



Patient Demographic Information

Los Datos de Filiación del Paciente

Today's Date _____
La Fecha de Hoy

Patient Name: _____ **Male** _____ **Female** _____
Nombre del Paciente Macho Hembra

Gender: _____ **Date of Birth:** _____ **Marital Status:** _____
Género Fecha de Nacimiento Estado Civil

Social Security #: _____ **Email:** _____
Seguridad Social Correo Electrónico

Street Address: _____ **City** _____ **State** _____ **Zip Code** _____
La Dirección de la Calle Ciudad Estado Código Postal

Home Phone #: _____ **Cell Phone #:** _____
Teléfono de Casa Teléfono Celular

Do you have an Advance Directives/Living Will? (Please circle) **Yes** **No**
¿Tiene usted un directivas anticipadas/testamento de vida? (Por favor círculo) Sí No

Do you have any of the following barriers to care? (Please circle)
¿Tiene usted alguna de las siguientes barreras para el cuidado médico? (Por favor círculo)

Poor Vision **Poor Hearing** **Language Barrier** **Religious/Cultural Barrier** **None**
Visión Deficiente Mala Audición Barrera de Lenguaje Religioso/Barrera Cultural Ninguna

EMERGENCY INFORMATION

Información de Emergencia

Emergency Contact Name: _____ **Phone #:** _____
Nombre de Contacto de Emergencia Teléfono

Street Address: _____
La Dirección de la Calle

City _____ **State** _____ **Zip Code** _____
Ciudad Estado Código Postal

INSURANCE CARD AND PERSONAL ID ARE REQUIRED FOR EACH VISIT
TARJETA DE SEGURO Y ID PERSONAL SON NECESARIOS PARA CADA VISITA

Please be aware that you have a right to request to have a chaperone present in the exam room during any personal examination and to decline the examination if an acceptable chaperone is not present. If you would like to request a chaperone please let the nurse or doctor know. _____ Please Initial

Por favor tenga en cuenta que usted tiene derecho a solicitar que un acompañante presente en la sala de examen durante cualquier examen personal y rechazar el examen si un aceptable acompañante no está presente. Si desea solicitar un acompañante por favor deje que la enfermera o el médico. - Por favor inicial arriba

AGREEMENT

In consideration of the examination to be provided by Center for Health Education, Medicine and Dentistry (CHEMED): I understand that the doctor makes no representation about my condition other than those concerning the problem for which he has been retained. Patients have the right to formulate an advance directive. I hereby authorize CHEMED to furnish information to insurance carriers regarding illness and treatments to me and/or my dependents in writing, by e-mail, fax or through electronic assignment to the appropriate parties as needed. I authorize release of all information necessary to secure payment. I hereby assign CHEMED any/all benefits/payments received from my insurer, including any person injury protection coverage received as a result of a liability settlement. This assignment will remain in effect until revoked by me in writing. A photocopy of this assignment and of this signature is to be considered valid. I agree to pay any deductible or other balance not paid by my insurer. I am responsible for all fees regardless of insurance reimbursement. Payment is required after each visit for medical services unless other payment arrangements are made. It is our policy that patients who are younger than 18 years of age must be accompanied by their parent/guardian. I have been offered and accept CHEMED Health Center's Bill of Rights and Responsibilities.

Acuerdo

En la consideración del examen a ser proporcionada por el Centro de Educación para la Salud, Medicina y odontología (CHEMED): Entiendo que el médico no hace ninguna representación sobre mi condición distinta de las relativas al problema para el cual ha sido conservado. Los pacientes tienen derecho a formular una directriz anticipada. Por la presente autorizo CHEMED para suministrar información al respecto de las compañías de seguros de enfermedad y tratamientos para mí y/o mi dependientes por escrito, por correo electrónico, fax o por medios electrónicos la asignación a los partied apropiadas según sea necesario. Yo autorizar el envío de toda la información necesaria para garantizar el pago. Me queda asignar CHEMED cualquiera/todas las prestaciones/pagos recibidos de mi aseguradora, incluyendo cualquier persona cobertura de protección contra lesiones recibidas como resultado de un arreglo de responsabilidad. Esta asignación se mantendrá en vigor hasta revocar por mí en la escritura. Una fotocopia de esta asignación y de esta firma se considera válida. Estoy de acuerdo en pagar algún deducible u otros saldo no pagado por mi aseguradora. Soy responsable de todos los honorarios independientemente de reembolso de seguro. Es necesario realizar el pago después de cada visita para servicios médicos a menos que otros arreglos de pago están hechas. Nuestra política es que los pacientes que son menores de 18 años deben ir acompañados por sus padres/tutores. Me an ofrecido y aceptar CHEMED Centro de Salud los derechos y las responsabilidades.

Signature of Patient (parent/guardian if minor)
Firma del Paciente (padre/tutor si es menor de edad)

Date
Fecha

PREFERRED PHARMACY INFORMATION: _____
ADDRESS: _____ **PHONE:** _____

As a Community Health Center, we are required to report annually to the Federal Government Health Resources and Services Administration (HRSA) on our patient statistics. Please complete the form below.

