

Por favor escriba claramente

**Si es necesario, solicite ayuda para completar este formulario.**

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_  
Mes / Día / Año

Enumere cualquier nombre(s) diferente que ha usado, como un nombre de soltero(a): \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Casilla Postal: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado/Provincia: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Teléfono Primario: \_\_\_\_\_ Celular  Casa  Trabajo  (marque uno) →  
Teléfono Secundario: \_\_\_\_\_ Celular  Casa  Trabajo  (marque uno) →

Dirección de Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

Yo autorizo Lamprey Health Care para comunicarse conmigo mediante correo electrónico.  Sí  No

Género asignado al nacer:  Femenino  Masculino Estado Civil:  Soltero  Casado  Other \_\_\_\_\_

Estado de Empleo:  Tiempo completo  Medio tiempo  Retirado (Fecha): \_\_\_\_\_  
 Incapacitado  Retirado (Fecha): \_\_\_\_\_  
Nombre del Empleador: \_\_\_\_\_  
Mes / Día / Año

Nombre del contacto de emergencia: \_\_\_\_\_

Teléfono del Contacto Emergencia: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

**Si el paciente es un niño, por favor complete esta sección.**

Nombre del padre/tutor # 1: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Relación con el Paciente: \_\_\_\_\_  
Mes / Día / Año

Quién tu compañía de seguro lista como proveedor de atención primaria: \_\_\_\_\_

Nombre del padre/tutor # 2: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Relación con el Paciente: \_\_\_\_\_  
Mes / Día / Año

Quién tu compañía de seguro lista como proveedor de atención primaria: \_\_\_\_\_

**Si usted tiene seguro de salud, por favor proporcione cualquier tarjeta(s) para que podamos hacer una copia. Gracias.**

Nombre del titular de la póliza: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
Mes / Día / Año

Relación con el Paciente: \_\_\_\_\_

Quién tu compañía de seguro lista como proveedor de atención primaria: \_\_\_\_\_

**Si usted no tiene seguro, pida hablar con un miembro de nuestro equipo con respecto a sus opciones de asistencia financiera.**

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento del Paciente: \_\_\_\_\_  
Mes / Día / Año

**CONSENTIMIENTO GENERAL PARA DIAGNÓSTICOS Y TRATAMIENTO DE PACIENTES EXTERNOS**

De manera continua, Yo solicito, consiento, y autorizo Lamprea Health Care, Inc. para realizar pruebas, diagnósticos y procedimientos terapéuticos y proporcionar cuidados generales y tratamiento determinados necesario y / u ordenado por los profesionales de la salud involucrados en mi cuidado. Esto incluye, pero no se limita a, el desempeño de exámenes físicos y rayos X u otros diagnósticos o procedimientos radiológicos, así como la toma de sangre, tejidos, fluidos u otras muestras corporales. También doy mi consentimiento y autorizo Lamprea Health Care para examinar, utilizar para los fines que fueron proporcionados, almacenar y disponer de cualquier sangre, tejidos, fluidos corporales o muestras de acuerdo con los requisitos legales y procedimientos habituales. Entiendo que puedo pedir a mis proveedores de salud acerca de mi atención, tratamiento y procedimientos en cualquier momento y yo soy alentado a hacerlo.

**SERVICIOS DE SALUD CONDUCTUAL**

Lamprey Health Care aplica un método de equipo integrado para la coordinación de la atención primaria y salud conductual. Como un equipo integrado, todos los miembros del personal trabajan juntos, mejorando la comunicación entre los proveedores mediante el intercambio de decisiones y de informaciones usando un expediente médico, así como la responsabilidad colectiva por el plan de atención del paciente. Servicios de salud conductual están disponibles para todas las personas. Entiendo que profesionales de la salud en entrenamiento pueden estar implicados en mi atención y doy mi consentimiento para su participación en ella bajo la supervisión apropiada.

