



Oncology of NorthShore

With Compassion and Excellence

2000 GOLF RD, ROLLING MEADOWS, IL 60008 PH: 847-871-1800 FAX: 847-629-4937

PATIENT REGISTRATION FORM

PATIENT INFORMATION

Patient's last name: _____ First: _____ Middle: _____

Marital status: _____ Ethnicity/Race: _____ Date of Birth: _____ Sex: Female () Male ()

Address: _____ City: _____ State: _____ Zip Code: _____

Social Security #: _____ Home Phone #: _____ Cell Phone #: _____

Email Add: _____

Employer's Name: _____ Work Phone #: _____ Occupation: _____

Primary Care Physician: _____ Primary Care Physician #: _____

Referring Physician: _____ Referring Phone #: _____

INSURANCE INFORMATION (PLEASE GIVE YOUR INSURANCE CARD TO THE RECEPTIONIST)

Primary Insurance: _____ Subscriber's Name: _____

Relationship to Patient: _____ DOB: _____

Policy #: _____ Group #: _____

Secondary Insurance: _____ Subscriber's Name: _____

Relationship to Patient: _____ DOB: _____

Policy #: _____ Group #: _____

IN CASE OF EMERGENCY

Name of emergency contact: _____ Relationship to patient: _____

Home Phone #: _____ Cell Phone #: _____

INFORMATION CAN BE DISCLOSED TO:

1. (PRINT) Name: _____

Relationship: _____

2. (PRINT) Name: _____

Relationship: _____



Oncology of NorthShore

With Compassion and Excellence

2000 GOLF RD, ROLLING MEADOWS, IL 60008 PH: 847-871-1800 FAX: 847-629-4937

FORMULARIO DE REGISTRO DEL PACIENTE

INFORMACION DEL PACIENTE

Apellido: _____ Nombre: _____ Segundo Nombre: _____

Estado Civil: _____ Etnicidad/Raza: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Sexo: Femenino () Masculino ()

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____

Código Postal: _____

SSN #: _____ Numero de Teléfono Casa/Celular: _____

Correo Electrónico: _____

Nombre de Empleo: _____ Numero de Empleo: _____

Ocupación: _____

Doctor Primario: _____ Numero del Doctor Primario: _____

Medico Referente: _____ Numero de Teléfono: _____

INFORMACION DEL SEGURO (ENTREGUE SU TARJETA DE SEGURO AL RECEPCIONISTA)

Seguro Primario: _____ Nombre del Suscriptor: _____

Relación del paciente al suscriptor: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Numero de Póliza: _____ Numero de Grupo: _____

Seguro Secundario: _____ Nombre del Suscriptor: _____

Relación del paciente al suscriptor: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Numero de Póliza: _____ Numero de Grupo: _____

CONTACTO DE EMERGENCIA

Nombre del amigo o familiar: _____ Relación con el paciente: _____

Numero de Teléfono: _____ Numero de Empleo: _____

INFORMACION A DIVULGAR :

1. (IMPRIMIR) Nombre: _____

Relacion: _____

2. (IMPRIMIR) Nombre: _____

Relacion: _____



Oncology of NorthShore

With Compassion and Excellence

2000 GOLF RD, ROLLING MEADOWS, IL 60008 PH: 847-871-1800 FAX: 847-629-4937

Medical Problems (Please check any of the following you presently have)

Fever:	Chills:	Fatigue:
Pain: If yes, where?		Vomiting:
Weight loss _____ lbs.	Night Sweats:	Nausea:

Past and Current Medical History

•	•
•	•
•	•

Immunizations: (Please check if yes and include the date)

1.	Flu Vaccine	Date:
2.	Covid-19 Vaccine(1 st & 2 nd dose)	Date:
3.	Pneumococcal Vaccine	Date:
4.	Other:	Date:

Last Screening

Mammogram	Date:	Hospital:
Colonoscopy	Date:	Hospital:
DEXA Scan	Date:	Hospital:
Pap Smear	Date:	Hospital:
Pelvic Exam	Date:	Hospital:
Other:	Date:	Hospital:

Surgeries

Name of Surgery	Date	Hospital



Oncology of NorthShore

With Compassion and Excellence

2000 GOLF RD, ROLLING MEADOWS, IL 60008 PH: 847-871-1800 FAX: 847-629-4937

Problemas Medicos (marque cualquiera de los siguientes que tenga actualmente)

