

FIRST VISIT INFORMATION SHEET (Adult)
FORMA DE INFORMACION DE PRIMERA VISITA (Adulto)

Print your name as it appears on your ID/ Nombre como aparece en su Identificacion.

Last Name/Apellido: _____ **First Name/Primer Nombre:** _____

Preferred Name / Nombre Preferido: _____

Date of Birth/Fecha de Nacimiento: __/__/__ **Sex/Sexo:** **Male/Hombre** **Female/Mujer** _____

Social Security #/ Tax ID/ # de Seguro Social: _____ **Education:** _____

| Ethnicity/ Grupo Etnico | Race/Raza | Primary Language/ Idioma primario: |
|--|---|--|
| <input type="radio"/> Hispanic or Latino <input type="radio"/> Not Hispanic or Latino | <input type="radio"/> Asian <input type="radio"/> Black <input type="radio"/> Biracial <input type="radio"/> White <input type="radio"/> Other: _____ | <input type="radio"/> English <input type="radio"/> Spanish <input type="radio"/> Other: _____ |

County of Birth:

| | | |
|---|---|---|
| Address/Direccion: | | Apt #/# De Apartamento: |
| City/Cuidad, State/Estado | | Zip Code/Codigo Postal: |
| Telephone/Telefono: | | 2nd Telephone/Telefono: |
| Email Address/dirección de correo electrónico | | |
| Marital Status/ Cual es su estado civil? | | Name of Spouse/Partner/Nombre de esposo(a) Compañero(a): |
| <input type="radio"/> Single/Soltero <input type="radio"/> Widowed/Viudo(a) <input type="radio"/> Divorced/Divorido(a) | <input type="radio"/> Married/Casado(a) <input type="radio"/> Partnered/Compañero(a) <input type="radio"/> Separated/Separado(a) | Phone Number/Numero de telefono: |

Female Head of Household? **Yes/Si** **No**

Monthly household income (all sources)?/Ingreso mensual (de todos): \$ _____

Number of people in Household? / Numero de personas que viven en su residencia?: _____

Employer/Empleador: _____ **Occupation/Ocupacion:** _____

Do you have any health insurance? / Tiene seguro medico? **Yes/Si** **No**

| Emergency Contact Information / Informacion en caso de emergencia | |
|---|---|
| Name/Nombre: | Telephone/Telefono: |
| Do you authorize us to release medical information to this person? <input type="radio"/> Yes/Si <input type="radio"/> No | Do you authorize us to release medical information to this person? <input type="radio"/> Yes/Si <input type="radio"/> No |

Signature/Firma

Date/Fecha

Good Samaritan Gwinnett is a faith-based health center. We exist to honor God by ministering to the healthcare needs of the community. We are not a free clinic but charge discounted fees.

El Buen Samaritano de Gwinnett is un Centro Medico de fe. salud basado en Fe. Existimo para honrar a Dios por medio de dar ministerio de salud a las necesidades de la comunidad. No somos una clinica gratis pero nuestros precios son de bajo costo.

**Notice of Privacy Practices
Written Acknowledgement Form**

I, _____, have had the opportunity to review the Good Samaritan Health Center's Notice of Privacy Practices. I acknowledge a copy will be provided to me upon my request.

Signature of Patient

Date

**Recibo del Formulario Para La Confirmación Por Escrito
De Haber Recibido Aviso De Las Prácticas De Privacidad**

Yo, _____, he tenido una oportunidad de Revisar el Aviso de las Practicas del Centro de Salud de Buen Samaritano (Good Samaritan Health Center)

Firma del Paciente

Fecha

Firma del Interprete

Fecha

Política con respecto a personas no aseguradas, con seguro insuficiente o asegurados.

El Buen Samaritano centro médico de Gwinnett, Inc. Es un centro médico cristiano sin ánimo de lucro que presta servicios de salud a las personas sin seguro médico y/o dental (no asegurados). Nosotros recibimos donaciones de caridad que nos ayudan a pagar los gastos de todos los servicios de salud y dentales que esta entidad provee.

