



Consent for Treatment

Consentimiento para el tratamiento

Arrival Time: _____ am / pm

Reason for Visit Razón de la visita

- Injury Care Cuidado de Lesiones
 Physical Exam Examen físico
 DOT(CDL) Certification Certificación DOT (CDL)
 Drug Screen Control antidopaje
 Other: _____ Otro:

Patient Information Razón de la visita

Social Security # or Military DBN: _____ # De Seguro Social o DBN militar:
 Drivers License # _____ Licencia de conducir #
 Date of Birth: _____ Fecha de cumpleaños:

Last name: _____ Apellido
 First Name: _____ Primer nombre
 Middle Initial: _____ Inicial del segundo nombre

Address: _____ Dirección
 Apt #: _____ # De apto
 City: _____ Ciudad
 State: _____ Estado
 Zip: _____ Código postal

Home phone: _____ Teléfono de casa:
 Work phone: _____ Teléfono del trabajo:
 Cell phone: _____ Teléfono móvil:

Male Masculino
 Female Femenino
 Single Soltero
 Married Casada
 Email: _____ Correo electrónico

Preferred Pharmacy: _____ Farmacia Preferida
 Location: _____ Ubicación
 Phone: _____ Teléfono

Employer Empleador

Company: _____ Nombre de Empresa
 Location/Store #: _____ Ubicación / Tienda #

Address: _____ Dirección
 Suite #: _____ Suite #
 City: _____ Ciudad
 State: _____ Estado
 Zip: _____ Código postal

Temp Employee Yes Si
 No No
 Name of Agency: _____ Nombre de la agencia
 Phone: _____ Teléfono

Consent Consentimiento

The information provided is correct to the best of my knowledge. I will not hold Agile Occupational Medicine, its health provider, or its employees responsible for any errors or omissions that I may have made in completing the information on this form.

La información proporcionada es correcta a mi leal saber y entender. No responsabilizaré a Agile Occupational Medicine, a su proveedor de servicios de salud ni a sus empleados por ningún error u omisión que pueda haber cometido al completar la información de este formulario.

Signature: _____ Firma
 Print Name: _____ Imprimir nombre
 Date: _____ Fecha

If you are ONLY here for a Department of Transportation drug screen or breath alcohol test, skip this section. For all other services, please complete.

Si SOLO está aquí para una prueba de detección de drogas o una prueba de alcohol en el aliento del Departamento de Transporte, omita esta sección. Para todos los demás servicios, complete.

I give permission to Agile Occupational Medicine to perform the following services that the physicians and other non-physician providers and assistants may deem to be necessary: (1) physical examination, (2) medical, surgical, and diagnostic (e.g., including but not limited to x-rays, blood draws, and laboratory test) processes, treatments, and procedures: (3) administration of injections, medications, and immunizations (with immunizations to occur after my receipt of any applicable vaccine information statements ("VIS" or "VISs"); and (4) completion of medically appropriate tests for communicable and other diseases.

Doy permiso a Agile Occupational Medicine para realizar los siguientes servicios que los médicos y otros proveedores y asistentes no médicos puedan considerar necesarios: (1) examen físico, (2) médico, quirúrgico y de diagnóstico (p. Ej., incluyendo pero no limitado a radiografías, extracciones de sangre y análisis de laboratorio) procesos, tratamientos y procedimientos: (3) administración de inyecciones, medicamentos e inmunizaciones (con inmunizaciones que se producirán después de recibir cualquier declaración de información de vacuna aplicable ("VIS" o "VISs"); y (4) finalización de pruebas médicamente apropiadas para enfermedades transmisibles y otras.

Signature: _____ Firma
 Print Name: _____ Imprimir nombre
 Date: _____ Fecha



Consent for Treatment Page 2

Consentimiento para el tratamiento

Financial Agreement between Patient & Agile Occupational Medicine

Acuerdo financiero entre el paciente y la medicina ocupacional Agile

Please initial each of the-statements below prior to initiating medical services

Por favor ponga sus iniciales en cada una de las declaraciones a continuación antes de iniciar los servicios médicos.

