

# COMMUNITY HEALTH CENTERS, INC.

Date: \_\_\_\_\_

Chart #: \_\_\_\_\_

Location: \_\_\_\_\_

## PATIENT INFORMATION/ *INFORMACIÓN DEL PACIENTE*

Last Name/ *Apellido* \_\_\_\_\_ Suffix (JR, SR, ETC) \_\_\_\_\_ First Name/ *Nombre* \_\_\_\_\_ Initial/ *Inicial* \_\_\_\_\_

Address/ *Dirección* \_\_\_\_\_ Apt. # \_\_\_\_\_ City/ *Ciudad* \_\_\_\_\_ State/ *Estado* \_\_\_\_\_ Zip Code/ *Código Postal* \_\_\_\_\_

P.O. Box/ *Dirección Postal* \_\_\_\_\_ City/ *Ciudad* \_\_\_\_\_ State/ *Estado* \_\_\_\_\_ Zip Code/ *Código Postal* \_\_\_\_\_

Sex/ *Sexo*: \_\_\_\_\_ Female/ *Hembra* \_\_\_\_\_ Male/ *Varón* Marital Status/ *Estado Matrimonial*: \_\_\_\_\_ Single/ *Soltero* \_\_\_\_\_ Married/ *Casado* \_\_\_\_\_ Other/ *Otro* \_\_\_\_\_

Employment Status/ *Estatus de Empleo*: \_\_\_\_\_ Employed/ *Empleado* \_\_\_\_\_ Unemployed/ *Desempleado* \_\_\_\_\_ Retired/ *Retirado* \_\_\_\_\_

Employer's Name/ *Nombre de Empleador*: \_\_\_\_\_

In School/ *¿Atiende la Escuela?* \_\_\_\_\_ Yes/ *Sí* \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Full Time/ *Tiempo Completo* \_\_\_\_\_ Part Time/ *Medio Tiempo* \_\_\_\_\_

School Name/ *Nombre de Escuela*: \_\_\_\_\_

(\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
Telephone/ *Telefono* \_\_\_\_\_ Work Phone/ *Teléfono del Trabajo* \_\_\_\_\_ Ext. \_\_\_\_\_ Date of Birth/ *Fecha de Nacimiento* \_\_\_\_\_ Social Security/ *Seguro Social* \_\_\_\_\_

### ETHNICITY/PERTENENCIA 'ETNICA

Hispanic/Latino \_\_\_\_\_ Yes/Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

E-Mail Address: \_\_\_\_\_

### RACE/ RAZA:

<input type="checkbox"/>	American Indian or Alaska Native/ Indio Americano o Nativo de Alaska	<input type="checkbox"/>	White/Blanco
<input type="checkbox"/>	Asian/Asiatico	<input type="checkbox"/>	More than one race/Mas de una Raza
<input type="checkbox"/>	Black or African American/Afro Americano o Negro	<input type="checkbox"/>	Unknown – Not Reported/ Desconocido/Nodivulgado
<input type="checkbox"/>	Ntive Hawaiian or other Pacific Islander/Nativo de Hawaii o Isleno Pacifico	<input type="checkbox"/>	

## RESPONSIBLE PARTY INFORMATION (Disregard if same as above)/ *INFORMACIÓN DE PERSONA RESPONSABLE (Ignore si igual a arriba)*

Last Name/ *Apellido* \_\_\_\_\_ First Name/ *Nombre* \_\_\_\_\_ Initial/ *Inicial* \_\_\_\_\_ Social Security/ *Seguro Social* \_\_\_\_\_ Date of Birth/ *Fecha de Nacimiento* \_\_\_\_\_

Address/ *Dirección* \_\_\_\_\_ Apt. # \_\_\_\_\_ City/ *Ciudad* \_\_\_\_\_ State/ *Estado* \_\_\_\_\_ Zip Code/ *Código Postal* \_\_\_\_\_

(\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
Telephone/ *Teléfono* \_\_\_\_\_ Work Phone/ *Teléfono del Trabajo* \_\_\_\_\_ Ext. \_\_\_\_\_ Relationship to Patient/ *Relación a Paciente* \_\_\_\_\_

