

Aria Community Health Center Patient Information



PATIENT INFORMATION / INFORMACION DE PACIENTE

Last Name / Apellido		First Name / Primer Nombre		Middle Name / Medio Nombre		Maiden Name / Apellido Materno	
Birthdate / Fecha de Nacimiento		Gender / Genero	Social Security No. / Seguro Social			Marital Status / Estado Civil	
Mailing Address / Direccion de Correo			Apt # / # de Apartamento	Street Address / Direccion de Apartado Postal			
City / Ciudad			State / Estado	Zip /Codigo Postal		Home Phone / Telefono de Casa ()	
Occupation / Ocupacion	Employer Name / Nombre de Empleo			Employer Address / Domicilio de Empleo			
Phone No. / Telefono ()							

GUARANTOR INFORMATION (Person responsible for payment) / INFORMACION DE PERSONA RESPONSABLE POR PAGO

Last Name / Apellido		First Name / Primer Nombre		Middle Name / Medio Nombre		Maiden Name / Apellido Materno	
Birthdate / Fecha de Nacimiento		Gender / Genero	Social Security No. / Seguro Social			Marital Status / Estado Civil	
Mailing Address / Direccion de Correo			Apt # / #de Apartamento	Street Address / Direccion de Apartado Postal			
City / Ciudad			State / Estado	Zip /Codigo Postal		Home Phone / Telefono de Casa ()	
Occupation / Ocupacion	Employer Name / Nombre de Empleo			Employer Address / Domicilio de Empleo			
Phone No. / Telefono ()							

EMERGENCY INFORMATION (Person not residing in the same household) / INFORMACION EN CASO DE EMERGENCIA (Persona no viviendo en misma casa)

Relationship to Patient / Relacion con el Paciente		Last Name / Apellido		First Name / Primer Nombre		Middle Initial / Medio Nombre	
Street Address / Domicilio		Apt. No. / Numero de Apartamento		City / Ciudad		State/Estado	
Zip/Codigo Postal							
Home Phone or Cell / Telefono de Casa o Celular				Work Phone / Telefono de Empleo			

INSURANCE INFORMATION (List all insurance plans you have) / INFORMACION DE ASEGURANZA (Anote todos planes de aseguranza que tenga)

Name of Insurance Company #1 / Nombre de Compania de Aseguranza		Group No. / Numero de Grupo	Name of policy holder / Nombre de Asegurado		Social Security No. / Numero de Seguro Social	
Name of Insurance Company #1 / Nombre de Compania de Aseguranza		Group No. / Numero de Grupo	Name of policy holder / Nombre de Asegurado		Social Security No. / Numero de Seguro Social	
Name of Insurance Company #1 / Nombre de Compania de Aseguranza		Group No. / Numero de Grupo	Name of policy holder / Nombre de Asegurado		Social Security No. / Numero de Seguro Social	

See Next Page / Vea Siguiete Pagina →

Aria Community Health Center

CONDITIONS TO TREATMENT:

- 1. CONSENT TO TREATMENT:** The undersigned hereby consents to the administration and performance of all diagnostics procedures and treatment which in the judgment of my physician, may be considered necessary or advisable. I further agree that if I decide to leave **Avenal** Community Health Center without the written consent of my attending physician, neither said physician nor Avenal Community Health Center shall be liable for the consequences of such decision.
- 2. RELEASE OF INFORMATION:** To the extent necessary to determine liability for payment and to obtain reimbursement I authorize **Avenal** Community Health Center to release portions of my records, including my medical records, to any person, organization, or agency which is or may be liable for all or any portion **Avenal** Community Health Center's charges including but not limited to insurance companies, health care service plans, worker's compensation, and government agencies. I also give Avenal Community Health Center permission to obtain medical records pertaining to treatment rendered at other facilities, i.e., hospitals and specialists, while under the care of a physician at **Avenal** Community Health Center.
- 3. MEDICARE ASSIGNMENT:** I certify that the information given by me in applying for payment under Title XVIII of Social Security Act is correct. I request that payment o authorized benefits be made in my behalf.
- 4. ASSIGNMENT OF INSURANCE BENEFITS:** In the event I am entitled to outpatient benefits arising out of any policy of insurance insuring me of any party liable to me, I hereby assign said benefits directly **Avenal** Community Health Center for application to my bill. I agree that **Avenal** Community Health Center may issue receipt of any such payment, that such payment shall discharge the insurance company of any and all obligations under the policy to the extent of the payment, and that I shall be responsible for charges not covered by this assignment.
- 5. FINANCIAL AGREEMENT:** I hereby agree that in consideration fore services to be rendered by **Avenal** Community Health Center, I shall make prompt payments to the account **Avenal** Community Health Center as bills are presented. I agree to pay interest at the legal rate should the account become delinquent, and if it becomes necessary for the account to be referred to an attorney fore collections, I shall pay the actual attorney's fees and collection expenses.
- 6. GUARANTOR:** I hereby agree to assume the obligations imposed by the "Financial Agreement" above.
- 7. TEACHING PROGRAM:** To the extent that **Avenal** Community Health Center conducts teaching programs to which the patient's condition or treatment is pertinent, students shall be permitted to participate in the care of the patient unless **Avenal** Community Health Center is notified to the contrary in writing.

Date	Signature of Patient / Parent / Guardian	Relationship to Patient (if applicable)	Witness (office staff)

CONDICIONES DE TRATAMIENTO:

- 1. CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO:** Por este medio el firmante consiente el administro y cumplimiento a todo procedimiento diagnostico, en que, en el juicio de mi medio podria ser necesario o aconsejable. Yo estoy de aquerdo que si yo decido salir de **Avenal** Community Healthe Center sere responsable por las consecuencias de semejante decision.
- 2. LIBERACION DE INFORMACION:** En la extension necesaria para determinar responsabilidad para pago y obtener reembolso, yo autorizo **Avenal** Community Health Center que libere parte de mis documentos, incluso mis documentos medicos, a cualquier persona, organizacion, o agencia en que es o podria ser responsable por todo o parte de cargos de **Avenal** Community Health Center incluso pero no limitado a companias de aseguranza, planes de servicios de salud, compensacion de trabajadores, y agnecias del gobierno. Yo tambien le doy permiso a **Avenal** Community Health Center que obtenga mis documentos medicos que tengan que ver con tratamiento que se me haga hecho en otras facilidades, por ejemplo, hospitales y especialistas mientras que estoy bajo del cuidado de medicos en **Avenal** Community Health Center .
- 3. ASIGNACION DE MEDICARE:** Yo certifico que la informacion dada por mi en aplicare para pago el Titulo XVIII del acto de Seguro Social es correcto. Yo pido que pagos de autorizados beneficios se hagan de mi parte.
- 4. ASIGNACION DE BENEFICIOS DE ASEGURANZA:** En el evento yo estoy en mi derecho para beneficios de paciente externo que se presente de cualquier polica de aseguranza que me asegura a mi o cualquier partido responsable a mi, yo por este medio asigno beneficios dichos directamente a **Avenal** Commuinity Health Center por aplicacion a mi cuenta. Yo estoy de acuerdo que **Avenal** Community Health Center pueda emitir recibo de semejante pago, que semejante pago seran descargados a la compania de aseguranza de algun y toda obligaciones bajo la polica al alcance del pago y que yo seria responsable por cargos no cubiertos por esta a asignacion.
- 5. ACUERDO FINANCIERO:** Yo estoy de acuerdo que en consideracion de servicios probados en **Avenal** Community Health Center, yo cumplire en hacer pagos pronto en la cuenta de **Avenal** Community Health Center en cuanto se me presente los biles. Yo estoy de acuerdo en pagar intereses al la porporcion legal si mi cuenta seria delincuente, y necesario que se refiera un abogado para colecciones, yo pagaria la cuota actual del abogado y gastos de colecciones.
- 6. GARANTE(FIADOR/A):** En estos medios yo de aquerdo en tomar las obligaciones impuestas por el "Acuerdo Financiero" mencionado arriba.
- 7. PROGRAMA DE ENSEMANZA:** En el alcance de que **Avenal** Community Health Center conducte programas de ensenanza donde la condicion del paciente o tratamiento sea pertinente, estudiantes seran permitidos a participar en el cuidado del paciente a menos que **Avenal** Community Health Center sea notificado en lo contrario en por escrito.

Fecha	Firma del Paciente / Padre / Guardiano	Relacion al Paciente	Testigo (Personal de Oficina)