

New Patient Registration

Nuevo Registro de Pacientes



Current Patient Information - Please Print

Información Actual del Paciente - Imprimir Por Favor

Demographic Information / Información Demográfica			
Last Name / Apellido			
First Name / Primer Nombre			
Middle Name / Segundo Nombre			
Date of Birth / Fecha de Nacimiento	/	/	
SSN / Número de Seguro Social	-	-	
Gender / Genero	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> F	
Address / Dirección			
City / Ciudad		State / Estado	
Zip Code / Código Postal			
Home Phone / Teléfono de la Casa	()	-	
Cell Phone / Teléfono Móvil	()	-	
Email Address / Correo Electronico			
Primary Language / Idioma Preferida			
Race / Raza		Ethnicity / Etnicidad	
<input type="checkbox"/> White / Blanca <input type="checkbox"/> African American / Afroamericano <input type="checkbox"/> Mexican American Indian / Indio Mexicano Americano <input type="checkbox"/> South American Indian / Indio Sudamericano <input type="checkbox"/> Asian / Asiatica <input type="checkbox"/> American Indian / Indio Americano <input type="checkbox"/> Native Hawaiian / Indigena de Hawaii <input type="checkbox"/> Pacific Islander / Indigena de Islas Pacificas <input type="checkbox"/> Other: _____		<input type="checkbox"/> Not Hispanic or Latino / No Hispano o Latino <input type="checkbox"/> Hispanic or Latino / Hispano o Latino <input type="checkbox"/> Mexican / Mexicano <input type="checkbox"/> Central American / America Central <input type="checkbox"/> Latin American / Latinoamericano <input type="checkbox"/> Dominican / Dominicano <input type="checkbox"/> Puerto Rican / Puertorriqueno <input type="checkbox"/> Other: _____	
Marital Status / Estado civil		Employment Status / Estatus de Empleo	
<input type="checkbox"/> Single / Soltero <input type="checkbox"/> Married / Casado <input type="checkbox"/> Divorced / Divorciado <input type="checkbox"/> Separated / Separado <input type="checkbox"/> Widowed / Viudo <input type="checkbox"/> Partner / Compañero <input type="checkbox"/> Unknown / Desconocido		<input type="checkbox"/> Employed Full-Time / Empleado de Tiempo Completo <input type="checkbox"/> Employed Part-Time / Empleado a Tiempo Parcial <input type="checkbox"/> Self-Employed / Trabajadores por Cuenta Propia <input type="checkbox"/> Disabled / Discapacitado <input type="checkbox"/> Unemployed / Desempleados <input type="checkbox"/> Student / Estudiante	
Employer Name / Nombre del Empleador			
Household Size / Tamaño del Hogar		Household Annual Income / Ingreso Anual de los Hogares	
Emergency Contact Name / Contacto de Emergencia			
Emergency Contact Phone / Teléfono de Contacto de Emergencia			
How did you hear about us? <input type="checkbox"/> Advertising <input type="checkbox"/> Word of Mouth <input type="checkbox"/> Hospital <input type="checkbox"/> Other _____			

Health History Questionnaire / Cuestionario de Historia de Salud

Your answers on this form will help your health care provider understand your medical concerns and conditions.
All questions contained in this questionnaire are optional and will be kept strictly confidential.

Sus respuestas en este formulario ayudarán a su proveedor de atención médica a comprender sus inquietudes y condiciones médicas.
Todas las preguntas contenidas en este cuestionario son opcionales y se mantendrán estrictamente confidenciales.

