

LISTA DE COMPROBACION DE CITAS



**Bond Community
Health Center, Inc.**

1720 S. Gadsden Street. Tallahassee FL 32301. P (850) 576-4073 / F (850)-576-6849

Gracias por elegir Bond Community Health Center, Inc. para sus necesidades de atención médica. Adjunto encontrará nuestro paquete de Inscripción y folleto, complete los formularios y envíelos a la recepcionista de recepción o tráigalos el día de su visita al consultorio.

Reuna documentos para llevar a su vista al médico. Para hacer citas, todos los documentos de admisión deben estar archivados.

Nuevos pacientes adultos:

- Identificación con foto, tarjeta de seguro, tarjeta de seguridad social
- Cualquier resultado de pruebas de laboratorio, rayos X o EKG's
- Lista actual de sus medicamentos y dosis, incluidos medicamentos de venta libre / vitaminas

Nuevos pacientes pediátricos

- Identificación con foto del padre / tutor legal • Se requiere documentación de tutela legal
- Tarjeta de seguro
- Certificado de nacimiento
- Tarjeta de Seguridad Social • Paciente y Padre / Tutor Legal
- Cualquier resultado de pruebas de laboratorio, rayos X o EKG's
- Lista actual de sus medicamentos y dosis, incluidos medicamentos de venta libre / vitaminas

Pacientes Existentes

- Identificación con foto y tarjeta de seguro

Asistencia Financiera | Pacientes no asegurados

El objetivo de BCHC es ayudarlo a acceder a la atención médica y mantener el bienestar independientemente de su capacidad de pago. Brindamos servicios en una escala de tarifas variables para aquellos pacientes que califiquen. Los pacientes deben presentar documentación financiera anual para ser elegibles. Si tiene dudas financieras sobre la recepción de servicios, solicite ver al especialista en elegibilidad de BCHC.

Documentación requerida en el momento del servicio o antes de calificar para la Escala de tarifa variable:

- Identificación fotográfica
- Tarjeta de Seguro Social
- Comprobante de domicilio (Domicilio postal / dormitorio) (credencial oficial, es decir, licencias de conducir, tarjeta de identificación de votantes,
- Comprobante de Ingresos (comprobante de pago / SSI / discapacidad / asistencia financiera / asistencia gubernamental, es decir, cupones de alimentos) (CARTA NOTARIZADA DESDE SU APOYO BENEFACTOR SOPORTE EN LA INFORMACIÓN COMPLETA > CANTIDAD Y RESIDENCIA A SER INCLUIDA)

****En caso de emergencias que pongan en peligro la vida, llame al 911 o vaya a la sala de emergencias o el hospital cercano ****

Cuando necesita hablar con el proveedor de salud, llame al (850) 576-4073.

****Aviso para la Ley Federal de Demandas por Abusos (FTCA) Considerado como un Centro de Salud****

Este centro de salud es un beneficiario del Programa de Centros de Salud bajo 42 U.S.C. 254b, y un empleado del Servicio de Salud Pública establecido bajo 42 U.S.C. 233 (g)-(n)



Bond Community Health Center, Inc.

Estado de la misión

Nuestra misión es proporcionar acceso a atención médica de calidad para todas las personas en nuestra comunidad.

Declaración de valor

Bond Community Health Center, Inc. está comprometido y obligado a proporcionar servicios de atención de la más alta calidad a todos los residentes de la comunidad y de la comunidad circundante en un ambiente de dignidad y respeto, y tratar a todos los pacientes con una actitud verdaderamente afectuosa. Siempre seremos conscientes de las necesidades cambiantes de la comunidad y nos esforzaremos por responder a esas necesidades. Promoveremos políticas y procedimientos que mantengan un cuidado continuo para todos. Adoptamos las diferencias humanas como vínculos y no como barreras y creemos que la atención médica de calidad debe ser universalmente accesible. Los valores que han persistido a lo largo del tiempo son un fuerte sentido de comunidad, la dignidad de toda persona, el valor de los empleados, el compromiso de servir y la importancia de la familia.