- I recognize that I am requesting treatment by Agile Occupational Medicine, and that I am responsible for any costs for that treatment, regardless of whether or not I have insurance coverage. I understand that Agile Occupational Medicine is not a participating provider of Medicaid and will not file a claim to Medicaid . I agree to promptly pay upon receipt any upfront fees or statement for services rendered.

Reconozco que estoy solicitando tratamiento por Agile Occupational Medicine, y que soy responsable de cualquier costo de ese tratamiento, independientemente de si tengo o no cobertura de seguro. Entiendo que Agile Occupational Medicine no es un proveedor participante de Medicaid y no presentaré un reclamo a Medicaid. Acepto pagar puntualmente al recibir cualquier tarifa por adelantado o declaración por los servicios prestados.

- I further agree that if any amount remains outstanding for a period of ninety (90) days, that balance will be considered to be delinquent and may be turned over to a collection agency, or an attorney for collection. If the account is turned over to a collection agency or an attorney for delinquency, I agree that in addition to the charges made by Agile Occupational Medicine for medical services, I will also pay the charge made by the collection agency [\$25.00] and/or reasonable attorneys' fees and costs incurred collecting the unpaid balance of my account. You will be charged interest at 1% monthly or 12% annually on any unpaid balances. Return checks or credit card charge back will be charged a \$35.00 service fee.

Además, acepto que si algún monto permanece pendiente durante un período de noventa (90) días, ese saldo se considerará moroso y podrá entregarse a una agencia de cobranza o a un abogado para el cobro. Si la cuenta se entrega a una agencia de cobranza o a un abogado por morosidad, acepto que además de los cargos hechos por Agile Occupational Medicine por servicios médicos, también pagaré el cargo hecho por la agencia de cobranza [\$25.00] y/o honorarios razonables de abogados y costos incurridos para cobrar el saldo impago de mi cuenta. Se le cobrarán intereses del 1% mensual o del 12% anual sobre cualquier saldo impago. A los cheques devueltos o al cargo de tarjeta de crédito se les cobrará una tarifa de servicio de \$35.00.

I have read and understand the entire Registration and Financial Agreement above. I have had the opportunity to have my questions answered in full and my signature below designates full acceptance of the policies, terms and expectations of services provided by Agile Occupational Medicine.

He leído y entiendo todo el Acuerdo financiero y de registro anterior. He tenido la oportunidad de recibir respuestas completas a mis preguntas y mi firma a continuación designa la aceptación total de las políticas, términos y expectativas de los servicios brindados por Agile Occupational Medicine.

Signature: _____ Print Name: _____ Date: _____
Firma Imprimir nombre Fecha

Witness: _____
Testigo



Patient Health History

Historial de salud del paciente

Patient Information Información del paciente

Last Name: _____ First Name: _____ Middle Initial: _____
Apellido Primer nombre Inicial del segundo nombre

Date of Birth: _____ Age: _____ Sex Male Female Evaluation Date: _____
Fecha de cumpleaños Años Masculino Mujer Fecha de evaluación

Reason for Visit Razón de la visita

Allergies Alergias No known drug allergies Sin alergias medicamentosas conocidas Reaction Reacción

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Medications Medicamentos Dosage/Frequency Dosis/Frecuencia No known current medications No se conocen medicamentos actuales

_____	_____ / _____	_____	_____ / _____
_____	_____ / _____	_____	_____ / _____
_____	_____ / _____	_____	_____ / _____
_____	_____ / _____	_____	_____ / _____

Other current medication details: Otros detalles de la medicación actual

Surgical History Historia Quirúrgica No history No historia Date Fecha Physician Médico Hospital Hospital

_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Additional surgery details: Detalles adicionales de la cirugía

Medical History Historial médico No significant history Ningun historial de médico Date Fecha Comment Comentario

_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Additional medical history details: Detalles adicionales del historial médico

Work History Historial de trabajo

Employment type: _____ Nature of Work: _____
Tipo de empleo Naturaleza del trabajo

