

ARIA COMMUNITY HEALTH CENTER PATIENT INFORMATION

Información del paciente de Aria Community Health Center

PATIENT INFORMATION / INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Last Name / Apellido	First Name / Primer nombre	Middle Name / Segundo nombre	Maiden Name / Apellido de soltero (a)
Birthdate / Fecha de nacimiento	Gender / Género	Social Security No. / Seguro social	Marital Status / Estado civil
Street Address / Dirección del domicilio	Apt # / # de Apartamento	Mailing Address / Dirección de correo	
City / Ciudad	State / Estado	Zip Code / Código postal	Cell Phone # / Número de Celular
Occupation / Ocupación	Employer Name / Nombre del empleador	Employer Address / Domicilio de empleo	Phone No. / Teléfono
Email/ Correo electrónico			

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

Last Name / Apellido	First Name / Primer nombre	Middle Name / Segundo nombre	Maiden Name / Apellido de soltero (a)
Birthdate / Fecha de nacimiento	Gender / Género	Social Security No. / Seguro social	Marital Status / Estado civil
Street Address / Dirección del domicilio	Apt # / # de Apartamento	Mailing Address / Dirección de correo	
City / Ciudad	State / Estado	Zip Code / Código postal	Cell Phone # / Número de Celular
Occupation / Ocupación	Employer Name / Nombre del empleador	Employer Address / Domicilio de empleo	Phone No. / Teléfono

EMERGENCY INFORMATION / INFORMACIÓN EN CASO DE EMERGENCIA

Relationship to Patient / Relación con el Paciente	Last Name / Apellido	First Name / Primer nombre	Middle Initial / Inicial del segundo nombre
Street Address / Dirección del domicilio	City / Ciudad	State / Estado	Zip Code / Código postal
Home Phone or Cell / Teléfono de Casa o Celular	Work Phone / Teléfono de empleo		

INSURANCE INFORMATION (List all insurance plans you have) / INFORMACIÓN DE ASEGURANZA (Anoté todos planes de seguro que tenga)

Name of Insurance Company #1 / Nombre de Compañía de seguro	Group No. / Número de grupo	Name of policy holder / Nombre del titular de la póliza	Social Security No. / Número de seguro social
Name of Insurance Company #2 / Nombre de Compañía de seguro	Group No. / Número de grupo	Name of policy holder / Nombre del titular de la póliza	Social Security No. / Número de seguro social
Name of Insurance Company #3 / Nombre de Compañía de seguro	Group No. / Número de grupo	Name of policy holder / Nombre del titular de la póliza	Social Security No. / Número de seguro social



ARIA COMMUNITY HEALTH CENTER PATIENT INFORMATION

Información del paciente de Aria Community Health Center

CONDITIONS OF REGISTRATION:

1. CONSENT TO TREATMENT:

I, a patient of Aria Community Health Center, do hereby voluntarily consent to health care, encompassing diagnostic procedures, and medical/dental treatment by the Health Center staff. I am aware that the practice of medicine/dentistry/surgery is not an exact science. I acknowledge that no guarantee or assurance has been made to me concerning the results of my treatment. Additionally, if I elect to seek alternative care and/or refuse further evaluation, treatment, and/or transport I release Aria Community Health Center of any liability or medical claims resulting from my decision to refuse care against medical advice.

2. NOTICE OF PRIVACY PRACTICES ACKNOWLEDGEMENT

I have received a copy of the Notice of Privacy Practices (NPP), which describes when the health center may use or disclose my information for treatment, payment, and health care operations, my legal rights relating to this information and how I can file a complaint, if I believe my rights have been violated. The NPP is incorporated into these Conditions of Registration and Financial Agreement by this reference. This notice is only provided the first time I receive services from the health center and is otherwise available upon request.

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 of 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 Aria Community Health Center for application to my bill. I agree that Aria 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 for services to be rendered by Aria Community Health Center, I shall make prompt payments to the account Aria 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 collections, I shall pay any 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 Aria 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 Aria Community Health Center is notified to the contrary in writing.

8. HEALTH INFORMATION EXCHANGE:

California Health and Safety Code 130290 requires Aria Community Health Center to share health information about you with other health care providers or health care entities through electronic health information exchanges in which Aria participates. This electronic exchange of information means every participating health care provider can access the information they need to treat you quickly and safely.

9. CONTACT RELEASE:

Aria Community Health Center routinely contacts patients by phone, text, and email (if provided), and/or mail to send important health care messages such as appointment reminders and patient satisfaction surveys. Patients or their representatives who do not wish to be contacted by phone, text, or email, may opt out when the message is received.

10. OPEN PAYMENTS NOTICE:

For informational purposes only, a link to the federal Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS) Open Payments web page is provided below. The federal Physician Payments Sunshine Act requires that detailed information about payment and other payments of value worth over ten dollars (\$10) from manufacturers of drugs, medical devices, and biologics to physicians and teaching hospitals be made available to the public. The Open Payments database is a federal tool used to search payments made by drug and device companies to physicians and teaching hospitals. It can be found at <https://openpaymentsdata.cms.gov>.

