



Registro De Paciente e Informacion De Ingresos

Favor de usar letra de molde y llene la forma completamente:

Apellido _____ Primer Nombre _____ Nombre Preferido _____ Inicial del Segundo nombre _____
 Nombre de soltera _____ Fecha de nacimiento ____/____/____ Edad _____
 Sexo asignado al nacer Mujer Hombre Intersex Identidad de género: Mujer Hombre Otro _____
 Residente de Georgia: Si No Condado _____
 Calle, Casa o Apt. # _____ Ciudad _____ Zona Postal _____
 Dirección para enviar correo (si es diferente) _____
 Dirección de correo electrónico: _____ Teléfono _____ Celular _____
 Se puede comunicar por (chequeeé todo lo que aplica): Correo correo electrónico Celular (mensaje de voz/o
 mensaje de texto)
 Contacto de emergencia: Si es menor de 18 años de edad, nombre del Padre/ Guardián y teléfono # _____

Grupo Racial- Usted puede seleccionar mas de uno.		Grupo étnico	Estado Civil
<input type="checkbox"/> Afro Americano/Negro	<input type="checkbox"/> Nativo Americano/ Nativo de Alaska	<input type="checkbox"/> Hispano	<input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Viudo
<input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> Hawaiano Nativo/ Isleño de Pacifico	<input type="checkbox"/> No-Hispano	<input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Soltero
<input type="checkbox"/> Caucásico/Blanco	<input type="checkbox"/> Otro		<input type="checkbox"/> Separado

Tiene usted seguro medico, Medicaid, o Medicare? No Si
 Proveedor del Seguro Medico/Medicaid/Medicare: _____ ID# _____
 Nombre del titular de la póliza: _____ Fecha de nacimiento del titular de la póliza: _____
 A usted lo refirieron de la Asistencia Temporal de Familias Necesitadas (TANF)? No Si Usted participa en WIC? No Yes

Tarifas de servicios para Planificación Familiar, Salud de la Mujer, y ITS se establecen en una escala basado en los ingresos brutos y del tamaño de la familia. Pacientes mayores de 19 años se le pedirá que traiga prueba de ingresos y residencia, para que pueda calificar para el precio reducido. Elegibilidad para BCCP será basado en los ingresos brutos y tamaño de familia.
 Ponga todos los miembros de su familia que aporten y que sean mantenidos por usted, incluyéndote. Ponga todos los ingresos, incluyendo manutención de los hijos, pensión alimenticia, desempleo, Seguro Social, etc.

NOMBRE	EDAD	FECHA DE NACIMIENTO	RELACION	GENERO	INGRESOS ANTES DE IMPUESTOS
Yo					\$ - Semana/mes/año
					\$ - Semana/mes/año
					\$ - Semana/mes/año
					\$ - Semana/mes/año
					\$ - Semana/mes/año
					\$ - Semana/mes/año
					\$ - Semana/mes/año
					\$ - Semana/mes/año
					\$ - Semana/mes/año
					\$ - Semana/mes/año

Yo certifico que la información presentada es correcta _____
Firma del Paciente Fecha
 Yo no proporcione comprobante de ingresos y/o residencia y estoy de acuerdo en pagar 100% de mi costo. _____
Firma del Paciente Fecha

INTAKE USE ONLY
 Total # people in household _____ Total Household Income \$ _____ mo/yr FP/WH/STD % pay _____ BCCP eligible _____

 Intake Signature Date

Consentimiento y Plan de Tratamiento

Infección de Tuberculosis Latente (LTBI) Consent to Treatment and Treatment Plan – LTBI: Spanish

Yo, _____, he sido asesorado y aconsejado por
(Nombre del Cliente)

_____ y basado en la información disponible, yo (puede que tenga
(Representante de Salud Pública/Título)

/ tengo) una infección de tuberculosis latente. Se me ha explicado lo siguiente:

1. LTBI significa que yo he sido infectado por el germen de la TB, *M. tuberculosis*. Mi sistema inmunológico ha encapsulado los gérmenes para mantenerlos durmientes. Yo no tengo síntomas y no puedo propagarle el germen a otros.
2. Yo sé que sin el tratamiento, yo puedo enfermarme con la enfermedad de la TB activa y tener síntomas, tales como tos, fiebre, sudoraciones nocturnas, pérdida de peso o cansancio extremado. Si aparece cualquiera de esos síntomas, yo estoy de acuerdo en llamar al departamento de salud al _____ inmediatamente.
3. Yo estoy de acuerdo en seguir este plan de tratamiento. Yo acuerdo venir al departamento de salud para evaluaciones médicas y para rellenar pastillas, según se me ordene y a cooperar con mi tratamiento. Si yo no puedo asistir a una cita, yo llamaré al departamento de salud inmediatamente y volveré a programar otra cita dentro de siete (7) días.
4. Yo acuerdo tomar mi medicamento para la TB, según se me ordene, por el largo completo del tratamiento. Yo llamaré al departamento de salud si yo no puedo tomar mi medicamento por cualquier razón.
5. Se me han explicado los efectos laterales de mi medicamento. Yo estoy de acuerdo en llamar al departamento de salud al _____, si yo desarrollo cualquiera de estos efectos laterales.
6. Yo estoy de acuerdo en decirle al departamento de salud si cambio de dirección residencial o cambio mi número de teléfono. Yo acuerdo decirle al departamento de salud cómo ponerse en contacto conmigo en persona y por teléfono.
7. Se me ha explicado mi plan de tratamiento y todas mis preguntas han sido contestadas. Yo he recibido una copia de este plan.

(Firma del Cliente)

(Fecha)

(Representante de Salud Pública/Título)

(Fecha)

(Firma del Testigo/Intérprete)

(Fecha)

Adjunte la etiqueta del Paciente o complete: Nombre _____
Dirección: _____
Ciudad, estado, código postal _____
Teléfono _____
N° de identificación del paciente: _____



Audrey Arona, MD – District Health Director

AUTHORIZATION FOR RELEASE OF INFORMATION		
Patient Name:		
Patient Address:		
City:	State:	Zip Code:
Patient #:	Date of Birth:	
Identifier (SSN, License or Other):		
<i>I hereby authorize this practice to make uses and disclosure of my Protected Health Information (PHI) (information about me in my medical records and/or financial records) as indicated below.</i>		
<i>To obtain from:</i>		
<i>The information may be disclosed to:</i> (Name/ Address of Person or Agency Requesting Information)		
Name:		FAX #:
Address:		Phone #:
City:	State:	Zip:
Contact:		
Description of information to be disclosed:		
For the purpose of: Continued Health Care.		
I understand the following: <ul style="list-style-type: none"> • I may revoke this authorization at any time by providing written notice to the practice • I may not be able to revoke this authorization if the practice has already taken action utilizing this authorization or if the authorization was obtained as a condition of obtaining insurance coverage • The practice will not condition treatment or payment based on my signing this authorization • I am signing this authorization freely • The information disclosed in this authorization may be subject to re-disclosure by the practice and no longer protected by federal law • I acknowledge that I have had an opportunity to review this authorization and understand the intent and the use and have received a copy of the authorization 		
All information I authorize to be released from this agency will be held strictly confidential. I understand that this authorization will remain in effect for: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Ninety (90) days, unless I specify an earlier expiration date here: <input type="checkbox"/> One (1) year from the date of signature. <input type="checkbox"/> The period necessary to complete all transactions on accounts related to services provided to me. 		
Patient Signature:	Date:	
Signature of Patient's Representative:	Date:	
Signature of Witness:	Date:	
Title or Relationship to Patient:	Expiration Date:	



Preventive Health Clinic
455 Grayson Highway Suite 400
Lawrenceville, GA 30046
Phone: (678) 442-6880
Fax: (770) 237-5317
www.gnrhealth.com

Acuerdo de la Cita Fallada Interrupción en el contrato de tratamiento

x_____ Entiendo que es la política de la clínica de salud preventiva que yo pague \$15.00 por cada cita cancelada sin informar a la clínica en menos de doce 12 horas antes de mi cita. Si es después de horas, dejo un mensaje de correo de voz. 678-442-6880

Interrupción en el contrato de tratamiento

x_____ Entiendo que si yo falto 2 meses de tratamiento, se necesita reiniciar tratamiento para infección tuberculosa latente y asumir toda la responsabilidad de los asociados honorarios.

FIRMA DEL PACIENTE (Patient)

FECHA

FIRMA DE LA ENFERMERA (Provider)

FECHA