Declaración de liderazgo

El liderazgo de Bond Community Health Center está dedicado a promover el bienestar de nuestro Capital Humano a través de una perspectiva integral de salud y reducción del estrés que involucra los dominios físicos, sociales, emocionales y espirituales. Continuaremos esforzándonos para mejorar la efectividad y la eficiencia de todos los miembros del personal al proporcionar capacitación, desarrollo y empoderamiento de los empleados. La gerencia está comprometida a otorgar a cada empleado el cumplimiento de nuestra misión y alcanzar las metas y objetivos del Centro.

BOND COMMUNITY HEALTH CENTER, INC. DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DEL PACIENTE

En el centro de salud comunitaria de Bond, estamos comprometidos con una misión de curación y hospitalidad. Este compromiso se evidencia a través de la atención que brindamos de acuerdo con los derechos y responsabilidades del paciente que se detallan a continuación. Son reconocidos como aquellos derechos de todos los pacientes adultos, pediátricos y adolescentes, sus padres o tutores. Se alienta a cualquier paciente, padre o tutor que sienta que el paciente no está siendo tratado adecuadamente a discutir la situación con el médico, la enfermera o el representante administrativo. Una queja no afectará de ninguna manera la calidad de la atención brindada al paciente.



Bond Community Health Center, Inc.

DERECHOS DEL PACIENTE

Usted tiene derecho a;

1. Ser tratado con dignidad, respeto y apoyo en su decisión;
2. Obtenga de su médico información actual completa sobre su diagnóstico, tratamiento y pronóstico en términos que pueda comprender y el derecho a conocer la identidad y el estado profesional de todos los trabajadores de la salud;
3. Participar en todos los aspectos de su atención, incluso rechazar o limitar la atención;
4. Puede cambiar de proveedor si otros proveedores calificados están disponibles;
5. Recibir de su médico la información necesaria para dar un consentimiento informado antes del inicio de cualquier procedimiento o tratamiento. Donde existan alternativas significativas médicamente necesarias para la atención o el tratamiento, o cuando solicite información sobre alternativas médicas, tiene derecho a dicha información. También tiene derecho a saber el nombre de la persona responsable del procedimiento;
6. Rechazar el tratamiento en la medida permitida por la ley, y ser informado de las consecuencias médicas de su acción;
7. Espere que sus valores culturales, psicosociales y personales sean respetados;
8. Participar en la consideración de cuestiones éticas que puedan surgir;
9. Cuando esté médicamente permitido, será transferido a otra instalación solo después de que haya recibido la información pertinente y una explicación sobre la necesidad de las alternativas a dicha transferencia;
10. Acceso imparcial a la atención, independientemente de la raza, el origen nacional, la religión, la edad, el credo, el género, la discapacidad o las fuentes de pago;
11. Derecho a la información financiera completa relacionada con su cuidado;
12. Ser informado y negarse si el centro de salud propone participar o realizar experimentos con seres humanos u otros proyectos de investigación que afecten su atención o tratamiento;



Bond Community Health Center, Inc.

13. Formular directivas anticipadas y designar un sustituto para tomar decisiones de atención médica en su nombre en la medida en que lo permita la ley;
14. Para hablar sobre los métodos para proporcionar comentarios, incluidas las quejas, comuníquese con el Director de Cumplimiento, Gabriel Otuonye, MHA, LHRM, CMCO, CHA al (850), 576-4073, Ext 232 o envíe un correo electrónico a gotuonye@bondchc.com.
15. ¿Qué reglas y regulaciones del centro de salud se aplican a usted como paciente,
16. Privacidad y confidencialidad de toda la información del paciente.

RESPONSABILIDADES DEL PACIENTE

1. Para recibir un cuidado óptimo; Usted y su familia son responsables de:
2. Solicite una aclaración cuando sea necesario para comprender completamente sus problemas de salud y el plan de acción propuesto;
3. Proporcionar información para el seguro y trabajar con este centro de atención médica para hacer arreglos de pago cuando sea necesario;
4. Aceptar la responsabilidad financiera personal por cualquier cargo no cubierto por el seguro;
5. Proporcionar información precisa sobre su enfermedad actual, medicamentos, historial médico anterior, incluidas hospitalizaciones y cambios inesperados en su condición;
6. Siga con su plan de atención acordado, incluido el cumplimiento de sus citas. Si eso no es posible, cancele con al menos 24 horas de anticipación.
7. Siga las normas y regulaciones de la instalación de salud.
8. Ser considerado y respetuoso con los derechos de los demás.
9. Respetar la propiedad del establecimiento de atención médica, incluidos los suministros / equipos médicos, el edificio, el mobiliario y los terrenos.



