

FAMILY

Health  Source

Primary Medical Care for the entire family!

PATIENT REGISTRATION FORMS (FORMAS DE REGISTRO DEL PACIENTE)

THANK YOU FOR CHOOSING US FOR YOUR HEALTHCARE NEEDS. GRACIAS POR ELEGIRNOS PARA SUS NECESIDADES DE SALUD.

DEMOGRAPHICS (DATOS DEMOGRAFICOS):

LAST NAME (APELLIDO)	
FIRST NAME (PRIMER NOMBRE)	MIDDLE INITIAL (INICIAL 2DO NOMBRE)
DOB (FECHA DE NACIMIENTO)	
SOCIAL SECURITY# (NUMERO DE SEGURO SOCIAL)	

MAILING ADDRESS (DIRECCIÓN POSTAL)
CITY, STATE & ZIP CODE (CIUDAD, ESTADO Y CODIGO)
PHYSICAL ADDRESS (DIRECCIÓN DE CALLE) (Only if different from above-solo si es diferente)
CITY, STATE & ZIP CODE (CIUDAD, ESTADO Y CODIGO)

HOME PHONE (TELEFONO)	CELL PHONE (CELULAR)
WORK PHONE (TELEFONO DEL TRABAJO)	
EMAIL (CORREO ELECTRÓNICO)	

CONSENT TO RECEIVE TEXT (PERMISO PARA RECIBIR TEXTOS): <input type="checkbox"/> Yes (Sí) <input type="checkbox"/> No
--

ETHNICITY (Origen étnico) <input type="checkbox"/> White (Blanco) <input type="checkbox"/> Black/African American (Negro) <input type="checkbox"/> Hispanic (Latino) <input type="checkbox"/> Asian (Asiatico) <input type="checkbox"/> Other (Otro)
--

MARITAL STATUS (ESTADO CIVIL) <input type="checkbox"/> Married (Casado) <input type="checkbox"/> Single (Soltero) <input type="checkbox"/> Separated (Separado) <input type="checkbox"/> Widowed (Viudo) <input type="checkbox"/> Partner (Pareja)
--

PLEASE MARK ANY THAT APPLY (ESTADO CIVIL) <input type="checkbox"/> Veteran (veterano) <input type="checkbox"/> Public Housing (Vivienda publica) <input type="checkbox"/> Homeless (sin hogar) <input type="checkbox"/> Migrant (migrante) <input type="checkbox"/> Agricultural Worker (trabajador agricultor)
--

EMERGENCY CONTACT (CONTACTO DE EMERGENCIA):

NAME (NOMBRE)	
HOME PHONE (TELEFONO CASA)	CELL PHONE (CELULAR)
RELATIONSHIP TO PATIENT (Relación al paciente)	

YOUR PATIENT RIGHTS & RESPONSIBILITIES

PATIENT RIGHTS:

- Be treated with courtesy, respect and dignity and have privacy concerning your care
- If an interpreter is needed, and your insurance company doesn't provide one, we will attempt to provide
- Have impartial access to medical treatment regardless of race, religion, source of payment, national origin, disability or sexual orientation.
- Be told clearly about your diagnosis, planned course of treatment, alternative treatment, risks and prognosis. Your physician should give you this information
- Receive prompt and reasonable replies to your questions and requests
- Know if your medical treatment is for experimental research purposes
- Accept medical care or refuse treatment as allowed by law
- See copies of your medical records, in accordance with Florida law
- Receive written information about Advance Directives and healthcare decision making options
- Take part in considering ethical issues related to your care
- Be treated for any emergency condition that will worsen if treatment is delayed, until emergency medical technicians arrive
- Be given, on request, full information and counseling on financial resources available for your care
- For patients without health insurance, you can request a reasonable estimate of the charges for your medical care before your treatment. The actual cost may be higher based on changes in your condition or treatment needs
- Receive a copy of an itemized bill that you can understand. You may, on request, have your charges explained
- Express grievances about any violation of your rights

PATIENT RESPONSIBILITIES:

- Smoking is not allowed on Family Health Source properties
- You must bring your insurance card and picture identification to each appointment. Please inform us of any demographic changes (i.e. address change, phone#, insurance, emergency contact, etc)
- Your co-pay, if applicable, is expected at the time of service
- Please bring your medication bottles or a list to every appointment. This includes prescriptions, over-the-counter medications and herbal medications
- Provide Family Health Source providers with full medical disclosure
- It is your responsibility to carry out the recommended treatment plan
- Allow at least 30 days for completion of insurance forms or transfer of treatment records, etc
- All calls (i.e. appointments, cancellations, refills, medical records, etc) should be phoned to appropriate medical center location. For weekends, holidays, and after-hours, all calls will be transferred automatically to our answering service for emergencies, all other routine calls will be advised to call back during normal business hours. In case of an emergency when we are closed, please to the nearest emergency room.
- Please give at least 24-hour notice when cancelling or rescheduling appointments.
- Our Patient Portal at www.FamilyHealthSource.org may also be used for cancellations or scheduling appointments
- Please allow **48-72** hours for medication refills request
- If you need an interpreter, please check with your insurance company as they may provide one, if not, we will attempt to provide.

DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DEL PACIENTE

DERECHOS DEL PACIENTE:

- Ser tratados con amabilidad, respeto, dignidad y privacidad sobre su cuidado de salud
- Si se necesita un intérprete, y su compañía de seguros no proporciona uno, intentaremos proporcionar
- Tienen acceso imparcial a tratamiento médico sin importar la raza, la religión, el origen del pago, el origen nacional, la discapacidad o la orientación sexual
- Se les diga claramente acerca de su diagnóstico, tratamiento, alternativas, los riesgos y el pronóstico de su enfermedad. Su médico debe darle esta información
- Recibir pronto y razonablemente, las respuestas a sus preguntas y solicitudes
- Saber si el tratamiento médico es para fines de investigación experimental
- Aceptar atención médica o negar tratamiento como sea permitido por la ley
- Ver su historial médico de acuerdo a la ley de la Florida
- Recibir información por escrito acerca de las directrices anticipadas y toma de decisiones anticipadas.
- Tomar parte en las situaciones éticas relacionadas con su atención médica
- Ser tratado por cualquier condición de emergencia que pueda empeorar su salud hasta que llegue la ambulancia
- Ser proveído, a petición, toda la información y asesoramiento sobre los recursos financieros disponibles para su atención médica
- Para pacientes sin seguro, recibir un estimado detallado de los gastos de su atención médica antes de comenzar el tratamiento, si se solicita. Los costos pueden variar por cambios en su estado o necesidades de tratamiento
- Recibir una copia de su factura que usted pueda entender. Usted puede solicitar que sus cargos sean explicados
- Notificar cualquier queja si sus derechos como pacientes han sido violados

RESPONSABILIDADES DEL PACIENTE:

- No está permitido fumar en las propiedades de nosotros
- Usted debe llevar su tarjeta de seguro y la identificación con fotografía para cada cita. Por favor infórmenos de cualquier cambios demográficos (es decir, cambio de dirección, número de teléfono de contacto en caso de emergencia, cambio de seguro medico, etc)
- Su co-pago, si aplica, se espera en el momento del servicio
- Por favor traiga sus botellas de medicamentos o una lista al día para todas sus citas. Esto incluye recetas, medicamentos over-the-counter y medicamentos herbales
- Dar a los proveedores de salud con divulgación médica completa
- Es su responsabilidad para llevar a cabo el plan de tratamiento recomendado
- Permitir al menos 30 días para la realización de formas de seguros o la transferencia de los registros de tratamiento
- Todas las llamadas (es decir, citas, cancelaciones, recambios, registros médicos, etc.) deben ser llamados al centro médico apropiado donde usted va. Para los fines de semana, días festivos y después de las horas laboral, todas las llamadas serán transferidas automáticamente a nuestro servicio de respuesta para casos de emergencia, todas las demás llamadas de rutina se les aconseja volver a llamar durante el horario comercial normal. En caso de una emergencia, cuando estamos cerrados, por favor, valla a la sala de emergencias más cercana.
- Trate de dar por lo menos 24 horas de anticipación al cancelar o cambiar sus citas.
- Nuestro Portal del Paciente en www.FamilyHealthSource.org también puede ser utilizado para cancelaciones o hacer citas
- Por favor permita de 48-72 horas para recibir sus rellenos de medicamentos
- Si necesita un intérprete, por favor consulte con su compañía de seguros, ya que pueden proporcionar uno, si no, se intentará proporcionar