Como Centro de Salud de la Comunidad, tenemos la obligación de informar anualmente a la Salud del Gobierno Federal Recursos y Servicios de Administración (HRSA) en nuestras estadísticas de pacientes. Por favor complete el formulario a continuación.

YOUR ASSISTANCE WITH THIS SECTION WILL ENABLE AND ENHANCE OUR ABILITY TO SERVE YOU AND THE WHOLE COMMUNITY

Language :	<input type="checkbox"/> English	<input type="checkbox"/> Spanish	<input type="checkbox"/> Other _____	<input type="checkbox"/> Veteran
Race :	<input type="checkbox"/> Asian	<input type="checkbox"/> Native American	<input type="checkbox"/> Native Hawaiian	<input type="checkbox"/> Other Pacific Islander
	<input type="checkbox"/> Black	<input type="checkbox"/> White		
Are you of Hispanic origin?	Yes	or	No	
Ustedes son de origen Hispano?	Sí	o	No	

PLEASE CHECK-OFF YOUR APPROPRIATE FAMILY INCOME BRACKET					
POR FAVOR COMPRUEBE DE SU INGRESO FAMILIAR ADECUADO SOPORTE					
Family size	Maximum Annual Income				
El tamaño de la familia	La Renta Anual Máxima				
1	<input type="checkbox"/> below 11,770	<input type="checkbox"/> 17,655	<input type="checkbox"/> 23,540	<input type="checkbox"/> 29,425	<input type="checkbox"/> 29,426 or more
2	<input type="checkbox"/> below 15,930	<input type="checkbox"/> 23,895	<input type="checkbox"/> 31,860	<input type="checkbox"/> 39,825	<input type="checkbox"/> 39,826 or more
3	<input type="checkbox"/> below 20,090	<input type="checkbox"/> 30,135	<input type="checkbox"/> 40,180	<input type="checkbox"/> 50,225	<input type="checkbox"/> 50,226 or more
4	<input type="checkbox"/> below 24,250	<input type="checkbox"/> 36,375	<input type="checkbox"/> 48,500	<input type="checkbox"/> 60,625	<input type="checkbox"/> 60,626 or more
5	<input type="checkbox"/> below 28,410	<input type="checkbox"/> 42,615	<input type="checkbox"/> 56,820	<input type="checkbox"/> 71,025	<input type="checkbox"/> 71,026 or more
6	<input type="checkbox"/> below 32,570	<input type="checkbox"/> 48,855	<input type="checkbox"/> 65,140	<input type="checkbox"/> 81,425	<input type="checkbox"/> 81,426 or more
7	<input type="checkbox"/> below 36,730	<input type="checkbox"/> 55,095	<input type="checkbox"/> 73,460	<input type="checkbox"/> 91,825	<input type="checkbox"/> 91,826 or more
8	<input type="checkbox"/> below 40,890	<input type="checkbox"/> 61,335	<input type="checkbox"/> 81,780	<input type="checkbox"/> 102,225	<input type="checkbox"/> 102,226 or more
9	<input type="checkbox"/> below 45,050	<input type="checkbox"/> 67,575	<input type="checkbox"/> 90,100	<input type="checkbox"/> 112,625	<input type="checkbox"/> 112,626 or more
10	<input type="checkbox"/> below 49,210	<input type="checkbox"/> 73,815	<input type="checkbox"/> 98,420	<input type="checkbox"/> 123,025	<input type="checkbox"/> 123,026 or more
11	<input type="checkbox"/> below 53,370	<input type="checkbox"/> 80,055	<input type="checkbox"/> 106,740	<input type="checkbox"/> 133,425	<input type="checkbox"/> 133,426 or more
12	<input type="checkbox"/> below 57,530	<input type="checkbox"/> 86,295	<input type="checkbox"/> 115,060	<input type="checkbox"/> 143,825	<input type="checkbox"/> 143,826 or more
13	<input type="checkbox"/> below 61,690	<input type="checkbox"/> 92,535	<input type="checkbox"/> 123,380	<input type="checkbox"/> 154,225	<input type="checkbox"/> 154,226 or more
14	<input type="checkbox"/> below 65,850	<input type="checkbox"/> 98,775	<input type="checkbox"/> 131,700	<input type="checkbox"/> 164,625	<input type="checkbox"/> 164,626 or more

Your privacy is very important for us. All information is confidential and will be used ONLY for aggregated statistical reports required by HRSA. No personally identifiable information will be disclosed to any party.

Su privacidad es muy importante para nosotros. Toda la información es confidencial y será utilizada para reportes estadísticos requeridos por HRSA solamente. Ninguna información personal identificable no será divulgada a ninguna parte.