**ACUERDO DE RESPONSABILIDAD FISCAL Y ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS**

Entiendo que soy financieramente responsable de todas las cobranzas y facturas asociadas con mi cuidado y tratamiento, excepto en la medida en que la totalidad o parte de estas cobranzas o cuentas son pagadas o cubiertas por un seguro de salud, un programa de salud pública (como Medicare o Medicaid), un programa de asistencia financiera, u otra parte responsable de su pago (los cuales son referidos como "tercero pagadores"). Autorizo Lamprey Health Care a someterse facturas o reclamaciones y la información relacionada con respecto a mi estado de salud, la atención, el tratamiento y los pagos realizados por mi cuidado y tratamiento a cualquier tercero pagador aplicable y sus socios de negocios. También autorizo a tal tercero pagadores para realizar pagos directos a Lamprey Health Care en respuesta a estas cobranzas o reclamaciones.

**CONSENTIMIENTO Y AUTORIZACIÓN PARA USAR Y DIVULGAR INFORMACIÓN DE SALUD**

Lamprey Health Care mantiene registros electrónicos y en otras formas. Estos registros describen, entre otras cosas, mi estado de salud pasado y actual, incluyendo el diagnóstico de cualquier enfermedad y las condiciones, la naturaleza y los resultados de exámenes y pruebas, tratamientos proporcionados, y cualquier plan de cuidado o tratamiento. Además, estos registros incluyen información de facturas, social y otra información de identificación y pueden incluir información confidencial, como los resultados de prueba genéticas, estado de VIH / SIDA y el uso de drogas y alcohol (todos los cuales se conocen como mi "Información de Salud"). Doy mi consentimiento y autorizo Lamprey Health Care, cuando sea necesario para mi tratamiento, pago de mis facturas, o las operaciones comerciales de Lamprey Health Care, para liberar y intercambiar mi Información de salud con otros profesionales de la salud y organizaciones involucradas en mi cuidado y con socios de negocios que Lamprey Health Care ha contratado por las mismas razones.

**CUALQUIER PREGUNTA QUE TENÍA SOBRE ESTE CONSENTIMIENTO HAN SIDO CONTESTADAS. YO ENTIENDO LA INFORMACIÓN EN ESTE FORMULARIO Y ESTOY DE ACUERDO A LAS CONDICIONES ESTABLECIDAS. ESTE CONSENTIMIENTO PERMANECERÁ VIGENTE HASTA QUE YO LO REVOQUE POR ESCRITO, QUE PUEDO HACERLO EN CUALQUIER MOMENTO.**

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
(Paciente o Representante Autorizado) Mes / Día / Año

Relación del Representante Autorizado: \_\_\_\_\_  
(Por ejemplo: Padre, Guardián, o Agente de Cuidados de Salud)

**SÓLO MEDICARE**

Solicito el pago de beneficios autorizados por Medicare para mí o en mi nombre por cualquier servicio proporcionados por mí o por Lamprey Health Care. Autorizo a cualquier poseedor de información médica o de otro tipo de información sobre mí para liberar a Medicare ya sus agentes cualquier información necesaria para determinar estos beneficios o beneficios por servicios relacionados. Si tiene Medicare, inicie sesión para confirmar que ha leído y comprende esta sección.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
(Paciente o Representante Autorizado) Mes / Día / Año

# Formulario de Información del Paciente

Por favor escriba claramente

## Si es necesario, solicite ayuda para completar este formulario.

Lamprey Health Caree recibe fondos estatales y federales para apoyar a nuestros servicios. De vez en cuando se nos pide que informemos sobre la situación financiera general y la raza / origen étnico de nuestros pacientes. Su ayuda para completar esta información nos ayudará a aplicar para futuros fondos.

Toda la información proporcionada es confidencial.

Gracias por su cooperación.

### Etnia

Eres tú:  Hispanic  No Hispano

### Raze: Seleccione máximo dos de las que mejor se apliquen en su caso.

- Indio Americano/Nativo de Alaska  
 Asiático  
 Negro / Afroamericano  
 Nativo de Hawái  
 Otro habitante del pacífico  
 Blanco

### Orientación Sexual

¿Cuál es tu orientación sexual?

