

Español

Patient Intake Form / Información Sobre el Paciente



Good Samaritan Clinic
Clínica el Buen Samaritano
St. Joseph's/Candler

Today's Date (Fecha): _____
MM / DD / YYYY

New Patient? (¿Paciente Nuevo?) Yes No

First Name (Nombre) _____

Middle (Nombre Compuesto) _____

Last Name (Apellido) _____

Social Security Number/ITIN
(Número Seguro Social) _____

Date of Birth - MM / DD / YYYY
(Fecha de Nacimiento) _____

Male Female
Sex (Sexo)

Home Address
(Dirección) _____

City
(Ciudad) _____

Zip Code
(Código Postal) _____

Home Phone (_____) _____
(Teléfono Hogar)

Cell Phone (_____) _____
(Teléfono Celular)

Name & Number of Emergency Contact _____
(Nombre y número de una persona que podemos contactar en caso de una emergencia)

Country of Origin
(País de Origen) _____

County of Residence
(Nombre del Condado donde vive) _____

Language: English/Spanish

Race: ___ White ___ Black ___ Asian /Pacific Islander ___ American Indian/Alaskan Native
(Raza)

Ethnicity: Hispanic/Non-Hispanic
(Idioma Principal)

Marital Status: Married Single Separated Divorced Widowed
(Estado matrimonial) (Casado) (Soltero) (Separado) (Divorciado) (Viudo)

Name of Spouse: (Nombre de Esposo/Esposa): _____

Employed? (¿Empleado?) Yes No Occupation (Ocupación) _____

How were you referred to our clinic? (¿Quién lo refirió a la clínica?) _____

What is the reason for your appointment? (¿Cuál es la motivación para su cita?) _____

Do you have any chronic health conditions? (¿Tiene problemas crónicos de la salud?) _____

Where have you been receiving your health care up until now? Have you seen a specialist for your condition? (¿Donde estaba recibiendo su cuidado medico hasta ahora? ¿Ha visto a un especialista por su condición?) _____



**Programa de Cuidado de la Salud Voluntarios de Georgia (GVHCP)
Departamento de Salud Pública de Georgia
Formulario de Elegibilidad Financiera**



Clinica/Programa/Proveedor: Good Samaritana Clinic

SECCIÓN I - INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA DEL PACIENTE/SECTION I - PATIENT DEMOGRAPHIC INFORMATION

Nombre del Paciente/Patient Name:

____ (Apellido /Last Name) _____ (Primer Nombre/First Name) _____ (Inicial del
Segundo/Middle Initial)

Dirección/Address:

____ (Calle/Street) _____ (Ciudad y Estado/City & State) _____ (Código Postal/Zip Code)
(Condado/County)

Teléfono/Telephone: _____ **Persona de Contacto/Name of contact:** _____

Fecha de Nacimiento/Date of Birth: _____ **Sexo/Sex:** Masculino/Male Femenino/Female

Etnicidad/Ethnicity: Hispano/Hispanic No-Hispano/Non Hispanic

Raza/Race: Blanco/White Negro/ Black Asian /Asian Americano Nativo/ Native American

SECCIÓN II - INFORMACIÓN DEL SEGURO y ELEGIBILIDAD FINANCIERA

¿Tienes Seguro/insurance? Medico/Health Visión/Vision Dental/Dental No Seguro/No Insurance

¿Tienes Medicaid de Georgia? Si/Yes No/No

Estado del Seguro/Insurance Status: No Asegurado/Uninsured Insuficiente seguro/Underinsured

**Proporcione por favor el total de los ingresos familiares durante un mes:/
Please provide gross family earned and unearned monthly income: \$** _____

El tamaño de su familia/and your family size _____.