Bond Community Health Center, Inc.

10. Proporcione información completa y precisa sobre su identidad, datos demográficos, ingresos, seguro y responda otras preguntas razonables que ayudarán al centro a proporcionar la atención adecuada y obtener el pago. Esto incluye revisar y firmar todos los consentimientos necesarios, acuerdos financieros u otros documentos requeridos por el centro de atención médica.

REGLAS Y REGLAMENTOS DEL CENTRO:

1. Todos deben usar zapatos, y las camisas y los pantalones deben estar en o por encima de la cintura mientras están en la propiedad del centro.
2. Respete las áreas designadas para comer, beber, fumar y estacionarse. Los automóviles estacionados o abandonados ilegalmente serán multados o remolcados a cargo del propietario.
3. No se permitirán alcohol, drogas y / o armas en las instalaciones. A los pacientes que lleguen al centro bajo la influencia y no requieran atención de urgencia se les pedirá que se retiren. Si ellos rechazar, se contactará a la policía para asistencia.
4. Se les pide a los padres que supervisen a sus hijos, tanto dentro como fuera de las instalaciones. Los padres serán responsables de las acciones de sus hijos.
5. Si no está satisfecho con los servicios prestados, no lo saque a nuestro personal. Discuta sus preocupaciones con la persona apropiada.
6. Se deben hacer arreglos financieros con respecto a su factura al momento del servicio.
7. La conducta apropiada es esperada por todos los pacientes, visitantes en todo momento. Los comportamientos amenazantes, violentos, abusivos, disruptivos o ruidosos son inapropiados. El centro se reserva el derecho de pedirle a usted y a su familia / huésped que se retiren o que lo retiren de la propiedad.

**Tu información.
Tus derechos.
Nuestras responsabilidades.**

Este aviso describe cómo se puede usar y divulgar la información médica sobre usted y cómo puede tener acceso a esta información. **Por favor revísalo cuidadosamente.**

Tus derechos

Usted tiene derecho a:

- Obtenga una copia de su registro médico en papel o electrónico
- Corrija su registro médico en papel o electrónico
- Solicitar comunicación confidencial
- Pedirnos que limitemos la información que compartimos
- Obtenga una lista de aquellos con quienes hemos compartido su información
- Obtenga una copia de este aviso de privacidad
- Elija a alguien para que actúe por usted
- Presente una queja si cree que se han violado sus derechos de privacidad

➤ **Ver página 2**
para obtener más información sobre estos derechos y cómo ejercerlos

Tus opciones

Tiene algunas opciones en la forma en que usamos y compartimos información a medida que:

- Cuénteles a su familia y amigos sobre su condición
- Proporcionar alivio de desastres
- Incluirte en el directorio de un hospital
- Proporcionar atención de salud mental
- Comercialice nuestros servicios y venda su información
- recaudar fondos

➤ **Ver página 3**
para obtener más información sobre estos derechos y cómo ejercerlos

Nuestros usos y divulgaciones

Podemos usar y compartir su información a medida que:

- Tratarle
- Ejecute nuestra organización
- Factura por sus servicios
- Ayuda con problemas de salud y seguridad pública
- Hacer investigación
- Cumplir con la ley
- Responder a las solicitudes de donación de órganos y tejidos
- Trabaja con un médico forense o un director de funeraria
- Abordar la compensación de los trabajadores, la aplicación de la ley y otras solicitudes del gobierno
- Responder a juicios y acciones legales

➤ **Ver páginas 3 y 4**
para más información sobre estos usos y divulgaciones or more information on these uses and disclosures

Tus derechos

Cuando se trata de su información de salud, usted tiene ciertos derechos.

Esta sección explica sus derechos y algunas de nuestras responsabilidades para ayudarlo.