ALLERGIES

ALLERGY / ALLERGIA

REACTION / REACCIÓN

MEDICATIONS / MEDICAMENTOS

DRUG NAME / NOMBRE DE LA DROGA

STRENGTH / FUERZA

FREQUENCY TAKEN / FRECUENCIA TOMADA

PAST MEDICAL HISTORY / HISTORIA MÉDICA

PLEASE CHECK ALL THAT APPLY / POR FAVOR MARQUE TODOS LOS QUE APLIQUEN

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Anxiety Disorder / | <input type="checkbox"/> Diverticulitis | <input type="checkbox"/> High Blood Pressure /Alta Presion Sanguinea |
| <input type="checkbox"/> Arthritis / Artritis | <input type="checkbox"/> Fibromyalgia | <input type="checkbox"/> Overactive Thyroid / Tiroides Hiperactiva |
| <input type="checkbox"/> Asthma / Asma | <input type="checkbox"/> Gout / Gota | <input type="checkbox"/> Kidney Disease / Enfermedad del Riñon |
| <input type="checkbox"/> Bleeding Disorder / Desorden Sangrante | <input type="checkbox"/> Pacemaker / Marcapasos | <input type="checkbox"/> Liver Disease / Enfermedad del Hgado |
| <input type="checkbox"/> Blood Clots / Coágulos de Sangre | <input type="checkbox"/> Heart Attack / Ataque al Corazón | <input type="checkbox"/> Pulmonary Embolism / Embolia Pulmonar |
| <input type="checkbox"/> Cancer / Cáncer | <input type="checkbox"/> Heart Murmur / Soplo Cardíaco | <input type="checkbox"/> Coronary Artery Disease / Enfermedad Coronaria |
| <input type="checkbox"/> Stroke / Carrera | <input type="checkbox"/> Reflux Disease / Enfermedad de Reflujo | <input type="checkbox"/> Tuberculosis |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> HIV or AIDS | <input type="checkbox"/> Ulcers / Úlceras |
| <input type="checkbox"/> Dialysis / | <input type="checkbox"/> High Cholesterol / Colesterol Alto | <input type="checkbox"/> Other / Otro: _____ |

PAST SURGICAL HISTORY / HISTORIA QUIRURGICA PASADA

SURGERY / CIRUGÍA

REASON / RAZÓN

YEAR / AÑO

LOCATION / UBICACIÓN

Authorization to Release Medical Information



Patient Name: _____

Date of Birth: ____/____/____

Social Security No.: _____ - _____ - _____

3015 Avenue A, Kearney, NE 68847

Ph: (308) 224-2392

Fax: (308) 224-2399

I hereby authorize the release of the following protected health information:

All healthcare information

Healthcare information related to the following treatment, condition, or dates:

Other: _____

I hereby authorize the above indicated protected health information to be released to:

HelpCare Clinic
3015 Avenue A
Kearney, NE 68847
Ph: (308) 224-2392
Fax: (308) 224-2399

Unless revoked sooner, this authorization will expire on ____/____/____.

Furthermore, by signing this authorization, I understand that signing this authorization is voluntary. I may refuse to sign this authorization which will not affect my treatment. I may revoke this authorization at any time except to the extent that action has already been taken in reliance on this authorization. I may revoke this authorization at any time by providing written notice of revocation. I may request a copy of this signed authorization form at any time. I understand that I may inspect or copy the information to be used or disclosed. I understand that if the information to be released contains any information about HIV/AIDS, alcohol/substance abuse, or mental health/psychiatry notes, there may be additional release of medical information forms requested as well as additional compliance requirements that may have to be met before the information can be released.

Patient/Representative Signature: _____ Date: ____/____/____

If the patient listed above is a minor or is unable to sign and the above signature is that of a parent, legal guardian, or personal representative signing on behalf of the patient, please complete the following:

Printed Name of Representative: _____ Relationship to Patient: _____

Authorizations and Disclaimers / Autorizaciones y Descargos de Responsabilidad

Patient Notice of Limited Liability of FTCA Deemed Volunteer Free Clinic Health Care Professionals Notice to Patients
Notificación a los Pacientes de Responsabilidad Limitada de FTCA Considerado Voluntario Los Profesionales de la Salud Clínica Gratuita Avisan a los Pacientes

This is to notify you that under Federal law relating to the operation of free clinics, the Federal Tort Claims Act (FTCA) (See Title 28 U.S.C. Sections: 1346(b), 2401 (b), 2671-80), provides the exclusive remedy for damage from personal injury including death, resulting from the performance of medical, surgical, dental, or related functions by any free clinic volunteer health care practitioner who the Department of Health and Human Services has deemed to be an employee of the Public Health Service. This FTCA medical malpractice coverage applies to deemed free clinic volunteer health care practitioners who have provided a required or authorized service under Title XIX of the Social Security Act (i.e. Medicaid Program) at a free clinic site or through offsite programs or events carried out by the free clinic (See Title 42 U.S.C. Sections 233(a), (o)).

Certain free clinic health care professionals providing health care services to patients at this free clinic may be covered by the above Federal law

Esto es para notificarle que conforme a la ley federal relacionada con la operación de clínicas gratuitas, la Ley Federal de Reclamaciones por Agravios (FTCA) (consulte el Título 28 USC Secciones: 1346 (b), 2401 (b), 2671-80), proporciona la exclusiva remedio por daños causados por lesiones personales, incluida la muerte, como resultado de la realización de funciones médicas, quirúrgicas, dentales o relacionadas por parte de un profesional de la salud voluntario de clínica gratuita que el Departamento de Salud y Servicios Humanos haya considerado empleado del Servicio de Salud Pública. Esta cobertura de negligencia médica de FTCA se aplica a profesionales de atención médica voluntarios voluntarios que hayan brindado un servicio requerido o autorizado bajo el Título XIX de la Ley de Seguridad Social (es decir, el Programa de Medicaid) en un sitio de clínica gratuito oa través de programas externos o eventos realizados por el clínica gratuita (Ver Título 42 USC Secciones 233 (a), (o)).