Patient Name: _____
Nombre del Paciente

Date of Birth: _____
Fecha de Nacimiento

HIPAA and Contact Information

La ley HIPAA y la información de contacto

I wish to be contacted in the following manner (Please check all that apply):

Deseo ser contactado de la siguiente manera (marque todas las que correspondan):

<input type="checkbox"/> Home Telephone Teléfono de Casa	<input type="checkbox"/> Detailed Message Mensaje Detallada	<input type="checkbox"/> Call back NUMBER ONLY Sólo Devolver llamada Número
<input type="checkbox"/> Work Telephone Teléfono del Trabajo	<input type="checkbox"/> Detailed Message Mensaje Detallada	<input type="checkbox"/> Call back NUMBER ONLY Sólo Devolver llamada Número
<input type="checkbox"/> Cell Telephone Teléfono Celular	<input type="checkbox"/> Detailed Message Mensaje Detallada	<input type="checkbox"/> Call back NUMBER ONLY Sólo Devolver llamada Número
<input type="checkbox"/> Mail to Home Address Envíe por Correo a Domicilio		<input type="checkbox"/> Mail to Work Address Envíe por Correo a la Dirección de Trabajo

Designation of Disclosure

I agree that CHEMED may disclose my protected health information to a family member, close personal friend, or other caregiver, who is involved with my healthcare and/or payment relating to my healthcare. In that case, CHEMED will disclose only information that is directly relevant to the person's involvement with my healthcare and/or payment relating to my healthcare, unless I request otherwise.

CONSENT TO USE AND DISCLOSE PROTECTED HEALTH INFORMATION FOR TREATMENT, PAYMENT AND HEALTH CARE OPERATIONS

I hereby consent and authorize CHEMED to use and disclose my health information, which includes all or any part of my medical records and any other information concerning my diagnosis or treatment, by and to its workforce members, health care professionals, insurance companies, medical facilities, physicians and vendors or suppliers involved, or who may become involved, with my treatment, the payment for my treatment and/or the health care operations of CHEMED.

I understand that, for example, my health information may be used or disclosed by CHEMED to: provide for my care and treatment, including the filling and supplying of prescriptions; communicate among various health care professionals who are involved in my care or treatment: obtain payment for care and treatment provided by CHEMED; provide information to and obtain payment from my health insurance company or plan; assess and review the quality of my care; and conduct its business and health care operations.

I designate the following person(s) listed below as a person or persons involved with my healthcare and/or payment (circle as applicable), to whom the information circled "yes" below may be released:

Designación de la Divulgación

Estoy de acuerdo en que CHEMED puede revelar mi información protegida de salud a un familiar, amigo cercano, o a otro cuidador, quien está involucrado con mi asistencia sanitaria y/o pago relativo a mi atención sanitaria. En ese caso, CHEMED revelaremos sólo información que sea directamente relevante a la participación de la persona con mi asistencia sanitaria y/o pago relativo a mi atención sanitaria, a menos que solicite lo contrario.

CONSENTIMIENTO PARA UTILIZAR Y REVELAR INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA PARA TRATAMIENTO, PAGO Y OPERACIONES DE ATENCIÓN MÉDICA

Por la presente doy mi consentimiento y autorizar CHEMED para utilizar y revelar mi información de salud, que incluye la totalidad o cualquier parte de mi historial médico y cualquier otra información sobre mi diagnóstico o tratamiento, y a los miembros de su plantilla, los profesionales de la salud, aseguradoras, centros médicos, médicos y vendedores o proveedores involucrados, o que puedan estar involucrados, con mi tratamiento, el pago de mi tratamiento y/o las operaciones de atención de la salud de CHEMED.

Yo entiendo que, por ejemplo mi información de salud puede ser utilizada o divulgada por CHEMED: proporcionar a mi cuidado y tratamiento, incluyendo el llenado y el suministro de recetas; comunicarse entre diversos profesionales de la salud que participan en mi cuidado o tratamiento: obtener el pago por la atención y el tratamiento proporcionado por CHEMED; suministrar información y obtener el pago de mi compañía de seguro médico o plan; evaluar y revisar la calidad de mi atención; y llevar a cabo sus negocios y operaciones de cuidado de salud.

Designo la siguiente(s) persona(s) que aparece a continuación como una persona o personas involucradas en su asistencia sanitaria y/o pago (círculo que corresponda), para quienes la información círculo con "sí" a continuación pueden ser liberados:

Name: _____ **Relationship:** _____
Nombre Relación

Address: _____ **Phone:** _____
Dirección Teléfono

Health Info: Yes/No [circle as applicable] **Payment Info: Yes/No [circle as applicable]**
Información de Salud Información Acerca del Pago

Name: _____ **Relationship:** _____
Nombre Relación

Address: _____ **Phone:** _____
Dirección Teléfono

Health Info: Yes/No [circle as applicable] **Payment Info: Yes/No [circle as applicable]**
Información de Salud Información Acerca del Pago

Acknowledgment of Receipt of Notice of Privacy Practices

I have read and understand CHEMED's HIPAA Notice of Privacy Practices, which contains information on the uses and disclosures of my protected health information. I understand that CHEMED has the right to change its HIPAA Notice of Privacy Practices from time to time and that whenever an important change is made, CHEMED will post a new notice in its offices. I may contact CHEMED at any time to obtain a current copy of the HIPAA Notice of Privacy Practices. I may also access a copy on CHEMED's website.

I have read and understand the terms of this document. I have had an opportunity to ask questions about the use or disclosure of my health information and about the contents of this form. I acknowledge and agree to the terms and conditions of this document:

El acuse de Recibo del Aviso de Prácticas de Privacidad

He leído y comprendo CHEMED del Aviso de Prácticas de Privacidad de HIPAA, que contiene información sobre los usos y divulgaciones de la información médica protegida. Entiendo que CHEMED tiene derecho a cambiar su Aviso de Prácticas de Privacidad de HIPAA de vez en cuando y que cuando se realizan cambios importantes, CHEMED publicaremos un aviso nuevo en sus oficinas. Yo CHEMED puede contactar en cualquier momento para obtener una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad de HIPAA. Yo también pueden tener acceso a una copia en el sitio web de CHEMED

He leído y entendido los términos de este documento. He tenido la oportunidad de hacer preguntas sobre el uso o la divulgación de mi información de salud y sobre el contenido de este formulario. Reconozco y estoy de acuerdo con los términos y condiciones de este documento

Patient Name: _____ **Date:** _____
Nombre del Paciente Fecha

Patient Signature: _____
Firma del Paciente

Authorized Individual (Parent/Guardian) Name: _____
Persona Autorizada (Padre/Madre/Tutor)

Authorized Individual Signature: _____
Un Individuo Autorizado Firma

English

CHEMED Patient Bill of Rights and Responsibilities

Each patient receiving service at CHEMED shall have the following rights and responsibilities:

Each patient has the right to be informed of these rights, as evidenced by the patient's written acknowledgment, or by documentation by staff in the medical record, that the patient was offered a written copy of these rights and given a written or verbal explanation of these rights, in terms the patient could understand. The facility shall have a means to notify patients of any rules and regulations it has adopted governing patient conduct in the facility;

Courteous Treatment

The patient has the right to be treated with courtesy and respect by the CHEMED staff. The patient has the right to be free from mental and physical abuse, free from exploitation, and free from the use of restraints other than authorized by a physician for a limited time. The patient shall not be required to perform work for the facility unless the work is part of the patient's treatment and is performed voluntarily by the patient.

Appropriate Health Care

The patient has the right to appropriate care based on individual needs. The care should enable the patient to achieve their highest level of physical and mental functioning. The patient has the right to expect and receive appropriate assessment, management and treatment of pain.

Information about Treatment

The patient has the right to be given complete and current information concerning their diagnosis, treatment, alternatives, risks and prognosis. This information should be in terms and language that the patient can understand. In cases where it is medically inadvisable, the patient's guardian or another person named by the patient will be given the information. The patient has the right to be informed of services available in the facility, of the names and professional status of the personnel providing and/or responsible for the patient's care.

Participation in Planning Treatment

The patient has the right to participate in the planning of your health care. This right includes the opportunity to discuss treatment and alternatives with the provider. The patient who does not speak English shall have access, where possible, to an interpreter. Patients shall have the right to have an advance directive or health care proxy. The patient has the right to be informed if the facility has authorized other health care and educational institutions to participate in the patient's treatment.

Right to Refuse Care

The patient has the right to refuse any and all treatment to the extent permitted by law, and to be informed of the medical consequence of such action. If the patient fails to follow their healthcare provider's instructions, or if the patient refuses care, they are responsible for their own actions. The patient has the right to be included in experimental research only when the patient gives informed, written consent to such participation.

Español

CHEMED Declaración de Derechos y Responsabilidades del Paciente

Todo paciente que recibe un servicio en CHEMED tiene los siguientes derechos y responsabilidades:

Todo paciente tiene derecho a ser informado de estos derechos, como lo demuestra la aceptación por escrito del paciente o la documentación de la historia clínica por parte del personal, donde se muestra que al paciente se le ha ofrecido una copia por escrito de estos derechos y se le ha dado una explicación escrita o verbal de estos derechos, en términos que el paciente podía entender. La institución dispondrá de los medios para notificar a los pacientes de cualquier norma y reglamento adoptado que rija la conducta del paciente en la institución;

Tratamiento Cortés

El paciente tiene el derecho a ser tratado con cortesía y respeto por el personal CHEMED. El paciente tiene el derecho a estar libre de abuso mental y físico, libre de explotación y libre del uso de restricciones que no sean las autorizadas por un médico durante un tiempo limitado. El paciente no tendrá que realizar trabajos para la institución a menos que el trabajo sea parte del tratamiento y sea realizado voluntariamente por el paciente.

