

First Visit Information Sheet (Adult)

Forma De Información De Primera Visita (Adulto)

Print your name as it appears on your ID/ Imprima su nombre tal y como aparece en su ID

Last Name/Apellido: _____ First Name/Nombre: _____
 Preferred Name/Nombre preferido: _____ Date of Birth/Fecha de Nacimiento: __/__/__
 Country of Birth/país de Nacimiento: _____ Sex/Sexo: Male/Hombre Female/Mujer
 Social Security #/Tax ID/: Número de Seguro Social o Tax ID: _____
 Education/educación: _____

Ethnicity/Grupo Étnico	Race/Raza	Primary Language/Idioma primario
<input type="radio"/> Hispanic or Latino	<input type="radio"/> Asian <input type="radio"/> Biracial	English <input type="radio"/> Español <input type="radio"/>
<input type="radio"/> Not Hispanic or Latino	<input type="radio"/> Black <input type="radio"/> Other	Other <input type="radio"/>
	<input type="radio"/> White	

Address/Dirección:			Apt #/ Apartamento #:
City/Ciudad			State/Estado
County/Condado		Zip Code/Código Postal	
Telephone/teléfono:		2 nd Telephone/teléfono secundario:	
Email Address/dirección de correo electrónico:			
Marital Status/ Estado Civil		Name of Spouse or Partner/Nombre de Esposo(a) Compañero(a):	
<input type="radio"/> Single/Soltero(a)	<input type="radio"/> Married/Casado(a)	Phone Number/Número de teléfono:	
<input type="radio"/> Widowed/ Viudo(a)	<input type="radio"/> Partnered/Compañero(a)		
<input type="radio"/> Divorced/Divorciado(a)	<input type="radio"/> Separated/Separado(a)		

Female Head of Household?/Mujer Cabeza de Familia Yes/Si No

Monthly Household Income (all sources)/Ingreso mensual familiar: \$ _____

Number of People in Household /Número de personas que viven en su residencia _____

Employer/Empleador: _____ Occupation/Ocupación: _____

Do you have any health insurance? ¿Tiene Seguro médico? Yes/Si No

Emergency Contact Information/Contacto de emergencia	
Name/Nombre:	Telephone/teléfono:
Do you authorize us to release medical information to this person? Yes/Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	¿Usted nos autoriza a dar su información médica a esta persona? Yes/Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>

Signature/Firma _____

Date/Fecha _____

Good Samaritan Health 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 es un Centro de salud basado en la Fe. Existimos para honrar a Dios por medio de nuestro ministerio atendiendo las necesidades de salud de la comunidad. No somos una clínica gratuita pero nuestros precios son a bajo costo.

Patient Medical History
Historia Médica del Paciente

1. Are you allergic to any medications? Yes _____ No _____
If yes, which medications?

¿Es alérgico a algún medicamento? Si _____ No _____
En caso afirmativo, ¿qué medicamentos?

2. Which Pharmacy do you use?

Name: _____

Telephone Number/Address: _____

¿Qué farmacia utilizas?

Teléfono Nombre: _____

Numero/Ciudad: _____

3. If we need to give results, do you authorize GSG to leave medical information on your voicemail or text?

Yes _____ No _____

Si necesitamos dar resultados, ¿autoriza a GSG a dejar información médica en su correo de voz o mensaje de texto? Si _____ No _____

Do you authorize GSG to release general medical information to any other person?

Yes _____ No _____

If yes, please provide the person's name and phone number

¿Autoriza a GSG a divulgar información médica general a cualquier otra persona?

Si _____ No _____

En caso afirmativo, proporcione el nombre y el número de teléfono de la persona.

Patient Signature (Firma del paciente)

Date (Fecha)

Acct # _____

Please answer the following questions by circling a number

(Por favor responda las siguientes preguntas marque el numero con un circulo)

Over the last <u>2 weeks</u> how often have you been bothered by any of the following? -(Durante las últimas <u>2 semanas</u> , ¿qué tan seguido ha tenido molestias debido a los siguientes problemas?)	Not at all (Ningún día)	Several days (Varios días)	More than half the days (Más de la mitad de los días)	Nearly every day (Casi todos los días)
Little interest or pleasure in doing things -(Poco interés o placer en hacer cosas)	0	1	2	3
Feeling down depressed, or hopeless -(Se ha sentido decaído(a), deprimido(a) o sin esperanzas)	0	1	2	3
PHQ- 2 Total:				