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

ARIA COMMUNITY HEALTH CENTER PATIENT INFORMATION

Información del paciente de Aria Community Health Center

CONDICIONES DE REGISTRO

1. CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO:

Yo, un paciente de Aria Community Health Center, doy voluntariamente mi consentimiento para la atención médica, que incluye procedimientos de diagnóstico y tratamiento médico/dental por parte del personal del centro de salud. Soy consciente de que la práctica de la medicina/odontología/cirugía no es una ciencia exacta. Reconozco que no se me ha hecho ninguna garantía o seguridad con respecto a los resultados de mi tratamiento. Además, si elijo buscar atención alternativa y/o rechazo una evaluación, tratamiento y/o transporte adicionales, libero a Aria Community Health Center de cualquier responsabilidad o reclamo médico que resulte de mi decisión de rechazar la atención en contra del consejo médico.

2. AVISO DE RECONOCIMIENTO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD:

Recibí una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad (NPP), que describe cuándo el centro de salud puede usar o divulgar mi información para tratamiento, pago y operaciones de atención médica, mis derechos legales relacionados con esta información y cómo puedo presentar una queja, si creo que mis derechos han sido violados. El NPP se incorpora en Condiciones de Registro y Acuerdo Financiero por esta referencia. Este aviso solo se proporciona la primera vez que recibo servicios del centro de salud y, de lo contrario, está disponible a pedido.

3. ASIGNACIÓN DE MEDICARE:

Certifico que la información proporcionada por mí al solicitar el pago bajo el Título XVIII de la Ley del Seguro Social es correcta. Solicito que el pago de los beneficios autorizados se haga en mi nombre.

4. ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS DEL SEGURO:

En caso de que tenga beneficios de paciente ambulatorio que surjan de cualquier póliza de seguro que me asegure de cualquier parte responsable ante mí, por la presente asigno dichos beneficios directamente a Aria Community Health Center para que se apliquen a mi factura. Acepto que Aria Community Health Center puede emitir un recibo de dicho pago, que dicho pago liberará a la compañía de seguros de todas y cada una de las obligaciones en virtud de la póliza en la medida del pago, y que seré responsable de los cargos no cubiertos por esta asignación.

5. ACUERDO FINANCIERO:

Por la presente acepto que, en consideración de los servicios que prestará Aria Community Health Center, haré pagos puntuales a la cuenta de Aria Community Health Center a medida que se presenten las facturas. Acepto pagar intereses a la tasa legal en caso de que la cuenta se vuelva morosa, y si es necesario que la cuenta se remita a colecciones, pagaré los honorarios y gastos de cobranza.

6. GARANTE/ PERSONA RESPONSABLE:

Por la presente acepto asumir las obligaciones impuestas por el "Acuerdo Financiero" anterior.

7. PROGRAMA DE ENSEÑANZA:

En la medida en que Aria Community Health Center lleve a cabo programas de enseñanza en los que sea pertinente la condición o el tratamiento del paciente, se permitirá que los estudiantes participen en la atención del paciente a menos que Aria se notifique por escrito lo contrario al Centro de Salud.

8. INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN DE SALUD:

El Código de Salud y Seguridad de California 130290 exige que Aria Community Health Center comparta su información médica con otros proveedores de atención médica o entidades de atención médica a través de intercambios electrónicos de información médica en los que participa Aria. Este intercambio electrónico de información significa que todos los proveedores de atención médica participantes pueden acceder a la información que necesitan para tratarlo de manera rápida y segura.

9. AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR LA INFORMACIÓN DE CONTACTO:

Aria Community Health Center se comunica de manera rutinaria con los pacientes por teléfono, mensaje de texto y correo electrónico (si se proporciona) y/o correo postal para enviar mensajes importantes de atención médica, como recordatorios de citas y encuestas de satisfacción del paciente. Los pacientes o sus representantes que no deseen ser contactados por teléfono, mensaje de texto o correo electrónico, pueden optar por no participar cuando se reciba el mensaje.

10. AVISO DE PAGOS ABIERTOS:

Solo con fines informativos, a continuación se proporciona un enlace a la página web de Open Payments de los Centros federales de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS). La Ley Federal Sunshine de Pagos a Médicos exige que se ponga a disposición del público información detallada sobre pagos y otros pagos de valor superior a diez dólares (\$10) de fabricantes de medicamentos, dispositivos médicos y productos biológicos a médicos y hospitales docentes. La base de datos Open Payments es una herramienta federal que se utiliza para buscar pagos realizados por compañías de medicamentos y dispositivos a médicos y hospitales docentes. Se puede encontrar en <https://openpaymentsdata.cms.gov>.

Fecha	Firma del paciente / padre / tutor	Relación con el paciente (si corresponde)	Testigo (personal de oficina)

HIPAA Notice of Privacy Practices

Revised 2013

Effective as of April/14/2003

Revised March/26/2013



Avenal Community Health Center
Aria Community Health Centers
WEE Dental

THIS NOTICE DESCRIBES HOW MEDICAL INFORMATION ABOUT YOU MAY BE USED AND DISCLOSED AND HOW YOU CAN GET ACCESS TO THIS INFORMATION. PLEASE REVIEW IT CAREFULLY.