Atención Médica Apropiaada

El paciente tiene derecho a una atención apropiada basada en necesidades individuales. El cuidado al paciente debe permitir que alcance su más alto nivel de funcionamiento físico y mental. El paciente tiene derecho a esperar y a recibir una evaluación, gestión y tratamiento del dolor apropiados.

Información Sobre el Tratamiento

El paciente tiene derecho a recibir información completa y actualizada sobre su diagnóstico, tratamiento, alternativas, riesgos y pronóstico. Esta información debe estar en términos y lenguaje que el paciente pueda entender. En los casos en que no sea médicamente aconsejable, el custodio del paciente u otra persona nombrada por el paciente recibirá la información. El paciente tiene derecho a ser informado de los servicios disponibles en la institución, de los nombres y del status profesional del personal que presta y/o es responsable de la atención del paciente.

Participación en la Planificación del Tratamiento

El paciente tiene derecho a participar en la planificación del cuidado de su salud. Este derecho incluye la oportunidad de intercambiar opiniones sobre el tratamiento y las alternativas con el proveedor. El paciente que no hable inglés tendrá acceso a un intérprete cuando sea posible. Los pacientes tienen derecho a tener un documento de instrucciones médicas por adelantado o a un poder legal para la atención médica. El paciente tiene derecho a ser informado si la institución ha autorizado a otras entidades educativas y de servicios de salud a participar en su tratamiento.

Continued

Confidentiality of Records

The patient has the right for their records to remain confidential, and may refuse their release to someone outside the facility program limited only by state statutes, rules, regulations, or imminent danger to the individual or others.

Personal Privacy

The patient has the right to every consideration of their privacy, individuality and cultural identity as related to their social, religious and psychological well-being. CHEMED staff must respect the patient's privacy by knocking and seeking consent before entering, except in an emergency.

Financial Responsibility

The patient assumes financial responsibility for all services either through their insurance or by paying at the time of service.

Grievances

The patient has the right to voice grievances and recommend changes without fear of retaliation. To voice a grievance you may contact the CHEMED 1771 Madison Ave. Lakewood N.J. 08701 Attn: Patient Satisfaction, (732) 364-2144 x214 or x111 (voicemail only) or The NJ Department of Health Complaint Hotline at 1-800-792-9770.

PATIENTS HAVE THE FOLLOWING RESPONSIBILITIES:

- To provide the Health Center with accurate medical information.
- To ask all questions they have regarding treatment provided by the Health Center.
- To inform the Health Center if the medical procedures or instructions are not understood.
- To follow after-care instructions as recommended by the Health Center.
- To provide all necessary information regarding third-party payor sources or health insurance plans.
- To observe the Health Center's policies and procedures.
- To keep scheduled appointments or advise the center if canceling.

Derecho a Rechazar la Atención

El paciente tiene derecho a negarse a recibir tratamiento en la medida en que la ley lo permita y a que le expliquen las consecuencias médicas de tal negativa. Si el paciente no sigue las instrucciones de su proveedor de atención médica o si el paciente se niega a recibir atención, él mismo será responsable de su acción. El paciente tiene derecho a ser incluido en una investigación experimental solo cuando el paciente da su consentimiento informado y por escrito para tal participación.

Confidencialidad de los Registros

El paciente tiene derecho a que sus registros se mantengan confidenciales y puede negarse a que sean divulgados a personas fuera del programa de la institución. Dicho derecho está limitado solamente por leyes estatales, reglas, reglamentos o un peligro inminente para el individuo o para otros.

Privacidad Personal

El paciente tiene el derecho a la protección de su intimidad, individualidad e identidad cultural en lo relacionado a su bienestar social, religioso y psicológico. El personal de CHEMED debe respetar la privacidad del paciente golpeando en la puerta y buscando el consentimiento del paciente antes de entrar, con excepción de una emergencia.

Responsabilidad Financiera

El paciente asume la responsabilidad financiera de todos los servicios, ya sea a través de su seguro o pagando en el momento del servicio.

Quejas

El paciente tiene el derecho a expresar quejas y recomendar cambios sin temor a represalias. Para expresar una queja puede comunicarse con el CHEMED 1771 Madison Ave. Lakewood NJ 08701 ATTN: Patient Satisfaction (satisfacción del paciente), (732) 364-2144 x214 o x111 (solo correo de voz) o con la línea de quejas del Departamento de Salud de Nueva Jersey al 1-800-792-9770.

LOS PACIENTES TIENEN LAS RESPONSABILIDADES SIGUIENTES:

- Proporcionar al Centro de Salud información médica precisa.
- Hacer todas las preguntas sobre el tratamiento proporcionado por el Centro de Salud.
- Informar al Centro de Salud si los procedimientos médicos o las instrucciones no se entienden.
- Seguir las instrucciones de mantenimiento posterior de acuerdo a lo recomendado por el Centro de Salud.
- Proporcionar toda la información necesaria con relación a las fuentes reembolsadoras de servicios de salud a terceros o a los planes de seguro de salud.
- Acatar las políticas y procedimientos del Centro de Salud.
- Cumplir con las citas programadas o avisar al Centro de Salud en caso de cancelación.