Duration of current job: _____ Prior Occupation: _____ Duration: _____
Duración del trabajo actual Ocupación anterior Duración

Social History Historia social

Alcohol Use: Yes No If yes, what kind: _____ Any Concerns? Yes No
Consumo de alcohol Si No Si es así, de qué tipo ¿Cualquier duda? Si No

Smoking: Yes No Frequency: _____ Caffeine intake: Yes No
Fuma Si No Frecuencia Ingesta de cafeín Si No

Illegal Drugs: Yes No With a needle: Yes No
drogas callejeras Si No ¿Con una aguja? Si No

Additional social history details: Detalles adicionales de la historia social

Review of Sytems Revisión de sistemas

Constitutional Symptoms Síntomas constitucionales

Appearance Apariencia Normal Normal Abnormal Anormal

Yes No

- Night sweats Sudores nocturnos
 Fever Fiebre
 Weight Loss or gain Pérdida o aumento de peso
 Fatigue Fatiga

Comments: Comentarios _____

Eyes/Vision Ojos/Visión

Yes No

- Blurred vision Visión borrosa
 Double vision Visión doble
 Glaucoma Glaucoma
 Discharge Descarga
 Itching Picor
 Lacrimation (Watery Eyes) lagrimeo (Ojos llorosos)
 Pain Dolor
 Redness of eyes enrojecimiento de ojos

Comments: Comentarios _____

Ears/Nose/Throat/Mouth Oídos/Nariz/Garganta/Boca

Yes No

- Poor Hearing mala audición
 Dry mouth Boca seca
 Sore throat Dolor de garganta

Comments: Comentarios _____

Cardiovascular Cardiovascular

Yes No

- Chest pain Dolor de pecho
 Chest tightness Opresión en el pecho
 Tightness/pressure/squeezing Opresión/presión/apretón
 Palpitations Palpitaciones
 Prior heart attack Ataque cardíaco previo
 Heart murmur Soplo cardíaco
 Fainting Desmayo

Comments: Comentarios _____

Respiratory Respiratorio

Yes No

- Shortness of breath with exertion Dificultad para respirar con el esfuerzo
 Shortness of breath with lying flat Dificultad para respirar al acostarse
 Asthma Asma
 COPD EPOC
 Pneumonia Neumonía

Comments: Comentarios _____

Gastrointestinal Gastrointestinal

Yes No

- Blood in stool Sangre en heces
 Ulcers Úlceras
 Diarrhea Diarrea
 Constipation Estreñimiento

Comments: Comentarios _____

Genitourinary Genitourinario

Yes No

- Kidney stones Cálculos renales
- Frequent urination micción frecuente
- Bladder infection Infección de vejiga

Comments: Comentarios _____

Skin Piel

Yes No

- Cancer Cáncer
- Bruising Moretones
- Rash Erupción
- Infection/ulcer Infección/úlceras
- Discoloration in legs Decoloración en las piernas

Comments: Comentarios _____

Musculoskeletal musculo-esquelético

Yes No

- Arthritis Artritis
- Gout Gota
- Sore muscles Músculos adoloridos

Comments: Comentarios _____

Hematologic/Lymphatic Hematológico/Linfático

Yes No

- Anemia Anemia
- Swelling Inflamación
- Leukemia Leucemia

Comments: Comentarios _____

Endocrine Endocrino

Yes No

- Diabetes Diabetes
- Thyroid disease Enfermedad de tiroides
- Cushing's Disease enfermedad de Cushing

Comments: Comentarios _____

Neurologic Neurológico

Yes No

- Dizziness Mareo
- Stroke Carrera
- Headaches Dolores de cabeza
- Difficulty walking Dificultad para caminar

Comments: Comentarios _____

Psychiatric Psiquiátrico

Yes No

- Anxiety Ansiedad
- Depression Depresión

Comments: Comentarios _____

Allergic/Immunologic Alérgico / Inmunológico

Yes No

- Hay fever Fiebre del heno
- Sinusitis Sinusitis
- Immune deficiency Inmunodeficiencia