- Derecho o Heterosexual  
 Lesbiana, Gay u Homosexual  
 Bisexual  
 Algo más  
 No sé  
 Prefiero no divulgar

### Identidad de Género

¿Cuál es tu identidad de género?

- Hombre  
 Mujer  
 Hombre Transexual de Mujer  
 Mujer Transexual de Hombre  
 Género raro o variante (no exclusivamente masculino o femenino)  
 Categoría de género adicional u otro  
 Prefiero no divulgar

### Comunicación con usted

	<b>Si</b>	<b>No</b>
¿Es su primer idioma Inglés?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si no, ¿cuál es su primer idioma?	_____	
¿Necesita un intérprete?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Tienes problemas auditivos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Necesita de un intérprete de lenguaje de signos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Arreglo de Vivienda

- Alquiler  Propietario de Casa  
 Albergue  Vivienda de Transición  
 Calle  Vive con relativo /amigo  
 Otro: \_\_\_\_\_

### ¿Eres .... (Marque todos los que correspondan)

- Estudiante de tiempo completo  Veterano  
 Estudiante de medio tiempo  Trabajador Migrante  
 Trabajador de Temporada

### ¿Cómo se enteró de nosotros?

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Relativo              | <input type="checkbox"/> Sitio Web de Lamprey             |
| <input type="checkbox"/> Amigo                 | <input type="checkbox"/> Internet/Redes Sociales Noticias |
| <input type="checkbox"/> Hospital              | <input type="checkbox"/> Anuncio                          |
| <input type="checkbox"/> Otro Proveedor        | <input type="checkbox"/> Sin Cita Previa                  |
| <input type="checkbox"/> Escuela               | <input type="checkbox"/> Agencia de Servicio Social       |
| <input type="checkbox"/> Empleador             | <input type="checkbox"/> TV/Radio                         |
| <input type="checkbox"/> Directorio de Seguros | <input type="checkbox"/> Evento de la Comunidad           |
| <input type="checkbox"/> Noticia               | <input type="checkbox"/> Otro: _____                      |

**Instrucciones de la cuadrilla de ingreso:**

**Paso 1:** Mire abajo la columna A y busque la fila que coincide con el número de personas en su hogar, incluyendo los niños. Si hay más de 8 en su hogar, utilice la fila 8.

**Paso 2:** Siga esa fila al otro lado hasta encontrar el nivel de ingresos que mejor coincide con la de su familia y márkela con un círculo.

**Estime el Ingreso**

Tamaño de la familia:	De	A	De	A	De	A	De	A	Encima
1	\$0-	\$12,760	\$12,760.01	\$17,226.00	\$17,226.01	\$23,606.00	\$23,606.01	\$25,520.00	\$25,520.01
2	\$0-	\$17,240	\$17,240.01	\$23,274.00	\$23,274.01	\$31,894.00	\$31,894.01	\$34,480.00	\$34,480.01
3	\$0-	\$21,720	\$21,720.01	\$29,322.00	\$29,322.01	\$40,182.00	\$40,182.01	\$43,440.00	\$43,440.01
4	\$0-	\$26,200	\$26,200.01	\$35,370.00	\$35,370.01	\$48,470.00	\$48,470.01	\$52,400.00	\$52,400.01
5	\$0-	\$30,680	\$30,680.01	\$41,418.00	\$41,418.01	\$56,758.00	\$56,758.01	\$61,360.00	\$61,360.01
6	\$0-	\$35,160	\$35,160.01	\$47,466.00	\$47,466.01	\$65,046.00	\$65,046.01	\$70,320.00	\$70,320.01
7	\$0-	\$39,640	\$39,640.01	\$53,514.00	\$53,514.01	\$73,334.00	\$73,334.01	\$79,280.00	\$79,280.01
8	\$0-	\$44,120	\$44,120.01	\$59,562.00	\$59,562.01	\$81,622.00	\$81,622.01	\$88,240.00	\$88,240.01

Marque aquí si su ingreso familiar es superior a los niveles mencionados.

**Si es necesario, solicite ayuda para completar este formulario.**

Lamprey Health Care recibe fondos estatales y federales para apoyar a nuestros servicios. De vez en cuando se nos pide que informemos sobre la situación financiera general y la raza / origen étnico de nuestros pacientes. Su ayuda para completar esta información nos ayudará a aplicar para futuros fondos.

**Toda la información proporcionada es confidencial.**

Gracias por su cooperación.

SÍGUENOS





## Instrucciones para completar la Aplicación para Cobertura bajo el Programa de Descuento basado en sus ingresos

Lamprey Health Care ofrece un programa de descuento basado en sus ingresos, para ayudar a los pacientes a obtener cuidado de salud cuando no pueden ser capaces de pagar por ellos. El programa de descuento basado en sus ingresos económicos aplica a la mayoría de servicios que ofrecemos. El programa les da descuentos a pacientes elegibles de acuerdo a su posibilidad de pago.

Para determinar si un paciente califica para el programa, es requerido completar una aplicación en su totalidad. Todas las partes de la aplicación deben ser completadas. La aplicación debe estar con la fechada y firmada. Si la esta no está completa, se le devolverá su solicitud pidiendo información adicional. El paciente debe enviarnos esta información dentro de 10 días o la aplicación será negada.

Por favor siga estas instrucciones para llenar su aplicación:

¿Es la aplicación para una sola persona o para la familia completa?

Los pacientes pueden aplicar por ellos mismo o la familia complete. Debe de incluir pruebas de ingresos por cada miembro de la familia.

Dirección Física – esta es la dirección donde usted y su familia viven.

Dirección Postal – donde recibe su correspondencia.

Miembros del Hogar – estos incluyen pareja, niños, y todos los otros dependientes incluidos en su más reciente declaración de impuestos. Si alguien en la aplicación está embarazada, agregue él bebe. Si el hogar consiste de dos personas quienes no están casados pero tienen niños, todos los dependientes reclamados en los impuestos de ambos, deben ser incluidos en su aplicación.

Por favor incluya todas las personas en la familia quienes tengan 18 años o más en la sección de adultos. Incluya todos los menores 18 años en la sección de niños.

Si alguien está embarazada incluya la fecha de parto.

Por favor enliste si alguien está deshabilitado.

Por favor díganos si alguien tiene seguro médico y está cubierto.

La aplicación debe ser firmada y con fechada antes de ser entregada para su proceso.

Prueba de Ingresos –Todos los miembros de la familia deben completar una Verificación de Empleo. Incluya dos meses de talonarios por cada trabajo. Si usted no tiene talonarios usted puede obtener de su empleado una “Verificación de Empleo”.

Otras fuentes de Ingreso – todas otras fuentes de ingreso deben ser indicadas. Esta sección debe incluir los nombres de la persona quienes reciben ingresos, las fuentes de ingresos, la cantidad regularmente recibida y el periodo de tiempo que el pago cubre. Algunos ejemplos de otro ingreso que se incluyen son desempleo, incapacidad, compensación laboral, Seguro Social, Ingreso de Seguro Suplementar o (SSI), el valor de asistencia pública incluyendo Welfare, cupones de comida y beneficios de cuidado de niños, beneficios de veteranos, beneficios de sobrevivientes, ingreso de pensión y retiro, intereses, dividendos, otros ingresos por inversiones, alquileres, regalías, rentas de fideicomisos y herencias, pensión alimenticia, manutención de los hijos y ayuda financiera de otros fuera de la familia.

Por favor incluya evidencia de ingreso por cada Fuente de ingreso. Pruebas de ingreso puede ser talones de cheque, una carta escrita por su empleador, estado bancario mostrando su depósito del empleador, o una copia de los cheques. Su solicitud no será procesada si no incluya estas pruebas.

Si usted tiene preguntas al llenar la aplicación, por favor llame a Barbara Williamson (603)-292-7245 o Sue Marin (603) 883-7194.



Aplicación de Cobertura bajo el Programa de Descuentos de Tarifa basado en sus ingresos económicos, o (SFDP por sus siglas en ingles)

Aplicación es por: \_\_\_\_\_ Individuo \_\_\_\_\_ Familia Fecha: \_\_\_\_\_  
 Apellido: \_\_\_\_\_ Primer Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_  
 Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección Postal (si diferente): \_\_\_\_\_  
 Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Miembros Adultos del Hogar (por favor marque la casilla si el individuo es un paciente de Lamprey)

	Nombre	Relación con el aplicante	Fecha de Nacimiento	Genero	Idioma Primario
<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>					

Niños en el Hogar (por favor marque la encasilla si el individuo es un paciente de Lamprey)

	Nombre	Relación con el aplicante	Fecha de Nacimiento	Genero	Lenguaje Primario
<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>					

Alguien en el hogar está embarazada: \_\_\_\_\_ sí \_\_\_\_\_ no Fecha de Parto: \_\_\_\_\_

Alguien en el hogar está incapacitado/a: \_\_\_\_\_ sí \_\_\_\_\_ no Nombre: \_\_\_\_\_

¿Alguien en el hogar tiene seguro médico o dental? \_\_\_\_\_ sí \_\_\_\_\_ no Si la respuesta es sí, favor provea una copia de la parte posterior y frontal de sus tarjetas de seguro.

**Declaración de ningún ingresos (si usted no tiene fuente de ingresos, por favor complete este formulario, de lo contrario vaya a la página 2):**

Yo, \_\_\_\_\_ declaro que no tengo fuente de ingresos.  
 Por favor, explique cómo paga sus gastos actuales mensuales actualmente, tales como alquiler, comida, gas, ropa y atención medica: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_



Aplicación para cobertura bajo el Programa de Descuentos de Tarifa basado en sus ingresos económicos, o (SFDP por sus siglas en ingles)

Usted debe responder cada pregunta. Si algo no le aplica a usted ponga N/A en ese espacio. Usted debe firmar y poner fecha en la aplicación antes de enviarla. Si usted no firma la aplicación, esta será denegada.

*Yo certifico que la información arriba es cierta y completa. Yo autorizo a Lamprey Health Care a verificar la información anterior y proveer dicha información a los doctores de referido y o cuidado mutuo. Entiendo que soy responsable financieramente de todos los gastos por servicios recibidos antes de que mi solicitud sea finalizada y aprobada.. Yo entiendo que Lamprey Health Care está regulado por pólizas y regulaciones establecida por el gobierno federal y se considera ilegal falsificar o reclamar de manera falsa información incorrecta en esta aplicación.*

\_\_\_\_\_  
(firma del aplicante)

\_\_\_\_\_  
(fecha)

**Para el Uso de la Oficina solamente:**

**Date application received:** \_\_\_\_\_

**Name of Staff member receiving application:** \_\_\_\_\_

**Assistance is granted at \_\_\_\_\_ % based on calculated household income of \$ \_\_\_\_\_ and family size of \_\_\_\_\_.**

**Assistance is denied due to:**

- Income does not meet eligibility criteria**
- Missing information requested was not provided within 10 days**
- Application was not signed**

**Notification to patient was mailed on \_\_\_\_\_  
(date)**

**Signature of employee performing eligibility review:** \_\_\_\_\_





Aplicación para cobertura bajo el Programa de Descuentos de Tarifa basado en sus ingresos económicos, o (SFDP por sus siglas en ingles)

Verificación de Ingresos

(Por favor complete lo siguientes para todos los miembros adultos del hogar al igual que todos los hijos(as) quienes estén empleados y complete una sección separada para cada empleador si alguien tiene más de un empleo)