Continued

NOTICE OF PRIVACY PRACTICES

We at CHEMED respect your privacy. This is part of our code of ethics. We are required by law to maintain the privacy of "protected health information" about you, to notify you of our legal duties and your legal rights, and to follow the privacy policies described in our Notice of Privacy Practices. "Protected Health Information" means any information that we create or receive that identifies you and related to your health or payment for services to you.

Every patient is given a Notice of Privacy Practices that explains how CHEMED may use or disclose your information for treatment, payment or operational purposes, as well as your legal rights regarding that information. Every patient is asked to sign a consent form to permit all such uses and disclosures. If you have questions about our policies and procedures, requests to exercise individual rights, or a concern about your privacy please speak to a receptionist or contact 732-364-2144, x206. You can also submit a complaint to the Office of Civil Rights, U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue, S.W., Room 509F, HHH Building, Washington D.C. 20201, Hotline: 1-800-368-1019. We will never retaliate against you for filing a complaint.

- This practice serves all patients. Discounts for essential services are offered depending upon family size and income. You may apply for a discount at the front desk.
- You are responsible for all charges. Copays must be paid at the time of service. Please bring your health insurance cards to all visits.
- No child may be left alone on premises – even if the parent/guardian is in another area of the Health Center.

I have received and understand my patient rights and responsibilities. I understand that these will remain in place unless I receive notification of revocation from CHEMED Health Center.

Date

Name (Patient or Legal Guardian)

Signature (Patient or Legal Guardian)

NOTIFICACION DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Nosotros en CHEMED respetamos su privacidad. Esto es parte de nuestro código de ética. Estamos obligados por ley a mantener la privacidad de su "información médica protegida", a notificarle de nuestras obligaciones legales y de sus derechos legales, y a seguir las políticas de privacidad descritas en nuestra Notificación de Prácticas de Privacidad. "Información médica protegida" significa cualquier información creada o recibida por nosotros que lo pueda identificar y esté relacionada con su salud o el pago de los servicios que se le han prestado.

Cada paciente recibe una Notificación de Prácticas de Privacidad que explica cómo CHEMED puede usar o divulgar la información del paciente para el tratamiento, el pago o para fines operativos, así como los derechos legales del paciente con respecto a esta información. A cada paciente se le pide firmar un formulario de consentimiento con el fin de permitir estos usos y divulgaciones. Si usted tiene preguntas acerca de nuestras políticas y procedimientos, si tiene peticiones para ejercer derechos individuales o tiene alguna preocupación acerca de su privacidad, por favor, hable con una recepcionista o llame al 732-364-2144, extensión 206. También puede presentar una queja a la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EEUU, 200 Independence Avenue, S.W., Room 509F, HHH Building, Washington DC 20201, Hotline: 1-800-368-1019. No tomaremos nunca represalias contra usted por presentar una queja.

- Estas prácticas les sirve a todos los pacientes. Se ofrecen descuentos en servicios esenciales dependiendo del tamaño de la familia y de los ingresos. Usted puede solicitar un descuento en la recepción.
- Usted es responsable de todos los costos. Los copagos deben pagarse en el momento del servicio. Por favor traiga sus tarjetas de seguro de salud a todas las consultas.
- Ningún niño puede ser dejado solo en el Centro de Salud- incluso si el padre/custodio está en otra área de dicho Centro.

He recibido y entiendo mis derechos y responsabilidades del paciente. Entiendo que estos permanecerán en el lugar a menos que yo reciba la notificación de la revocación de CHEMED Centro de Salud.

Fecha

Nombre (Paciente o Custodio Legal)

Firma (Paciente o Custodio Legal)



COMPREHENSIVE HEALTH HISTORY

NAME _____ DOB _____ DATE _____
 REASON FOR VISIT _____ MARITAL STATUS: S M W D Other _____

MEDICAL HISTORY	Y	N	EXPLAIN	SYMPTOMS	Y	N
1. Eye, ear, nose, sinus, throat problems				Vision problems, hearing difficulties, nose bleeds, chronic congestion		
2. Respiratory: asthma, tuberculosis, other				Wheezing, shortness of breath, chronic cough, spitting up blood		
3. Cardiac: heart disease, murmur, high blood pressure, other				Difficulty breathing, chest pain, swelling of legs, palpitations		
4. Breast: prior surgery, history of mammography			Date of last mammogram _____ <input type="checkbox"/> None	Breast pain, breast lump, nipple discharge		
5. GI: ulcers, colitis, hepatitis, other				Frequent diarrhea, nausea/vomiting, constipation, bloody stool		
6. Neurological: seizures, migraines, other				Headaches, dizziness, fainting		
7. Urinary: bladder infections, kidney problems, urine leakage, other				Blood in urine, painful urination, frequent urination, loss of urine		
8. Musculoskeletal: arthritis, fractures, other				Muscle weakness, joint pain		
9. Endocrine: diabetes, thyroid, other				Abnormal thirst, hair loss, abnormal hair growth		
10. Blood disorder: anemia, varicose veins, sickle cell, blood clots, other			Have you had a blood transfusion? Y / N If yes, date _____			
11. Skin disease				Rash, unusual moles, dryness		
12. Psychiatric disorders: counseling, hospitalization, medications			When _____	Depression, frequent crying, anxiety		
13. General health				Unexplained weight gain, unexplained weight loss, fatigue, fever		