Comments: Comentarios _____

Patient:

Signature: _____

Firma

Print Name: _____ Date: _____

Nombre en letra de imprenta



Injury Information

Información sobre lesiones

Patient Information Razón de la visita

Last name: _____ First Name: _____ Middle Initial: _____
Apellido Primer nombre Inicial del segundo nombre

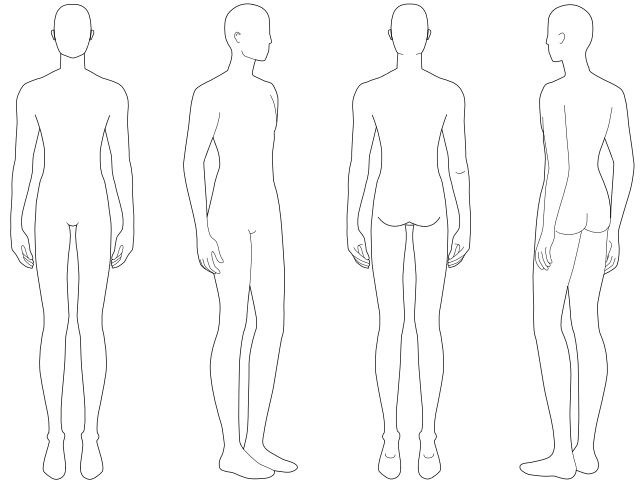
Date of Birth: _____ Best Phone Number: _____ Occupation: _____
Fecha de cumpleaños Mejor número de teléfono Ocupación

Date Last Worked: _____ Chemical/toxins involved Yes No Material Safety Data available? Yes No
Fecha de último trabajo Sustancias químicas / toxinas involucradas Si No Datos de seguridad de materiales disponibles Si No

Injury Information Información sobre lesiones

Injury Date: _____ Injury Time: _____ Injury Location: _____
Fecha de Lesion Tiempo adicional Ubicación de la Lesión

How did the injury occur?
¿Cómo ocurrió la lesión?



What part of the body is injured?
¿Qué parte del cuerpo está lesionada?

What side of the body is injured? Circle all areas to the right.
¿Qué lado del cuerpo está lesionado? Encierra en un círculo todas las áreas a la derecha.

Left Right Both
Izquierdo Derecho Ambos

Have you seen another health care provider for this injury?
¿Ha visto a otro proveedor de atención médica por esta lesión?

Yes No Name _____
Si No Nombre

Address _____
Dirección

City _____ State _____
Ciudad Estado

Telephone _____
Teléfono

Signature: _____ Print Name: _____ Date: _____
Firma Imprimir nombre Fecha



Notice of Privacy Practices

Aviso de prácticas de privacidad

This notice describes how medical information about you may be used and disclosed and how you can get access to this information. Please review it carefully.

Este aviso describe cómo su información médica puede ser utilizada y divulgada y cómo puede acceder a esta información. Por favor revíselo con atención.

Agile Occupational Medicine is required by law to maintain the privacy of your Protected Health Information (PHI). Agile Occupational Medicine provide clinically integrated services and consist of an organized health care arrangement. This Notice describes how we will treat your PHI and how we may use and disclose your PHI to carry out treatment, payment or health care operations and for other purposes that are permitted or required by law. We may share your health information for treatment, payment and health operations as described in this Notice. This Notice also describes your rights to access and control your PHI. PHI is information about you, including demographic information, that may identify you and that relates to your past, present or future physical or mental health or condition and related health care services.

La medicina ocupacional ágil está obligada por ley a mantener la privacidad de su información médica protegida (PHI). La medicina ocupacional ágil proporciona servicios clínicamente integrados y consiste en un arreglo organizado de atención médica. Este Aviso describe cómo trataremos su PHI y cómo podemos usar y divulgar su PHI para llevar a cabo operaciones de tratamiento, pago u atención médica y para otros propósitos que están permitidos o requeridos por la ley. Podemos compartir su información médica para operaciones de árbol, pagos y salud como se describe en este Aviso. Este Aviso también describe sus derechos para acceder y controlar su PHI. La PHI es información sobre usted, incluida información demográfica, que puede identificarlo y que se relaciona con su salud o condición física o mental pasada, presente o futura y los servicios de atención médica relacionados.