Obtenga una copia electrónica o en papel de su registro médico

- Puede pedir ver u obtener una copia electrónica o en papel de su registro médico y otra información de salud que tenemos sobre usted. Pregúntenos cómo hacer esto.
- Le proporcionaremos una copia o un resumen de su información de salud, generalmente dentro de los 30 días posteriores a su solicitud. Podemos cobrar una tarifa razonable basada en el costo.

Pídanos que corrijamos su expediente médico

- Puede pedirnos que corrijamos su información de salud que usted considera incorrecta o incompleta. Pregúntenos cómo hacer esto.
- Podemos decir "no" a su solicitud, pero le diremos por qué por escrito dentro de los 60 días.

Solicitar comunicaciones confidenciales

- Puede solicitarnos que lo contactemos de una manera específica (por ejemplo, teléfono del hogar o de la oficina) o que enviemos un correo a una dirección diferente.
- Diremos "sí" a todas las solicitudes razonables.

Pídanos que limitemos lo que usamos o compartimos

- Puede pedirnos que no usemos o compartamos cierta información de salud para tratamiento, pago o nuestras operaciones. No estamos obligados a aceptar su solicitud, y podemos decir "no" si esto afectaría su atención.
- Si paga por completo un servicio o artículo de atención médica, puede solicitar que no compartamos esa información con el propósito del pago o nuestras operaciones con su aseguradora de salud. Diremos "sí" a menos que una ley nos obligue a compartir esa información.

Obtenga una lista de aquellos con quienes hemos compartido información

- Puede solicitar una lista (contabilidad) de las veces que hemos compartido su información de salud durante seis años antes de la fecha en que pregunta, con quién la compartimos y por qué.
- Incluiremos todas las divulgaciones, excepto las relacionadas con el tratamiento, el pago y las operaciones de atención médica, y ciertas otras divulgaciones (como cualquiera que nos haya pedido que hagamos). Le proporcionaremos un informe anual gratis, pero le cobraremos una tarifa razonable basada en el costo si solicita otro dentro de los 12 meses.

Obtenga una copia de este aviso de privacidad

- Puede solicitar una copia en papel de este aviso en cualquier momento, incluso si aceptó recibir el aviso electrónicamente. Le proporcionaremos una copia en papel con prontitud.

Elige a alguien para que actúe por ti

- Si le ha dado a alguien un poder médico o si alguien es su tutor legal, esa persona puede ejercer sus derechos y tomar decisiones sobre su información de salud.
- Nos aseguraremos de que la persona tenga esta autoridad y pueda actuar por usted antes de tomar cualquier medida.

Presente una queja si siente que se han violado sus derechos

- Puede presentar una queja si considera que hemos violado sus derechos comunicándose con nosotros utilizando la información de la página 1.
- Puede presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. Enviando una carta a 200 Independence Avenue, SW, Washington, DC 20201, llamando al 1-877-696-6775, o visitando www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/.
- No tomaremos represalias contra usted por presentar una queja.

Tus opciones

Para cierta información de salud, puede decirnos sus elecciones sobre lo que compartimos. Si tiene una clara preferencia por la forma en que compartimos su información en las situaciones que se describen a continuación, comuníquese con nosotros. Díganos qué quiere que hagamos y seguiremos sus instrucciones.

En estos casos, tiene tanto el derecho como la opción de decirnos que:

- Compartir información con su familia, amigos cercanos u otras personas involucradas en su cuidado
- Compartir información en una situación de alivio de desastres
- Incluya su información en el directorio de un hospital

Si no puede indicarnos su preferencia, por ejemplo, si está inconsciente, podemos seguir adelante y compartir su información si creemos que es lo mejor para usted. También podemos compartir su información cuando sea necesario para disminuir una amenaza grave e inminente a la salud o la seguridad.

En estos casos, tiene tanto el derecho como la opción de decirnos que:

- Propósitos de comercialización
- Venta de su información
- Mayor intercambio de notas de psicoterapia

En el caso de recaudación de fondos:

- Podemos contactarlo para esfuerzos de recaudación de fondos, pero puede pedirnos que no lo contactemos de nuevo.

Nuestros usos y divulgaciones

¿Cómo usamos o compartimos su información de salud?

Normalmente utilizamos o compartimos su información de salud de las siguientes

Tratarle

- Podemos utilizar su información de salud y compartirla con otros profesionales que lo están tratando.

