



PATIENT REGISTRATION AND INCOME INFORMATION

Please print and fill out completely:

Last Name _____ First Name _____ Preferred Name _____ Middle Initial _____
 Maiden/Former Name _____ Date of Birth ___/___/___ Age _____
 Sex Assigned at Birth Female Male Intersex Gender Identity: Female Male Other _____
 Georgia Resident: Yes No County _____
 Street, House or Apt. # _____ City _____ Zip code _____
 Mailing Address (if different) _____
 Email address: _____ Day Phone _____ Mobile _____
 I can be contacted by (check all that apply): Mail Email Mobile (voice message and/or text message)
 Emergency Contact: If less than 18 years old, name of Parent/ Guardian and Phone #
 Name _____ Relationship _____ Phone # _____

Racial Group - You can select more than one.		Ethnic Group	Marital Status
<input type="checkbox"/> African American/Black	<input type="checkbox"/> Native American/ Native Alaskan	<input type="checkbox"/> Hispanic	<input type="checkbox"/> Married <input type="checkbox"/> Widowed
<input type="checkbox"/> Asian	<input type="checkbox"/> Native Hawaiian/ Pacific Islander	<input type="checkbox"/> Non-Hispanic	<input type="checkbox"/> Divorced <input type="checkbox"/> Single
<input type="checkbox"/> Caucasian/White	<input type="checkbox"/> Other		<input type="checkbox"/> Separated

Do you have health insurance, Medicaid, or Medicare? No Yes
 Health Insurance/Medicaid/Medicare Provider: _____ ID# _____
 Primary Policyholder Name: _____ Primary Policyholder DOB: _____
 Were you referred by TANF? No Yes Do you participate in WIC? No Yes

Service fees for Family Planning, Women's Health, and STD are set on a sliding scale based on gross income and family size. Patients over the age of 19 will be asked to prove income and residency, in order to qualify for a reduced price. Eligibility for BCCP is based on gross income and family size.
 List all members in household who support you or who are supported by you, including yourself. List all income, including child support, alimony, unemployment, SSI, etc.

NAME	AGE	DOB	RELATIONSHIP	GENDER	INCOME BEFORE TAXES
SELF					\$ _____ wk/mo/yr
					\$ _____ wk/mo/yr
					\$ _____ wk/mo/yr
					\$ _____ wk/mo/yr
					\$ _____ wk/mo/yr
					\$ _____ wk/mo/yr
					\$ _____ wk/mo/yr
					\$ _____ wk/mo/yr
					\$ _____ wk/mo/yr
					\$ _____ wk/mo/yr

I certify that the above information is true and correct. _____
Patient Signature Date

I did not provide proof of income and/or residency and agree to pay 100% of my costs. _____
Patient Signature Date

INTAKE USE ONLY

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

Intake Signature _____ Date _____

Phiếu Đồng ý Kế hoạch Điều trị
Bệnh lao tiềm ẩn (LTBI)
Consent and Treatment Plan LTBI: Vietnamese

Tôi tên _____, theo lời khuyên và hướng dẫn
(Tên khách hàng)

của _____ dựa trên những thông tin sẵn có, tôi (có thể/
(Đại diện Cục y tế/ chức danh)
đã) mang mầm bệnh lao tiềm ẩn trong người. Tôi đã được giải thích như sau:

1. Nhiễm phải bệnh lao tiềm ẩn có nghĩa là tôi đã bị lây nhiễm vi khuẩn bệnh lao *M. tuberculosis*. Hệ miễn dịch của tôi đã ngăn chặn các mầm bệnh hoạt động. Tôi không có dấu hiệu lao và không thể lây nhiễm cho những người khác,
2. Tôi biết rằng việc không điều trị sẽ dẫn đến bệnh lao với các triệu chứng như ho, sốt, đổ mồ hôi về đêm, sút cân hay rất mệt mỏi. Nếu một trong những triệu chứng kể trên xuất hiện, tôi sẽ gọi trung tâm y tế tại _____ ngay lập tức.
3. Tôi đồng ý tuân theo kế hoạch điều trị. Để phối hợp điều trị bệnh, tôi đồng ý đi đến trung tâm y tế để kiểm tra và lấy thuốc theo yêu cầu. Nếu tôi không thể đến đúng hẹn, tôi sẽ gọi trung tâm y tế ngay lập tức và hẹn lại trong vòng 7 ngày.
4. Tôi đồng ý uống thuốc theo yêu cầu đến khi hết hẳn bệnh. Nếu vì lý do nào đó tôi không thể đến lấy thuốc, tôi sẽ thông báo cho trung tâm y tế được biết.
5. Tôi đã được giải thích tác dụng phụ của thuốc. Tôi sẽ gọi cho trung tâm y tế tại _____ ngay lập tức nếu phát hiện bất cứ tác dụng phụ nào.
6. Tôi đồng ý sẽ báo cho trung tâm y tế biết nếu như tôi có đổi số điện thoại và đồng ý chỉ cho trung tâm y tế cách gặp tôi trực tiếp hoặc qua điện thoại.
7. Tôi đã được giải thích kỹ về kế hoạch điều trị bệnh và các thắc mắc của tôi đã được giải đáp. Tôi đã có bản sao của kế hoạch điều trị.

(Chữ ký khách hàng)

(Ngày tháng)

(Đại diện Cục y tế / Chức danh)

(Ngày tháng)

(Chữ ký người làm chứng/ người phiên dịch)

(Ngày tháng)

Dán nhãn bệnh nhân vào hoặc điền vào:

Họ tên _____

Địa chỉ _____

Thành phố, bang, mã vùng _____

Địa chỉ _____

Mã số bệnh nhân _____



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>		
The information may be disclosed to: (Name/ Address of Person or Agency Requesting Information)		
Name:		FAX #:
Address:		Phone #:
City:	State:	Zip:
		Contact:
Description of information to be disclosed:		
<i>For the purpose of:</i> 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. <li style="background-color: yellow;"><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:	