Driver License or ID/ *Numero de Licencia*: \_\_\_\_\_ State/ *Estado*: \_\_\_\_\_

Employer Name/ *Nombre del Empleador*: \_\_\_\_\_ Occupation/ *Ocupación*: \_\_\_\_\_

DO YOU NEED AN INTERPRETER? / *¿NECESITA UN INTERPRETE?* \_\_\_\_\_ YES/ *SÍ* \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

DO YOU HAVE A LIVING WILL? / *¿TIENE USTED UN TESTAMENTO?* \_\_\_\_\_ YES/ *SÍ* \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

## EMERGENCY CONTACT INFORMATION/ *INFORMACIÓN EN CASO DE EMERGENCIA*

Name of Emergency Contact (Not living in same household)/ *Nombre de Contacto (no en el mismo hogar)* \_\_\_\_\_ Relationship/ *Relación* \_\_\_\_\_

Address/ *Dirección* \_\_\_\_\_ Apt. # \_\_\_\_\_ City/ *Ciudad* \_\_\_\_\_ State/ *Estado* \_\_\_\_\_ Zip Code/ *Código Postal* \_\_\_\_\_

(\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
Telephone/ *Telefono* \_\_\_\_\_ Work Telephone/ *Numero Del Trabajo* \_\_\_\_\_ Ext. \_\_\_\_\_

Driver License or I.D. of Patient / *Licencia o ID*. \_\_\_\_\_ State/ *Estado*: \_\_\_\_\_

## PLEASE ANSWER THE FOLLOWING QUESTIONS/ *POR FAVOR CONTESTE LAS SIGUIENTE PREGUNTAS:*

### INSURANCE INFORMATION/ *INFORMACIÓN DE SEGURO*

Insurance Company/ *Compañía de Seguro*: \_\_\_\_\_ Telephone/ *Teléfono*: \_\_\_\_\_

Address/ *Dirección*: \_\_\_\_\_ City/ *Ciudad* \_\_\_\_\_ State/ *Estado* \_\_\_\_\_ Zip Code/ *Código Postal* \_\_\_\_\_

Insured's Last Name/ *Apellido del Asegurado* \_\_\_\_\_ First Name/ *Nombre* \_\_\_\_\_

Insured's Address/ *Dirección del Asegurado* \_\_\_\_\_ City/ *Ciudad* \_\_\_\_\_ State/ *Estado* \_\_\_\_\_ Zip Code/ *Código Postal* \_\_\_\_\_

Insured's Date of Birth/ *Fecha de Nacimiento* \_\_\_\_\_ Insurance I.D. #/ *Number de Seguro* \_\_\_\_\_

Group Name or Number/ *Nombre o Numero del Grupo* \_\_\_\_\_ Relationship to Patient/ *Relación al aciente* \_\_\_\_\_

Employer's Insurance Plan? / *¿Plan de Seguro del Trabajo?* \_\_\_\_\_ Yes/ *Sí* \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

**PLEASE INDICATE HOW YOU HEARD OR WHO REFERRED YOU TO OUR ORGANIZATION/ POR FAVOR INDIQUE COMO ESCUCHO O QUIEN LO REFIRIO A NUESTRA ORGAZNIZACION:**