Uses and Disclosures of Protected Health Information

Your PHI may be used and disclosed by the physician, our office staff, and others outside of our offices that are involved in your care and treatment for the purpose of providing health care services to you, to pay your health care bills, to support the operation of the business, and any other use required by law. We may disclose PHI to family members, close friends or others concerned with your care and treatment.

Usos y divulgaciones de información médica protegida

Su PHI puede ser utilizada y divulgada por el médico, el personal de nuestro consultorio y otras personas fuera de nuestras oficinas que estén involucradas en su atención y tratamiento con el fin de brindarle servicios de atención médica, pagar sus facturas de atención médica, para respaldar la operación del negocio y cualquier otro uso requerido por la ley. Podemos divulgar su PHI a familiares, amigos cercanos u otras personas interesadas en su atención y tratamiento.

Treatment:

We will use and disclose your PHI to provide, coordinate, or manage your health care and any related services. This includes the coordination or management of your health care with a third party. For example, your PHI may be provided to a physician to whom you have been referred or are receiving treatment from to ensure that the physician has the necessary information to diagnose or treat you.

Tratamiento:

Su PHI puede ser utilizada y divulgada por el médico, el personal de nuestro consultorio y otras personas fuera de nuestras oficinas que estén involucradas en su atención y tratamiento con el fin de brindarle servicios de atención médica, pagar sus facturas de atención médica, para respaldar la operación del negocio y cualquier otro uso requerido por la ley. Podemos divulgar su PHI a familiares, amigos cercanos u otras personas interesadas en su atención y tratamiento.



Notice of Privacy Practices

Aviso de prácticas de privacidad

Payment:

Your PHI will be used to obtain payment for your health care services. For example, we may provide PHI to your insurance company to obtain authorization and payment for services rendered. We may contact the Guarantor for your visit to obtain payment.

Pago:

Su PHI se utilizará para obtener el pago de sus servicios de atención médica. Por ejemplo, podemos proporcionar PHI a su compañía de seguros para obtener autorización y pago por los servicios prestados. Podemos comunicarnos con el Garante para su visita para obtener el pago.

Healthcare Operations:

We may use or disclose your PHI to support our business activities. These activities include, but are not limited to business associates, quality assessment activities, internal investigations, performance reviews, and training employees. In addition, we will use a sign-in sheet at the registration desk where you will be asked to provide your name and insurance company. We may also call you by name in the waiting room when the physician is ready to see you. We may use or disclose your PHI to contact you to remind you of an appointment, to notify you of test results, to inform you of health-related services that may be of interest to you, and to check on your treatment, progress, and satisfaction with our services.

We may use or disclose your PHI in the following situations without your authorization: As required by Law, for Public Health issues, Communicable Diseases, Health Oversight, Abuse or Neglect, Food and Drug Administration requirements, Legal proceedings, Law Enforcement, Coroners, Funeral Directors, Organ Donation, Preliminary Research Identification, Research with an IRB waiver, Criminal Activity, Military Activity, to avert a serious and imminent threat to a person or the public, National Security, to comply with Worker's Compensation laws, Inmates, Disaster Relief and other Required Uses and Disclosures. Under the law, we must make disclosures to you and when required by the Secretary of the Department of Health and Human Services. Other permitted and required uses and disclosures, such as for marketing or sale of your PHI to third parties, will be made only with your authorization. Once given, you may withdraw authorization at any time in writing to the address below.

You have the right to inspect and copy your protected health information. Under federal law, you may not inspect or copy psychotherapy notes, information compiled in anticipation of, or use in, a legal proceeding, and PHI that is otherwise prohibited.

