPPA) also apply to telemedicine.
- I understand that I will be responsible for any payments or co-insurances that apply to my telemedicine visit.
- I understand that I have the right to withhold or withdraw my consent to the use of telemedicine during my care at any time, without affecting my right to future care or treatment I have the right to access my information and to inspect my medical information that was transmitted through telemedicine.
- I have the right to privacy where it shall be necessary to seek my consent in order to disclose my information unless those that are permitted by law to disclose without the need of my consent.
- I understand any lawsuit arising out of this agreement or service shall be brought to the courts of the state of Florida, to the exclusion of other state.

With the pronouncements above: I authorize the Institution to provide me their diagnosis, observations, and recommendations regarding my condition through telemedicine. Whenever necessary I authorize the Institution to consult with other physician or specialists whom they believe to have full knowledge and skills that can address my case. I have read and understood the information provided above, my rights, and obligations regarding telemedicine. I have had the opportunity to ask questions and all of which were answered to my satisfaction. Therefore, I hereby give my consent to the use of telemedicine for my care.

Patient Name: _____

Signature: _____

Date: _____



Legacy Family Medicine
Dr. Philip T Hardy, MD
11602 Lake Underhill Rd. Suite 118
Orlando, FL 32825

Patient Financial Agreement

Please read and sign below

In consideration of receiving services from LEGACY FAMILY MEDICINE, you agree:

1. All services are provided to you with the understanding that you're responsible for the cost regardless of your coverage. If you will like to know the cost of service, please inquire prior to treatment. Please be aware that not all services are covered benefits with different insurance companies. You are responsible for knowing what services are not covered, **KNOW YOUR BENEFITS.**
2. Upon check-in, we will collect your deductible, co-payment, co-insurance and payment for any uncovered services as well as the patient's portion as determined by insurance. We accept cash, check, VISA and MASTERCARD.
3. Your insurance policy is contracted between you, your employer, and the insurance company! We are not a party to the contract. Please notify us immediately about any changes in your insurance.
4. We will bill your insurance company. Ultimately you are responsible for the payment of all services you receive. If your insurance company does not respond within 30 days we will follow up with an inquiry in your behalf, a statement will be sent to you. You should call your insurance company to question why the claim was not paid.
5. Any unpaid charges over 90 days old will be turned to an outside collection agency with an additional collection fee. You are responsible for any collection fees, legal fees or court costs incurred in the collection process. This agency will report your failure to pay to all three credit reporting agencies.
6. As a courtesy, we will send out appointment reminders. It is YOUR responsibility to remember your appointment time and date.
7. **NO SHOW/SAME DAY CANCELLATION PATIENTS WILL BE CHARGED A \$75.00 FEE. REMEMBER THIS CHARGE IS YOUR RESPONSIBILITY AND NOT BILLABLE TO YOUR INSURANCE.**
8. **IF THERE'S MORE THAN 3 NO SHOW OR SAME DAY CANCELLATION, YOU MAY BE DISCHARGE FROM THE PRACTICE.**
9. Any forms (FMLA, parking permits, disability medical leave, ECT) will be charged a range of \$10.00-\$100.00 to complete and again is your responsibility and not billable to insurance.
10. Returned checks are subject to a \$25.00 returned check fee.
11. Record requests: Per Rule 64B8-10.0003. Florida Administrative Code, for the first 25 pages, the cost shall be \$1.00 per page. For each page in excess of 25 pages, the cost shall be \$.025.

Patient signature: _____ Date: _____

- Please be aware that LEGACY FAMILY MEDICINE will not act as a third party for any bills received from laboratory, radiology, specialists or any other facility. You **MUST** speak with your insurance and the facility of service only. We will not and cannot reimburse you for any services done outside of LEGACY FAMILY MEDICINE.