Si usted no está asegurado, usted es elegible para recibir descuento en los servicios médicos y/o dentales en el Buen Samaritano. Usted pagara 100% de las tarifas de descuento publicadas en el momento que se prestan los servicios y las donaciones de caridad serán utilizadas para pagar el balance resultante correspondiente a su tratamiento.

Si usted está bajo el seguro otorgado por GA Medicaid o esta con un plan de seguro de salud a través de un empleador, usted no es elegible para recibir los servicios en el Buen Samaritano.

Si usted está inscrito/a en una cuenta de HSA, HRA, o FSA, usted no es elegible para recibir los servicios en el Buen Samaritano.

Si usted está bajo el plan de seguros del gobierno (planes healthcare.gov) y su deducible individual es menor de \$3000, usted se considera asegurado y no es elegible para recibir los servicios del Buen Samaritano.

Si usted está bajo el plan de seguros del gobierno (planes healthcare.gov) y su deducible individual es mayor a \$3000, usted es considerado con seguro insuficiente y es elegible para recibir los servicios prestados en el Buen Samaritano. Sin embargo, porque usted tiene un seguro de salud las donaciones no podrán ser usadas para ayudar a pagar su tarifa. Por lo tanto, sus tarifas serán 2x (200%) de la tarifa de descuentos publicados.

Nuestros donadores no ayudaran a pagar las tarifas a personas con seguro. Por lo tanto, si usted adquiere un seguro de salud y no nos notifica de dicho cambio, nosotros terminaremos su estatus de paciente activo no asegurado.

Porque nosotros somos un centro primario de servicio dirigido a personas no aseguradas, nosotros no proveemos formas de reclamación de seguros o recibos detallados. **Nosotros NO** le proporcionaremos información para ayudar a documentar sus gastos en el Buen Samaritano para reclamación de seguros o alguna otra forma de reembolso. Tenga en cuenta, que las compañías de seguros no le reconocerán sus gastos en esta clínica como pago de su deducible.

Con su firma en la parte de abajo, usted reconoce y comprende esta política y está de acuerdo en acatar sus términos.

Firma

Nombre

Fecha

Póliza del Paciente

El Buen Samaritano Centro de salud de Gwinnett (BSCSG) está comprometido a proveerle una alta atención de calidad en servicios de salud y dentales. Por favor, lea la póliza del paciente que se describe a continuación y haga cualquier pregunta que tenga. Su firma en esta póliza es necesaria para recibir el tratamiento. Una copia será proporcionada si la solicita.