You have the right to request a restriction of your protected health information. This means you may ask us not to use or disclose any part of your PHI for the purposes of treatment, payment or health care operations. Your request must be in writing, delivered to the address given below, and state the specific restriction requested and to whom you want the restriction to apply. If you have paid for your services in full and ask us not to disclose your visit to your insurance company, we will honor that request. We are not required to agree to any other restriction that you may request and if we believe it is in your best interest to permit use and disclosure of your PHI, it will not be restricted. You then have the right to use another health care professional.

You have the right to receive confidential communications from us by alternative means, or at an alternative location by notifying us in writing, delivered to the address given below.

You have the right to obtain a paper copy of this notice from us, upon request to the Clinic Manager or our Privacy Officer.

You may have the right to ask us to amend your protected health information. If we deny your written request for amendment, you have the right to deliver a statement of disagreement with us at the address given below and we may prepare a rebuttal to your statement and will provide you with a copy of any such rebuttal.

You have the right to receive an accounting of certain disclosures we have made, if any, of your protected health information. Your request must be in writing, delivered to the address given below. We are required to notify you if your unsecured PHI is involved in a reportable breach.



Notice of Privacy Practices

Aviso de prácticas de privacidad

You may complain to us or to the Secretary of Health and Human Services if you believe your privacy rights have been violated. Or you may file a complaint with us by mail or by contacting our Privacy Officer at (424) 292.3260. We will not retaliate against you for filing a complaint.

Agile Occupational Medicine reserves the right to change the terms of this notice. Any change will apply to all PHI that we maintain. We post our current policy at each location and on our website. All written requests must be delivered to the Clinic Manager or mailed to HIPAA Privacy Officer at:

**3200 Bristol St. Suite 600
Costa Mesa, CA 92626**

Operaciones sanitarias:

Podemos usar o divulgar su PHI para respaldar nuestras actividades comerciales. Estas actividades incluyen, entre otras, socios comerciales, actividades de evaluación de la calidad, investigaciones internas, revisiones de desempeño y capacitación de los empleados. Además, usaremos una hoja de registro en el mostrador de registro donde se le pedirá que proporcione su nombre y compañía de seguros. También podemos llamarlo por su nombre en la sala de espera cuando el médico esté listo para atenderlo. Podemos usar o divulgar su PHI para comunicarnos con usted para recordarle una cita, para notificarle los resultados de las pruebas, para informarle de los servicios relacionados con la salud que pueden ser de su interés y para verificar su tratamiento, progreso y satisfacción con nuestros servicios.

Podemos usar o divulgar su PHI en las siguientes situaciones sin su autorización: según lo requiera la ley, para problemas de salud pública, enfermedades transmisibles, supervisión de la salud, abuso o negligencia, requisitos de la Administración de Alimentos y Medicamentos, procedimientos legales, cumplimiento de la ley, forenses, funerales Directores, Donación de órganos, Identificación de investigación preliminar, Investigación con una exención de IRB, Actividad criminal, Actividad militar, para evitar una amenaza seria e inminente para una persona o el público, Seguridad Nacional, para cumplir con las leyes de Compensación para Trabajadores, Reclusos, Ayuda en caso de desastre y otros usos y divulgaciones obligatorios. Según la ley, debemos hacerle divulgaciones a usted y cuando lo requiera el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos. Otros usos y divulgaciones permitidos y requeridos, como el marketing o la venta de su PHI a terceros, se realizarán solo con su autorización. Una vez otorgada, puede retirar la autorización en cualquier momento por escrito a la dirección que figura a continuación.

Tiene derecho a inspeccionar y copiar su información médica protegida. Según la ley federal, no puede inspeccionar ni copiar notas de psicoterapia, información recopilada en anticipación o uso en un procedimiento legal y PHI que de otra manera esté prohibida.