SECCION III - RECONOCIMIENTOS LEGALES/SECTION III - LEGAL ACKNOWLEDGEMENTS

Entiendo que estoy siendo referido a un médico voluntario que brindará atención a mí o a alguien por quien yo soy legalmente responsable. Mi participación en este proceso de referencia es de carácter voluntario. La atención que recibo del profesional de salud voluntario se proporcionará sin costo alguno. Entiendo que el Voluntario está actuando como un empleado del Estado de Georgia por tratarme de conformidad con el "Programa de Atención Médica Voluntaria de Georgia." Reconozco que el remedio exclusivo para cualquier lesión o daño sufrido como resultado de cualquier acto u omisión de un médico que actúa dentro del ámbito de las obligaciones en virtud del programa es una demanda bajo la Ley de Reclamación por Agravios Estado, OCGA § 50-21-20 y ss., Y que un remedio para lesiones o daños sufridos como resultado de cualquier acto u omisión de un proveedor de atención de la salud que actúan fuera del ámbito de aplicación de esas funciones será a lo establecido en agravio de familia u otro ley aplicable.

La información que he proporcionado en relación con mi elegibilidad, incluyendo información de ingresos, es verdadera y completa al mejor de mi conocimiento. Entiendo que cualquier falla para actualizar esta información al Departamento a cambio de mi situación financiera o de seguro de salud puede descalificar de recibir salud o atención dental bajo la GVHCP. Además, entiendo que hacer declaraciones falsas o representaciones en este formulario puede ser punible bajo sección O.C.G.A. 16/10/20 por una multa de no más de \$1,000 o encarcelamiento por no menos de uno o más de cinco años o ambos.

**Firma del Paciente o Padre/
Signature of Patient/Parent or Guardian**

**Nombre Impreso del Persona Que Firma/
Printed Name of Person Signing**

**Relación a Menor/
Relationship to Minor
(Si es Aplicable/If applicable)**

**Firma del Eligibility Specialist/
Signature of Eligibility Specialist**

**Nombre Impreso del Eligibility Specialist/
Printed Name of Eligibility Specialist**

Fecha/Date

Acuerdo de paciente: Expectativas y responsabilidades

- Entiendo que esta es una clínica gratuita, y no hay cargos por los servicios que se ofrecen en esta clínica. Los proveedores médicos son voluntarios y no reciben pago por los servicios ofrecidos. Yo entiendo que las citas son programadas y voy a tener un tiempo de espera para cualquiera de mis servicios.
- Entiendo que debo actualizar mi información financiera anualmente. Si no actualizo esta información no se me podrá hacer citas para los servicios de especialidad hasta que haya actualizado mis ingresos.
- Entiendo que no voy a usar cualquier otra clínica gratuita u otro proveedor médico menos que sea aconsejado por el Buen Samaritano Gerente Clínico / proveedor con la excepción de los casos de atención de emergencia.
- Entiendo que tengo que dar aviso a la clínica por lo menos **24 horas antes** si no voy a poder asistir a mi cita. Si pasan 2 ocasiones que no me presento sin avisar ("no show"), seré descalificado como paciente y no recibiré más servicios de la Clínica del Buen Samaritano (GSC). Lo mismo se aplica para citas de **radiografías, clínica oftalmológica u otra cita de referencia especializadas**. Entiendo que tengo que dar **24 horas de aviso** si no voy a poder asistir. Si no aviso se marcará como un "no show" y seré inelegible para los servicios de la clínica.

Entiendo que soy responsable de mi propia atención médica y es mi responsabilidad:

- ✓ Hacer citas anuales para visitas generales y exámenes de sangre rutinarios para mi cuidado
- ✓ seguir con los tratamientos y exámenes ordenados por el personal médico de la clínica.
- ✓ Utilizar herramientas que la clínica pone a mi disposición para prevención y manejo de enfermedades y así poder participar activamente en mi cuidado
- ✓ tener en mente que si no cumplo con mi plan de tratamiento me hará inelegible para el cuidado continuo en la clínica.
- Entiendo que si yo soy referido a un médico fuera de la clínica para exámenes adicionales, radiografías o especialidades, o tengo necesidad de acudir a la sala de urgencias del hospital de St. Joseph's o Chandler, que yo seré responsable por cuotas o cargos asociados con esas visitas y la Clínica Buen Samaritano no pagará por estos servicios.
- Informare a la clínica tan pronto como sea posible de cualquier cambio en mi número de teléfono, dirección, ingresos o cobertura de seguro.
- Si recibo una receta médica para una condición crónica, voy a pedir a mi farmacia que haga fax una solicitud para rellenar el medicamento a el fax de la clínica (912-964-1825) por lo menos 7 días antes de que se me termine el medicamento. Una vez recibida la solicitud, GSC puede tomar hasta 72 horas para aprobar y rellenar cualquier medicamento. La Clínica el Buen Samaritano no receta medicamentos para el manejo de dolor crónico,

Ciertos medicamentos requieren que el paciente haya completado los análisis de sangre requeridos antes de que el medicamento pueda ser surtido.