- 1. Consentimiento al tratamiento.** Autorizo a BSCSG para que me brinde el tratamiento médico, dental y / u otro tratamiento necesario, y consiento de buena voluntad a dicho tratamiento. Libero a BSCSG, sus médicos, dentistas, enfermeras, técnicos y cualquier otro empleado o agente de cualquier responsabilidad, reclamo o causa de acción que pueda resultar del tratamiento.
- 2. Elegibilidad.** El Buen Samaritano Centro de Salud de Gwinnett, Inc. es un centro de salud cristiano sin fines de lucro para las personas sin seguro de salud y dental. Cualquier persona sin seguro de salud y dental es elegible para recibir servicios en BSCSG. Si está o va a estar asegurado, puede que no sea elegible para recibir servicios en BSCSG. Si está asegurado y no nos notifica, NO le proporcionaremos información para ayudarlo a documentar sus gastos en BSCSG y es posible que se le nieguen servicios adicionales.
- 3. Documentación requerida.** Todos los pacientes deben completar la solicitud del paciente como su historia médica y el formulario de consentimiento para establecer la atención en el BSCSG, incluyendo: IDENTIFICACIÓN CON FOTO COMO LICENCIA DE CONDUCIR, PASAPORTE, IDENTIFICACIÓN MILITAR O ALGUNA OTRA FORMA DE IDENTIFICACION GUBERNAMENTAL ES REQUERIDA. TAMBIÉN DEBE PROPORCIONAR PRUEBA DE INGRESOS PERSONALES Y NUMERO DE PERSONAS QUE VIVEN CON USTED. El ingreso consiste en su declaración de impuestos más reciente, la forma W-2 del año anterior, tres (3) estados de cuenta bancario recientes, tres (3) talones de pago recientes, documentos de desempleo del Departamento del Trabajo, las declaraciones del Seguro Social/discapacidad, o una carta con el nombre de la compañía firmada por su empleador verificando su salario actual y el número de horas que trabaja por semana. SI USTED SE NIEGA A PROVEER ESTA DOCUMENTACIÓN, SE LE NEGARÁ EL SERVICIO. ESTA INFORMACIÓN DEBE SER ACTUALIZADA ANUALMENTE.
- 4. Pago por Servicios.** Se requiere el pago por los servicios al momento de cada visita. No se acepta los pagos parciales. Debe mantener su balance en \$0.00 (cero) para poder recibir servicios adicionales en el BSCSG. Los métodos de pago pueden ser en efectivo o con tarjeta de débito o crédito (Visa, MasterCard, Discover). No aceptamos cheques personales ni cheques certificados. El BSCSG ofrece precios muy bajos como un servicio a la comunidad para individuos y familias sin cobertura médica. NO ACEPTAMOS FONDOS DEL GOBIERNO DE NINGUNA FORMA Y NO ESTAMOS OBLIGADOS A PROVEERLE CON SERVICIOS POR LOS QUE NO PUEDE PAGAR.
- 5. Pagos por los análisis de laboratorio.** Si necesita un análisis de sangre u otro tipo de servicio de laboratorio, usted es responsable por un pago mínimo de \$25.00 al momento de la visita. Algunos análisis especializados pueden ser más caros. No podemos informarle por adelantado que tipo de análisis de sangre usted necesita; eso sólo se determina después de una evaluación médica. Puede tomar hasta dos semanas para tener los resultados disponibles y LE

NOTIFICAREMOS SÓLO SI LOS RESULTADOS SALEN ANORMALES. Si no recibe una llamada de nosotros dentro de dos semanas, sus resultados salieron dentro de los límites aceptables. Si quisiera una copia de ellos, puede recogerla en persona. Pueden aplicarse tarifas de copia.