Tiene derecho a solicitar una restricción de su información médica protegida. Esto significa que puede pedirnos que no usemos ni divulguemos ninguna parte de su PHI para fines de tratamiento, pago u operaciones de atención médica. Su solicitud debe ser por escrito, entregada a la dirección que se indica a continuación, e indicar la restricción específica solicitada y a quién desea que se aplique la restricción. Si ha pagado por sus servicios en su totalidad y nos pide que no divulguemos su visita a su compañía de seguros, respetaremos esa solicitud. No estamos obligados a aceptar ninguna otra restricción que pueda solicitar y, si creemos que lo mejor para usted es permitir el uso y la divulgación de su PHI, no se restringirá. Entonces tiene derecho a utilizar otro profesional de la salud.

Tiene derecho a recibir comunicaciones confidenciales de nuestra parte por medios alternativos, o en un lugar alternativo, notificándonos por escrito, enviadas a la dirección que se indica a continuación.

Tiene derecho a obtener una copia impresa de este aviso de nuestra parte, si lo solicita al Gerente de la Clínica o nuestro Oficial de Privacidad.

Es posible que tenga derecho a solicitarnos que modifiquemos su información médica protegida. Si denegamos su solicitud de enmienda por escrito, tiene derecho a enviarnos una declaración de desacuerdo en la dirección que se indica a continuación y podemos preparar una refutación a su declaración y le proporcionaremos una copia de dicha refutación.

Tiene derecho a recibir un informe de ciertas divulgaciones que hemos realizado, si las hay, de su información médica protegida. Su solicitud debe ser por escrito, entregada a la dirección que se indica a continuación. Estamos obligados a notificarle si su PHI no protegida está involucrada en una infracción denunciada.

Puede presentar una queja ante nosotros o ante el Secretario de Salud y Servicios Humanos si cree que se han violado sus derechos de privacidad. O puede presentarnos una queja por correo o comunicándose con nuestro Oficial de Privacidad al (424) 292.3260. No tomaremos represalias contra usted por presentar una queja.

Agile Occupational Medicine se reserva el derecho de cambiar los términos de este aviso. Cualquier cambio se aplicará a toda la PHI que mantenemos. Publicamos nuestra política actual en cada ubicación y en nuestro sitio web. Todas las solicitudes escritas deben entregarse al Gerente de la Clínica o enviarse por correo al Oficial de Privacidad de HIPAA a:

**3200 Bristol St. Suite 600
Costa Mesa, CA 92626**



Notice of Privacy Practices

Aviso de prácticas de privacidad

Your name and signature below indicate that you have been made aware of Agile Occupational Medicine Notice of Privacy Practices (NOPP) on the date indicated. You understand that the NOPP is posted in the center and a copy will be provided to you if you request it. If this is your first date of service with Agile Occupational Medicine, please indicate this to the front desk receptionist and he/she will provide you a copy of the NOPP. If you have any questions regarding the information in Agile Occupational Medicine Notice of Privacy Practices, contact Agile Occupational Medicine's Privacy Office at (424) 292-3260 or send any written requests to the Clinic Manager or mailed to HIPAA Privacy Officer at Agile Occupational Medicine, 3200 Bristol St., Ste 600, Costa Mesa, CA 92626.

Su nombre y firma a continuación indican que se le ha informado sobre el Aviso de prácticas de privacidad de la medicina ocupacional ágil (NOPP) en la fecha indicada. Usted comprende que el NOPP está publicado en el centro y se le proporcionará una copia si lo solicita. Si esta es su primera fecha de servicio con Agile Occupational Medicine, indíquelo a la recepcionista de la recepción y él / ella le proporcionará una copia del NOPP. Si tiene alguna pregunta con respecto a la información en el Aviso de prácticas de privacidad de Agile Occupational Medicine, comuníquese con la Oficina de privacidad de Agile Occupational Medicine al (424) 292-3260 o envíe cualquier solicitud por escrito al Gerente de la clínica o por correo al Oficial de privacidad de HIPAA en Agile Occupational Medicine, 3200 Bristol St., Ste. 600, Costa Mesa, CA 90248

Name: (please print): _____

Nombre: (en letra de imprenta):

Signature: _____ Date: _____

Firma:

Fecha: