



Patient Demographic Information
Información Demográfica del Paciente

Today's Date _____
Fecha de Hoy

Patient Name: _____ **Male** _____ **Female** _____
Nombre Del Paciente Hombre Mujer

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

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

Street Address: _____ **City** _____ **State** _____ **Zip Code** _____
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 una directivas anticipadas/testamento de Vida? (Por favor circular) 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 circular)

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

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

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

Pharmacy (farmacia): _____

Insurance (Aseguranza): _____
Subscriber ID (Identificación de suscriptor): # _____

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 de solicitar que un acompañante esté presente en la sala de examen durante cualquier examen personal y rechazar el examen si no hay un acompañante aceptable. Si desea solicitar un acompañante, por favor, comuníquese con la enfermera o el médico _____ Por favor inicial

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 consideración al examen que ha de aportar El Centro de Educación para la Salud, Medicina y odontología (CHEMED): Entiendo que el médico no hace ninguna declaración sobre mi condición que no sea la del problema para el que ha sido retenido. Los pacientes tienen derecho a formular una directiva anticipada. Por la presente autorizo a CHEMED para proporcionar información a las compañías de seguros sobre enfermedades y tratamientos para mí /o mi dependientes por escrito, por correo electrónico, fax o por medio de la asignación electrónica. A las partes apropiadas según sea necesario. Yo autorizo toda la información necesaria para asegurar el pago, por la presente asigno a CHEMED todos los beneficios /pagos recibidos de mi aseguradora, incluyendo cualquier persona en mi cobertura de protección contra lesiones recibidas como resultado de un acuerdo de responsabilidad. Esta asignación se mantendrá en vigor hasta que sea revocada por mí por escrito. Se considerará válida una fotocopia de esta asignación y de esta firma. Estoy de acuerdo en pagar cualquier deducible u otros saldos no pagados por mi aseguradora. Soy responsable de todos los honorarios sin importar el reembolso del seguro. El pago se requiere después de cada visita para servicios médicos a menos que se hagan otros arreglos de pago. Nuestra política es que los pacientes que son menores de 18 años deben estar acompañados por sus padres/tutores. Me han ofrecido y acepto la carta de derechos y las responsabilidades del centro de salud CHEMED.

Signature of Patient (parent/guardian if minor) Date

Firma Del Paciente (Padre O tutor si es menor de edad) Fecha

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 comunitario, estamos obligados a reportar anualmente a la administración de recursos y servicios de salud del gobierno federal (HRSA) en las estadísticas de nuestros pacientes. Por favor complete el siguiente formulario

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

Su ayuda con esta sección permitirá y mejorará nuestra capacidad de servirle a usted y a toda la comunidad.

Language Idioma: English <input type="checkbox"/> Inglés Spanish <input type="checkbox"/> Español Other Otro <input type="checkbox"/>
Veteran <input type="checkbox"/> Veterano <input type="checkbox"/>
Race Raza: <input type="checkbox"/> Asian Asiático <input type="checkbox"/> Native American Nativo Americano <input type="checkbox"/> Hawaiian Nativo Hawaiano <input type="checkbox"/> Other Pacific Islander Otro Isleño Pacifico
Black Raza Negra <input type="checkbox"/> White Raza Blanca <input type="checkbox"/>
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 MARQUE SU INGRESO FAMILIAR**