Legacy Family Medicine
Dr. Philip T Hardy, MD
11602 Lake Underhill Rd. Suite 118
Orlando, FL 32825

Spanish ⇌

Acuerdo financiero del paciente

Por favor lea y firme abajo

En consideración de recibir servicios de LEGACY FAMILY MEDICINE, usted acepta:

1. Todos los servicios se le proporcionan con el entendimiento de que usted es responsable del costo independientemente de su cobertura. Si desea conocer el costo del servicio, consulte antes del tratamiento. Tenga en cuenta que no todos los servicios son beneficios cubiertos con diferentes compañías de seguros. Usted es responsable de saber qué servicios no están cubiertos, CONOZCA SUS BENEFICIOS.
2. Al realizar el check-in, recaudaremos su deducible, copago, coseguro y pago por los servicios no cubiertos, así como la parte del paciente según lo determine el seguro. Aceptamos efectivo, cheque, VISA y MASTERCARD.
3. ¡Su póliza de seguro está contratada entre usted, su empleador y la compañía de seguros! No somos parte del contrato. Notifíquenos de inmediato sobre cualquier cambio en su seguro.
4. Le facturaremos a su compañía de seguros. En última instancia, usted es responsable del pago de todos los servicios que recibe. Si su compañía de seguros no responde dentro de los 30 días, haremos un seguimiento con una consulta en su nombre, se le enviará una declaración. Debe llamar a su compañía de seguros para preguntar por qué no se pagó el reclamo.
5. Cualquier cargo impago de más de 90 días se entregará a una agencia de cobranza externa con una tarifa de cobranza adicional. Usted es responsable de los honorarios de cobranza, honorarios legales o costos judiciales incurridos en el proceso de cobranza. Esta agencia informará su falta de pago a las tres agencias de informes de crédito.
6. Como cortesía, enviaremos recordatorios de citas. Es SU responsabilidad recordar la fecha y hora de su cita.
7. **A LOS PACIENTES QUE NO SE PRESENTEN / CON CANCELACIÓN EL MISMO DÍA SE LES COBRARÁ UNA TARIFA DE \$ 75.00.**
RECUERDE QUE ESTE CARGO ES SU RESPONSABILIDAD Y NO ES FACTURABLE PARA SU SEGURO.
SI NO SE PRESENTA MAS DE 3 VECES O CANCELA EL MISMO DIA, USTED PUEDE SER DESPACHADO DE LA OFICINA.
8. Cualquier formulario (FMLA, permisos de estacionamiento, licencia médica por discapacidad, ECT) se le cobrará un rango de \$ 10.00- \$ 100.00 para completar y nuevamente es su responsabilidad y no es facturable para el seguro.
9. Los cheques devueltos están sujetos a una tarifa de \$ 25.00 por cheques devueltos.
10. Solicitudes de registro: según la Regla 64B8-10.0003. Código Administrativo de Florida, para las primeras 25 páginas, el costo será de \$ 1.00 por página. Para cada página que exceda las 25 páginas, el costo será de \$.025.

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

• Tenga en cuenta que LEGACY FAMILY MEDICINE no actuará como un tercero para las facturas recibidas de laboratorio, radiología, especialistas o cualquier otra instalación. DEBE hablar solo con su seguro y la instalación de servicio. No le reembolsaremos ni podemos reembolsarle ningún servicio realizado fuera de LEGACY FAMILY MEDICINE.



Legacy Family Medicine
Dr. Philip T Hardy, MD
11602 Lake Underhill Rd. Suite 118
Orlando, FL 32825

AUTHORIZATION TO RELEASE OR USE INFORMATION FOR TREATMENT, PAYMENT OR HEALTHCARE OPERATIONS.

I hereby authorize the release or use of my individually identifiable health information (“protected health information”) and medical record information by LEGACY FAMILY MEDICINE, in order to carry out treatment, payment, or health care operations. You should review the practice’s notice of privacy practices for more complete description of the potential release and use of such information, and you have the right to review such notice prior to signing this consent form. We reserve the right to change the terms of this notice of privacy practices at any time. If we do make changes to the terms of this notice of privacy practices, you may obtain a copy of the revised notice.

You retain the right to request that we further restrict how your protected health information is released or used to carry out treatment, payment or health care operations. Our practice is not required to agree to such request restrictions; however, if we do not agree to your request restriction(s), such restrictions are then binding on the practice.

I acknowledge and agree that the practice may disclose my protected health information and medical record information to the following individuals who are either, my family members, legal representative, guardian, health care surrogate, or have power of attorney on my behalf:

Persons Authorized:

(full names, email addresses)

(I agree that the practice may also disclose the following type of information contained in my medical records, please initial the appropriate categories listed below)

HIV/AIDS information Sexually transmitted disease information Mental information
 If patient is under the age of 18 pregnancy information Substance abuse information

At all times, PATIENT retains the right to revoke this consent. Such revocation must be submitted to practice IN WRITING. The revocation shall be effective except to the extent that the practice has already taken action based on the prior consent.

Legacy Family Medicine may refuse treatment if you (or authorized representative) do not sign this consent form. If you (or authorized representative) signs this consent and then revokes it, the practice has the right to refuse to provide further treatment to you as of the time of revocation (except to the extent that the practice is required by law to treat said individuals). I have read and understand the information on this consent. I am the patient or authorized practice to act on behalf of the patient to sign this document verifying consent to the above terms. We do not release information via phone. In order to review results, you would need to schedule a follow-up appointment with the physician.

Signature of PATIENT or AUTHORIZED representative

DATE

Print name of PATIENT or AUTHORIZED representative

Spanish ⇄



Legacy Family Medicine
Dr. Philip T Hardy, MD
11602 Lake Underhill Rd. Suite 118
Orlando, FL 32825

**AUTORIZACIÓN PARA PUBLICAR O USAR INFORMACIÓN PARA TRATAMIENTO,
PAGO O OPERACIONES DE SALUD.**

Por la presente autorizo a LEGACY FAMILY MEDICINE la divulgación o el uso de mi información de salud individualmente identificable ("información de salud protegida") e información de registros médicos, para llevar a cabo operaciones de tratamiento, pago u atención médica. Debe revisar el aviso de prácticas de privacidad de la práctica para obtener una descripción más completa de la posible divulgación y uso de dicha información, y tiene derecho a revisar dicha notificación antes de firmar este formulario de consentimiento.

Nos reservamos el derecho de cambiar los términos de este aviso de prácticas de privacidad en cualquier momento. Si hacemos cambios a los términos de este aviso de prácticas de privacidad, puede obtener una copia del aviso revisado. Usted se reserva el derecho de solicitar que limitemos aún más cómo se divulga o utiliza su información médica protegida para llevar a cabo operaciones de tratamiento, pago u atención médica. Nuestra práctica no está obligada a aceptar dichas restricciones de solicitud: sin embargo, si no estamos de acuerdo con las restricciones de su solicitud, dichas restricciones son vinculantes para la práctica.

Reconozco y acepto que la práctica puede divulgar mi información de salud protegida y la información de mi historial médico a las siguientes personas que son miembros de mi familia, representantes legales, tutores, sustitutos de atención médica o tienen un poder notarial en mi nombre:

Personas autorizadas:

(nombres completos, direcciones de correo electrónico)

(Estoy de acuerdo en que la práctica también puede revelar el siguiente tipo de información contenida en mis registros médicos, inicialice las categorías apropiadas que se enumeran a continuación)

Información sobre VIH / SIDA Información sobre enfermedades de transmisión sexual Información mental
 Si la paciente es menor de 18 años información sobre el embarazo Información sobre abuso de sustancias

En todo momento, el PACIENTE se reserva el derecho de revocar este consentimiento. Dicha revocación debe enviarse a la práctica POR ESCRITO. La revocación será efectiva excepto en la medida en que la práctica ya haya tomado medidas basadas en el consentimiento previo.

Legacy Family Medicine puede rechazar el tratamiento si usted (o su representante autorizado) no firma este formulario de consentimiento. Si usted (o un representante autorizado) firma este consentimiento y luego lo revoca, la práctica tiene el derecho de negarse a brindarle un tratamiento adicional a partir del momento de la revocación (excepto en la medida en que la práctica lo exija por ley para tratar a dichas personas.) He leído y entiendo la información de este consentimiento. Soy el paciente o la práctica autorizada para actuar en nombre del paciente para firmar este documento verificando el consentimiento a los términos anteriores. No divulgamos información por teléfono. Para revisar los resultados, deberá programar una cita de seguimiento con el médico.

Firma del PACIENTE o representante AUTORIZADO

FECHA

Nombre en letra de imprenta del PACIENTE o representante AUTORIZADO