NAME _____

DATE _____

13. Surgical Procedures

Procedure	Date

14. Medications/Vitamins/Supplements with doses

15. Drug Allergies

Drug	Reaction	Allergies to Food		
		Latex	Yes	No

16. Social History: Alcohol ____ drinks/week Caffeine ____ cups/day Dairy ____ servings/ day
 Exercise ____ days/ week Cigarettes ____ day Former smoker Y / N
 Current street drugs Y / N Type _____ Past street drugs Y / N Type _____ Sexual Abuse Y / N
 Have you been involved in trauma/ violence? Y / N Do you wear seatbelts? Always Sometimes Never
 Serious Accidents Y / N Describe: _____

17. Immunizations: Gardasil Year _____ # of doses ____ Flu Year _____ Hepatitis B Year _____
 TDAP Year _____ Pneumonia Year _____ Tetanus Year _____
 Rubella Year _____ Chicken Pox Year _____

18. Obstetric History: Total Pregnancies _____ Term _____ Premature _____ Miscarriages _____ Abortions _____

Date (M/Y)	GA Weeks	Length of Labor	Birth Weight	Sex M/F	Type Delivery	Anes	Hospital	Weight Gain	Comments/Complications

(List additional on back)

NAME _____

19. Family History

	LIVING		DECEASED	
	AGE	HEALTH	AGE	CAUSE
MOTHER				
FATHER				
BRO/SIS				
BRO/SIS				
BRO/SIS				
BRO/SIS				

Any Family History of...

Breast cancer Y / N Ovarian cancer Y / N Heart disease Y / N Diabetes Y / N
 Colon cancer Y / N Uterine cancer Y / N Osteoporosis Y / N High blood pressure Y / N
 High cholesterol Y / N Heart disease Y / N

20. Gynecological:

Do you desire future pregnancy? Y / N When _____
 Have you had Rubella (German measles)? Y / N DES exposure Y / N
 Current birth control _____
 Do you have vaginal discharge? Y / N Describe _____

21. Menstrual History _____

Last menstrual period _____
 Are your periods regular? Y / N
 # of days bleeding _____ Every _____ days
 Bleeding between periods? Y / N
 Bleeding after sex? Y / N
 Pain with periods? Y / N
 Are your menses Light Medium Heavy
 Age at first period _____

22. PAP History

Last PAP _____ Normal Abnormal
 Have you ever had an abnormal PAP? Y / N
 Results _____

23. Sexual History

Are you currently sexually active? Y / N
 Have you ever had:
 Herpes Y / N
 Chlamydia Y / N
 Genital warts Y / N
 Gonorrhea Y / N
 Trichomoniasis Y / N
 Pelvic Inflammatory disease Y / N
 Are you having sexual problems? Y / N
 # Partners: Lifetime Total _____ Current _____
 Male _____ Female _____ Both _____

24. Gynecological History

Have you ever had:
 Fibroids Y / N
 Endometriosis Y / N
 Ovarian cysts Y / N
 Infertility Y / N
 Endometrial polyps Y / N
 Heavy menses Y / N
 Other _____

25. Menopause History

Are you post-menopausal? Y / N *If no, skip below*
 Age last period _____
 Symptoms: Hot flashes Y / N Vaginal dryness Y / N Other _____
 Have you taken hormones? Y / N Interested in hormones Y / N

I confirm that my responses above are accurate to the best of my knowledge.