This Notice of Privacy Practices is NOT an authorization. This Notice of Privacy Practices describes how we, our Business Associates and their subcontractors, may use and disclose your protected health information (PHI) to carry out treatment, payment or health care operations (TPO) and for other purposes that are permitted or required by law. It also describes your rights to access and control your protected health information. "Protected Health Information" is information about you, including demographic information, that may identify you and that relates to your past, present or future physical or mental health condition and related health care services.

USES AND DISCLOSURES OF PROTECTED HEALTH INFORMATION

Your protected health information may be used and disclosed by your physician, our office staff and others outside of our office that are involved in your care and treatment for the purpose of providing health care services to you, to pay your health care bills, to support the operation of the physician's practice, and any other use required by law.

Treatment: We will use and disclose your protected health information to provide, coordinate, or manage your health care and any related services. This includes the coordination or management of your health care with a third party. For example, your protected health information may be provided to a physician to whom you have been referred to ensure that the physician has the necessary information to diagnose or treat you.

Payment: Your protected health information will be used, as needed, to obtain payment for your health care services. For example, obtaining approval for a hospital stay may require that your relevant protected health information be disclosed to the health plan to obtain approval for the hospital admission.

Healthcare Operations: We may use or disclose, as-needed, your protected health information in order to support the business activities of your physician's practice. These activities include, but are not limited to, quality assessment, employee review, training of medical students, licensing, fundraising, and conducting or arranging for other business activities. For example, we may disclose your protected health information to medical school students that see patients at our office. In addition, we may use a sign-in sheet at the registration desk where you will be asked to sign your name and indicate your physician. We may also call you by name in the waiting room when your physician is ready to see you. We may use or disclose your protected health information, as necessary, to contact you to remind you of your appointment, and inform you about treatment alternatives or other health-related benefits and services that may be of interest to you. If we use or disclose your protected health information for fundraising activities, we will provide you the choice to opt out of those activities. You may also choose to opt back in.

We may use or disclose your protected health information in the following situations without your authorization. These situations include: as required by law, public health issues as required by law, communicable diseases, health oversight, abuse or neglect, food and drug administration requirements, legal proceedings, law enforcement, coroners, funeral directors, organ donation, research, criminal activity, military activity and national security, workers' compensation, inmates, and other required uses and disclosures. Under the law, we must make disclosures to you upon your request. Under the law, we must also disclose your protected health information when required by the Secretary of the Department of Health and Human Services to investigate or determine our compliance with the requirements under Section 164.500.

USES AND DISCLOSURES THAT REQUIRE YOUR AUTHORIZATION

Other Permitted and Required Uses and Disclosures will be made **only with your consent, authorization** or opportunity to object unless required by law. Without your authorization, we are expressly prohibited to use or disclose your protected health information for marketing purposes. We may not sell your protected health information without your authorization. We may not use or disclose most psychotherapy notes contained in your protected health information. We will not use or disclose any of your protected health information that contains genetic information that will be used for underwriting purposes.

You may revoke the authorization, at any time, in writing, except to the extent that your physician or the physician's practice has taken an action in reliance on the use or disclosure indicated in the authorization.

YOUR RIGHTS

The following are statements of your rights with respect to your protected health information.

You have the right to inspect and copy your protected health information (fees may apply) – Pursuant to your written request, you have the right to inspect or copy your protected health information whether in paper or electronic format. Under federal law, however, you may not inspect or copy the following records: Psychotherapy notes, information compiled in reasonable anticipation of, or used in, a civil, criminal, or administrative action or proceeding, protected health information restricted by law, information that is related to medical research in which you have agreed to participate, information whose disclosure may result in harm or injury to you or to another person, or information that was obtained under a promise of confidentiality.

You have the right to request a restriction of your protected health information – This means you may ask us not to use or disclose any part of your protected health information for the purposes of treatment, payment or healthcare operations. You may also request that any part of your protected health information not be disclosed to family members or friends who may be involved in your care or for notification purposes as described in this Notice of Privacy Practices. Your request must state the specific restriction requested and to whom you want the restriction to apply. Your physician is not required to agree to your requested restriction except if you request that the physician not disclose protected health information to your health plan with respect to healthcare for which you have paid in full out of pocket.

You have the right to request to receive confidential communications – You have the right to request confidential communication from us by alternative means or at an alternative location. You have the right to obtain a paper copy of this notice from us, upon request, even if you have agreed to accept this notice alternatively i.e. electronically.

You have the right to request an amendment to your protected health information – If we deny your request for amendment, you have the right to file a statement of disagreement with us and we may prepare a rebuttal to your statement and will provide you with a copy of any such rebuttal.

You have the right to receive an accounting of certain disclosures – You have the right to receive an accounting of disclosures, paper or electronic, except for disclosures: pursuant to an authorization, for purposes of treatment, payment, healthcare operations; required by law, that occurred prior to April 14, 2003, or six years prior to the date of the request.

You have the right to receive notice of a breach – We will notify you if your unsecured protected health information has been breached.

You have the right to obtain a paper copy of this notice from us even if you have agreed to receive the notice electronically. We reserve the right to change the terms of this notice and we will notify you of such changes on the following appointment. We will also make available copies of our new notice if you wish to obtain one.

COMPLAINTS

You may complain to us or to the Secretary of Health and Human Services if you believe your privacy rights have been violated by us. You may file a complaint with us by notifying our Chief Compliance Officer of your complaint. **We will not retaliate against you for filing a complaint.**

We are required by law to maintain the privacy of, and provide individuals with, this notice of our legal duties and privacy practices with respect to protected health information. We are also required to abide by the terms of the notice currently in effect. If you have any questions in reference to this form, please ask to speak with our Chief Compliance Officer in person or by phone at our main phone number. Please sign the accompanying "Conditions of Registration" form. Please note that by signing the Conditions of Registration form you are only acknowledging that you have received a copy of our Notice of Privacy Practices.

HIPAA Notice of Privacy Practices

Revised 2013



Avenal Community Health Center
Aria Community Health Centers
WEE Dental

Effective as of April/14/2003
Revised March/26/2013

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO LA INFORMACIÓN MÉDICA PUEDE SER USADA Y REVELADA Y COMO USTED PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR LEA CUIDADOSAMENTE.

Este Aviso de prácticas de privacidad no es una autorización. Este Aviso de Prácticas de Privacidad describe cómo nosotros, nuestros socios de negocios y sus subcontratistas, podemos usar y divulgar su información de salud protegida (PHI) para llevar a cabo el tratamiento, pago u operaciones de atención médica (TPO) y para otros propósitos que sean permitidos o requeridos por la ley. También describe sus derechos de tener acceso y controlar su información médica protegida. "Información médica protegida" es información sobre usted, incluyendo información demográfica, que puede identificarlo y que se relaciona con su pasado, condición física o mental de la salud y el cuidado de la salud relacionados con los servicios actuales o futuros.

USOS Y REVELACIONES DE INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA

Su información de salud protegida puede ser usada y revelada por su médico, nuestro personal de oficina y otros fuera de nuestra oficina que se implican en su cuidado y tratamiento con el propósito de proporcionar servicios de atención médica a usted, para pagar sus cuentas del cuidado de la salud, con el apoyo el funcionamiento de la práctica del médico, y cualquier otro uso requerido por la ley.

Tratamiento: Usaremos y revelaremos su información de salud protegida para proveer, coordinar o administrar su atención médica y los servicios relacionados. Esto incluye la coordinación o administración de su cuidado de salud con una tercera parte. Por ejemplo, su información protegida de salud puede ser proporcionada a un médico a quien usted ha sido referido para asegurar que el médico tenga la información necesaria para diagnosticar y tratarlo.

Pago: Su información de salud protegida será utilizada, según sea necesario, para obtener pago por sus servicios de atención de salud. Por ejemplo, para obtener la aprobación de su estancia en el hospital puede requerir que su información médica protegida sea revelada al plan de la salud para obtener la aprobación de la admisión en el hospital.

Operaciones de atención médica: Podemos usar o revelar, como sea necesario, su información de salud protegida con el fin de apoyar las actividades económicas de la práctica de su médico. Estas actividades incluyen, pero no se limitan a, la evaluación de la calidad, evaluación de empleados, capacitación de estudiantes de medicina, las licencias, la recaudación de fondos, y de conducir o arreglar para otras actividades económicas. Por ejemplo, podemos divulgar su información de salud protegida a estudiantes de medicina que ven a pacientes en nuestra oficina. Además, podemos usar una hoja de inscripción en el mostrador de registro donde se le pedirá que firme su nombre e indique su médico. Nosotros también lo podemos llamar por su nombre en la sala de espera cuando su médico esté listo para verlo. Podemos usar o revelar su información de salud protegida, según sea necesario, ponerse en contacto con usted para recordarle de su cita, y le informará sobre alternativas de tratamiento u otros beneficios relacionados con la salud y servicios que puedan ser de su interés. Si usamos o divulgamos su información médica protegida para actividades de recaudación de fondos, le daremos la opción de optar por estas actividades. También puede optar interactivo.

Podemos usar o divulgar su información de salud protegida en las siguientes situaciones sin su autorización. Estas situaciones incluyen: como lo requiere la ley, las cuestiones de salud pública que exige la ley, las enfermedades transmisibles, la vigilancia de la salud, abuso o negligencia, los alimentos y los requisitos de administración de medicamentos, los procedimientos judiciales, la policía, médicos forenses, directores de funerarias, donación de órganos, la investigación penal la actividad, la actividad militar y la seguridad nacional, la indemnización de los trabajadores, los presos y otros usos y divulgaciones requeridas. Según la ley, debemos hacer divulgaciones a usted por su requerimiento. Según la ley, también hay que divulgar su información protegida de salud cuando sea requerido por el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos para investigar o determinar nuestro cumplimiento con los requisitos de la Sección 164.500.

USOS Y REVELACIONES QUE REQUIEREN SU AUTORIZACIÓN

Otros Usos Permitidos y Divulgación requerida se harán solamente con su consentimiento, autorización o una oportunidad para objetar menos que sea requerido por la ley. Sin su autorización, se nos prohíbe expresamente utilizar o divulgar su información médica protegida para fines de comercialización. No podemos vender su información de salud protegida sin su autorización. No podemos usar o divulgar notas de psicoterapia más contenidos en su información de salud protegida. No vamos a utilizar o divulgar su información de salud protegida que contiene la información genética que se utilizará para fines de suscripción.