Fibrer:	Resfriado:	Fatiga:
Dolor: Si, si donde?		Vomitando:
Perdida de Peso _____ lbs.	Sudores Nocturnos:	Nausea:

Historial Médico Actual y Pasado

•	•
•	•
•	•

Inmunizaciones: (Marque Si o No e incluya la fecha)

1.	Vacuna contra la gripe (Flu)	Fecha:
2.	Covid-19 Vacuna (1 st & 2 nd doce)	Fecha:
3.	Vacuna Antineumococica	Fecha:
4.	Otro/a:	Fecha:

Ultima Proyeccion

Mamografia	Fecha:	Hospital:
Colonoscopia	Fecha:	Hospital:
DEXA Scan	Fecha:	Hospital:
Prueba de Papanicolaou	Fecha:	Hospital:
Examen Pelvico	Fecha:	Hospital:
Otro/a:	Fecha:	Hospital:

Cirugias

Nombre de la Cirugia	Fecha	Hospital



Oncology of NorthShore

With Compassion and Excellence

2000 GOLF RD, ROLLING MEADOWS, IL 60008 PH: 847-871-1800 FAX: 847-629-4937

Preferred Pharmacy

Name	Address	Phone Number

Allergies: (If no known drug allergies, please write NKDA)

Medications

	Name	Dose	Frequency
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			
9.			
10.			

Social History

Tobacco Use? Yes () No ()	If yes, packs per day _____ for _____
Alcohol Use? Yes () No ()	If yes, amount per day _____ for _____
Do you take recreational drugs, such as marijuana or cocaine? _____ If yes, list drugs:	

Family History (Indicate relationship: F/Father, M/Mother, S/Siblings)

Diabetes:	Cancer (What type):	Heart Problems/Stroke:
High Blood Pressure:	Blood/Bleeding Disorder:	Other:



Oncology of NorthShore

With Compassion and Excellence

2000 GOLF RD, ROLLING MEADOWS, IL 60008 PH: 847-871-1800 FAX: 847-629-4937

Farmacia Preferida

Nombre	Direccion	Numero de Telefono

Alergias: (Si no se conocen alergias a medicamentos escriba NKDA)

Medicamentos

	Nombre	Dosis	Frecuencia
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			
9.			
10.			

Historial Social

Consumo de Tabacco? Si () No ()	Si es asi, paquetes por día _____
Consumo de Alcohol? Si () No ()	Si es asi, cantidad por día _____
Tomas drogas recreativas como, marijuana o cocaína? _____ Si es asi, lista de medicamentos:	

Historia Familiar (Indique parentesco: P/Padre, M/Madre, H/Hermano/a)

Diabetes:	Cancer (Que Tipo):	Problemas Cardiacos/Accidente Cerebrovascular:
Hipertension:	Trastorno de Sangre/Hemorragia:	Otro/a:



Oncology of NorthShore

With Compassion and Excellence

2000 GOLF RD, ROLLING MEADOWS, IL 60008 PH: 847-871-1800 FAX: 847-629-4937

Acknowledgement of Receipt of Privacy Notice

I, _____ hereby acknowledge receipt of the physician's,

Notice of Health Information Practices, detailing how my information may be used and disclosed as permitted under federal and state law, I understand the contents of the notice, and I request the following restriction(s) concerning the use of my personal information.

I understand that the physician has reserved the right to change his or her privacy practices that are described in the Notice, I understand that a copy of any Revised Notice will be provided to me or made available upon my request.

Further, I permit a copy of this authorization to be used in place of the original.

Signed: _____ **Date:** _____

If not signed by patient, please indicate relationship to patient (e.g., spouse)

Relationship: _____ **Date:** _____

Office Use Only:

If patient or patient's representatives refuses to sign acknowledgement of receipt of notice, please document the date and time the notice was presented to patient and sign below.

Presented on (date and time): _____

By (name and title): _____



Oncology of NorthShore

With Compassion and Excellence

2000 GOLF RD, ROLLING MEADOWS, IL 60008 PH: 847-871-1800 FAX: 847-629-4937

Acuse de Recibo del Aviso de Privacidad

Yo, _____ por la presente acuso recibo del medico

Aviso de prácticas de información médica, que detalla cómo se puede usar y divulgar mi información según lo permitidos por las leyes federales y estatales, Entiendo el contenido del aviso y solicito las siguientes restricciones con respecto al uso de mi información personal.