Family size		Maximum Annual Income				
Tamaño de la Familia		Maximo Ingreso Anual				
1	<input type="checkbox"/> below 12,140	<input type="checkbox"/> 18,210	<input type="checkbox"/> 24,280	<input type="checkbox"/> 30,350	<input type="checkbox"/> 30,351 or more	
2	<input type="checkbox"/> below 16,460	<input type="checkbox"/> 24,690	<input type="checkbox"/> 32,920	<input type="checkbox"/> 41,150	<input type="checkbox"/> 41,151 or more	
3	<input type="checkbox"/> below 20,780	<input type="checkbox"/> 31,170	<input type="checkbox"/> 41,560	<input type="checkbox"/> 51,950	<input type="checkbox"/> 51,951 or more	
4	<input type="checkbox"/> below 25,100	<input type="checkbox"/> 37,650	<input type="checkbox"/> 50,200	<input type="checkbox"/> 62,750	<input type="checkbox"/> 62,751 or more	
5	<input type="checkbox"/> below 29,420	<input type="checkbox"/> 44,130	<input type="checkbox"/> 58,840	<input type="checkbox"/> 73,550	<input type="checkbox"/> 73,551 or more	
6	<input type="checkbox"/> below 33,740	<input type="checkbox"/> 50,610	<input type="checkbox"/> 67,480	<input type="checkbox"/> 84,350	<input type="checkbox"/> 84,351 or more	
7	<input type="checkbox"/> below 38,060	<input type="checkbox"/> 57,090	<input type="checkbox"/> 76,120	<input type="checkbox"/> 95,150	<input type="checkbox"/> 95,151 or more	
8	<input type="checkbox"/> below 42,380	<input type="checkbox"/> 63,570	<input type="checkbox"/> 84,760	<input type="checkbox"/> 105,950	<input type="checkbox"/> 105,951 or more	
9	<input type="checkbox"/> below 46,700	<input type="checkbox"/> 70,050	<input type="checkbox"/> 93,400	<input type="checkbox"/> 116,750	<input type="checkbox"/> 116,751 or more	
10	<input type="checkbox"/> below 51,020	<input type="checkbox"/> 76,530	<input type="checkbox"/> 102,040	<input type="checkbox"/> 127,550	<input type="checkbox"/> 127,551 or more	
11	<input type="checkbox"/> below 55,340	<input type="checkbox"/> 83,010	<input type="checkbox"/> 110,680	<input type="checkbox"/> 138,350	<input type="checkbox"/> 138,351 or more	
12	<input type="checkbox"/> below 59,660	<input type="checkbox"/> 89,490	<input type="checkbox"/> 119,320	<input type="checkbox"/> 149,150	<input type="checkbox"/> 149,151 or more	
13	<input type="checkbox"/> below 63,980	<input type="checkbox"/> 95,970	<input type="checkbox"/> 127,960	<input type="checkbox"/> 159,950	<input type="checkbox"/> 159,951 or more	
14	<input type="checkbox"/> below 68,300	<input type="checkbox"/> 102,450	<input type="checkbox"/> 136,600	<input type="checkbox"/> 170,750	<input type="checkbox"/> 170,751 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 en ninguna parte.

HIPAA and Contact Information

HIPAA e Información del Contacto

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 divulgar mi información médica protegida a un miembro, amigo personal cercano, o u otro proveedor de cuidados, que esté involucrado con mi cuidado de salud y/o pago relativo a mi atención sanitaria. En ese caso, CHEMED revelará sólo información que sea directamente relevante a la participación de la persona con mi cuidado de salud y/o pago relativo a mi cuidado de salud, 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 relleno 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.

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: _____
Nombre Del Paciente

Date of Birth: _____
Fecha de Nacimiento

Please contact me in the following manner (Please check all that apply):
Por favor contáctame de las siguientes maneras (marque todas las que apliquen):

____ **Home Telephone (Teléfono de Casa): #** _____

____ **Detailed Message (Mensaje Detallado)**

____ **Call Back NUMBER ONLY (Sólo el Número para devolver la llamada)**

____ **Cell Telephone (Teléfono Celular): #** _____

____ **Detailed Message (Mensaje Detallado)**

____ **Call Back NUMBER ONLY (Sólo el Número para devolver la llamada)**

____ **Text to Cell (Texto al Celular): #** _____

____ **Appointments (Citas)**

____ **Results (Resultados)**

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:

Designo la siguiente(s) persona(s) que aparece a continuación como una persona o personas involucradas en mi cuidado de salud/o pago (círculo que corresponda), para quienes la información círculo con "sí" a continuación puede ser liberada:

Name: _____ **Relationship:** _____ **Phone:** _____
Nombre Relación Teléfono

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

Name: _____ **Relationship:** _____ **Phone:** _____
Nombre Relación Teléfono

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

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

Patient Signature: _____
Firma Del Paciente

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

Authorized Individual Signature: _____
Firma de el Individuo Autorizado

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

Cada paciente que reciba servicio en CHEMED tendrá los siguientes derechos y responsabilidades:

Cada 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 pueda entender. La institución tendrá medios para notificar a los pacientes de cualquier norma y reglamento que haya adoptado que rijan 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 advice 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 Tutor Legal)

Firma (Paciente o Tutor Legal)