Usted puede revocar la autorización, en cualquier momento, por escrito, excepto en la medida en que su médico o la práctica del médico ha tomado una acción en la dependencia en el uso o la revelación indicados en la autorización.

SUS DERECHOS

Las siguientes son declaraciones de sus derechos con respecto a su información de salud protegida.

Usted tiene el derecho de inspeccionar y copiar su información de salud protegida (cargos pueden aplicar) - Conforme a su solicitud por escrito, usted tiene el derecho de inspeccionar y copiar su información de salud protegida ya sea en formato electrónico o en papel. Bajo la ley federal, sin embargo, usted no puede inspeccionar o copiar los siguientes registros: notas de psicoterapia, información recopilada en anticipación razonable de, o utilizado en, una acción civil, criminal, o administrativo, la información de salud protegida restringido por la ley, la información que se relaciona con la investigación médica en las que haya accedido a participar, la información cuya divulgación puede resultar en daños o lesiones a usted u a otra persona, o información que fue obtenida bajo una promesa de confidencialidad.

Usted tiene el derecho de solicitar una restricción de su información de salud protegida - Esto significa que usted puede pedirnos que no usemos ni divulguemos cualquier parte de su información médica protegida para los propósitos de tratamiento, pago o atención médica. Usted también puede solicitar que cualquier parte de su información de salud protegida no será revelada a sus familiares o amigos que puedan estar involucrados en su cuidado o para propósitos de notificación como se describe en este Aviso de Prácticas de Privacidad. Su solicitud debe indicar la restricción específica solicitada ya quien usted quiere que la restricción aplique. Su médico no está obligado a aceptar su solicitud de restricción, salvo si solicita que el médico no divulga información de salud protegida a su plan de salud con respecto a la atención médica para la cual usted ha pagado por completo de su bolsillo.

Usted tiene el derecho de solicitar para recibir comunicaciones confidenciales - Usted tiene el derecho de solicitar comunicaciones confidenciales de nosotros por medios alternativos o en una ubicación alternativa. Usted tiene el derecho de obtener una copia impresa de este aviso de nosotros, previa solicitud, incluso si estuvo de acuerdo en aceptar esta nota alternativamente en otras palabras electrónicamente.

Usted tiene el derecho de solicitar una enmienda a su información de salud protegida - Si rechazamos su solicitud de enmienda, usted tiene el derecho de presentar una declaración de desacuerdo con nosotros y nosotros podemos preparar una refutación a su declaración y le proporcionará una copia de dicha refutación.

Usted tiene el derecho de recibir una contabilidad de ciertas divulgaciones - Usted tiene el derecho de recibir un informe de divulgaciones, en papel o electrónico, excepto las divulgaciones: en virtud de una autorización, para fines de tratamiento, pago, operaciones de atención médica; requerido por la ley, que ocurrió antes del 14 de Abril de 2003, o seis años anteriores a la fecha de la solicitud.

Usted tiene el derecho a recibir una notificación de incumplimiento - Le notificaremos si su información de salud protegida ha sido violada.

Usted tiene el derecho de obtener una copia impresa de este aviso de nosotros, incluso si usted ha aceptado recibir la notificación por medios electrónicos. Nos reservamos el derecho de cambiar los términos de este aviso y le notificaremos de dichos cambios en la siguiente cita. También vamos a hacer copias de nuestro nuevo aviso si desea obtener uno.

QUEJAS

Puede presentar una queja ante nosotros o ante el Secretario de Salud y Servicios Humanos si cree que hemos violado sus derechos de privacidad. Puede presentar una queja con nosotros notificando su queja a nuestra Directora de Cumplimiento. **No tomaremos represalias contra usted por presentar una queja.**

Estamos obligados por ley a mantener la privacidad y proporcionar a las personas este aviso de nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad con respecto a la información de salud protegida. También estamos obligados a cumplir con los términos del aviso actualmente vigentes. Si tiene alguna pregunta en referencia a este formulario, solicite hablar con nuestra Directora de Cumplimiento en persona o por teléfono a nuestro número de teléfono principal. Firme el formulario de "Condiciones de registro" adjunto. Tenga en cuenta que, al firmar el formulario de Condiciones de registro, solo reconoce que ha recibido una copia de nuestro Aviso de prácticas de privacidad.

We are required by the federal government to ask you these questions, and while it will be helpful if you answer them, you are not required to do so to receive healthcare services.

Acct#

PERSONAL & HOUSING

Patient name:

Today's Date:

DOB:

Age:

Gender at Birth:

☐

Male

☐

Female

Patient Address:

Street

City

State

Zip Code

Phone #

Email:

How many families live at this address:

☐ Just mine

☐ More than just mine:

If so, how many Families

Persons

At this address, I am the:

☐ Owner

☐ Only Renter

☐ Primary Renter

☐ A sub renter

☐ Not paying rent

If shared, do you live in or share:

☐ A Room or

☐ A Garage or

☐ Another building at this address

Or

I am Homeless:

☐

On the Street

☐

In A Homeless Shelter

☐

Transitional Housing

What language do you prefer speaking?

☐ English

☐ Spanish

☐ Sign Language

☐ Other: _____

What language do you prefer reading?

☐ English

☐ Spanish

☐ Other: _____

If appropriate, please indicate your current status with the United States Military:

☐ Active Duty

☐ Active Reserves

☐ National Guard

☐ Honorable Discharge

☐ General Discharge

☐ Other Discharge

☐ Retired

☐ Separated

ETHNICITY

☐ Not Hispanic, Latino/a, or Spanish Origin.

☐ Hispanic, Latino/a, or Spanish Origin. If you selected, Hispanic, please select one of the below:

☐ Yes, Mexican, Mexican American, Chicano/a

☐ Yes, Puerto Rican

☐ Yes, Cuban

☐ Yes, Another Hispanic, Latino/a, or Spanish Origin

☐ Yes, Hispanic, Latino/a, Spanish Origin, Combined

☐ Decline to specify.

RACE

In addition to your Ethnicity, please clarify what Race(s) you identify yourself as (you may check more than one):

☐ Asian Indian

☐ Korean

☐ Other Pacific Islander

☐ American Indian/Alaska Native

☐ Chinese

☐ Vietnamese

☐ Guamanian or Chamorro

☐ White

☐ Filipino

☐ Other Asian

☐ Samoan

☐ Chose not to disclose race

☐ Japanese

☐ Native Hawaiian

☐ Black/African American

EMPLOYMENT & INCOME

A. How many people are in your family? _____

B. What is your family Income? _____ ☐ Week ☐ Month ☐ Year

C. Have you or any wage earner in your family:

☐ Yes ☐ No Worked as a **Farmworker** during the past 2 years

☐ Yes ☐ No Retired from **Farm work**, or

☐ Yes ☐ No Remain disabled from **Farm work**?

D. If all answers in "C" are No, Skip "E". If yes, what is the relationship of the farmworker to the patient?

☐ Self ☐ Spouse ☐ Parent ☐ Child ☐ Other _____

E. If in item "C" are yes, are you or they (mark all that apply):

☐ Migrant: During the past 2 years, you spent a night somewhere else to work?

☐ Seasonal: Stay in one place but off work for more than 2 weeks every year?

☐ Full Time: Never laid off from farm work for more than 2 weeks during the past 2 years?

Gender

1. Do you think of yourself as (select one):

☐ Choose not to disclose

☐ Straight or Heterosexual

☐ Lesbian, Gay or Homosexual

☐ Bisexual

☐ Don't Know

☐ Other

2. With which gender do you identify? (select one):

☐ Choose not to disclose

☐ Male

☐ Female

☐ Transgender Male (Female to Male)

☐ Transgender Female (Male to Female)

☐ Other

Signature _____

Date _____

Printed Name _____

Relation to Patient _____

Last modified 12/21/2023

El gobierno federal nos exige que le hagamos estas preguntas y, si bien será útil si las responde, no está obligado a responderlas para recibir servicios de atención médica.

Acct#

PERSONAL & VIVIENDA			
Nombre:		Fecha de hoy:	
Fecha de Nacimiento:	Edad:	Género al nacer: ☐ Masculino ☐ Femenino	
Domicilio de Paciente: Calle y Número		Ciudad	Estado Código Postal
# de Teléfono:		Correo electrónico:	
¿Cuántas Familias viven en este domicilio?: ☐ Solo la mía ☐ Más que la mía: Si es así, cuántas familias _____ Personas _____			
En este domicilio, soy: ☐ Dueño ☐ Inquilino/Rento ☐ Inquilino principal ☐ Subinquilino ☐ No pago renta			
Si es compartido su hogar, usted vive en o comparte: ☐ Un cuarto ☐ una cochera ☐ Otro edificio en esta dirección			
☐ Soy una persona sin hogar: ☐ Vivo en la calle ☐ En un albergue para desamparados ☐ En un albergue temporal			
¿Qué idioma prefieres hablar? ☐ Inglés ☐ Español ☐ Lenguaje de señas ☐ Otro: _____		¿Qué idioma prefieres leer? ☐ Inglés ☐ Español ☐ Otro: _____	
Si corresponde, indique su estado actual con el ejército de los Estados Unidos: ☐ Servicio activo ☐ Reservas activas ☐ Guardia Nacional ☐ Honorable Discharge ☐ Descarga honorable ☐ Otras descargas ☐ Jubilado (a) ☐ Separado (a)			
ETNICIDAD			
☐ No me considero hispano, latino o de origen español.			
☐ Sí, me considero de origen hispano, latino o español. Si seleccionó hispano, seleccione uno de los siguientes: ☐ Sí, mexicano, mexicoamericano, chicano/a ☐ Si puertorriqueño ☐ Si cubano ☐ Sí, otro origen hispano, latino / a o español ☐ Sí, hispano, latino / a, origen español, combinado			
☐ Me niego a especificar.			
RAZA			
Además de su origen étnico, aclare con qué raza(s) se identifica (puede marcar más de una):			
☐ Indio asiático	☐ Coreano	☐ Otro isleño del Pacífico	☐ Indio americano / nativo de Alaska
☐ Chino	☐ Vietnamita	☐ Guameño o Chamorro	☐ Caucáseo/Blanco
☐ Filipino	☐ Otro asiático	☐ Samoano	☐ Eligió no revelar la raza
☐ Japonés	☐ Nativo hawaiano	☐ Afroamericano	
EMPLEO & INGRESOS			
A. ¿Cuántas personas forman parte de tu familia? _____			
B. ¿Cuál es el ingreso familiar? _____ ☐ semanalmente ☐ Mensual ☐ Anual			
C. Usted o algún miembro en su familia que gane salario:			
☐ Sí ☐ No ¿Ha trabajado como trabajador agrícola durante los últimos 2 años?			
☐ Sí ☐ No ¿Retirado del trabajo agrícola , o			
☐ Sí ☐ No ¿Permanece discapacitado del trabajo agrícola ?			
D. Si todas las respuestas en "C" son No, omita "E". En caso afirmativo, ¿cuál es la relación del trabajador agrícola con el paciente?			
☐ Yo ☐ Esposo(a) ☐ Padre/Madre ☐ Hijo(a) ☐ Otro: _____			
E. Si en la pregunta "C" la respuesta es afirmativa, ¿usted o alguien de su familia (marque todo lo que corresponda):			
☐ Migrante: Durante los últimos 2 años, ¿Usted se mudó a otro lugar para trabajar?			
☐ Temporal: ¿Permanece en un lugar pero sin trabajo durante más de 2 semanas cada año?			
☐ Tiempo completo: ¿Nunca fue despedido de su trabajo agrícola por más de 2 semanas durante los últimos 2 años?			
Género			
1. ¿Se considera a sí mismo como (seleccione uno):			
☐ Eligo no contestar ☐ Heterosexual ☐ Lesbiana, Gay u Homosexual ☐ Bisexual ☐ No sé ☐ Otro			
2. ¿Con qué género te identificas? (Seleccione uno):			
☐ Eligo no contestar ☐ Masculino ☐ Femenino ☐ Hombre transgénero (mujer a hombre) ☐ Mujer transgénero (hombre a mujer) ☐ Otro			