Ejemplo: Un médico que lo trata por una lesión le pregunta a otro médico sobre su estado de salud general.

Ejecute nuestra organización

- Podemos usar y compartir su información de salud para ejecutar nuestra práctica, mejorar su atención y contactarlo cuando sea necesario.

Ejemplo: Usamos su información de salud para administrar su tratamiento y servicios.

Bill por sus servicios

- Podemos usar y compartir su información de salud para facturar y recibir pagos de planes de salud u otras entidades.

Ejemplo: Brindamos información sobre usted a su plan de seguro de salud para que pague por sus servicios.

¿De qué otro modo podemos usar o compartir su información de salud? Se nos permite o se requiere que compartamos su información de otras maneras, generalmente de maneras que contribuyen al bien público, como la salud pública y la investigación. Tenemos que cumplir muchas condiciones en la ley antes de que podamos compartir su información para estos fines. Para más información, ver: www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html.

Ayuda con problemas de salud y seguridad pública

- Podemos compartir su información de salud para ciertas situaciones tales como:
 - Previniendo la enfermedad
 - Ayudando con las retiradas del producto
 - Informar reacciones adversas a medicamentos
 - Informar sospechas de abuso, negligencia o violencia doméstica
 - Prevenir o reducir una amenaza seria a la salud o seguridad de cualquier persona

Hacer investigación

- Podemos usar o compartir su información para investigaciones de salud.

Consentir con ley

- Compartiremos información sobre usted si las leyes estatales o federales lo requieren, incluso con el Departamento de Salud y Servicios Humanos si desea ver que estamos cumpliendo con la ley de privacidad federal.

Responder a las solicitudes de donación de órganos y tejidos

- Podemos compartir su información de salud con organizaciones de obtención de órganos.

Work with a medical examiner or funeral director

- Podemos compartir información de salud con un juez de instrucción, médico forense o director de funeraria cuando una persona muere.

Abordar la compensación de los trabajadores, la aplicación de la ley y otras solicitudes del gobierno

- Podemos usar o compartir su información de salud:
 - Para reclamaciones de compensación de trabajadores
 - Para propósitos de cumplimiento de la ley o con un oficial de la ley
 - Con agencias de supervisión de salud para actividades autorizadas por la ley
 - Para funciones especiales del gobierno tales como militares, seguridad nacional y servicios de protección presidencial

Responder a demandas y acciones legales

- Podemos compartir su información de salud en respuesta a una orden judicial o administrativa, o en respuesta a una citación.

Nuestro compromiso con respecto a la información de salud:

Entendemos que la información de salud sobre usted es personal. Estamos comprometidos a proteger su información de salud. Creamos un registro de la atención y los servicios que recibió de nosotros. Necesitamos este registro para brindarle atención de calidad y cumplir con ciertos requisitos legales. Este aviso aplica a todos los registros de su cuidado generados por este cuidado de la salud, ya sea realizado por su médico personal u otras personas que trabajan en esta oficina. Este aviso le informará sobre las formas en que podemos usar y divulgar su información de salud. También describimos sus derechos a la información de salud que mantenemos sobre usted y describimos ciertas obligaciones que tenemos con respecto al uso y la divulgación de su información de salud.

Los estatutos, reglas y regulaciones de Florida requieren ciertos límites y restricciones impuestos a la divulgación de su información de salud protegida. Cumpliremos con esas reglas para proteger su información de salud.

Nuestras responsabilidades

- La ley nos exige mantener la privacidad y seguridad de su información de salud protegida.
- Le avisaremos con prontitud si ocurre una violación que pueda haber comprometido la privacidad o seguridad de su información.
- Debemos cumplir con los deberes y las prácticas de privacidad descritas en este aviso y darle una copia del mismo.
- No usaremos ni compartiremos su información de otra manera que no sea la descrita aquí a menos que usted nos lo indique por escrito. Si nos dice que podemos, puede cambiar de opinión en cualquier momento. Háganos saber por escrito si cambia de opinión.

Para más información, ver: www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html.

Cambios a los términos de este aviso

Podemos cambiar los términos de este aviso, y los cambios se aplicarán a toda la información que tenemos sobre usted. El nuevo aviso estará disponible a pedido, en nuestra oficina y en nuestro sitio web.

