



# 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 #: \_\_\_\_\_

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

### IN CASE OF EMERGENCY

Name of local friend or relative: \_\_\_\_\_ Relationship to patient: \_\_\_\_\_

Home Phone #: \_\_\_\_\_ Cell Phone #: \_\_\_\_\_

### INFORMATION TO BE DISCLOSED TO:

1. (PRINT) Name: \_\_\_\_\_

Relationship: \_\_\_\_\_

2. (PRINT) Name: \_\_\_\_\_

Relationship: \_\_\_\_\_

3. (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)

### 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: \_\_\_\_\_

3. (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

## 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

## 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.

---