

Patient Name: _____**Date of Birth:** _____

AGREEMENT OF TREATMENT EXPECTATIONS AND MEDICAL HOME RESPONSIBILITIES

This is an agreement between two parties: Lifecare Family Health & Dental Center and the Patient.

The purpose of this document is a positive one. It attempts to make clear the rights and responsibilities of both parties. It says *who* is to do *what*.

A medical home is a care team working to provide you with the best care possible. We want to include you in making health care decisions. We will help you coordinate your care with providers outside of Lifecare when needed. We offer clinical advice during and after hours along with early morning appointments.

We promise to treat you to the best of our abilities, consistent with the standards of care in our community. You, in turn, promise to be as understanding, cooperative, and responsible as possible.

Lifecare Family Health & Dental Center has zero tolerance for violence or threat of violence of any kind. Therefore, there will not be any attempt or threat to kick, hit, or otherwise harm any staff member, patient, or visitors. Furthermore, neither party will yell or use profanity when addressing any staff member, patient, or visitors.

I have read (or have had read to me) the “Agreement of Treatment Expectations” and fully understand its contents. I have been given an opportunity to ask questions. Any violation of this agreement may result in permanent dismissal from the office.

LEGAL GUARDIAN – MUST BE COMPLETED IF PATIENT IS UNDER THE AGE OF 18

Patient Name/Legal Guardian: _____

Social Security Number: _____ Relationship to Patient: _____

Street Address if different from above: _____

City, State, Zip Code: _____ County: _____

Patient/ Legal Guardian Signature : _____ **Date:** _____



Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____

ACUERDO SOBRE LAS EXPECTATIVAS DE TRATAMIENTO Y LAS RESPONSABILIDADES DEL HOGAR MÉDICO

Se trata de un acuerdo entre dos partes: Lifecare Famiky Health & Dental Center y el Paciente.

El propósito de este documento es positivo. Intenta dejar claros los derechos y responsabilidades de ambas partes. Dice *quién* debe hacer *qué*.

Un centro médico es un equipo de atención que trabaja para brindarle la mejor atención posible. Queremos incluirlo en la toma de decisiones sobre atención médica. Lo ayudaremos a coordinar su atención con proveedores fuera de Lifecare cuando sea necesario. Ofrecemos asesoramiento clínico durante y después del horario de atención, además de citas a primera hora de la mañana.

Nos comprometemos a tratarlo de la mejor manera posible, de acuerdo con los estándares de atención de nuestra comunidad. Usted, a su vez, promete ser lo más comprensivo, cooperativo y responsable posible.

Este centro de salud tiene tolerancia cero con la violencia o la amenaza de violencia de cualquier tipo. Por lo tanto, no habrá ningún intento ni amenaza de patear, golpear o dañar de cualquier otra manera a ningún miembro del personal, paciente o visitante. Además, ninguna de las partes gritará ni usará malas palabras al dirigirse a ningún miembro del personal, paciente o visitante.

He leído (o me han leído) el “Acuerdo de expectativas de tratamiento” y comprendo plenamente su contenido. Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas. Cualquier violación de este acuerdo puede dar lugar al despido permanente del consultorio.

TUTOR LEGAL – DEBE COMPLETARSE SI EL PACIENTE ES MENOR DE 18 AÑOS

Nombre del Paciente/Tutor Legal: _____
Número de Seguro Social: _____ Relación con el Paciente: _____
Dirección donde vive si es diferente a la de arriba: _____
Ciudad, Estado, Código Postal: _____ Condado: _____

Firma del Paciente/Tutor Legal: _____ **Fecha:** _____

Patient Name: _____

Date of Birth: _____

Financial Agreement

I hereby consent to all treatment deemed necessary by the staff of Lifecare Family Health & Dental Center, Inc. I authorize the Lifecare Family Health & Dental Center, Inc. (LIFECARE FHDC) to use, disclose, and/or receive any or all information relating to my treatment. My provider may contact any other covered entity that has provided services to me for the purpose of obtaining further diagnosis.

LIFECARE FHDC has made prior arrangements with many health plans to accept direct payments. LIFECARE FHDC will bill those plans for which it has made prior arrangement and will only require you to pay the authorized Co-pay at the time of service. I agree that I am responsible for any co-payments, deductibles and fees for non-covered services.

I hereby authorize release of information necessary to file a claim with my insurance company and assign benefits, otherwise payable to me, to the physician or group indicated on the claim. I am responsible for any referrals and/or authorizations required by my insurance company. I understand I am financially responsible for any balance not covered by my insurance. My insurance policy, if applicable, is a contract between me and my insurance company. LIFECARE FHDC is not responsible for collecting on an insurance claim or negotiating a settlement on a disputed claim.

As a courtesy to the patient, LIFECARE FHDC will submit claims to any insurance company. If the patient's coverage is with a plan that LIFECARE FHDC does not have prior arrangement, the charges for the patient's care and treatment are the patient's responsibility and due in full at the time of service.

I understand that unless other arrangements have been made in advance by either me or my health coverage provider, payment is due at the time of service. For all services rendered to minors, the custodial parent or legal guardian will be responsible for all charges.

For the patient's convenience LIFECARE FHDC will accept Visa, MasterCard, Cash, and Personal Check. There will be a \$10.00 fee charged to patients for all non-sufficient funds checks and the patient will be required to pay cash for all future visits.

I further attest that, as of the date of my signature, the income sources listed constitute all of my household income, and that the number of family members listed are all solely dependent on that income. I verify my income level is truthful. I understand that LIFECARE FHDC is not in the business of extending credit and I agree to pay the above practice at the time its bill is presented. If prompt payment is not made, LIFECARE FHDC may take action to collect its charges.