12 de septiembre de 2013, revisado en julio de 2019

Este Aviso de prácticas de privacidad se aplica a las siguientes organizaciones.

Bond Community Health Center, Inc. y las oficinas satélite:

Bond on Magnolia
Kay Freeman Health Center
Bond Specialty & Community Wellness Center Bond
Community Health Center Mobile
Kay Freeman Health Center

-
- Puede presentar una queja si considera que hemos violado sus derechos comunicándose con nosotros utilizando la información de la página 2
 - Puede presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. Enviando una carta a 200 Independence Avenue, SW, Washington, DC 20201, llamando al 1-877-696-6775, o visitando www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/queja/.
 - No tomaremos represalias contra usted por presentar una queja.

PATIENT REGISTRATION FORM

Información General

Nombre del paciente: _____ Seguridad Social: _____ Fecha de nacimiento: _____
Primer Apellido Inicial

Dirección: _____ Número de teléfono: _____ Email _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Sexo: M F Años: ____ Estado Civil _____ Etnia: (Hispanic/Latino): ____ Si ____ No

Raza: (un círculo) Asian American Indian Black Pacific Islander White
Multi Otra (especificar) _____

Lenguaje primario: _____ Veterano estadounidense? ____ Si ____ No

Necesitas ayuda con la traducción? Si No Tienes alguna discapacidad física: ____ Si ____ No
En caso afirmativo, ¿necesita ayuda especial? _____

Nombre de la parte responsable _____ Empleado Por _____

Nombre del Negocio _____ Teléfono de Negocios _____

Ingreso mensual _____ Número de dependientes _____

Fuente de Ingreso: Empleo _____ AFDC: \$ _____ SSI: \$ _____ Manutención de los hijos: \$ _____
SOC. SEC: \$ _____ propietario autónomo: \$ _____ DESEMPLEO: \$ _____ Otra (especificar) _____

Nivel de educación: Preparatoria no Completada Diploma de escuela secundaria Educación Universitaria

Contacto de Emergencia: _____ Número de Teléfono: _____

Otras personas autorizadas para llevar a su hijo al médico: _____ Relación con el paciente: _____

INFORMACIÓN DEL SEGURO (presente la tarjeta de identificación en el check-in)

MEDICARE# _____ MEDICAID # _____

Compañía de seguros: _____ HMO: _____

Contrato #: _____ Grupo #: _____ Abonado #: _____

Nombre del asegurado _____ Empleado por _____
Primer Apellido

Relación con el paciente _____ Número de seguridad social: _____

ASIGNACIÓN Y LIBERACIÓN

Yo, el abajo firmante certifico que toda la información proporcionada es precisa. Entiendo que soy financieramente responsable de todos y cada uno de los cargos no cubiertos por el seguro del programa para el que califico. Por la presente autorizo a Bond Community Health Center a divulgar cualquier información para cobrar el pago de beneficios. Autorizo el uso de esta firma en todos los pagos y envíos de seguros.

Firma del paciente / tutor legal

Fecha

Firma de testigo

Fecha

CONSENTIMIENTO GENERAL PARA TREATMEANT

YO, EL ABAJO FIRMANTE, OTORGAR PERMISO PARA Mi MISMO O MENOR HIJO(A) A SOMETERSE A TODAS LAS PRUEBAS NECESARIAS, EXAMENES, TRATAMIENTOS Y OTROS PROCEDIMIENTOS NECESARIOS EN EL CURSO DE ESTUDIO, DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD POR LOS MEDICOS Y OTROS MIEMBROS DEL PERSONAL DEL BOND COMMUNITY HEALTH CENTER, INC.

SOY CONSCIENTE DE QUE LA PRACTICA DE LA MEDICINA Y LA CIRUGIA MENOR NO ES UNA CIENCIA EXACTA Y RECONOZCO QUE NO SE HAN DADO GARANTIAS A Mi COMO RESULTADO DE TRATAMIENTOS O EXAMEN POR BOND COMMUNITY HEALTH CENTER, INC.

DOY MI CONSENTIMIENTO A LA LIBERACION DE SERVICIOS MEDICOS Y DE INFORMACION DEMOGRAFICA A ORGANISMOS GUBERNAMENTALES O INSTITUCIONES AUTORIZADAS COMO ES REQUERIDO POR BOND COMMUNITY HEALTH CENTER, INC.