INITIATION OF SERVICES (INICIACIÓN DE SERVICIOS)

CLIENT-PROVIDER RELATIONSHIP CONSENT (RELACIÓN DE CONSENTIMIENTO CLIENTE-PROVEEDOR)

I consent to entering a client-provider relationship. I authorize Northeast Florida Health Services, Inc dba Family Health Source's staff and their representatives to render routine health care. I may discontinue the relationship at any time.

Doy mi consentimiento para entrar en una relación de cliente-proveedor. Autorizo el personal de Northeast Florida Health Services, Inc. dba Family Health Source y sus representantes para hacerme la atención de salud de rutina. Puedo terminar esta relación en cualquier momento.

CONSENT FOR TREATMENT (CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO)

I hereby voluntarily consent to care, treatment, testing and all other services performed by Family Health Source providers and their designees. I understand it is the responsibility of my individual treating provider to explain to me the reasons for any diagnostic examination, test or procedure, the available treatment options and the common risks and anticipated burdens and benefits associated with these options as well as alternative courses of treatment. I acknowledge no guarantees have been made to me as to the outcome of my care, examination and/or treatment at Family Health Source.

Doy mi consentimiento voluntariamente a la atención, tratamiento, pruebas y todos los demás servicios prestados por los proveedores de Family Health Source y sus designados. Tengo entendido que es la responsabilidad de mi médico para que me explique las razones de cualquier examen de diagnóstico, prueba o procedimiento, las opciones de tratamiento disponibles y los riesgos comunes y las cargas anticipadas y beneficios asociados con estas opciones, así como los cursos alternativos de tratamiento. Reconozco que no hay garantías hechas para mí como para el resultado de mi cuidado, examen y/o tratamiento de Family Health Source.

RIGHT TO REFUSE TREATMENT (DERECHO A RECHAZAR TRATAMIENTO)

In giving my consent to treatment, I understand I retain the right to refuse any examination, test, procedure, treatment, therapy or medication recommended or deemed medically necessary by my individually treating provider.

Al dar mi consentimiento para el tratamiento, entiendo que se reservan el derecho de rechazar cualquier examen, prueba, procedimiento, tratamiento, terapia o medicación recomendada o se considere médicamente necesario por el profesional de tratamiento.

FINANCIAL POLICY (POLIZA FINANCIERA)

We hope that you will recognize that our financial policy is necessary part of assuming the resources required to maintain this health care service for our patients and for the community. Charges for medical services are due and payable at the time services are rendered. We accept Visa, MasterCard, Discover, American Express, as well as personal checks, money orders, and cash. To bill your insurance company for your health care costs, it is extremely important that we obtain complete information about your primary and supplement insurance companies, including phone numbers, addresses, and a copy of your insurance card. If this information is not provided, you will be required to pay any charges in full at the time of service. We will also use the information you provide to help with the preauthorization process. Even though we bill your insurance company for you, we still collect the co-pays and deductibles from you at the time of service.

Esperamos que usted reconozca que nuestra póliza financiera es necesaria para asumir parte de los recursos necesarios para mantener este servicio de atención médica para nuestros pacientes y para la comunidad. Los cargos por los servicios médicos se deben pagar en el momento que se prestan los servicios. Aceptamos Visa, MasterCard, Discover, American Express, así como cheques personales, giros postales, y dinero en efectivo. Para facturar a su compañía de seguro para sus costos de atención de la salud, es extremadamente importante que se obtenga la información completa acerca de sus compañías de seguros primarios y suplementarios, incluyendo números de teléfono, direcciones, y una copia de su tarjeta de seguro. Si no se proporciona esta información, se le pedirá que pague sus cargos en su totalidad en el momento del servicio. También utilizaremos la información que proporcione para ayudar con el proceso de autorización. A pesar de que le pediremos a su compañía de seguros pago por usted, todavía cobramos los copagos y deducibles de usted en el momento de servicio.