INSURANCE INFORMATION

Primary Insurance: _____ ID#: _____ Group#: _____
 Policyholder Name: _____ Policy Holder D.O.B.: _____
 Relationship to Patient: _____

Secondary Insurance: _____ ID#: _____ Group#: _____
 Policyholder Name: _____ Policy Holder D.O.B.: _____
 Relationship to Patient: _____

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____

Acuerdo Financiero

Por la presente, yo doy mi consentimiento para que el personal de «Lifecare Family Health & Dental Center, Inc.» considere necesario todo tratamiento. Autorizo a «Lifecare Family Health & Dental Center, Inc. (LIFECARE FHDC)» a utilizar, divulgar y/o recibir toda o parte de la información relacionada con mi tratamiento. Mi proveedor puede comunicarse con cualquier otra entidad cubierta que me haya brindado servicios con el fin de obtener un diagnóstico más detallado.

«LIFECARE FHDC» ha hecho arreglos previos con muchos planes de salud para aceptar pagos directos. «LIFECARE FHDC» facturará a aquellos planes con los que haya hecho arreglos previos y solo le solicitará que pague el copago autorizado al momento del servicio. Acepto que soy responsable de cualquier copago, deducible y tarifa por servicios no cubiertos.

Por la presente autorizo la divulgación de la información necesaria para presentar un reclamo ante mi compañía de seguros y asignar los beneficios, que de otro modo me corresponderían, al médico o grupo indicado en el reclamo. Soy responsable de cualquier derivación o autorización requerida por mi compañía de seguros. Entiendo que soy financieramente responsable de cualquier saldo no cubierto por mi seguro. Mi póliza de seguro, si corresponde, es un contrato entre mi compañía de seguros y yo. «LIFECARE FHDC» no es responsable de cobrar un reclamo de seguro ni de negociar un acuerdo sobre un reclamo en disputa.

Como cortesía al paciente, «LIFECARE FHDC» enviará reclamos a cualquier compañía de seguros. Si la cobertura del paciente es con un plan que «LIFECARE FHDC» no ha acordado previamente, los cargos por la atención y el tratamiento del paciente son responsabilidad del paciente y deben pagarse en su totalidad al momento del servicio.

Entiendo que, a menos que yo o mi proveedor de cobertura médica hayamos hecho otros arreglos con anticipación, el pago se debe realizar al momento del servicio. En el caso de todos los servicios prestados a menores, el padre o tutor legal con custodia será responsable de todos los cargos.

Para la comodidad del paciente, «LIFECARE FHDC» aceptará Visa, MasterCard, efectivo y cheques personales. Se cobrará una tarifa de \$10.00 a los pacientes por todos los cheques que no tengan fondos suficientes y el paciente deberá pagar en efectivo todas las visitas futuras.

Además, doy fe de que, a la fecha de mi firma, las fuentes de ingresos enumeradas constituyen todos los ingresos de mi hogar y que la cantidad de miembros de la familia enumerados dependen únicamente de esos ingresos. Verifico que mi nivel de ingresos es veraz. Entiendo que «LIFECARE FHDC» no se dedica a otorgar crédito y acepto pagar a la práctica antes mencionada en el momento en que se presente la factura. Si no se realiza el pago puntual, «LIFECARE FHDC» puede tomar medidas para cobrar sus cargos.

INFORMACIÓN DEL SEGURO MÉDICO

Seguro Principal: _____ ID#: _____ Grupo#: _____
 Nombre del Asegurado: _____ Fecha de Nacimiento del Asegurado: _____
 Relación con el Paciente: _____

Seguro Secundario: _____ ID#: _____ Grupo#: _____
 Nombre del Asegurado: _____ Fecha de Nacimiento del Asegurado: _____
 Relación con el Paciente: _____

Patient Name: _____

Date of Birth: _____

Financial Agreement- continued

Lifecare receives funding to offset the costs of treating uninsured or underinsured patients. We are required to report certain demographics on all of our patients including race, family size, and income. Reporting these items assists us to receive funding to continue providing care to all of our patients. Reported information **does not** contain your name, address, or social security information.

Please circle household size and check the correct income box in the same line:

Household members	Income less than:	Income between:	Income between:	Income more than:
1	<input type="checkbox"/> \$15,650	<input type="checkbox"/> \$15,561 - \$21,597	<input type="checkbox"/> \$21,598-\$25,823	<input type="checkbox"/> \$25,824
2	<input type="checkbox"/> \$21,150	<input type="checkbox"/> \$21,151-\$29,187	<input type="checkbox"/> \$29,188 - \$34,898	<input type="checkbox"/> \$34,899
3	<input type="checkbox"/> \$26,650	<input type="checkbox"/> \$26,651-\$36,777	<input type="checkbox"/> \$36,778 - \$43,973	<input type="checkbox"/> \$43,974
4	<input type="checkbox"/> \$32,150	<input type="checkbox"/> \$32,151 - \$44,367	<input type="checkbox"/> \$44,368 - \$53,048	<input type="checkbox"/> \$53,049
5	<input type="checkbox"/> \$37,650	<input type="checkbox"/> \$37,651 - \$51,957	<input type="checkbox"/> \$51,958 - \$62,123	<input type="checkbox"/> \$62,124
<u>6</u>	<input type="checkbox"/> <u>\$43,150</u>	<input type="checkbox"/> <u>\$43,151 - \$59,547</u>	<input type="checkbox"/> <u>\$59,548 - \$71,198</u>	<input type="checkbox"/> <u>\$71,199</u>
<u>7</u>	<input type="checkbox"/> <u>\$48,650</u>	<input type="checkbox"/> <u>\$48,651-\$67,137</u>	<input type="checkbox"/> <u>\$67,138-\$80,273</u>	<input type="checkbox"/> <u>\$80,274</u>
<u>8</u>	<input type="checkbox"/> <u>\$54,150</u>	<input type="checkbox"/> <u>\$54,151-\$74,727</u>	<input type="checkbox"/> <u>\$74,728 - \$89,348</u>	<input type="checkbox"/> <u>\$89,349</u>

REDUCED RATE PROGRAM

Lifecare offers a Reduced Rate Program as our way to offer services at a lower cost to families who meet certain requirements. The Reduced Rates are divided into different categories based on household size and gross income. Patients that qualify for the program would pay for services according to what financial category they fall into.

Are you interested in applying for our Reduced Rate Program? YES NO

I UNDERSTAND THAT THERE MAY BE CHARGES IN ADDITION TO MY COPAY BASED ON THE CLINIC'S SLIDING FEE SCALE. I AGREE TO PAY SAID CHARGES.

Patient/ Legal Guardian Signature : _____ **Date:** _____

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____

Acuerdo Financiero (continuación)

Lifecare recibe fondos para compensar los costos de tratar a pacientes sin seguro o con seguro insuficiente. Estamos obligados a informar ciertos datos demográficos de todos nuestros pacientes, como raza, tamaño de la familia e ingresos. Informar estos datos nos ayuda a recibir fondos para seguir brindando atención a todos nuestros pacientes. La información informada no contiene su nombre, dirección ni información de seguridad social.

Por favor, marque el tamaño del hogar y la casilla de ingresos correcta en la misma línea:

Household members	Income less than:	Income between:	Income between:	Income more than:
1	<input type="checkbox"/> \$15,650	<input type="checkbox"/> \$15,561 - \$21,597	<input type="checkbox"/> \$21,598-\$25,823	<input type="checkbox"/> \$25,824
2	<input type="checkbox"/> \$21,150	<input type="checkbox"/> \$21,151-\$29,187	<input type="checkbox"/> \$29,188 - \$34,898	<input type="checkbox"/> \$34,899
3	<input type="checkbox"/> \$26,650	<input type="checkbox"/> \$26,651-\$36,777	<input type="checkbox"/> \$36,778 - \$43,973	<input type="checkbox"/> \$43,974
4	<input type="checkbox"/> \$32,150	<input type="checkbox"/> \$32,151 - \$44,367	<input type="checkbox"/> \$44,368 - \$53,048	<input type="checkbox"/> \$53,049
5	<input type="checkbox"/> \$37,650	<input type="checkbox"/> \$37,651 - \$51,957	<input type="checkbox"/> \$51,958 - \$62,123	<input type="checkbox"/> \$62,124
<u>6</u>	<input type="checkbox"/> <u>\$43,150</u>	<input type="checkbox"/> <u>\$43,151 - \$59,547</u>	<input type="checkbox"/> <u>\$59,548 - \$71,198</u>	<input type="checkbox"/> <u>\$71,199</u>
<u>7</u>	<input type="checkbox"/> <u>\$48,650</u>	<input type="checkbox"/> <u>\$48,651-\$67,137</u>	<input type="checkbox"/> <u>\$67,138-\$80,273</u>	<input type="checkbox"/> <u>\$80,274</u>
<u>8</u>	<input type="checkbox"/> <u>\$54,150</u>	<input type="checkbox"/> <u>\$54,151-\$74,727</u>	<input type="checkbox"/> <u>\$74,728 - \$89,348</u>	<input type="checkbox"/> <u>\$89,349</u>

PROGRAMA DE TARIFA REDUCIDA

«Lifecare» ofrece un programa de tarifas reducidas como una forma de ofrecer servicios a un costo menor a las familias que cumplen con ciertos requisitos. Las tarifas reducidas se dividen en diferentes categorías según el tamaño del hogar y los ingresos brutos. Los pacientes que califican para el programa pagarían los servicios según la categoría financiera a la que pertenecen.

¿Está usted interesado en aplicar para nuestro Programa de Tarifa Reducida? Sí No

ENTIENDO QUE PUEDE HABER CARGOS ADEMÁS DE MI COPAGO EN BASE A LA ESCALA DE TARIFAS ESCALONES DE LA CLÍNICA. ACEPTO PAGAR DICHOS CARGOS.

Firma del Paciente/Tutor Legal: _____ **Fecha:** _____

Patient Name: _____

Date of Birth: _____

PATIENT DEMOGRAPHIC FORM
First Name: _____ **Middle initial:** _____ **Last Name:** _____

Date of Birth: _____ **Social Security Number:** _____

Address: _____ **Apt./Unit/Lot #** _____ **City:** _____ **Zip:** _____

Marital Status: [] single [] married [] divorced [] widowed [] separated

Employment Status: [] full time [] part time [] unemployed [] self-employed [] retired [] seasonal

Occupation: _____ **Education (highest grade/degree):** _____

Primary Phone Number: _____ **Additional Phone Number:** _____

Preferred Contact Method: [] Home Phone [] Cell Phone [] Patient Portal

Emergency Contact:

Name: _____ Relationship: _____

Phone Number: _____

How Did You Hear About Us? (circle one from below)

Newspaper Outreach Event/Community Friend Employee of Lifecare Ad/TV/Website

Race: <input type="checkbox"/> White <input type="checkbox"/> Black <input type="checkbox"/> Native American/Alaska Native <input type="checkbox"/> Asian Indian <input type="checkbox"/> Chinese <input type="checkbox"/> Filipino <input type="checkbox"/> Japanese <input type="checkbox"/> Korean <input type="checkbox"/> Vietnamese <input type="checkbox"/> Other Asian <input type="checkbox"/> Native Hawaiian <input type="checkbox"/> Samoan <input type="checkbox"/> Guamanian or Chamorro <input type="checkbox"/> Other Pacific Islander <input type="checkbox"/> Choose not to disclose	Have you Served/Currently Serve in the US Military, Armed Forces, or Uniformed Services?: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Check if any of these apply to you: <input type="checkbox"/> Homeless <input type="checkbox"/> Live in public housing Preferred Language: <input type="checkbox"/> English <input type="checkbox"/> Spanish <input type="checkbox"/> Other: _____	Ethnicity: <input type="checkbox"/> Non-Hispanic <input type="checkbox"/> Mexican, Mexican American, Chicano/a <input type="checkbox"/> Puerto Rican <input type="checkbox"/> Cuban <input type="checkbox"/> Another Hispanic, Latino/a or Spanish Origin <input type="checkbox"/> Choose not to disclose
---	---	--