6. **Procedimientos médicos y pagos por servicios adicionales.** Si usted requiere un procedimiento médico o dental adicional u otro servicio extra, es posible que sea responsable por pagos adicionales. No le podemos avisar por adelantado que procedimientos o servicios adicionales pueda requerir; eso sólo se determina después de una evaluación médica. Si usted requiere atención médica urgente, se puede proveer el procedimiento o servicio extra inmediatamente por su propio cuidado de salud. En este caso, los puede pagar después de la visita. **NO PAGAR POR LOS PROCEDIMIENTOS MÉDICOS O SERVICIOS ADICIONALS RESULTARÁ EN EL DESPIDO DE SU ESTADO COMO PACIENTE DE BSCSG.**
7. **Reconocimiento del estado de los proveedores médicos.** El personal de BSCSG incluye voluntarios profesionales – proveedores médicos, dentistas, asistentes médicos, enfermeras especializadas, enfermeras registradas, higienistas dentales y estudiantes de medicina y dentales. Un médico licenciado supervisa a todos los proveedores y los pacientes son asignados a los proveedores médicos al azar. **NO PODEMOS DARLE SERVICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA SI USTED NO QUIERE SER ATENDIDO POR ALGUIEN MÁS QUE UN MÉDICO LICENSIADO.**
8. **NO HAY ATENCIÓN MEDICA DE EMERGENCIA.** El BSCSG no es un centro de atención urgente ni un centro de cuidado emergente. Sólo proveemos cuidado médico rutinario para nuestros pacientes. No tenemos servicios fuera de las horas de operación ni médicos que están de guardia. Por favor no dejar mensajes de voz acerca de sus necesidades emergentes. Si usted cree que tiene una emergencia médica, tiene que buscar ayuda en un hospital. Si nuestro horario dental diario lo permite, proporcionaremos citas dentales de emergencia para aliviar el dolor y la infección.
9. **NO ASISTENCIA LEGAL.** El BSCSG no proporciona atención médica con propósitos de obtener indemnización por lesiones de trabajo, lesiones personales, reclamos de seguro social, reclamos de incapacidad, u otra demanda por pérdida de ingresos. No proporcionamos atención médica con propósitos de ofrecer una opinión médica a su abogado. **NOSOTROS NO COMPLETAMOS TRAMITES DE NINGÚN TIPO PARA CUALQUIER OTRO NEGOCIO O PROPÓSITO.**
10. **Duración de citas.** El BSCSG tiene el derecho de terminar su cita médica después de que hayan pasado QUINCE (15) MINUTOS. Es posible que tenga que volver a la clínica por citas adicionales si todas sus necesidades médicas no pueden ser atendidas dentro de quince (15) minutos. Su primera visita y su examen físico anual pueden durar más tiempo. BSCSG se reserva el derecho de terminar su cita dental después de que hayan pasado SESENTA (60) MINUTOS. Es posible que tenga que regresar a la clínica por citas adicionales si todas sus necesidades dentales no pueden ser atendidas en una cita.
11. **Llegada tardía.** Debe llegar a tiempo o más temprano de la hora de su cita. Para que BSCSG honre la hora de su personal voluntario, debe respetar la hora que hemos programado para su cita. Los pacientes que llegan más de quince (15) minutos tarde pueden perder sus citas. El BSCSG se reserva el derecho de cancelar la cita de cualquier persona si usted no se ha presentado dentro de quince (15) minutos de la hora de su cita. Si llega tarde y su cita no ha sido cancelada, puede ser visto ese día a una hora conveniente para el personal médico voluntario.
12. **Cobro por pérdida de cita.** Se cobrará una tarifa de \$20.00 por faltar una cita médica si no es cancelada 24 horas antes. Se debe pagar una tarifa de \$ 50.00 por citas dentales de rutina perdidas y \$ 75.00 por citas dentales especializadas que no se cancelan dentro de las 48 horas de la cita. Este cargo será juntado con las cuotas de su próxima cita. **LOS CARGOS POR FALTAR**

UNA CITA NO SERÁN PERDONADOS Y DEBEN SER PAGADOS ANTES DE SER VISTO PARA UNA NUEVA VISITA MÉDICA. Se pueden cobrar tarifas por citas perdidas si llega más de quince (15) minutos tarde y no podemos proporcionarle una cita debido a otras citas que han llegado a tiempo. La falta repetida de cancelación de citas médicas y / o dentales con notificación previa puede dar como resultado su despido como paciente de BSCSG.

