



Patient Intake

Name: _____

Address: _____ City: _____ Zip: _____

Home Phone: _____ BirthDate: _____ Social Security #: _____

Cell Phone: _____ E-mail Address: _____

Gender: Male Female Marital Status: Single Married

School: _____

Parent/Guardian Name: _____ Preferred Language: _____

Parent/Guardian Work Phone: _____ Parent/Guardian Cell Phone: _____

Emergency Contact (please give us the names of adults to notify in an emergency if you are not available):

Contact Name: _____ Phone: _____ Relationship: _____

Race: American Indian or Alaska Native Asian Black/African American Native Hawaiian
 Pacific Islander White Unreported/Refused

Ethnicity: Hispanic/Latino Not Hispanic/Latino Other Unreported/Refuse

Table with 5 columns: ARE YOU HOMELESS OR LIVING IN A SHELTER?, ARE YOU A VETERAN?, ARE YOU A SEASONAL AGRICULTURAL WORKER?, ARE YOU A MIGRATORY AGRICULTURAL WORKER?, DO YOU HAVE A MENTAL OR PHYSICAL DISABILITY?

Type of Insurance (check all that apply) Private/Commercial Insurance Medi-cal No insurance

PRIMARY INSURANCE INFORMATION

Policy Holder's Name: _____

Relationship to student/patient: _____

Policy Holder's Address: _____ City: _____

Zip: _____ Policy Holder's Date of Birth: _____

Insurance Name: _____ Insurance Phone#: _____

Policy#: _____ Group#: _____ Plan#: _____

Table with 4 columns: FAMILY MEMBERS IN THE HOME, RELATIONSHIP, ANNUAL INCOME, SOURCE OF INCOME



I understand that this eligibility certification form is a legal document and certifies that the information on this form is true to the best of my knowledge. I acknowledge that such information is subject to verification and that falsification of the form shall be grounds for termination from the program. All such information will be kept confidential. I give permission for myself/my child to receive treatment at the UCHC, and I understand that I may have my prescriptions filled at any pharmacy.

Consent for Treatment and Acknowledgements: To become a patient and receive treatment, we need your consent to provide care. We also need you to acknowledge that we have provided you with certain important information and documents. If you have any questions about any of this information, please do not hesitate to ask a member of our staff. By signing, you are indicating that you understand the information, have been given a chance to ask questions, and are giving your consent.

General Consent to Treat: I voluntarily agree to receive services from Universal Community Health Center (UCHC), and authorize the providers of Universal to provide such care, treatment, or services as are considered necessary and advisable for me. I understand that I should participate in the planning for my care and that I have a right to refuse interventions, treatment, care, services or medications at any time to the extent the law allows. I understand that the care I will receive may include tests, injections, and other medications, etc. that are based on established medical criteria, but not free of risk.

Notice of Privacy Practices: I understand that, under the Health Insurance Portability and Accountability Act of 1998 (HIPAA), I have certain rights to privacy regarding my protected health information. I understand that this information can and will be used to: Conduct, plan, and direct my treatment. Obtain payment from third-party payers. Conduct normal healthcare operations. I acknowledge that I have read Universal's Notice of Privacy Practices containing a more complete description of the uses and disclosures of my health information. I understand that Universal has the right to change its Notice of Privacy Practices at times and that I may request a current copy of the Notice of Privacy Practices at any time.

Health Information Exchange: I understand that Universal participates in certain health information exchanges with other health centers and hospitals located in the Los Angeles area. Your health information may be shared with these exchanges to provide faster access, better coordination of care, and to assist providers and public health officials in making more informed decisions. Please notify Universal if you wish to "opt-out" and disable access to your health information, except to the extent that disclosure of such information is permitted or mandated by law.

Release of Information for Billing and Consent to Reimburse: I know that Universal needs to send parts of my personal health information to organizations that help pay for my care, such as insurance payers or organizations that grant money to Universal. I allow Universal to release the relevant parts of my records so that my care can be paid for. If I do not feel comfortable with this, then I understand that I can request a higher level of privacy protection than is afforded to me under the Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA).

Acknowledgment of Duty to Reimburse Universal for Health Care Services: I understand that Universal offers a Sliding Fee Scale of discounted or free health care items and services to individuals who are deemed unable to pay based on their level of income. To become eligible for Universal's Sliding Fee Scale of discounted services, I will need to provide Universal staff with documents establishing that I meet income eligibility requirements which include proof of income and family size. If I do not provide the required documents to Universal, I am responsible for paying my fees for medical, behavioral health, or dental services received at Universal in full at the time of service. By signing my name below, I am acknowledging that I have read and understand each of the separate paragraphs set forth above

Parent/Guardian Signature

Date

Relationship to Patient



Admisión del Paciente

Nombre del Paciente : _____

Dirección: _____ **Ciudad:** _____ **Código postal:** _____

Teléfono de casa: _____ **Fecha de nacimiento:** _____

Número de seguro social: _____

Teléfono celular: _____ **Correo electrónico:** _____

Género: Masculino Femenino **Estado civil:** Soltero Casado

Nombre de la Escuela: _____

Nombre del tutor: _____ **Idioma preferido:** _____

Número de Teléfono del tutor : _____ **Celular:** _____

Contacto de emergencia (por favor nos da El nombre del adulto para notificar en caso de emergencia si no está disponible El Tutor):