 Do you want to be web enabled for appointment reminders, telehealth video appointments, and other online access to your medical team: **circle one** then provide the necessary email address for online access:

Yes

No

Email: _____

Nombre del paciente: _____ **Fecha de nacimiento:** _____

FORMULARIO DEMOGRÁFICO DEL PACIENTE

Primer Nombre: _____ **Inicial del segundo:** _____ **Apellido(s):** _____

Fecha de Nacimiento: _____ **Número de Seguro Social:** _____

Dirección: _____ **Apt./Unit/Lot #** _____ **Ciudad:** _____ **Código Postal:** _____

Estado Civil: soltero(a) casado(a) divorciado(a) viudo(a) separado(a)

Estado Laboral: tiempo completo medio tiempo desempleado independiente retirado temporal

Ocupación: _____ **Educación (grado más alto/certificado):** _____

Número de teléfono Principal: _____ **Número de Teléfono Adicional:** _____

Método de Contacto Preferido: Teléfono del Hogar Celular Portal del Paciente

Contacto de Emergencia:

Nombre: _____ Relación: _____

Número de Teléfono: _____

¿Cómo se enteró de nosotros? (Encierra en un círculo uno de abajo)

Periódico Evento divulgado/Comunidad Amigo Empleado de «Lifecare» «Ads/TV/Website»

<p>Raza: <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Americano Africano <input type="checkbox"/> Nativo americano/nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Indio americano <input type="checkbox"/> Chino <input type="checkbox"/> Filipino <input type="checkbox"/> Japonés <input type="checkbox"/> Coreano <input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> Otro asiático <input type="checkbox"/> Nativo hawaiano <input type="checkbox"/> Samoano <input type="checkbox"/> Guameño o chamarro <input type="checkbox"/> Otro isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Prefiero no Compartir</p>	<p>¿Ha servido o sirve actualmente en el ejército, las fuerzas armadas o los servicios uniformados de los EE. UU.?: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Marque si alguna se aplica a usted: <input type="checkbox"/> Sin Hogar <input type="checkbox"/> Vivo en Refugio o vivienda pública Idioma Preferido: <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro: _____</p>	<p>Etnia: <input type="checkbox"/> No hispano <input type="checkbox"/> Prefiero no Compartir <input type="checkbox"/> Mexicano, mexicano-estadounidense, chicano/a <input type="checkbox"/> Puertorriqueño <input type="checkbox"/> Cubano <input type="checkbox"/> Otro origen hispano, latino/a o español</p>
---	---	---

¿Desea usted estar habilitado(a) con acceso a Internet para recordatorios de citas, citas de tele-vídeo de salud y otros accesos en línea a su equipo médico? **Marque una opción.**

Sí

No

Email: _____

Patient Name: _____**Date of Birth:** _____

HIPAA
LIMITED PATIENT AUTHORIZATION FOR DISCLOSURE OF PROTECTED
HEALTH INFORMATION

Expirations or termination of authorization: This authorization will expire at the end of the calendar year of your last signature below unless you specify an earlier termination. You must renew or submit a new authorization after the expiration date to continue authorization. You have the right to terminate this authorization at any time. You must notify our privacy manager, in writing, if you decide to terminate the authorization prior to the normal expiration date.

Please list the date of expiration if earlier than the end of the calendar year:

Right to revoke or terminate as stated in our Notice of Privacy Practices, you have the right to revoke or terminate this authorization by submitting a written request to our Compliance Officer. You may revoke an authorization at any time, in writing, except to the extent that your health care provider or the practice has taken an action in reliance on the use or disclosure indicated in the authorization.

_____: **(Initial)** By initialing the following you acknowledge that you are aware of/and how to obtain a copy of the Notice of Privacy Policy, and that should you want a paper copy one can be provided at your request. It can also be viewed electronically on our website:

<https://www.lifecarefhdc.org/>

Non-Conditioning Statement: The practice places no condition to sign this authorization on the delivery of health care or treatment.

Re-disclosure: We have no control over the person(s) you have listed to receive your protected health information. Therefore, your protected health information disclosed under this authorization will no longer be protected by the requirements of the Privacy Rule and will no longer be the responsibility of the practice.

Patient/ Legal Guardian Signature : _____ **Date:** _____

(must be signed and dated each year)

*You have a right to receive a copy of signed authorization upon request

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____

HIPAA AUTORIZACIÓN LIMITADA DEL PACIENTE PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA

Vencimiento o terminación de la autorización: Esta autorización vencerá al final del año calendario de su última firma a continuación, a menos que especifique una terminación anterior.

Debe renovar o enviar una nueva autorización después de la fecha de vencimiento para continuar con la autorización. Tiene derecho a dar por terminada esta autorización en cualquier momento. Debe notificar a nuestro gerente de privacidad, por escrito, si decide dar por terminada la autorización antes de la fecha de vencimiento normal.

Indique la fecha de vencimiento si es anterior al final del año calendario:

Derecho a revocar o dar por terminada la presente autorización según lo establecido en nuestro Aviso de prácticas de privacidad. Usted tiene derecho a revocar o dar por terminada esta autorización mediante la presentación de una solicitud por escrito a nuestro Oficial de cumplimiento. Puede revocar una autorización en cualquier momento, por escrito, excepto en la medida en que su proveedor de atención médica o el consultorio hayan tomado una medida basándose en el uso o la divulgación indicados en la autorización.

_____: **(Iniciales)** Al poner sus iniciales en el siguiente documento, usted reconoce que conoce y sabe cómo obtener una copia del Aviso de Política de Privacidad, y que, si desea una copia impresa, se le puede proporcionar una si la solicita. También puede consultarla electrónicamente en nuestro sitio web: <https://www.lifecarefhdc.org/>

Declaración de no condicionamiento: El consultorio no impone ninguna condición para firmar esta autorización en la prestación de atención médica o tratamiento.

Nueva divulgación: No tenemos control sobre las personas que usted ha indicado que recibirán su información médica protegida. Por lo tanto, su información médica protegida divulgada conforme a esta autorización ya no estará protegida por los requisitos de la Norma de Privacidad y ya no será responsabilidad del consultorio.

Firma del Paciente/Tutor Legal: _____ **Fecha:** _____

(debe estar firmada y fechada cada año)

*Tiene derecho a recibir una copia de la autorización firmada si la solicita

Patient Name: _____**Date of Birth:** _____**Release Of HIPAA Protected Information**

(Allow the clinic to discuss your health information with the individuals listed below)

Purpose of Request (who is authorized to receive health information) - I authorize the practice to disclose or provide health information about me to the individual(s) listed below. (Please list each family member, friend, or other individual to receive Protect Health Information).

Name: _____

Phone Number: _____ Relationship: _____

Name: _____

Phone Number: _____ Relationship: _____

Name: _____

Phone Number: _____ Relationship: _____

Name: _____

Phone Number: _____ Relationship: _____

Description of Information to be disclosed – I authorize the practice to disclose the follow Protected Health Information about me to the person or persons identified above.

- Entire patient record, **or** circle **only** those items of the record to be disclosed
- Office notes lab results x-ray results
- Record of HIV and communicable disease record
- Hospital / nursing home / home health / hospice and other physician records
- Records of mental health or substance abuse treatment.
- Other (please specify): _____

Purpose of disclosure (please record the purpose of the disclosure, or check patient request):

- Patient request
- Other (please specify): _____

Patient/ Legal Guardian Signature : _____ **Date:** _____

(must be signed and dated each year)

Nombre del paciente: _____**Fecha de nacimiento:** _____

Divulgación de información protegida por la HIPAA

(Permite que la clínica discuta su información de salud con las personas que se encuentran a continuación)

Propósito de la solicitud (quién está autorizado a recibir información médica): autorizo al consultorio a divulgar o proporcionar información médica sobre mí a las personas que se enumeran a continuación. (Enumere a cada miembro de la familia, amigo u otra persona que reciba información médica protegida).

Nombre: _____

Teléfono: _____ Relación: _____

Nombre: _____

Teléfono: _____ Relación: _____

Nombre: _____

Teléfono: _____ Relación: _____

Nombre: _____

Teléfono: _____ Relación: _____

Descripción de la información que se divulgará: autorizo al consultorio a divulgar la siguiente información médica protegida sobre mí a la persona o personas identificadas anteriormente.

- Historial completo del paciente **o** encierre **solo** los elementos del historial que se divulgarán
- Notas del consultorio Resultados de laboratorio Resultados de radiografías
- Registro de VIH y enfermedades contagiosas
- Registros de hospitales, residencias de ancianos, atención médica a domicilio, hospicios y otros registros médicos
- Registros de salud mental o tratamiento por abuso de sustancias.
- Otro (especifique): _____

Firma del Paciente/Tutor Legal: _____ **Fecha:** _____

(debe estar firmado y fechado cada año)

Patient Name: _____**Date of Birth:** _____**Lifecare Family Health & Dental Center Appointments Contract**

Per; Lifecare Family Health and Dental Center MED 18 Attach: A

Your Lifecare Family Health & Dental Center (LFHDC), providers want to ensure that you and other area residents have access to high quality medical, dental, vision, and behavioral health care when you need it. To ensure maximum access to services for all of our patients, please be aware of the following appointment policy.

Contact Information: It is your responsibility to keep your current address and phone number on file with LFHDC. Please keep LFHDC up to date anytime your information changes.

Scheduled Appointments: Although Lifecare Family Health & Dental Center will make every effort to remind you of your upcoming appointment, however, you are ultimately responsible for remembering your appointment date and time.

Canceling Appointments: If you cannot make your scheduled appointment, you must notify the office to cancel your appointment.

Late Arrival to Appointments: Because of the critical lack of access to medical services in our area, we expect that you will arrive on time for your appointment. Should you arrive late, beyond thirty (30) minutes from your scheduled appointment time, you will then be considered as a Walk-In Status.

Walk-In status means that you could still be seen by your provider, however you will have to wait until the next available opening that day.

- If you are unable to wait, you have the option to reschedule your appointment.
- If you are late and have an appointment scheduled after 11:00am, your appointment will be at the provider's discretion for that date of service, and if they can see you later that day.
- If they are unable to see you, you will have the opportunity to see another provider that day, should there be an opening. If there is no available time on that day's schedule, you will be able to schedule an appointment for another day and time.

Please contact the health center if you have any questions about our Appointments Policy.

_____: **(Initial)** By initialing I understand and agree to abide by this Appointments Contract.

Patient/ Legal Guardian Signature : _____ **Date:** _____

(must be signed and dated each year)

Nombre del paciente: _____**Fecha de nacimiento:** _____**Contrato de citas en «Lifecare Family Health & Dental Center»**

Por; Centro de Salud y Odontología Familiar Lifecare MED 18 Adjunto: A

Los proveedores de «Lifecare Family Health & Dental Center (LFHDC)» quieren asegurarse de que usted y otros residentes del área tengan acceso a atención médica, dental, oftalmológica y de salud conductual de alta calidad cuando la necesiten. Para garantizar el máximo acceso a los servicios para todos nuestros pacientes, tenga en cuenta la siguiente política de citas.

Información de Contacto: Es su responsabilidad mantener su dirección y número de teléfono actualizados en los registros de «FHDC». Mantenga a «LFHDC» actualizado cada vez que su información cambie.

Citas Programadas: Aunque «Lifecare Family Health & Dental Center» hará todo lo posible para recordarle su próxima cita, usted es, en última instancia, responsable de recordar la fecha y la hora de su cita.

Cancelación de Citas: Si no puede asistir a su cita programada, debe notificar a la oficina para cancelar su cita.

Llegada tardía a las citas: Debido a la grave falta de acceso a los servicios médicos en nuestra área, esperamos que llegue a tiempo a su cita. Si llega tarde, más de treinta (30) minutos después de la hora programada de su cita, se lo considerará como paciente sin cita previa y en estado de "walk-in".

El estado de "walk-in" significa que aún puede ser atendido por su proveedor, sin embargo, tendrá que esperar hasta la próxima cita disponible ese día.

- Si no puede esperar, tiene la opción de reprogramar su cita.
- Si llega tarde y tiene una cita programada después de las 11:00 a. m., su cita quedará a criterio del proveedor para esa fecha de servicio y si pueden atenderlo más tarde ese día.
- Si no pueden atenderlo, tendrá la oportunidad de ver a otro proveedor ese día, si hay un lugar disponible. Si no hay tiempo disponible en el cronograma de ese día, podrá programar una cita para otro día y hora.

Comuníquese con el centro de salud si tiene alguna pregunta sobre nuestra Política de citas.

_____ : **(Initial)** Al poner mis iniciales comprendo y acepto cumplir con este Contrato de nombramiento.

Firma del Paciente/Tutor Legal: _____ **Fecha:** _____

(debe estar firmado y fechado cada año)

Patient Name:**Date of Birth:**

Medical and Behavioral Health Informed Consent Agreement

Telehealth is the delivery of health care services (medical, psychiatric, therapeutic, dental) using interactive audio and visual electronic systems between a provider and a patient that are not in the physical location. These services may also include electronic prescribing, appointment scheduling, communication via email or electronic chat, electronic scheduling, and distribution of patient education materials.

I consent for _____ (patient name) to engage in telehealth services with Lifecare Family Health and Dental Center. I understand and agree to the following for the duration of telehealth services with Lifecare FHDC:

1. I have the right to withhold or remove consent for telehealth services at any time without affecting my right to future care or treatment, nor endangering the loss or withdrawal of any program benefits to which I would otherwise be eligible.
2. The laws that protect the confidentiality of my personal information also apply to telehealth. As such, I understand that the information released by me during the course of my sessions is confidential, just as it would be if I were in the clinic. I understand that mandated reporting laws will be followed by my provider during telehealth visits.
3. I understand that telehealth visits are transmitted via HIPAA approved platforms and that providers will take all reasonable measures to ensure that privacy is maintained during telehealth appointments. It is my responsibility to ensure that I access the internet through secure means and that I am in a private location to conduct my session to maintain privacy.
4. I understand that certain situations including emergencies and crises are inappropriate for telehealth services. If I am in crisis or in an emergency, I should immediately call 911 or go to the nearest hospital or crisis facility. I acknowledge I have been told that if I feel suicidal, I am to call 911, local county crisis agencies or the National Suicide Hotline at 1-800-784-2433. The provider may not be able to provide medical treatment using interactive electronic equipment nor provide for or arrange for emergency care that you may require.
5. I understand that there are risks and consequences from telehealth, including, but not limited to, the possibility, despite reasonable efforts on the part of my provider, that: the transmission of my medical information could be disrupted or distorted by technical failures; the transmission of my medical information could be interrupted by unauthorized persons; and /or the electronic storage of my medical information could be accessed by unauthorized persons.
6. I understand that telehealth-based services and care may not be as complete as face-to-face services and that not all therapeutic intervention, services or patients are appropriate for telehealth services. I also understand that if my provider believes I would be better served by another form of services (e.g. face-to-face services) I will be referred to a provider who can provide such services.
7. I understand that a lack of access to all the information that might be available in a face-to-face visit, but not in a telehealth session, may result in errors in judgement. Delays in medical evaluation and treatment may occur due to deficiencies or failures of the equipment.

Nombre del paciente: _____**Fecha de nacimiento:** _____

Acuerdo de Consentimiento Informado sobre Salud Médica y Conductual

La telesalud es la prestación de servicios de atención médica (médica, psiquiátrica, terapéutica, dental) mediante sistemas electrónicos interactivos de audio y video entre un proveedor y un paciente que no se encuentran en el lugar físico. Estos servicios también pueden incluir recetas electrónicas, programación de citas, comunicación por correo o chat electrónicos, programación electrónica y distribución de materiales educativos para pacientes.

Doy mi consentimiento para que _____ (nombre del paciente) participe en los servicios de telesalud con «Lifecare Family Health and Dental Center». Entiendo y acepto lo siguiente durante la duración de los servicios de telesalud con «Lifecare FHDC»:

1. Tengo derecho a retener o retirar el consentimiento para los servicios de telesalud en cualquier momento sin afectar mi derecho a recibir atención o tratamiento en el futuro, ni poner en peligro la pérdida o retiro de ningún beneficio del programa al que de otro modo sería elegible.
2. Las leyes que protegen la confidencialidad de mi información personal también se aplican a la telesalud. Como tal, comprendo que la información que divulgo durante el curso de mis sesiones es confidencial, tal como lo sería si estuviera en la clínica. Comprendo que mi proveedor cumplirá con las leyes de informes obligatorios durante las visitas de telesalud.
3. Comprendo que las visitas de telesalud se transmiten a través de plataformas aprobadas por HIPAA y que los proveedores tomarán todas las medidas razonables para garantizar que se mantenga la privacidad durante las citas de telesalud. Es mi responsabilidad asegurarme de acceder a Internet a través de medios seguros y de estar en un lugar privado para realizar mi sesión para mantener la privacidad.
4. Comprendo que ciertas situaciones, incluidas las emergencias y las crisis, son inapropiadas para los servicios de telesalud. Si estoy en una crisis o en una emergencia, debo llamar inmediatamente al 911 o ir al hospital o centro de crisis más cercano. Reconozco que me han dicho que, si tengo pensamientos suicidas, debo llamar al 911, a las agencias de crisis del condado local o a la Línea Nacional de Prevención del Suicidio al 1-800-784-2433. Es posible que el proveedor no pueda brindar tratamiento médico mediante equipos electrónicos interactivos ni brindar u organizar la atención de emergencia que pueda necesitar.
5. Entiendo que existen riesgos y consecuencias de la telesalud, que incluyen, entre otras, la posibilidad, a pesar de los esfuerzos razonables por parte de mi proveedor, de que: la transmisión de mi información médica pueda verse interrumpida o distorsionada por fallas técnicas; la transmisión de mi información médica pueda ser interrumpida por personas no autorizadas; y/o el almacenamiento electrónico de mi información médica pueda ser accedido por personas no autorizadas.
6. Entiendo que los servicios y la atención basados en la telesalud pueden no ser tan completos como los servicios presenciales y que no todas las intervenciones terapéuticas, los servicios o los pacientes son apropiados para los servicios de telesalud. También comprendo que si mi proveedor considera que me beneficiaría más otro tipo de servicio (por ejemplo, servicios presenciales), me derivarán a un proveedor que pueda proporcionar dichos servicios.

Patient Name:**Date of Birth:**

8. I understand that a limited examination may take place during the videoconference and that lab and other tests are not available via telehealth.
9. I have the right to ask my health care provider to discontinue the conference at any time.
10. I understand that no part of the telehealth visit will be recorded by my provider and agree not to record any part of the visit myself.
11. I understand that my provider will document in my medical chart as if the visit were conducted in person with only the additional information required for telehealth billing.
12. I understand that I, or my insurance, will be billed as authorized by my insurance and/or sliding fee plan. I have had my questions regarding billing answered to my satisfaction by the billing department.
13. I understand that for continued telehealth services, I must be seen in person/in office at least once per year, depending on my treatment plan, diagnosis, and or medication.

I hereby consent to engaging in telehealth with Lifecare FHDC as part of my healthcare evaluation and treatment. I understand that “telehealth” includes the practice of healthcare delivery, diagnosis, consultation, treatment, transfer of medical data, and education using interactive audio, video, or data communication. I have read this document and understand the risks and benefits of the telehealth services and have had my questions regarding the services answered to my satisfaction.

_____**(Initial) Verbal Consent:** In lieu of the required written consent or beneficiary signatures, verbal permission was requested and received prior to initiating the telehealth visit having covered all the items in the Informed Consent. The hard copy consent will be signed by the patient at the next face-to-face appointment.

Printed Name of Patient (or Parent/Guardian)**Date**

Signature of Patient (or Parent/Guardian)

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____

7. Comprendo que la falta de acceso a toda la información que podría estar disponible en una visita presencial, pero no en una sesión de telesalud, puede dar lugar a errores de juicio. Pueden producirse retrasos en la evaluación y el tratamiento médicos debido a deficiencias o fallas del equipo.
8. Comprendo que puede realizarse un examen limitado durante la videoconferencia y que los análisis de laboratorio y otros análisis no están disponibles a través de la telesalud.
9. Tengo derecho a pedirle a mi proveedor de atención médica que interrumpa la conferencia en cualquier momento.
10. Comprendo que mi proveedor no grabará ninguna parte de la visita de telesalud y acepto no grabar ninguna parte de la visita yo mismo.
11. Comprendo que mi proveedor documentará en mi historial médico como si la visita se hubiera realizado en persona con solo la información adicional requerida para la facturación de la telesalud.
12. Entiendo que se me facturará a mí o a mi seguro según lo autorice mi seguro o mi plan de tarifas variables. El departamento de facturación respondió mis preguntas sobre facturación de manera satisfactoria.
13. Entiendo que, para continuar con los servicios de telesalud, debo ser atendido en persona o en el consultorio al menos una vez al año, según mi plan de tratamiento, diagnóstico o medicación.

Por la presente, doy mi consentimiento para participar en servicios de telesalud con «Lifecare FHDC» como parte de mi evaluación y tratamiento de atención médica. Entiendo que la “telesalud” incluye la práctica de la prestación de atención médica, el diagnóstico, la consulta, el tratamiento, la transferencia de datos médicos y la educación mediante comunicación interactiva de audio, video o datos. He leído este documento y comprendo los riesgos y beneficios de los servicios de telesalud y he recibido respuestas satisfactorias a mis preguntas sobre los servicios.

_____ **(Iniciales) Consentimiento verbal:** en lugar del consentimiento escrito requerido o las firmas de los beneficiarios, se solicitó y recibió el permiso verbal antes de iniciar la visita de telesalud después de haber cubierto todos los puntos del consentimiento informado. El paciente firmará el consentimiento en papel en la próxima cita presencial.