Firma _____

Fecha _____

Nombre en letra de molde: _____

Relación con el paciente _____



DATE: / /	NAME: _____	DOB: / /
Do you have or have you ever had any of the following:		GENITOURINARY (NEVER) (PAST) (NOW)
SKIN	(NEVER) (PAST) (NOW)	•Blood or pus in urine () () ()
•Rashes, hives, itching or other skin irritations.	() () ()	•Sexually transmitted disease (venereal disease) () () ()
EYES, EARS, NOSE ,THROAT	(NEVER) (PAST) (NOW)	•Been sexually active with anyone who has AIDS or HIV or hepatitis () () ()
•Headaches, dizziness, fainting	() () ()	NEUROMUSCULAR (NEVER) (PAST) (NOW)
•Blurred or impaired vision	() () ()	•Problems with becoming tired and/or upset easily () () ()
•Hearing loss or ringing in ears	() () ()	•Nervous breakdown/depression () () ()
•Discharge from eyes or ears	() () ()	•Poliomyelitis (infantile paralysis) () () ()
•Sinus trouble/colds/allergies	() () ()	•Convulsions () () ()
•Asthma or hay fever	() () ()	•Joint and/or muscular pain () () ()
•Sore throats/hoarseness	() () ()	•Back pain or injury/osteomyelitis/rheumatism () () ()
CARDIOPULMONARY	(NEVER) (PAST) (NOW)	
•Shortness of breath	() () ()	•Are you currently taking any medications? () () ()
•Persistent cough or coughing up blood or other secretions	() () ()	if yes, please list them
•Chills and/or fever	() () ()	1 6
•Night sweats	() () ()	2 7
•Tuberculosis or exposed to TB	() () ()	3 8
•Scarlet fever or rheumatic fever	() () ()	4 9
•Chest pain	() () ()	5 10
•Heart palpitations or rapid heart-beat or pulse	() () ()	•Have you ever had or been treated for cancer or any tumors? () () ()
•High blood pressure	() () ()	•Are you anemic or have you ever had to take iron medication? () () ()
•Swelling of hands and/or feet	() () ()	•Do you use tobacco? () () ()
GASTROINTESTINAL	(NEVER) (PAST) (NOW)	if yes, what type? **
•Heartburn or indigestion	() () ()	** _____
•Nausea and/or vomiting	() () ()	•Do you use drugs or alcohol? If yes, what? ** () () ()
•Loss of appetite	() () ()	** •Drug? () () ()
•Belching or gas	() () ()	** •Alcohol? () () ()
•Peptic ulcer, gallbladder, or liver disease	() () ()	
		WOMEN ONLY
•Yellow jaundice or hepatitis	() () ()	Last menstrual period: _____
•Diarrhea or constipation	() () ()	Birth control: _____
•Dysentery	() () ()	List dates of all operations/surgeries, injuries and illnesses that required hospitalization: _____
•Rectal bleeding, hemorrhoids (piles)	() () ()	
•Tarry or clay-colored stools	() () ()	
GLANDS	(NEVER) (PAST) (NOW)	
•Weight gain or loss	() () ()	•Were you ever rejected from the military or for employment? () () ()
•Diabetes	() () ()	•Were you absent from school/work in the past 10 years because of illness or injury? () () ()
•Thyroid or goiter	() () ()	•Did you ever file a worker's compensation claim? () () ()
•Swollen glands	() () ()	•Did you ever seek psychological or psychiatric treatment? () () ()
GENITOURINARY	(NEVER) (PAST) (NOW)	•Do any of the above involve a worker's compensation claim or job injury? () () ()
•Kidney disease or stones or Bright's disease	() () ()	
•Painful, frequent, or urgent urination	() () ()	