13. **Estado activo o inactivo.** Se le considerada un paciente activo si a usted se la ha visto en el centro dentro de los últimos doce (12) meses. Si usted no ha sido visto el en centro por un periodo de más de doce (12) meses, usted es considerado un paciente inactivo. Nos reservamos el derecho de negar peticiones para surtir medicamentos si usted es un paciente inactivo. Nos reservamos también el derecho de cobrarle una cuota de reactivación si usted no ha sido visto en el centro por un periodo mayor de doce (12) meses.
14. **Referidos a otros proveedores médicos.** Usted puede ser referido a otros proveedores médicos para servicios médicos adicionales, incluyendo mamografías, ultrasonidos, imágenes, cirugías y consultas. Usted es responsable por pagar por estos servicios. Usted es responsable del pago de esos servicios y las disputas sobre los montos adeudados deben ser manejados directamente por usted con ese proveedor. Debe solicitar al proveedor información específica sobre el pago antes de recibir tratamiento médico. BSCSG NO LE AYUDARÁ A RESOLVER SALDOS POR LOS SERVICIOS QUE RECIBIÓ EN OTRA PARTE.
15. **Póliza para surtir medicamentos.** USTED DEBE NOTIFICARNOS POR LO MENOS DIEZ (10) DÍAS ANTES DE QUE SE LE TERMINE LA MEDICINA. Para obtener una nueva receta, Ud. tiene que traer los frascos a la clínica o mandar un formulario para volver a surtir medicamentos al fax (678) 280-6635. Este formulario se encuentra en el escritorio de chequeo de salida y en nuestro sitio de web, www.goodsamgwinnett.org. FAVOR DE NO LLAMAR NI DEJAR UN MENSAJE DE VOZ PARA PEDIR MÁS MEDICAMENTOS. NO PROCESAMOS SOLICITUDES DE TELÉFONO O DE VOZ PARA SURTIR MEDICAMENTOS. Su farmacéutico puede llamar por teléfono a las solicitudes de resurtido.
16. **Póliza de sustancias controladas.** EL BSCSG NO RECETA NARCÓTICOS, OPIOIDES NI NINGÚN OTRO TIPO DE MEDICAMENTO CONOCIDO POR SUS PROPIEDADES ADICTIVAS, INCLUYENDO, PERO NO LIMITADO A MEDICAMENTOS PARA EL DOLOR, PARA EL SÍNDROME DE DEFICIT DE ATENCIÓN Y PARA DESORDENES PSIQUIÁTRICOS.
17. **Servicios de interpretación.** EL BSCSG NO ESTA OBLIGADO A PROVEERLE UN INTÉRPRETE. El costo para proporcionarle un intérprete es de \$10.00. A pesar de que tenemos intérpretes disponibles de vez en cuando, no podemos garantizar que un intérprete estará disponible en cada una de sus citas. Por esta razón, si usted requiere un intérprete y no trae uno que hable inglés con fluidez, y no tengamos un intérprete voluntario disponible, su cita puede ser atrasada o cancelada. En el caso de cancelar una cita debido a falta de un intérprete, se le cobrará la cuota aplicable de cancelación. Si usted no habla inglés con fluidez se le cargará la cuota de interpretación incluso si su proveedor habla su idioma de origen porque cada miembro del personal que puede entrar en contacto con usted durante su visita no podrá hablar su idioma de origen.
18. **Archivos médicos y confidencialidad.** Nosotros le proveeremos a usted una copia de su archivo medico y/o dental por el costo de \$10.00, que no excederá un costo de más que \$25.00. El valor a cobrar será determinado por el número de páginas que requieran ser fotocopiadas. Usted deberá pagar la cuota de mínimo \$10.00 antes de que le saquemos las fotocopias a su archivo.

Usted deberá recoger en persona las copias de su archivo médico. Nosotros no le daremos los archivos a otra persona a menos que usted autorice por escrito que le entreguemos los archivos médicos a otra persona que no sea usted. La persona debe presentar su identificación antes de que le sean entregados los archivos a él o ella. Nosotros no mandamos correos electrónicos, correo postal ni fax de las copias de sus archivos a otro negocio que no nos haya dado la autorización previa de comunicación de archivos médicos firmada por usted dentro de treinta (30) días de la solicitud de los archivos

19. **Publicación de foto.** BSCSG es una organización sin fines de lucro y de vez en cuando realiza actividades de mercadeo para promover sus servicios a los donantes. Las actividades de mercadeo pueden incluir fotografías, videos y grabaciones de voz. A menos que se niegue específicamente a participar en las actividades de mercadeo, se asumirá que usted ha dado su consentimiento para que su imagen se incluya en las actividades de mercadeo. Su información personal y confidencial identificable nunca se incluirá en nuestras actividades de mercadeo sin su consentimiento por escrito.

20. **Investigación.** BSCSG es una organización benéfica sin fines de lucro y de vez en cuando realiza actividades de investigación para cumplir con sus obligaciones en virtud de subvenciones científicas. Su información médica anónima puede incluirse en los resultados de la investigación y los informes proporcionados a los financiadores de subvenciones. Su información personal y confidencial identificable nunca se incluirá en los informes de investigación.

