

PATIENT INTAKE FORM

(Forma de Registro de Paciente)
PLEASE PRINT CLEARLY

Lamprey HealthCare

Where Excellence and Care go Hand in Hand
(Onde excelência e cuidado vão de mão a mão)

Se necessário, por favor pida ajuda em completar esta forma.

Nome: _____

Você jamais usou um nome, ou nomes, diferente?

Se sim, por favor ofereça: _____

Rua: _____

Cidade: _____ Estado: _____ Caixa Postal: _____

Telefone: _____ Outro Telefone: _____ Trabalho Célular Beeper

Data de Nascimento: Mês ____ Dia ____ Ano ____ Numero de Seguro Social: _____

Estado conjugal: Solteiro(a) Casado(a) Outro Gênero/Sexo: Fêmea Macho

Empregado(a): Tempo Completo Meio Tempo **Desempregado(a):** Estudante Desabilitado Outro: _____

Retirado Data: _____

Se o paciente é uma criança, é você: Parente Guardião Legal Seu Nome: _____

Se o paciente é criança, você deve completar a autorização e consentimento para tratamento de uma criança no outro lado.

Tem seguro de saúde?

Não por favor veja a forma acompanhada para solicitar desconto.

Sim por favor ofereça ou cartão (cartões) de seguro para fazer uma cópia. OBRIGADO.

Se o assegurado NÃO é o paciente, por favor de completar o seguinte:

Voce teim uma preferência de médico neste consultorio: _____

Se tem seguro, quem é o seu fornecedor médico primário de cuidado (PCP) : _____

Como ouviu sobre nós? City Welfare Empregado(a) Amigo(a) Feira de Saúde Hospital
 Guia de Seguro Meios de comunicação Outro fornecedor médico Guia Telefônica Parente Escola
 Agência de Seguro Social Sem aviso

EM CASO DE EMERGÊNCIA:

Contato: _____ Telefone: _____ Relação a o paciente: _____

Opcional: Algumas das nossas concessões exige-nos informar a rasa e étnicidade das pessoas que nós servimos. Obrigado por a cooperação.

Raça: Verific por favor o todo o que appliqué:

- Multiracial Hispânico No Hispânico
 Caucasiano/Anglo Índio Americano / Nativo de Alaska Havaiano/Outras Ilhas Pacíficas
 Americano/Africano Português Asiático

Direção de e-mail: _____

O seu linguagem primário é inglês? SIM NÃO, é: _____ Necessita um Intérprete? Sim N

É você surdo? SIM NÃO Necessita um intérprete de linguagem gestual? SIM NÃO

NOTA: Lamprey Healthcare recebe financiamento federal e de estado para apoiar nossos serviços. Ocasionalmente somos pedidos informação no estado financeiro geral de nossos pacientes. Nós apreciaríamos se estaria disposto a deixar nos saber sua renda aproximada.

No. total de adultos vivendo em seu lar (18 e mais velho) : _____

No. total de crianças vivendo em seu lar? _____

Renda total de lar (estimado): \$ _____ por Semana Mês Ano

Arranjos de mora: Aluga um lar compro um lar Vivendo com parentes/amigos Abrigo outro

Você é um: Trabalhador Migrante ou Lavrador Cíclico?

▼POR FAVOR COMPLETE E ASSINE O OUTRO LADO ▼

Por favor complete esta caixa se tem cobertura de Seguro MEDICARE. Obrigado.

Medicare

O nome de Beneficiário: _____ MEDICARE #:

_____ Eu solicito que pagamento de benefícios autorizados de Medicare seja feito a Lamprey Healthcare para serviços dados a mim por o medico. Autorizo a todos possuidores de informação médica sobre mim liberar esta informação a Administração Financeira de o Cuidado de Saúde (Medicare) e seus agentes toda a informação necessaria para determinar benefícios pagáveis para serviços relatados. (Esta autorização de pagamento é de ser completada, ser assinada pelo beneficiário e retido nos arquivos de serviço. É válido para qualquer Lamprey Healthcare de serviço dado ao beneficiário durante seu tempo de vida, a menos que revocado.)

Firma de Beneficiário ou Representante: _____

Data: _____

A AUTORIZAÇÃO E CONSENTE PARA TRATAMENTO DE UMA CRIANÇA

Eu, _____, por meio disto dó autorização para o pessoal de Lamprey Healthcare
Prente/ Guardiã Legal (Impresse por favor)

examinar: _____, nascido em ____/____/____, a conducir exames e

Nome de a Criança

procedimentos necessário para diagnosticar e cuidar, e dar tal tratamento como os medicos de o Posto de Saúde consideram necessário.

Firma de Parente/ Guardiã Legal

Data

Relação a Criança

Se há qualquer mudança em esta informação, por favor notifica-nos imediatamente de modo que posamos fazer as correções necessárias.

POR FAVOR LEIA CUIDADOSAMENTE!

Eu por meio disto dou minha autorização para Lamprey Healthcare examinar e conducir tais análises e procedimentos como são necessitados para meu diagnóstico e cuidado, e dar tal tratamento como os fornecedores consideram necessário. Eu também autorizo Lamprey Health Care dar informação médica, sobre referência a um especialista, para a continuação de meu cuidado.

Eu por meio disto autorizo(a) dar de Informação Pessoal de Saúde (PHI) necessário para arquivar uma reivindicação e auditoria com a minha seguradora e designa benefícios ao fornecedor para grupo indicado na reivindicação. Entendo que sou financeiramente responsável para qualquer nota (dinheiro a dever) não coberta por meu portador de seguro, incluindo, mas não limitado a, cia-pagamentos deduzíveis. No fim de sessenta dias, esta nota é minha responsabilidade. Uma cópia desta firma é válida como o original. A informação que eu forneci é exata e completa ao melhor de minha capacidade.

Eu entendo que a informação de renda, demográfica, e clínica não-identificável pode ser usada para receber concessões deu estado, federais, o privadas. Fui fornecido uma cópia de Direitos e Responsabilidades dos Pacientes e o aviso de Práticas de Privacidade de Informação (HIPAA). Confirmo que recebi e entendo estes documentos.

Firma

Data

FOR OFFICE USE ONLY: INTERPRETER'S STATEMENT (if applicable) I have translated the information on this form orally to the individual in _____ language and explained its contents to her/him. To the best of my knowledge and belief she/he understood this explanation.

Signature of Interpreter

Date