- Entiendo que si no estoy dispuesto a colaborar o soy irrespetuoso con el personal de la clínica, voluntarios u otros pacientes; si estoy ebrio/intoxicado o de lo contrario me comporto de una forma inadecuada, no seré elegible para los servicios de GSC.
- Me comunicare con la clínica si tengo preguntas sobre mi salud.

Paciente firma: Firma →

Fecha
Date: _____

Personal firma: _____ Date: _____



Consent for Treatment

Consent to Receive Medical Services

I consent to receive medical, dental or other services and treatment by one who has agreed to provide such treatment without compensation as provided under Section 33-55-210 of the Georgia Code of Law, voluntary and non-voluntary health care providers.

Patient Signature: _____ Date: _____

Consent to Receive Notification

I authorize Good Samaritan Clinic to contact me or leave a message at a phone number, address, e-mail or other method I provide to them.

Patient Signature: _____ Date: _____

Consentimiento Para Recibir Tratamiento

Consentimiento Para Recibir Servicios Médicos

Yo doy mi consentimiento de recibir tratamiento medico, educacional u otro servicio a la persona que voluntariamente ha aceptado ofrecer estos servicios sin pago alguno, bajo la sección 33-55-210 del Código Legal de Georgia.

Firma del Paciente: **Firma →** _____ Fecha: _____

Autorizo Ser Notificado

Yo autorizo Buen Samaritano Clínica en contactar conmigo o dejar un mensaje a un número de teléfono, dirección, e-mail u otro método que proporciono a ellos.

Firma del Paciente: **Firma →** _____ Fecha: _____



Good Samaritan Clinic
Clínica el Buen Samaritano

St. Joseph's/Candler

ACKNOWLEDGEMENT OF RECEIPT OF PRIVACY PRACTICES

By signing below, I acknowledge that I have received a copy of the Privacy Practices of Good Samaritan Clinic.

Con mi firma abajo, reconozco que he recibido una copia de la Prácticas Privadas de la Clínica el Buen Samaritano.

Firma →

Signature of Patient or Legal Representative

Firma del Paciente o Representante

Printed name of Patient or Legal Representative

Nombre Escrito del Paciente o Representante

Date

Fecha

Staff Signature

Firma del personal

Revised 12-2010



Good Samaritan Clinic
 Clínica el Buen Samaritano
 St. Joseph's/Candler

AUTHORIZATION FOR RELEASE OF HEALTH INFORMATION

I hereby authorize **Good Samaritan Clinic** and its entities, its officers or agents to permit inspection, copying, and/or release of information compiled in the ordinary course of business in connection with the following:

Patient Name: _____
 (Nombre de Paciente)

Date of Birth: _____
 (Fecha de Nacimiento)

Address: _____
 (Direccion)

Telephone #: _____
 (Numero de Telefono)

Social Security # _____
 (Numero de Seguro Social)

I further understand and acknowledge that in complying with my request for release, such disclosure will require **Good Samaritan Clinic** to disclose, as provided under applicable federal law, Protected Health Information, as defined in 42. C.F.R. § 160 et seq. Information to be disclosed and faxed to **912-964-1825**

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Complete Health Record - for 1 YEAR from date of _____ | |
| <input type="checkbox"/> Radiology Reports | <input type="checkbox"/> Abstract/Pertinent Information |
| <input type="checkbox"/> Discharge Summary | <input type="checkbox"/> Emergency Department Record |
| <input type="checkbox"/> History and Physical Exam | <input type="checkbox"/> Laboratory Tests |
| <input type="checkbox"/> Consultation Reports | <input type="checkbox"/> Other (Please Specify) _____ |
| <input type="checkbox"/> Progress Notes | |

I UNDERSTAND THIS MAY INCLUDE INFORMATION RELATING TO THE FOLLOWING UNLESS EXPRESSLY EXCLUDED BY CHECKING THE BOX(ES) BELOW:

- Acquired Immunodeficiency Syndrome (AIDS) or infection with Human Immunodeficiency Virus (HIV)
- Psychiatric Care (Behavioral Health)¹
- Treatment for Alcohol and/or Drug Abuse²
- Genetic Testing
- Sexually Transmitted Diseases (STDs)

This information is to be disclosed to: _____
 (Information para revelarse a): _____

I understand this authorization may be revoked in writing at any time, except to the extent that action has been taken in reliance on this authorization. A photocopy or FAX of this document is valid as the original.