Nombre Completo del Paciente en Letra Legible (o Padre/Tutor)

Fecha

Firma del Paciente (o Padre/Tutor)

Patient Name: _____

Date of Birth: _____

DENTAL HEALTH HISTORY

Primary Care Physician: _____ **Phone:** _____

Medical Specialists: _____ **Phone:** _____

Pharmacy: _____ **City:** _____ **Phone:** _____

Circle all that apply: Pregnant - Possibly Pregnant- Nursing- Taking Oral Contraceptives

Any major health problems in the past 5 years? (illness, hospitalization, surgery)

Do you have a dental emergency or any major dental problem?

How long has it been since your last dental appt? _____

Are you required to take an oral antibiotic? Yes No

If yes, Why? _____

Do you have any of the following: (please circle)

- | | | | |
|------------------------|-------------------------|------------------------|---------------------|
| sensitivity hot/cold | clicking/popping of jaw | reconstructive surgery | burning tongue |
| bleeding/sore gums | food impaction now | biting sensitivity | periodontal surgery |
| Swelling/pain in tooth | grinding/clenching | headaches | orthodontics |

Allergies: Are you allergic to or have you had a reaction to: (please circle)

- | | | | |
|----------------------------|-------------|-------------------|------------------|
| Penicillin-Clindamycin | Sulfa Drugs | Other Antibiotics | Local Anesthetic |
| Acetaminophen or Ibuprofen | Metals | Food | Sedatives |
| Latex | Fluoride | Aspirin | Codeine |

Nombre del paciente: _____ **Fecha de nacimiento:** _____

Historia de salud Dental

Médico de atención primaria: _____ **teléfono:** _____

Especialistas médicos: _____ **teléfono:** _____

Farmacia: _____ **Ciudad:** _____ **teléfono:** _____

Marque con un círculo todas las que correspondan: Embarazada- Posiblemente embarazada- Lactante- Tomando anticonceptivos orales

¿Ha tenido algún problema mayor de salud en los últimos 5 años? (enfermedades serias, hospitalización, cirugía)

¿Tiene usted una emergencia o un problema dental mayor? _____

¿Cuánto tiempo ha pasado desde su última cita dental? _____

¿Requiere usted tomar un antibiótico antes de cualquier tratamiento dental? []YES []NO

¿Si es así, por qué?

Tiene algo de lo siguiente: (marque con un círculo)

Sensibilidad al frío/caliente	chasquidos/crujidos de mandíbula	cirugía reconstructiva	ardor en la lengua
sangrado/dolor de encías	retención de alimentos ahora	sensibilidad al morder	cirugía periodontal
hinchazón/ dolor en un diente ahora	rechinar/apretar los dientes	Dolores de cabeza	Ortodoncia

Alergias: Usted es alérgico(a) a o ha tenido reacción a: (marque con un círculo)

Penicilina - Clindamicina	sulfamidas	otros antibióticos	anestesia local
Acetaminofén- Ibuprofeno	algún	Comida	sedantes
látex	flúor	Aspirina	Codeína

Patient Name: _____

Date of Birth: _____

Are you currently taking any medications, over the counter drugs, or natural/herbal supplements? YES NO

medication/supplement	strength/dosage	# of times a day	reason

Do you take any blood thinners? (Plavix, Coumadin, Warfarin, or Aspirin)? YES NO
Important health information: Do you use, have or had, any of the following? (please circle)

- | | | | |
|-------------------------|------------------|-------------------|--------------------------------|
| Artificial Joints-Limbs | Cancer | Rapid Weight Loss | Kidney Disorder- Dialysis |
| Heart Stents | Chemotherapy | Radiation Therapy | Neurologic Disorder |
| Artificial Heart Valves | Asthma- Inhalers | Cleft Palate/Lip | Narcotic Use |
| Pacemaker | TB | Alcohol Use | Marijuana Use |
| Heart Attack | Arthritis | Cold Sores | Drink Cola/Pop |
| Stroke | Systemic Lupus | Hemophilia | Tobacco Use |
| High/Low Blood Pressure | Anxiety Attacks | AIDS/HIV | Type _____ |
| Heart Murmur | Rheumatic | Fever | How much per day? _____ |
| Mitral Valve Prolapse | Eating Disorder | Diabetes Type 1-2 | |

Reviewed with Patient:
Patient Signature: _____ **- Date:** _____

Staff Signature: _____ **Date:** _____

Nombre del paciente: _____ **Fecha de nacimiento:** _____

Medicamentos: Usted está tomando actualmente algún medicamento, sin receta o natural/suplementos herbales?

YES NO

Medicamento/suplemento	concentración/dosis	# de veces al día	razón

¿Usted toma algún anticoagulante? (Plavix, Coumadin, Warfarina o Aspirina)? YES NO

Información importante de Salud: Usted usa, tiene o ha tenido algo de lo siguiente: (marque con un círculo)

- | | | | |
|--|-----------------------------|-------------------------------|---------------------------------|
| Articulaciones/extremidades artificiales | cáncer | pérdida rápida de peso | |
| Trastorno renal/diálisis | Stent cardíacos | Quimioterapia | radioterapia |
| desorden neurológica | válvula artificial cardíaca | | asma/inhaladores |
| paladar hendido/labio leporino | consumo de narcóticos | | marcapasos |
| Tuberculosis | consumo de alcohol | consume de marihuana | ataques cardíacos |
| Artritis | herpes labial | beber refrescos de cola/sodas | accidentes cerebrovasculares |
| Lúpus sistémico | | Hemofilia | <u>consumo de tabaco</u> |
| presión alta/baja | fiebre reumática | VIH/SIDA | Tipo: _____ |
| soplo cardiaco | ataques de ansiedad | Hepatitis A/B/C | cuanto por día?: _____ |
| prolapso de válvula mitral | desorden alimenticio | diabetes tipo 1 / 2 | |

Revision con el paciente

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

Firma del personal autorizado: _____ Fecha: _____