SLIDING FEE SCHEDULE (SFS) DISCOUNT PROGRAM (PROGRAMA DE ESCALA DE DESCUENTO):

Family Health Source is a non-profit organization that receives a defined amount of federal funding to supplement the cost of providing medical care to patients who are eligible to participate in the sliding fee schedule discount program. To qualify for reduced rate services known as our Sliding Fee Schedule Discount Program, which is based on income, we need the following; proof of any income (like last 4 paystubs, unemployment, social security, disability, pensions, rental income, veteran’s benefits, IRA, etc and/or previous year’s tax return), photo ID, and pediatric patients are required to bring proof of guardianship. If patient has no income, we offer a Verification of Support Form which needs to be notarized by whomever is supporting you financially. Enabling Services will counsel with the patient before using the form to determine patient eligibility. All new qualified sliding fee patients will be required to pay minimum nominal at each visit. If the patient fails to produce the required documents to qualify for the reduced services per the federal guidelines, the patient will be considered self-pay and will be asked to pay full cost prior to being seen by the healthcare provider.

Family Health Source es una organización sin fines de lucro que recibe una cantidad definida de fondos federales para complementar el costo de brindar atención médica a los pacientes que son elegibles para participar en el programa de descuentos de tarifas. Para calificar para los servicios de tarifa reducida conocidos como nuestro Programa de Descuento de Tarifas, que se basa en los ingresos, necesitamos lo siguiente: Prueba de ingresos (como los últimos 4 pagos, desempleo, seguro social, pensiones, ingresos por alquiler, beneficios de veteranos, IRA, etc y / o la declaración de impuestos del año anterior), identificación con foto y pacientes pediátricos deben presentar prueba de tutela. Si el paciente no tiene ingresos, le ofrecemos un Formulario de Verificación de Apoyo que necesita ser notariado por quien le apoya financieramente. Servicios de Habilitación asesorará al paciente antes de usar el formulario para determinar la elegibilidad del paciente. Todos los nuevos pacientes calificados para el descuento de tarifa tendrán que pagar una cuota nominal en cada visita. Si el paciente no produce los documentos requeridos para calificar para los servicios reducidos según las reglas federales, el paciente será considerado pagando de su bolsillo y se le pedirá que pague el costo total antes de ser visto por el proveedor de atención médica.

CONTRACTED INSURANCES (SEGUROS CONTRATADOS):

We directly contract through the various physicians employed by our organization to provide service for our patients. If you are enrolled with one of these companies, you will pay the co-pay and deductible fees that are predetermined by your insurance carrier. You will be asked to pay any co-pays, deductibles, and co-insurance at the time of service. Some services may be deemed non-covered or medically unnecessary by your insurance company. If so, you are directly responsible for the charges incurred. Any balance that remains unpaid after the insurance payment is made is due to our office within 60 days.

Contratamos directamente a través de los diversos médicos empleados por nuestra organización para dar servicio a nuestros pacientes. Si está inscrito con una de estas empresas, tendrá que pagar el copago y cuotas deducibles que están predeterminados por su compañía de seguros. Se le pedirá que pague cualquier copago, deducibles y co-seguro en el momento del servicio. Algunos servicios pueden ser considerados no cubierto o médicamente innecesarios por su compañía de seguros. Si es así, usted es directamente responsable de los cargos incurridos. Cualquier saldo que quede sin pagar después de haber realizado el pago del seguro se debe a nuestra oficina dentro de los 60 días.

MY SIGNATURE BELOW VERIFIES I HAVE READ AND UNDERSTOOD THE INFORMATION ON THIS FORM.

(Mi firma verifica que he leído y comprendido la información en este formulario.)

DATE (FECHA): _____ DOB (FECHA DE NACIMIENTO): _____

NAME (NOMBRE): _____ RELATIONSHIP (RELACION): _____

SIGNATURE (FIRMA): _____

(OR SIGNATURE OF PARENT/GUARDIAN, IF MINOR)

(FIRMA DEL PADRE/GUARDIAN, SI ES MENOR DE EDAD)