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_  
Empleador: \_\_\_\_\_ Fecha de Contratación: \_\_\_\_\_  
Título de Trabajo: \_\_\_\_\_ Horas promedio por semana: \_\_\_\_\_  
Tarifa de Pago: \$ \_\_\_\_\_ por hora  
Por favor adjunte los talonarios para dos meses más recientes por cada empleador y entre información en la table abajo:

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_  
Empleador: \_\_\_\_\_ Fecha de Contratación: \_\_\_\_\_  
Título de Trabajo: \_\_\_\_\_ Horas promedio por semana: \_\_\_\_\_  
Tarifa de Pago: \$ \_\_\_\_\_ por hora  
Por favor adjunte los talonarios para dos meses más recientes por cada empleador y entre información en la table abajo:

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_  
Empleador: \_\_\_\_\_ Fecha de Contratación: \_\_\_\_\_  
Título de Trabajo: \_\_\_\_\_ Horas promedio por semana: \_\_\_\_\_  
Tarifa de Pago: \$ \_\_\_\_\_ por hora  
Por favor adjunte los talonarios para dos meses más recientes por cada empleador y entre información en la table abajo:

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_  
Empleador: \_\_\_\_\_ Fecha de Contratación: \_\_\_\_\_  
Título de Trabajo: \_\_\_\_\_ Horas promedio por semana: \_\_\_\_\_  
Tarifa de Pago: \$ \_\_\_\_\_ por hora  
Por favor adjunte los talonarios para dos meses más recientes por cada empleador y entre información en la table abajo:

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_  
Empleador: \_\_\_\_\_ Fecha de Contratación: \_\_\_\_\_  
Título de Trabajo: \_\_\_\_\_ Horas promedio por semana: \_\_\_\_\_  
Tarifa de Pago: \$ \_\_\_\_\_ por hora  
Por favor adjunte los talonarios para dos meses más recientes por cada empleador y entre información en la table abajo:

Si quiere espacios adicionales, por favor adjunte una hoja separada.



## Authorization to Use or Disclose Protected Health Information

### Patient Information:

\_\_\_\_\_  
Print Patient Full Name

\_\_\_\_\_  
Previous Name if applicable

\_\_\_\_\_  
Street Address

\_\_\_\_\_  
Date of Birth

\_\_\_\_\_  
City, State Zip Code

\_\_\_\_\_  
Daytime Phone #

### *Request Medical Records from:*

Doctor/Hospital	Phone #	Fax #
Street Address	City	State      Zip Code

### Information to be released: Please check all that apply:

\_\_\_\_\_ Last 3 years or most recent to include: Chart Summary, Immunizations, Progress notes, Imaging, Labs, Hospital Reports, Consultation notes, Pathology, GYN records, Colonoscopy, Cardiac Reports, PSA, Pap and Mammogram if more than 3 years old

\_\_\_\_\_ Only some portion of the record (please specify what is to be released) \_\_\_\_\_

### Reason for release of records:

\_\_\_\_\_ Permanent Transfer      \_\_\_\_\_ Insurance Change      \_\_\_\_\_ Other (specify) \_\_\_\_\_

This authorization is valid for one year from date of signature and may be revoked by writing to the Organization listed above. My record may contain sensitive information (Alcohol and or drug use, STD, Behavioral Health) and I agree to this release. I have the right to receive a copy of this authorization. Records released pursuant to this authorization may be re-released and no longer protected by Federal Privacy Laws. Consent for release of information is not required as a condition of treatment.

This information has been disclosed to you from your records protected by Federal confidentiality rules (42 CFR part 2). The Federal rules prohibit you from making any further disclosure of this information unless further disclosure is expressly permitted by the written consent of the person to who it pertains or otherwise permitted by 42 CFR part 2. A general authorization for the release of medical or other information is not sufficient for this purpose. The Federal rules restrict any use of the information to criminally investigate or prosecute any alcohol or drug abuse patient.