The facility, its employees, officers, and physicians are hereby released from any legal responsibility or liability for disclosures of the above information to the extent indicated and authorized herein:

Signature of Patient or Legal Representative: Fuma -> _____ Date: _____
 (Firma de Paciente o Representante Legal) (Fecha)

Witness: _____ Date: _____

¹ Except psychotherapy notes as provided under federal and state laws.

² **PROHIBITION OF REDISCLOSURE:** This information has been disclosed from records whose confidentiality is protected by federal and state law. Federal Regulations (42 CFR Part 2) prohibit the receiver of these records from making any further disclosure of this information except with the specific written consent of the person who it pertains. A general authorization for the release of medical or other information if held by another party is not sufficient for this purpose.

6

Información Financias

Nombre de Paciente: _____ Edad: _____ Empleador: _____

Nombre de Esposa: _____ Edad: _____ Empleador: _____

Nombres de los niños (menos de 18)

_____ Edad _____

_____ Edad _____

_____ Edad _____

_____ Edad _____

_____ Edad _____

Por favor circule sí o no por cada pregunta

1. Tiene seguro médico? Si o no?
2. Recibe estampías de comida? Si o no?
3. Recibe Medicaid? Si o no?
4. Sus niños reciben estampías de comida? Si o no?
5. Sus niños reciben Medicaid? Si o no?
6. Recibe ayuda de financieras de familia, amigas o tu iglesia?
Si o no?

FINANCIAL ELIGIBILITY FORM



Good Samaritan Clinic
Clínica el Buen Samaritano
St. Joseph's/Candler

Do you have insurance that covers your health or dental condition? Yes _____ No _____

Family size: Adults _____ Under 18 _____ Students 18-21 _____ Unborn _____ Total # _____

Section 1 **Use current year Federal Poverty Guidelines for income determination.**

<u>FAMILY MEMBERS</u> <u>NAMES</u>	<u>AGE</u>	<u>EMPLOYER</u>	<u>INCOME</u> <u>LAST 4 WEEKS</u>
SELF:			\$
SPOUSE:			\$
CHILD:			\$
CHILD:			\$
CHILD:			\$
CHILD:			\$
CHILD:			\$
CHILD:			\$
TOTALS			\$
<small>Note: Family income is used to determine eligibility, not household income. (Example: A husband, wife, and their 2 children that live with the husband's brother, but receive no money from him, should not include the brother's income in the family income.)</small>			TOTAL INCOME
			\$ _____

Section 2

Budget Computation (To be completed if family income is above Federal Poverty Level.)	
Step 1: "Total Family Income" for family unit (Earned income)	\$
Step 2: Subtract \$90 for EACH employed member of the family unit.	-\$
SUB TOTAL	\$
Step 3: Subtract childcare PAID each month (up to \$175 per child age 2 and older; up to \$200 per child under age 2)	-\$
SUB TOTAL	\$
Step 4: Subtract up to \$50 per month of total child support received	-\$
TOTAL NET INCOME	\$

Do you receive any other assistance from family or friends? If your family had no income for the last 4 weeks, please explain how you have been meeting your basic expenses (for example groceries, rent, gas for your car, etc?)

The information I have given is true and accurate to the best of my knowledge. If it is discovered that I have been untruthful, I will no longer be eligible for services at Good Samaritan Clinic.

La información que he proporcionado con respecto a mis ingresos es verdad y completa con el mejor de mi conocimiento. Entiendo que la falsificación de esta información va a dar lugar a mi inhabilidad para recibir servicios en la clínica el buen samaritano.

Signature of Patient/Parent or Guardian

Signature of GSC Volunteer

Date

(Valid for 1 year) Expiration Date: _____