Entiendo que el medico se ha reservado el derecho de cobrar sus prácticas de privacidad que se describen en el Aviso, entiendo que se me proporcionara una copia de cualquier Aviso revisado o se pondrá a disposición a mi solicitud.

Además, permito que se use una copia de esta autorización en lugar del original.

Firma: _____ **Fecha:** _____

Si no está firmado por el paciente, indique la relación con el paciente (por ejemplo, esposa/o)

Relacion: _____ **Fecha:** _____

Solo para uso de Oficina:

Si el paciente o los representantes del paciente se niegan a firmar el acuse de recibo del aviso, documente la fecha y la hora en que se presentó y firme a continuación.

Presentado el (fecha y hora): _____

Por (numero y titulo): _____



Oncology of NorthShore

With Compassion and Excellence

2000 GOLF RD, ROLLING MEADOWS, IL 60008 PH: 847-871-1800 FAX: 847-629-4937

New Patient Consent to the Use and Disclosure of Health Information for Treatment, Payment or Healthcare Operations.

I, _____ understand that as part of my healthcare, Oncology of Northshore Clinic originates and maintains paper and/or electronic records describing my health history, symptoms, examination and test results, diagnoses, treatment, and my plans for future care or treatment. I understand that this information serves as:

- A basis for planning my care and treatment
- A means of communication among the many health professionals who contribute to my care.
- A source of information for applying my diagnosis and surgical information to my bill.
- A means by which a third-party payer can verify that services billed and were actually provided, and a tool for routine healthcare operations such as assessing quality and reviewing the competence of healthcare professionals.

I understand and have been provided with Notice of Information Practice that provides a more complete description of information uses and disclosures, I understand that I have the following rights and privileges:

- The right to review the notice prior to signing this consent.
- The right to object to the use of my health information for directory purposes, and
- The right to request restrictions as to how my health information may be used or disclosed to carry out treatment, payment, or health care operations.

I understand that Oncology of Northshore Clinic is not required to agree to the restrictions requested. I understand that I may revoke this consent in writing, except to the extent that the organization has already taken action in reliance thereon. I also understand that by refusing to sign this consent or revoking this consent, Oncology of Northshore Clinic may refuse to treat me as permitted by Section 164.506 of the Code of Federal Regulations. I further understand that Oncology of Northshore Clinic reserves the right to change their notice, practice and prior to implementation, in accordance with Section 164.520 of the Code of Federal Regulations. Should Oncology of Northshore Clinic change their notice, they will send a copy of any revised notice to the address I've provided in my chart.

Print Name: _____ Signature: _____ Date: _____



Oncology of NorthShore

With Compassion and Excellence

2000 GOLF RD, ROLLING MEADOWS, IL 60008 PH: 847-871-1800 FAX: 847-629-4937

Consentimiento del Nuevo Paciente Para El Uso y Divulgacion de Informacion Medica para Tratamiento, Pago o Operaciones de Atención Medica

Yo, _____ Entiendo que, como parte de mi atención médica, Oncology of NorthShore Clinic origina y mantiene registros en papel y/o electrónicos que describen mi historial médico, síntomas resultados de exámenes y pruebas, diagnósticos, tratamientos y mis planes futuros cuidados o tratamientos. Entiendo que esta información sirve como:

- Una base para planificar mi atención y tratamiento
- Un medio de comunicación entre los numerosos profesionales de la salud que contribuyen en mi cuidado.
- Una Fuente de información para aplicar mi diagnostico e información quirúrgica a mi factura.
- Un médico por el cual un pagador externo puede verificar que los servicios se facturaron y se prestaron realmente y una herramienta para las operaciones de atención medica de rutina, como evaluar la calidad y revisar la competencia de los profesionales de la salud.

Entiendo y se me ha proporcionado un aviso de práctica de la información que proporciona una descripción más completa de los usos y divulgaciones de la información, entiendo que tengo los siguientes derechos y privilegios:

- El derecho a revisar el aviso antes de firmar este consentimiento.
- El derecho a oponerse al uso de mi información medica para propósitos de directorio y
- El derecho a solicitar restricciones sobre cómo se puede usar o divulgar mi información medica para llevar a cabo tratamientos, pagos o operaciones de atención médica.

Entiendo que Oncology of NorthShore Clinic no está obligado a aceptar las restricciones solicitadas. Entiendo que puedo revocar este consentimiento por escrito, excepto en la medida en que la organización ya haya tomado medidas al respecto.