POR LA PRESENTE AUTORIZO EL PAGO DE BOND COMMUNITY HEALTH CENTER, INC DE LAS PRESTACIONES PAGADERAS A Mi; DE MEDICAID, MEDICARE Y BENEFICIOS DE SEGUROS DE TERCEROS, PERO QUE NO EXCEDA LOS CARGOS REGULARES DEL CENTRO DE SALUD PARA ESTE PERIODO DE TRATAMIENTO.

(PACIENTE O TUTOR LEGAL)

FECHA

(ESPECIALISTA DE ADMISION - TESTIGO)

FECHA

CLIENT PARTICIPATION AGREEMENT

Acuerdo de Participación del Cliente _____ Número de seguridad social _____
Nombre del paciente _____
y las siguientes miembros de su familia pueden

recibir servicios de Bond Community Health Center, Inc.

| Nombre del Miembro de la Familia | Número de seguridad social | Fecha de nacimiento |
|----------------------------------|----------------------------|---------------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

Se ofrecen los siguientes servicios: Exámenes físicos, exámenes de detección, medicamentos recetados, atención prenatal, radiografías, inmunizaciones, atención pediátrica, detección y tratamiento de ETS / ITS, pruebas y tratamiento del VIH, asesoramiento nutricional, educación para la salud, salud conductual, bienestar y enfermedad. Atención, seguimiento médico y servicios dentales.

Estos servicios me han sido explicados. Entiendo que aunque yo u otros miembros de mi familia pueden ser referidos para recibir atención especializada, hospitalización o atención de alto nivel, el proveedor no tiene la obligación de pagar por estos servicios. Entiendo que puedo ser responsable de mi familia y de mí. Notificaré a Bond Community Health Center, Inc. cuando uno de los miembros de mi familia no pueda asistir a una cita.

Certifico que toda la información que he dado sobre los ingresos y el tamaño de la familia es verdadera y correcta a mi leal saber y entender. Entiendo que cualquier descuento de escala móvil para el que califique tendrá vigencia durante 12 meses a menos que haya cambios significativos en los ingresos o el tamaño del hogar. Después de ese tiempo, se me solicitará que vuelva a presentar la solicitud. También entiendo que cualquier falsificación de documentación puede resultar en que me cobren el costo total de recibir los servicios.

_____ Sí, me gustaría solicitar un descuento de tarifa variable

_____ No, no deseo solicitar un descuento de tarifa variable

PACIENTE O TUTOR LEGAL)

FECHA

(ESPECIALISTA DE ADMISION - TESTIGO)

FECHA

Bond Community Health Center – Patient Health History

Patient Name: _____ Today's Date: _____

Age: _____ Birthday: _____ Date of Last Physical Examination: _____

What is your reason for this visit? _____

REVIEW OF SYMPTOMS: Check symptoms you currently have or have had in the past year.

GENERAL

- Chills
- Depression
- Dizziness
- Fainting
- Fever
- Forgetfulness
- Headache
- Loss of Sleep
- Loss of Weight
- Nervousness
- Numbness
- Sweats

GENITO-URINARY

- Blood in Urine
- Frequent Urination
- Lack of Bladder Control
- Painful Urination

GASTROINTESTINAL

- Appetite Poor
- Bloating
- Bowel Changes
- Constipation
- Diarrhea
- Excessive Hunger
- Gas
- Hemorrhoids
- Indigestion
- Nausea
- Rectal Bleeding
- Stomach Pain
- Vomiting

SKIN

- Bruise Easily
- Hives
- Itching
- Change in Moles
- Rash
- Scars
- Sore That Won't Heal

EYE, EAR, NOSE, THROAT

- Bleeding Gums
- Blurred Vision
- Difficulty Swallowing
- Double Vision
- Ear Ache
- Ear Discharge
- Hay Fever
- Hoarseness
- Loss of Hearing
- Nosebleeds
- Persistent Cough
- Ringing in Ears
- Sinus Problems
- Vision – Flashes
- Vision – Halos

MUSCLE/JOINT/BONE

Pain, weakness, and/or numbness in:

- Arms Hips
- Back Legs
- Feet Neck
- Hands Shoulder

CARDIOVASCULAR

Pain, weakness, and/or numbness in:

- Chest Pain
- High Blood Pressure
- Irregular Heart Beat
- Low Blood Pressure
- Poor Circulation
- Rapid Heart Beat
- Swelling of Ankles
- Varicose

CONDITIONS:

- AIDS/HIV
- Alcoholism
- Anemia
- Anorexia
- Arthritis
- Asthma
- Bleeding Disorder
- Bronchitis
- Bulimia
- Cancer
- Cataracts

Check conditions you currently have or have had in the past year.

- Chicken Pox
- Diabetes
- Emphysema
- Epilepsy
- Glaucoma
- Goiter
- Gout
- Heart Disease
- Hepatitis
- Hernia
- Herpes
- High Cholesterol
- Kidney Disease
- Liver Disease
- Headaches
- Mononucleosis
- Multiple Sclerosis
- Mumps
- Pacemaker
- Pneumonia
- Polio
- Prostate Problems

- Psychiatric Care
- Rheumatic Fever
- Scarlet Fever
- Stroke
- Suicide Attempt
- Thyroid Problems
- Tonsillitis
- Tuberculosis
- Ulcers
- Vaginal Infections
- Venereal Disease/STD/STI

WOMEN ONLY

Are you pregnant Yes No

Age at Onset of Period: _____

Menstrual Flow: Regular Irregular Cramps

_____ Days of Flow _____ Length of Cycle

1st Day of Last Period _____

Pain/Bleeding during or after sex

Number of:

_____ Pregnancies _____ Abortions

_____ Miscarriages _____ Live Births

Birth Control Method: _____

Date of last PAP test: _____

Normal Abnormal

MEN ONLY

- Breast Lump
- Erectile Difficulties
- Lump in Testicles
- Penis Discharge
- Sore on Penis

MEDICATIONS: List Medications you are currently taking

| MEDICATIONS | MEDICATIONS | ALLERGIES |
|-------------|-------------|-----------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

FAMILY HISTORY:

| Disease | Relationship to you |
|---------------------|---------------------|
| Anemia | |
| Arthritis | |
| Asthma | |
| Cancer | |
| Diabetes | |
| Heart Disease | |
| High Blood Pressure | |
| Kidney Disease | |
| Tuberculosis | |
| Other | |

HOSPITALIZATIONS/SURGERY:

| Year | Reason for Hospitalization/Surgery |
|------|------------------------------------|
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

Violence/Abuse in the Family? Yes No

Have you ever had a blood transfusion? Yes No

If yes, please give approximate dates: _____

Tuberculosis: PPD date _____ Results _____ mm _____ CXR(date) _____ Results _____

HEALTH HABITS:

Tobacco Use: Yes No Amount _____ Stopped(date) _____

Alcohol Use: Yes No Amount _____

Street Drugs: Yes No Type _____ Amount _____

Exercise: Yes No Describe _____

Seat Belt Use: _____ Always _____ Sometimes _____ Never

SEXUAL HISTORY:

| | | | |
|--------------------------------------|--|-----------------------------------|--|
| More than 1 partner in past 5 years? | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No | More than 1 partner in past year? | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No |
| Sex with male | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No | Victim of Sexual Assault | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No |
| Sex with female | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No | Sex w/injection drug user? | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No |
| Sex while using non-injection drugs | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No | Sex w/man who had sex w/man? | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No |
| Sex for drugs/money? | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No | Sex with person with HIV/AIDS | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No |

CONTRACEPTIVE HISTORY

Method last used/using now _____

Other method used _____

Problem with method? _____

Staff Signature/Title _____

EI ACUSE DE RECIBO DEL AVISO DE PRACTICAS DE PRIVACIDAD

Yo _____, recibido el aviso de
Imprimir Nombre

Practicas de privacidad de Bond Community Health Center, Inc.

Paciente/Tutor Legal firma

FECHA

En lugar de firma del paciente, Yo, _____, Un
miembro del personal del Bond Community Health Center, Inc., estado que
_____ recibido nuestro Aviso de Practicas de Privacidad.

Especialista de admision

FECHA