\_\_\_\_\_  
Please print name of Patient or Authorized Representative

\_\_\_\_\_  
Relationship if not Patient

\_\_\_\_\_  
Signature of Patient/Authorized Representative

\_\_\_\_\_  
Date:

### TO BE COMPLETED BY LAMPREY HEALTH CARE STAFF - Send Records to (check one)

_____ Lamprey Health Care 22 Prospect Street Attn: Medical Records Nashua, NH 03060 P: (603) 883-1626 option #5 F: (603) 881-9914	_____ Lamprey Health Care 128 Route 27 Attn: Medical Records Raymond, NH 03077 P: (603) 895-3351 option #6 F: (603) 895-0773	_____ Lamprey Health Care 207 S. Main Street Attn: Medical Records Newmarket, NH 03857 P: (603) 659-3106 option #5 F: (603) 659-8003
--	---	---

# LAMPREY HEALTH CARE

Where Excellence and Caring go Hand in Hand

## Authorization for Designation of Personal Representative

Patient Name: \_\_\_\_\_ DOB: \_\_\_\_\_

I hereby designate the following Personal Representative to assist me in exercising my health information rights under the Federal Privacy Rule (45 CFR 164.502 (g), as indicated below.

**This designation does not expire but may be cancelled** by contacting the LHC Medical Record Department.

**My designated Personal Representative is:**

Name: \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_

Phone #: \_\_\_\_\_ Relationship to patient: \_\_\_\_\_

**I request that my Personal Representative be allowed to assist me in exercising the following rights related to my protected health information:**

**Draw a line through those items that do not apply.**

My Personal Representative may discuss my care with my provider or other health care staff as applicable

My Personal Representative may schedule appointments

My Personal Representative may discuss and receive billing information

Other \_\_\_\_\_

**In addition, I authorize Lamprey Health Care to release/discuss with my Personal Representative information relating to the following:**

**Draw a line through those items that do not apply.**

- Acquired Immunodeficiency Virus HIV Infection
- Psychiatric Care
- Genetic Testing
- Treatment for alcohol and/or substance abuse

\_\_\_\_\_  
Signature of Patient or Legal Guardian/Parent

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Print name of Patient or Legal Guardian/Parent

\_\_\_\_\_  
Relationship to Patient

# LAMPREY HEALTH CARE

## Learning Assessment Questionnaire

DATE: \_\_\_\_\_

NAME: \_\_\_\_\_

D.O.B.: \_\_\_\_\_

Please check all that apply.

### Question #1 - When we share information with you, what is your preference for learning?

- |  |   |                                      |
|--|---|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Written-pamphlets, booklets, handouts | <input type="checkbox"/> One-on-One Discussions |                                      |
| <input type="checkbox"/> Hands On Practice & Demonstration     | <input type="checkbox"/> Videos                 | <input type="checkbox"/> Audio Tapes |
| <input type="checkbox"/> Verbal explanations                   | <input type="checkbox"/> Class                  | <input type="checkbox"/> Other       |

#### Additional Comments:

---

---

---

### Question # 2 - Who else would you like to include in the education?

- |                                  |   |                                 |
|----------------------------------|---|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Sibling | <input type="checkbox"/> Spouse/partner | <input type="checkbox"/> Friend |
| <input type="checkbox"/> Child   | <input type="checkbox"/> No One         | <input type="checkbox"/> Other  |

#### Additional Comments:

---

---

---

### Question # 3 - What things might affect you or your family's ability to learn?

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> None                          | <input type="checkbox"/> Learning problems  | <input type="checkbox"/> Emotional barriers |
| <input type="checkbox"/> Language                      | <input type="checkbox"/> Physical problems  | <input type="checkbox"/> Financial issues   |
| <input type="checkbox"/> Reading ability (literacy)    | <input type="checkbox"/> Hearing impairment | <input type="checkbox"/> Disinterest        |
| <input type="checkbox"/> Religious or cultural beliefs | <input type="checkbox"/> Vision impairment  | <input type="checkbox"/> Other              |

#### Additional Comments:

---

---

---