Imprimir Nombre: _____ **Firma:** _____ **Fecha:** _____



Oncology of NorthShore

With Compassion and Excellence

2000 GOLF RD, ROLLING MEADOWS, IL 60008 PH: 847-871-1800 FAX: 847-629-4937

PATIENT FINANCIAL AGREEMENT

Patient Responsibilities: You understand and agree that you are financially responsible for all charges for any and all services rendered. You are responsible to inform any updates on insurance regarding changed plans of termination and provide us with accurate billing information for each family member at **EVERY** time of service.

Insurance Information

- It is your responsibility to ensure that we have accurate insurance information. Presenting an invalid or inactive insurance card will result in full payment by you.
- If I am a Medicare patient, I understand that I need to provide the office both my Medicare ID card and my secondary ID card. If the office does not have the proper information for a secondary insurance, the secondary will not be billed.
- It will be my responsibility to pay the balance and then file a claim with the secondary for reimbursement.

Medicare: Medicare requires you to pay 20% co-insurance and your yearly deductible. If you have supplemental insurance we will file claims to them.

Medicaid: Current public aid card must be presented at each time of service. You are responsible for spend down amount and co-pay.

HMO: Please verify with your insurance that your plan is one we participate with. It is your responsibility to obtain referral prior to your visit. You will not be seen without a referral.

Co-payment: Due at time of service: Your insurance company requires you to pay your copay at the time of each visit. Your copay may be paid with cash, check, credit card (Visa, MasterCard or Discover).

- If you do not have insurance coverage, you will be expected to pay at the time of your visit.
 - New patients without insurance for consultation is \$225.00
 - Established patients without insurance for consultation is \$70.00

Co-insurance amounts and deductibles are due at the time of statement.

If you have any questions about your statement please call Billing Department (847) 871-1800

I certify that I understand these policies and rules.

Print Patient's Name: _____

Signature of Patient or Responsible Party: _____ **Date:** _____

Our office does not make the rules. They are determined by your specific medical insurance plan.



Oncology of NorthShore

With Compassion and Excellence

2000 GOLF RD, ROLLING MEADOWS, IL 60008 PH: 847-871-1800 FAX: 847-629-4937

Acuerdo Financiero del Paciente

Responsabilidades del Paciente: Usted comprende y acepta que es financieramente responsable de todos los cargos por todos los servicios prestados. Usted es responsable de informar cualquier actualización sobre el seguro con respecto a los planes modificados de terminación y proporcionarnos información de facturación precisa para cada miembro de la familia en **CADA** momento del servicio.

Informacion Del Seguro

- Es su responsabilidad asegurarse de que tengamos información correcta sobre el seguro. Presentar una tarjeta de seguro no valida o inactive resultara en el pago completo por su parte.
- Si soy paciente de Medicare, entiendo que debo proporcionar al consultorio mi tarjeta de identificación de Medicare y mi tarjeta de identificación secundaria. Si la oficina no tiene la información adecuada para un seguro secundario, no se facturara al secundario.
- Sera mi responsabilidad pagar el saldo y luego presentar una reclamación a la secundaria para el reembolso.

Medicare: Medicare requiere que pague un coaseguro del 20% y su deducible anual. Si tiene un seguro complementario, les presentaremos reclamaciones.

Medicaid: La tarjeta de ayudas públicas vigente debe presentarse en cada momento de servicio. Usted es responsable de reducir la cantidad y el copago.

HMO: Verifique con su seguro que su plan es uno con el que participamos. Es su responsabilidad obtener una referencia antes de su visita. No será atendido sin una remisión.

Copago: Debido al momento del servicio: Su compañía de seguros le exige que pague su copago en el momento de cada visita. Su copago puede pagarse en efectivo, cheque, tarjeta de crédito/debito (Visa, MasterCard or Discover).

- Si no tiene cobertura de seguro, se espera que pague en el momento de su visita.
 - Pacientes nuevos sin seguro para consulta es \$225.00
 - Pacientes establecidos sin seguro para consulta es \$70.00

Los montos de coaseguro y los deducibles vencen al momento del estado de cuenta.

Si tiene alguna pregunta sobre su estado de cuenta llame al Departamento de Facturación (847) 871-1800

Certifico que entiendo estas políticas y reglas.

Imprimir Nombre del Paciente: _____

Firma del Paciente o Responsable: _____ **Fecha:** _____

Nuestra oficina no hace las reglas. Están determinados por su plan de seguro médico específico.