Patient Consent for Use and Disclosure of Protected Health Information
Consentimiento del paciente para uso y divulgación de información médica protegida

By signing below, I hereby give my consent for Help Care Clinic to use and disclose protected health information (PHI) about me to carry out treatment, payment and health care operations (TPO). The Notice of Privacy Practices provided by Help Care Clinic describes such uses and disclosures more completely. I have the right to review the Notice of Privacy Practices prior to signing the consent. Help Care Clinic reserves the right to revise its Notice of Privacy Practices at any time. A revised Notice of Privacy Practices may be obtained upon request. With this consent, Help Care Clinic may mail to my home or other alternative location any item that assist the practice in carrying out TPO, such as appointment reminder cards and patient statements. I have the right to request that Help Care Clinic restrict how it uses or disclosed my PHI to carry out TPO. The practice is not required to agree to my requested restrictions, but if it does, it is bound by this agreement. By signing this form, I am consenting to allow Help Care Clinic to use and disclose my PHI to carry out TPO. I may revoke my consent, in writing, except to the extent that the practice has already made disclosures in reliance upon my prior consent.

Al firmar a continuación, doy mi consentimiento para que Help Care Clinic use y divulgue información médica protegida (PHI) sobre mí para llevar a cabo operaciones de tratamiento, pago y atención médica (TPO). El Aviso de Prácticas de Privacidad proporcionado por Help Care Clinic describe dichos usos y divulgaciones de manera más completa. Tengo el derecho de revisar el Aviso de prácticas de privacidad antes de firmar el consentimiento. Help Care Clinic se reserva el derecho de revisar su Aviso de Prácticas de Privacidad en cualquier momento. Se puede obtener una Notificación de Prácticas de Privacidad revisada previa solicitud. Con este consentimiento, Help Care Clinic puede enviar por correo a mi casa u otra ubicación alternativa cualquier artículo que ayude a la práctica en la realización de TPO, como tarjetas de recordatorio de citas y declaraciones del paciente. Tengo derecho a solicitar que Help Care Clinic restrinja cómo utiliza o divulga mi PHI para llevar a cabo TPO. La práctica no está obligada a aceptar mis restricciones solicitadas, pero si lo hace, está obligado por este acuerdo. Al firmar este formulario, estoy consintiendo en permitir que Help Care Clinic use y divulgue mi PHI para llevar a cabo TPO.

Authorization and Release to Treat
Autorización y Lanzamiento para Tratar

I certify that I have read and understand the above information to the best of my knowledge. I understand that providing incorrect information can be dangerous to my health. I authorize the Help Care Clinic to release any information including the diagnosis and the records of any treatment or examinations rendered to me or my child during the period of such care to third party payers and/or health practitioners. I give the staff of HelpCare Clinic permission to treat me and/or my minor child. This is a non-profit, volunteer effort of the HelpCare Clinic. I understand that if emergency transportation is required, the cost of the transportation will be my responsibility. I understand that referral to outside facilities have the potential to incur additional costs on behalf of other organizations outside of HelpCare Clinic and that any such charges will be my responsibility.

Certifico que he leído y entiendo la información anterior según mi leal saber y entender. Entiendo que proporcionar información incorrecta puede ser peligroso para mi salud. Autorizo a la Clínica de Atención de Ayuda a divulgar cualquier información, incluido el diagnóstico y los registros de cualquier tratamiento o exámenes que se me proporcionen a mí o a mi hijo durante el periodo de dicha atención a terceros pagadores y / o profesionales de la salud. Doy permiso al personal de la Clínica de Atención Médica para que nos trate a mí y / o a mi hijo menor de edad. Este es un esfuerzo voluntario sin fines de lucro de la Clínica HelpCare. Entiendo que si se requiere transporte de emergencia, el costo del transporte será de mi responsabilidad. Entiendo que la referencia a instalaciones

 Patient Name (Print) / Nombre del paciente (Imprimir)

 Patient or Representative Signature / Firma del Paciente o Representante

 Date / Fecha

If the patient listed above is a minor or is unable to sign and the above signature is that of a parent, legal guardian, or personal representative signing on behalf of the patient, please complete the following:

 Printed Name of Representative / Nombre Impreso del Representante

 Relationship to Patient/Relación con el Paciente

Patient Portal Registration / Registro del Portal del Paciente

HelpCare Clinic offers patients the opportunity to register for an online patient portal. Patients may use this portal to review their care summaries and other documentation as well as requesting appointments and sending messages to our staff. The use of this service requires a valid email address and access to the internet.