ARIA COMMUNITY HEALTH CENTER PATIENT INFORMATION

Información del paciente de Aria Community Health Center

HISTORIA DE SALUD PERSONAL

FECHA: / /		NOMBRE: _____		FDN: / /	
Tienes o has tenido lo siguiente:				NEUROMUSCULAR	
				(NUNCA) (PASADO) (PRESENTE)	
				•Problemas en sentirse cansado y/o enojarse con facilidad	
				() () ()	
PIEL		(NUNCA) (PASADO) (PRESENTE)			
•Sarpullido, urticaria, rásquera o irritación de piel		() () ()		•Crisis Nerviosa/depresión	
				() () ()	
OJOS, OIDOS, NARIZ , GARGANTA		(NUNCA) (PASADO) (PRESENTE)		•Poliomielitis (parálisis infantil)	
•Dolores de cabeza, mareos, desmayos		() () ()		() () ()	
•Vista borrosa o dañada		() () ()		•Convulsión	
•Pérdida auditiva o zumbido en oídos		() () ()		() () ()	
•Flujo de ojos o oídos		() () ()		•Dolor de articulas(huesos) y/o músculos	
•Problemas de sinusitis/gripa/alergias		() () ()		() () ()	
•Asma o fiebre del heno		() () ()		•Dolores de espalda o heridas/osteomielitis/reumatismo	
•Dolor de garganta/ronca		() () ()			
CARDIOPULMONAR		(NUNCA) (PASADO) (PRESENTE)		•Esta tomando medicamentos?	
•Escasez de oxígeno		() () ()		() () ()	
•Tos persistente o tosiendo sangre o otras secreciones		() () ()		Si si, por favor de apuntarlos	
•Resfríos y / o fiebre		() () ()		1 6	
•Sudores de noche		() () ()		2 7	
•Tuberculosis o expuesto a tuberculosis		() () ()		3 8	
•Fiebre escarlatina o fiebre reumática		() () ()		4 9	
•Dolores de pecho		() () ()		5 10	
•Palpitaciones o ritmo de corazón rápido o pulso		() () ()		•Alguna vez a tenido o lo han tratado por cáncer o tumores?	
•Presión alta		() () ()		() () ()	
•Manos o pies hinchados		() () ()		•Es anémico o alguna ves a tenido que tomar hieiro?	
GASTROINTESTINAL		(NUNCA) (PASADO) (PRESENTE)		() () ()	
•Ardor de estomago o indigestión		() () ()		•Usted usa tabaco?	
•Náusea y / o vomito		() () ()		() () ()	
•Pérdida de apetito		() () ()		Si si, que tipo?*	
•Erutando o gases		() () ()		**	
•Enfermedades de Ulcera péptica, hígado o vesícula		() () ()		(NUNCA) (PASADO) (PRESENTE)	
•Ictericia amarilla o hepatitis		() () ()		•Usted usa drogas o toma alcohol?	
•Diarrea o constipación		() () ()		() () ()	
•Disentería		() () ()		** •Drogas?	
•Sangrado rectal, hemorroides (almorranas)		() () ()		() () ()	
•Heces embreado o como de color arcilla		() () ()		** •Alcohol?	
				() () ()	
GLANDULAS		(NUNCA) (PASADO) (PRESENTE)		SOLAMENTE PARA MUJERES	
•Subida de peso o perdida		() () ()		Ultima regla menstrual : _____	
•Diabetes		() () ()		Anticonceptivos: _____	
•Problemas de tiroides o bocio		() () ()		Apunte toda fecha de operaciones/cirugías, heridas y enfermedades que han requerido hospitalización:	
•Glándulas hinchadas		() () ()		_____	
GENITOURINARIO		(NUNCA) (PASADO) (PRESENTE)		_____	
•Problemas de riñones o cálculos o enfermedad de Bright's		() () ()		(NUNCA) (PASADO) (PRESENTE)	
•Orina con frecuencia, dolor, o urgencia		() () ()		•Alguna vez fuiste rechazado de la militar o para empleo?	
•Pus o sangre en la orina		() () ()		() () ()	
•Enfermedades transmitidas sexualmente (enfermedades venéreas)		() () ()		•En los últimos 10 anos estuviste ausente de la escuela / trabajo por una enfermedad o herida?	
•Has estado sexualmente activo con alguien que tiene SIDA o VIH o hepatitis		() () ()		() () ()	
				•Alguna vez sometiste un reclamo de compensación de trabajo	
				() () ()	
				•Alguna vez buscaste ayuda de tratamiento psicológico O psiquiátrico	
				() () ()	
				•Algunas de estas preguntas involucran un reclamo de compensación de trabajo o herida?	