- |                                                                                        |                                                                 |                                                                                |                                                                                                         |
|----------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Friend or Family/ <i>Amigo o Familia</i> (1)                  | <input type="checkbox"/> Other/ <i>Otro</i> (8):                | <input type="checkbox"/> Lucerne Hospital ER (19)                              | <input type="checkbox"/> Dept. Children's & Family (DCF) (30)                                           |
| <input type="checkbox"/> Insurance Directory/ <i>Directorio de Seguro</i> (2)          | <input type="checkbox"/> Hospital/ <i>Hospital</i> (9)          | <input type="checkbox"/> FL Hosp-Altamonte ER (20)                             | <input type="checkbox"/> Telephone Book/ <i>Guía Telefónica</i> (31)                                    |
| <input type="checkbox"/> Newspaper Advertising/ <i>Periódico</i> (3)                   | <input type="checkbox"/> Emergency Room/ <i>Emergencia</i> (10) | <input type="checkbox"/> FL Hosp-East ER (21)                                  | <input type="checkbox"/> Newborn seen in Hospital/ <i>Recién nacido fue atendió en el hospital</i> (32) |
| <input type="checkbox"/> Information in the Mail/ <i>Información vía el correo</i> (4) | <input type="checkbox"/> LPMC ER (11)                           | <input type="checkbox"/> Self Referral/ <i>Referencia Propia</i> (22)          | <input type="checkbox"/> FL Hosp-South (33)                                                             |
| <input type="checkbox"/> Community Event/ <i>Evento en la comunidad</i> (5)            | <input type="checkbox"/> ORMC ER (12)                           | <input type="checkbox"/> Veterans Hospital./ <i>Hospital De Veteranos</i> (23) | <input type="checkbox"/> FL Hosp-Winter Park (34)                                                       |
| <input type="checkbox"/> Church or School/ <i>Iglesia o Escuela</i> (6)                | <input type="checkbox"/> Fl. Hosp/Waterman ER (13)              | <input type="checkbox"/> UF Dental School/ <i>Colegio Dental de UF</i> (24)    | <input type="checkbox"/> Employer/ <i>Empleador</i> (35)                                                |
| <input type="checkbox"/> Other medical referral/ <i>otra referencia medica</i> (7):    | <input type="checkbox"/> Fl. Hosp-Apopka ER (14)                | <input type="checkbox"/> Lake County Health Dept. (25)                         | <input type="checkbox"/> Brochure/ <i>Folleto</i> (36)                                                  |
|                                                                                        | <input type="checkbox"/> South Lake ER (15)                     | <input type="checkbox"/> Orange County Medical Dept. (26)                      | <input type="checkbox"/> Health Central (37)                                                            |
|                                                                                        | <input type="checkbox"/> ORMC Hospital(16)                      | <input type="checkbox"/> Shepherd's Hope (27)                                  | <input type="checkbox"/> Lifestream Behavioral Center (38)                                              |
|                                                                                        | <input type="checkbox"/> Arnold Palmer ER (17)                  | <input type="checkbox"/> PCAN (28)                                             | <input type="checkbox"/> Lake Side Alternatives (39)                                                    |
|                                                                                        | <input type="checkbox"/> Sand Lake Hospital ER (18)             | <input type="checkbox"/> Other Clinic/ <i>Otra Clínica</i> (29):               |                                                                                                         |

**PLEASE ANSWER THE FOLLOWING QUESTIONS/ POR FAVOR CONTESTE LAS SIGUIENTE PREGUNTAS:**

In the past 2 years/ *En los últimos dos años*

- Has someone in your household worked in agriculture? / *¿Alguien de su familia ha trabajado en agricultura?*  
 Yes/ *Sí* ↓ (Go to # 2/ *Conteste #2*)       No (Go to Living Arrangements/ *Siga a Estado de Vivienda*)
- Has your family earned more than 50% of income working in agriculture? / *¿Su familia ha ganado mas de 50% de sus ingresos trabajando en agricultura?*  
 Yes/ *Sí* ↓ (Go to # 3/ *Conteste # 3*)       No
- Has someone in your household moved from the residence or traveled to another county or state looking for work in agriculture? / *¿Alguien de su familia ha cambiado de hogar o ha viajado a otro condado o estado buscando trabajo en agricultura?*  
 Yes/ *Sí* → Migrant Worker/ *Trabajador emigrante*       No ↓ (Go to # 4/ *Conteste #4*)
- Does your family live in this area and work in agriculture temporarily? / *¿Su familia vive en esta área y trabaja temporalmente en la agricultura?*  
 Yes/ *Sí* → Temporary Worker/ *Trabajador Temporal*