Nombre de contacto: _____ **Teléfono:** _____

Relación: _____

Raza: Indio americano o nativo de Alaska Asiático Negro / afroamericano Nativo de Hawái

Isleño del Pacífico Blanco Rehusar a contestar

Etnicidad: Hispano / Latino No hispano / latino Otro Rehusar a contestar

¿ESTÁ SIN HOGAR O VIVE EN UN REFUGIO? <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	¿ES USTED VETERANO? <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	¿ES USTED UN TRABAJADOR TEMPORAL? AGRICULTURA <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	¿ES USTED UN TRABAJADOR MIGRANTE EN AGRICULTURA <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	¿TIENE USTED ALGUNA DISCAPACIDAD MENTAL O FÍSICA? <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI
--	--	--	--	--

Tipo de seguro (marque todo lo que corresponda) Seguro privado / comercial Médico No Aseguranza

INFORMACIÓN PRIMARIA DEL SEGURO

Nombre del Seguro de Salud _____ **Nombre del Plan:** _____

Número del Grupo _____

Dirección del Seguro de Salud _____ **Ciudad:** _____

Código postal: _____ **Número de teléfono del seguro de salud :** _____

MIEMBROS DE LA FAMILIA EN EL HOGAR :	RELACIÓN:	INGRESO ANUAL:	FUENTE DE INGRESO:
---	------------------	-----------------------	---------------------------



Entiendo que este formulario de certificación de elegibilidad es un documento que certifica que la información en este formulario es verdadera a mi leal saber y entender. Reconozco que dicha información está sujeta a verificación y que la falsificación del formulario será motivo de terminación del programa. Toda esa información se mantendrá confidencial. Do yo permiso para que mi hijo/yo reciba tratamiento en UCHC y entiendo que puedo surtir mis recetas en cualquier farmacia.

Consentimiento para el tratamiento y reconocimientos: Para convertirse en paciente y recibir tratamiento, necesitamos su consentimiento para brindarle atención. También necesitamos que reconozca que le hemos proporcionado cierta información y documentos importantes. Si tiene alguna pregunta sobre esta información, no dude en consultar a un miembro de nuestro personal. Al firmar, usted indica que comprende la información, que se le ha dado la oportunidad de hacer preguntas y que está dando su consentimiento.

Consentimiento general para el tratamiento: Acepto voluntariamente recibir servicios de Universal Community Health Center (UCHC) y autorizo a los proveedores de Universal a brindar la atención, el tratamiento o los servicios que se consideren necesarios y aconsejables para mí. Entiendo que debo participar en la planificación de mi atención y que tengo derecho a rechazar intervenciones, tratamiento, atención, servicios o medicamentos en cualquier momento en la medida en que lo permita la ley. Entiendo que la atención que recibiré puede incluir pruebas, inyecciones y otros medicamentos, etc., que se basan en criterios médicos establecidos, pero no están exentos de riesgo.

Aviso de prácticas de privacidad: Entiendo que, bajo la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud de 1998 (HIPAA), tengo ciertos derechos a la privacidad con respecto a mi información médica protegida. Entiendo que esta información puede y será utilizada para: Conducir, planificar y dirigir mi tratamiento. Obtenga el pago de terceros pagadores. Realice las operaciones normales de atención médica. Reconozco que he leído el Aviso de prácticas de privacidad de Universal que contiene una descripción más completa de los usos y divulgaciones de mi información médica. Entiendo que Universal tiene el derecho de cambiar su Aviso de Prácticas de Privacidad en ocasiones y que puedo solicitar una copia actual del Aviso de Prácticas de Privacidad en cualquier momento.

Intercambio de información médica: Entiendo que Universal participa en ciertos intercambios de información médica con otros centros de salud y hospitales ubicados en el área de Los Ángeles. Su información médica se puede compartir con estos intercambios para brindar un acceso más rápido, una mejor coordinación de la atención y para ayudar a los proveedores y funcionarios de salud pública a tomar decisiones más informadas. Notifique a Universal si desea "optar por no participar" y deshabilitar el acceso a su información médica, excepto en la medida en que la ley permita o exija la divulgación de dicha información.

Divulgación de información para facturación y consentimiento para reembolsos: Sé que Universal debe enviar parte de mi información médica personal a organizaciones que ayudan a pagar mi atención, como pagadores de seguros u organizaciones que otorgan dinero a Universal. Permito que Universal divulgue las partes relevantes de mis registros para que se pueda pagar mi atención. Si no me siento cómodo con esto, entiendo que puedo solicitar un nivel más alto de protección de la privacidad que el que me otorga la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA).

Reconocimiento del deber de reembolsar a Universal los servicios de atención médica: Entiendo que Universal ofrece una escala móvil de tarifas de artículos y servicios de atención médica con descuento o gratuitos a las personas que no pueden pagar según su nivel de ingresos. Para ser elegible para la escala móvil de tarifas de servicios con descuento de Universal, tendré que proporcionar al personal de Universal documentos que establezcan que cumplo con los requisitos de elegibilidad de ingresos, que incluyen prueba de ingresos y tamaño de la familia. Si no proporcionó los documentos requeridos a Universal, soy responsable de pagar mis tarifas por servicios médicos, de salud mental o dentales recibidos en Universal en su totalidad en el momento del servicio. Al firmar mi nombre a continuación, reconozco que he leído y comprendido cada uno de los párrafos separados establecidos anteriormente

Firma del padre / tutor

Fecha

Relación con el paciente