21. **Póliza de despido.** El incumplimiento de las pólizas del paciente puede resultar en el despido de usted y su familia del BSCSG. Un comportamiento indisciplinado, disruptivo y amenazante resultará en el despido de BSCSG. También esperamos que participe y coopere con su tratamiento. No participar y cooperar repetidamente con el cuidado médico y / o dental e instrucciones, especialmente si esa falla resulta en su inestabilidad médica, puede resultar en el despido. Si ocurriera el despido, se le notificará por correo regular y certificado que tiene 30 días para encontrar atención médica y / o alternativa. Durante ese período de 30 días, nuestro médico o dentista solo podrá tratarlo de forma médicamente necesaria.

22. **Derecho de cambio de pólizas.** Nos reservamos los derechos de realizar cambios de los puntos anteriores o de otras políticas de la oficina y precios sin notificación previa.

He leído y entiendo las pólizas del Pacientes del Buen Samaritano Centro de Salud de Gwinnett y acepto cumplir con sus pautas:

Firma del paciente o de la persona responsable

Fecha

| | | | | | |
|--|--------------------------|---|--|--|----------------------|
| Good Samaritan Health Center of Gwinnett | | Today's Date: | | | |
| Name (Nombre) | | Age (Edad) | Date of Birth (Fecha de nacimiento) | | |
| Have you ever had the following (¿Alguna vez ha tenido lo siguiente)? | | Yes | No | Habits/Lifestyle (Habitos Personales) | |
| AIDS/HIV(SIDA) | | | | Have you ever smoked/used tobacco?(Fuma?) | Yes No |
| Blood pressure (low or high) | | | | Cigarretes/pack per day? (Cigarros/paquete?) | |
| Cancer | | | | Do You Drink Alcohol? (Toma alcohol?) | Yes No |
| Diabetes (Diabetes) | | | | Do you use drugs? (Usa drogas ilegales?) | Yes No |
| Heart Attack(ataque cardiaco) | | | | Number of Sex partners in the last 6 months | |
| Other serious disease not listed (alguna otra enfermedad seria no mencionada) | | Numero de parejas en los ultimos 6 meses | | | |
| | | Circle sexual history with: Men/ Women/ Both | | | |
| | | Circule sus parejas sexuales: Hombre/ Mujer/ Ambos | | | |
| | | Age of first menstrual period? (edad del primer período) | | | |
| | | Last menstrual cycle (último ciclo menstrual) | | | |
| Allergies to medications/ food?Alergias a medicamentos/comida? | | Yes | No | Birth Control? (toma anticonceptivos?) | Yes No |
| | | | | How many living children now? (Cuantos hijos viven?) | |
| | | Family Medical History | | Father/Mother | child/ |
| | | Historia médica familiar | | padre/madre | hijos |
| | | Blood Pressure (high or low) (presion alta) | | Yes / No | Yes / No |
| Have you had surgery? | | Heart Attack (problemas del corazón) | | Yes / No | Yes / No |
| Alguna vez ha sido hospitalizado o ha sido operado? | | Diabetes (diabetes) | | Yes / No | Yes / No |
| When (fecha) | Reason (problema) | Cancer | | Yes / No | Yes / No |
| 1 | | | | Yes / No | Yes / No |
| 2 | | | | Yes / No | Yes / No |
| 3 | | | | Yes / No | Yes / No |
| PHARMACY/ FARMACIA | | Any other family medical problem? Algun otro problema medico familiar? | | | |
| Name/ Nombre: | | | | | |
| Number/ Numero: | | | | | |
| Street/City/ Calle/Ciudad: | | | | | |

If we need to call to give results, do you authorize **GSG** to leave medical information on your voicemail? / Si necesitamos llamar para dar resultados, usted autoriza **GSG** dejar un correo de voz con su informacion medica? **Circle (Yes/No)**

| |
|-----------------|
| Initials |
|-----------------|

If yes, please provide: Phone number: _____

Si autoriza, por favor proveer numero de telefono _____

Do you authorize **GSG** to release general medical information to the following person? Usted autoriza a **GSG** dar informacion general medica a la siguiente persona? **Circle (Yes/No)**

| |
|-----------------|
| Initials |
|-----------------|

If yes, please provide: **Si autoriza**, por favor proveer :

Name/ Nombre _____

Phone number/numero de telefono _____

Patient signature (Firma del paciente)

Date (fecha)