**LIVING ARRANGEMENTS/ ESTADO DE VIVIENDA**

Are you currently/ *Actualmente esta-*

- |                                                                            |                                         |                             |
|----------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|-----------------------------|
| Homeless? / <i>¿Sin Hogar?</i>                                             | <input type="checkbox"/> YES/ <i>Sí</i> | <input type="checkbox"/> NO |
| Living in a temporary shelter? / <i>¿Viviendo en refugio temporero?</i>    | <input type="checkbox"/> YES/ <i>Sí</i> | <input type="checkbox"/> NO |
| Living on the street? / <i>¿Viviendo en la calle?</i>                      | <input type="checkbox"/> YES/ <i>Sí</i> | <input type="checkbox"/> NO |
| Living with friends or relatives? / <i>¿Viviendo con amigos o familia?</i> | <input type="checkbox"/> YES/ <i>Sí</i> | <input type="checkbox"/> NO |
| Living in a transitional home? / <i>¿Viviendo en casa de transición?</i>   | <input type="checkbox"/> YES/ <i>Sí</i> | <input type="checkbox"/> NO |
| Other arrangements? / <i>¿Tiene otros arreglos?</i>                        | <input type="checkbox"/> YES/ <i>Sí</i> | <input type="checkbox"/> NO |

**CONSENT & INFORMATION RELEASE**

(1) I voluntarily hereby consent to CHC, Inc. to provide whatever treatment they may deem necessary to the patient above, including Family Planning Services. I authorize CHC, Inc. to release appropriate information concerning my care for billing purposes to any of the following: Social Security, HCPA or its intermediaries, Medipass, Medicaid, Medicare, or any other insurance compensation carrier. (2) I understand that it is mandatory to notify the health care provider of any other party who may be responsible for paying for the patient above. (3) I authorize CHC, Inc. and staff to release to my insurance carrier and its agents any information concerning health care, advice, treatment, or supplies provided needed to determine these benefits or the benefits payable for related services. (4) A copy of this authorization may be signed in lieu of the original.

**CONSENTIMIENTO Y LIBERACIÓN DE INFORMACIÓN**

(1) Yo, voluntariamente autorizo mi consentimiento a CHC, Inc. Para que provea el tratamiento al paciente arriba descrit., incluyendo servios de Planificacion Familiar. Yo, autorizo a CHC, Inc. a dar la información pertinente a mi cuidado para propósitos de cobros a las siguientes instituciones: Seguro Social, HCPA o sus intermediarios, Medipass, Medicaid, Medicare, o cualquier otro seguro de compensación. (2) Es de mi entendimiento que es mi obligación notificar al proveedor de servicios médicos de cualquier otro participante que sea responsable por pagos de mi tratamiento. (3) Yo autorizo CHC, Inc. y a su personal dar información a mi seguro y a sus agentes sobre mi tratamiento, consejos, o artículos proveídos necesarios para determinar estos beneficios o los beneficios por pagar por los servicios adquiridos. (4) Una copia de esta autorización se puede firmar en vez de la original.

\_\_\_\_\_  
 PATIENT/PARENT/ RESPONSIBLE PARTY      DATE  
*PACIENTE/ PADRE/ PERSONA RESPONSABLE*      *FECHA*

**PAYMENT AGREEMENT**

(1) All professional services rendered are charged to the patient. Necessary forms will be completed to help expedite insurance payments. However, the patient is responsible for all fees, regardless of insurance coverage. It is also customary to pay for services when rendered unless other arrangements have been made with our office. (2) CHC, Inc. will not pay hospital bills, outside labs, pathology reports, x-ray readings, ultrasounds, etc. that may be incurred for the patient care during the office visit. (3) Please ask any questions regarding this during the visits and an explanation of your benefits will be provided.

If a financial need exists, please request additional paperwork from the receptionist.

**ACUERDO DE PAGO**

(1) Todo servicio profesional es la responsabilidad del paciente. Formularios necesarios serán completados para aligerar los pagos de seguro medico. Sin embargo, el paciente es responsable de todo cargo, a pesar de cobertura. Es costumbre pagar por los servicios al momento de obtenerlos, menos que otros arreglos se hayan hecho con anticipación con nuestras oficinas. (2) CHC, Inc. no pagara facturas de hospitales, laboratorios referidos, informes de patología, lecturas de radiografías, ultrasonidos, etc. que se adquirieron para su cuidado durante su visita a la oficina. (3) Por favor haga cualquier pregunta necesaria durante su visita y le explicaremos sus beneficios.

Si necesita ayuda financiera, por favor pida los formularios a nuestra recepcionista.

\_\_\_\_\_  
 PATIENT/PARENT/ OR RESPONSIBLE PARTY      DATE  
*PACIENTE/ PADRE/ O PERSONA RESPONSABLE*      *FECHA*