Signature

Nombre: _____ DOB: _____ FECHA: _____

RAZÓN DE LA VISITA: _____ ESTADO CIVIL: S M W D Otros: _____

HISTORIA MÉDICA:	S	N	EXPLICAR:	SÍNTOMAS:	S	N
1. Ojo, el oído, la nariz, los senos paranasales, problemas de garganta				Los problemas de visión, dificultades auditivas, sangrado nasal, congestión crónica		
2. Respiratorio: asma, tuberculosis, otra				Sibilancias, falta de aire, tos crónica, expectoración con sangre		
3. Cardíaca: enfermedades del corazón, soplo, presión arterial alta, otros				Dificultad para respirar, dolor en el pecho, hinchazón de las piernas, palpitaciones		
4. Seno: cirugía previa, la historia de la mamografía			Fecha de la última mamografía _____ <input type="checkbox"/> Ninguno	El dolor de mama, tumor en el seno, secreción del pezón		
5. GI: úlceras, colitis, hepatitis, otros				Frecuentemente, la diarrea, náuseas / vómitos, estreñimiento, heces con sangre		
6. Neurológicas: convulsiones, migrañas, otros				Dolores de cabeza, mareos, desmayos		
7. Urinarias: infecciones de la vejiga, problemas renales, pérdida de orina, otros				Sangre en la orina, dolor al orinar, micción frecuente, pérdida de orina		
8. Musculo Esquelético: artritis, fracturas, otra				La debilidad muscular, dolor en las articulaciones		
9. Endocrinos: la diabetes, tiroides, otros				Sed anormal, pérdida del cabello, crecimiento anormal de vello		
10. Sangre Trastorno : anemia, várices, anemia falciforme, coágulos de sangre, otra			¿Ha tenido una transfusión de sangre? S / N En caso afirmativo, la fecha: _____			
11. Enfermedad de la piel				Salpullido, lunares inusuales, sequedad		
12. Trastornos psiquiátricos: asesoramiento, hospitalización, medicamentos			Cuando : _____	La depresión, llanto frecuente, la ansiedad		
13. Salud general				Aumento de peso inexplicable, pérdida de peso inexplicable, fatiga, fiebre		

Nobre: _____

Fecha: _____

13. Procedimientos Quirúrgicos

Procedimiento:	Fecha:

14. Medicamentos / Vitaminas / Suplementos con dosis:

15. Medicamentos Alergias

Drogas:	Fecha:

16. Historia social: Alcohol _____ bebidas / semana - La cafeína _____ Tazas / día - Lácteos _____ Raciones / día

Ejercicio _____ día / semana - Cigarrillos _____ días - El ex fumador de S / N

Drogas actuales Tipo S / N _____ Drogas callejeras Pasado Tipo S / N _____ Abuso Sexual S / N

¿Ha estado involucrado en el trauma / violencia? Sí / No ¿Usa el cinturón de seguridad? Siempre A veces Nunca

Accidentes Graves S / N Describir: _____

17. Inmunizaciones:

- Gardasil Año _____ # of doses _____ Flu Año _____ Hepatitis B Año _____
- TDAP Año _____ Pneumonia Año _____ Tetanus Año _____
- Rubella Año _____ Chicken Pox Año _____

18. Obstétrica Historia: Total Embarazos _____ Término _____ Prematuro _____ Abortos involuntarios _____ Abortos _____

Fecha (M/A)	Cuántas Semanas	Cuántas horas	Peso de nacimiento	Sexo M/F	Vaginal o por Cesárea?	Anestesia	Hospital	Aumento de peso	Comentarios / Complicaciones

(Lista adicional en la parte posterior)

Nobre: _____

19. Historia Familiar:

	Viva / Vivo ¿		Muerto	
	ANOS	SALUD	ANOS	La causa
MADRE				
PADRE				
BRO/SIS				
BRO/SIS				
BRO/SIS				
BRO/SIS				

Antecedentes familiares de:

El cáncer de mama S / N Cáncer de ovarios S / N Enfermedad del corazón S / N Diabetes S / N
 Cáncer de colon S / N Cáncer uterino S / N Osteoporosis S / N Alta Presión S / N
 Colesterol alto S / N

20. Ginecológica:

¿Deseas futuro embarazo? S / N Cuando _____
 ¿Ha tenido rubéola (sarampión alemán)? S / N DES exposición S / N
 Control de natalidad actual _____
 ¿Tiene flujo vaginal? S / N Describir: _____

21. Menstrual Historia:

El último periodo menstrual _____
 Son sus periodos regulares? S / N
 Nº de días de sangrado _____ Cada _____ Día
 Sangrado entre periodos? S / N
 Sangrado después Del sexo? S / N
 Dolor con periodos? S / N
 ¿Sus menstruaciones Ligero Medio Pesado
 Edad al primer período _____

22. PAP Historia:

Ultima PAP _____ Normalidad Anormal
 ¿Alguna vez has tenido un PAP anormal? S / N
 Resultados _____

23. Historia sexual

¿Está usted actualmente sexualmente activa? S / N

Alguna vez has tenido:

Herpes S / N
 Clamidia S / N
 Verrugas genitales S / N
 Gonorrea S / N
 Trichomoniasis S / N

24. Historia Ginecológica

Alguna vez has tenido:

Los fibromas S / N
 Endometriosis S / N
 Quistes en los ovarios S / N
 Esterilidad S / N
 Pólipos endometriales S / N
 Menstruación pesados S / N

Enfermedad inflamatoria pélvica S / N
 ¿Está teniendo problemas sexuales? S / N
 #Socios: Vida cantidad _____ actual _____
 Masculino _____ Mujer _____ Ambas cosas _____

25. Menopausia Historia

¿Eres posmenopáusica? S / N Si no, pase por debajo
 Edad último período _____
 Síntomas: Los sofocos S / N La sequedad vaginal S / N Otro: _____
 ¿Ha tomado hormonas? S / N Interesado en las hormonas? S / N

Confirmo que mis respuestas anteriores son exactos a lo mejor de mi conocimiento.

 Firma