HelpCare Clinic ofrece a los pacientes la oportunidad de registrarse en un portal de pacientes en línea. Los pacientes pueden usar este portal para revisar sus resúmenes de atención y otra documentación, así como para solicitar citas y enviar mensajes a nuestro personal. El uso de este servicio requiere una dirección de correo electrónico válida y acceso a Internet.

Would you like to register for the patient portal? / ¿Te gustaría registrarte en el portal para pacientes?

- Yes/Si No

If yes, please provide the email address you'd like to use for your portal registration.

En caso afirmativo, proporcione la dirección de correo electrónico que desea utilizar para el registro de su portal.

[Empty text box for email address]

Delegated Release of Information

Many of our patients allow certain individuals, such as other family members, to request medical information or receive phone calls regarding certain information. Under requirements of HIPAA and other privacy regulations we are not allowed to provide this information to anyone without the express consent of the patient. If you wish to have your medical information released to any other individuals or family members, you must indicate the names of those individuals and sign below.

Muchos de nuestros pacientes permiten que ciertas personas, como otros miembros de la familia, soliciten información médica o reciban llamadas relacionadas con cierta información. Bajo los requisitos de HIPAA y otras normas de privacidad, no podemos proporcionar esta información a nadie sin el consentimiento expreso del paciente. Si desea que su información médica sea divulgada a cualquier otra persona o miembro de la familia, debe indicar los nombres de esas personas y firmar a continuación.

I authorize HelpCare Clinic to release my medical information to the following individuals:
Autorizo a HelpCare Clinic a divulgar mi información médica a las siguientes personas:

Name / Nombre

Relation to Patient / Relación con el paciente

Name / Nombre

Relation to Patient / Relación con el paciente

Signature of Patient Authorizing Release of Information

Relation to Patient / Relación con el paciente

HelpCare Clinic will attempt to contact you as a courtesy reminder, but ultimately it is your responsibility to remember your scheduled appointment day and time.

In order to be respectful of the medical needs of all our patients, please be courteous and call our office promptly if you are unable to attend an appointment. This time will be reallocated to someone who is in need of treatment. This is how we can best serve the needs of all our patients. If it is necessary to cancel your appointment, we require that you call **24 hours in advance**. Appointments are in high demand and your early cancellation will give another person the possibility to have access to timely medical care. If you have a Monday appointment, the cancellation is required on the Friday prior to your appointment. To cancel appointments, you may call 308-224-2392. Late cancellations will be considered as a "no show".

A "no show" is someone who misses appointments without canceling 24 hours in advance. No shows inconvenience those individuals who need access to medical care in a timely manner. A failure to be present at the time of a scheduled appointment will be recorded in our appointment schedule as a "no show".

Outside Referrals:

The policy for referrals to outside clinics such as x-ray, sleep studies, etc. is as follows: "NO SHOW" and your appointment will be cancelled and will not be rescheduled. We have worked very hard to find providers that will work with us to provide your care and not attending an appointment without prior notice could cause them to stop taking referrals.

NOTE: Charges for services and products of referrals are the patient's responsibility and will not be covered by the HelpCare Clinic.

HelpCare Clinic intentará contactarlo como recordatorio de cortesía, pero en última instancia es su responsabilidad recordar su cita programada día y hora.

Para ser respetuoso de las necesidades médicas de todos nuestros pacientes, sea cortés y llame a nuestra oficina rápidamente si no puede asistir a una cita. Esta vez se reasignará a alguien que necesite tratamiento. Así es como podemos atender mejor las necesidades de todos nuestros pacientes. Si es necesario cancelar su cita, le pedimos que llame con 24 horas de anticipación. Las citas tienen una gran demanda y su cancelación anticipada le dará a otra persona la posibilidad de tener acceso a atención médica oportuna. Si tiene una cita el lunes, la cancelación se requiere el viernes anterior a su cita. Para cancelar citas, puede llamar al 308-224-2392. Las cancelaciones tardías se considerarán como "no presentación".

Un "no show" es alguien que pierde citas sin cancelar con 24 horas de anticipación. No muestra inconvenientes a las personas que necesitan acceso a atención médica de manera oportuna. La falta de presencia en el momento de una cita programada se registrará en nuestro programa de citas como "no show".

Referidos externos:

La política para derivaciones a clínicas externas tales como rayos X, estudios de sueño, etc. es la siguiente: "NO SHOW" y su cita será cancelada y no será reprogramada. Hemos trabajado arduamente para encontrar proveedores que trabajen con nosotros para proporcionar su atención y que no asistir a una cita sin previo aviso pueda hacer que dejen de recibir referencias.

NOTA: los cargos por los servicios y productos de las derivaciones son responsabilidad del paciente y no estarán cubiertos por

Acknowledgement /Reconocimiento:

Patient or Representative Signature / Firma del Paciente o Representante