Total: _____

Over the last <u>2 weeks</u> how often have you been bothered by any of the following? -(Durante las últimas <u>2 semanas</u> , ¿qué tan seguido ha tenido molestias debido a los siguientes problemas?)	Not at all (Ningún día)	Several days (Varios días)	More than half the days (Más de la mitad de los días)	Nearly every day (Casi todos los días)
Feeling nervous, anxious, or on edge -(Se ha sentido nervioso(a), ansioso(a) o con los nervios de punta)	0	1	2	3
Not being able to stop or control worrying -(No ha sido capaz de parar o controlar su preocupación)	0	1	2	3
GAD-2 Total:				

Total: _____



Póliza del Paciente

El Centro de Salud del Buen Samaritano de Gwinnett (CSBSG) 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 CSBSG para que me brinde el tratamiento médico, dental y / u otro tratamiento necesario, y consiento de buena voluntad a dicho tratamiento. Libero a CSBSG, sus médicos, proveedores de practica avanzada, 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 Centro de Salud del Buen Samaritano 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 CSBSG. Si está o va a estar asegurado, puede que no sea elegible para recibir servicios en CSBSG. Si está o va a estar asegurado y no nos notifica, NO le proporcionaremos información para ayudarlo a documentar sus gastos en CSBSG 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 CSBSG, incluyendo: IDENTIFICACIÓN VALIDA 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 CSBSG. 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 CSBSG ofrece precios muy bajos como un servicio a la comunidad para individuos y familias sin cobertura médica. NO ACEPTAMOS FONDOS DEL GOBIERNO Y NO ESTAMOS OBLIGADOS A PROVEERLE SERVICIOS.
- 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 SÓLAMENTE 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 adicional, 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 ADICIONALES RESULTARÁ EN EL DESPIDO DE SU ESTADO COMO PACIENTE DE CSBSG.

7. **Reconocimiento del estado de los proveedores médicos.** El personal de CSBSG 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 LICENCIADO. Si su proveedor programado no está disponible debido a circunstancias imprevistas, puede ser programarlo con un proveedor alternativo sin previo aviso.
8. **NO HAY ATENCIÓN MÉDICA DE EMERGENCIA.** El CSBSG no es un centro de atención urgente ni un centro de cuidado emergente. Sólo proveemos cuidado médico rutinario. 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 CSBSG 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 CSBSG tiene el derecho de finalizar su cita médica después de pasar su tiempo asignado. Quizá tenga que volver a la clínica para citas adicionales si no se pueden atender todas sus necesidades médicas en el tiempo asignado para su cita. Su primera visita y su examen físico anual pueden durar más tiempo que las citas de seguimiento. CSBSG se reserva el derecho de terminar su cita dental después de pasar su tiempo asignado. Quizá tenga que regresar a la clínica por citas adicionales si no se pueden atender todas sus necesidades dentales en una cita.
11. **Llegada tardía.** Debe llegar a tiempo o más temprano de la hora de su cita. Para que CSBSG 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 CSBSG se reserva el derecho de cancelar la cita de cualquier persona si no se ha registrado dentro de quince (15) minutos de la hora programada 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 y dental.
12. **Cobro por perdida de cita.** Se cobrará una tarifa de \$20.00 por faltar una cita médica si no es cancelada 24 horas antes. Se cobrará una tarifa de \$50 por faltar a una cita con un especialista médico. Se debe pagar una tarifa de \$ 50.00 por citas dentales de rutina perdidas y \$ 75.00 por citas dentales especializadas que no sean canceladas dentro de las 48 horas de la 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 CSBSG.
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 no se le ha visto el en centro por más de doce (12) meses, se le considera un paciente inactivo. Nos reservamos 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.** 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 con ese proveedor. Debe solicitar al

proveedor información específica antes de recibir tratamiento médico. CSBSG NO LE AYUDARÁ A RESOLVER SALDOS POR LOS SERVICIOS QUE RECIBIÓ EN OTRA PARTE.

15. **Póliza para surtir medicamentos.** USTED DEBE NOTIFICAR A CSBSG SI NECESITA SURTIR UN MEDICAMENTO POR LO MENOS DIEZ (10) DÍAS ANTES DE QUE SE LE TERMINE LA MEDICINA. Para obtener un relleno de su medicamento, usted debe
 - A. traer los frascos a la clínica en su próxima cita
 - B. Llamar al 678-280-6635 para pedir que le surtan. Dejar su nombre, fecha de nacimiento y el nombre de los medicamentos que necesita.
 - C. Solicitar que le surtan a una farmacia externa.

16. **Póliza de sustancias controladas.** EL CSBSG 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 CSBSG NO ESTA OBLIGADO A PROVEERLE UN INTÉRPRETE. Aunque tenemos intérpretes, no podemos garantizar que un intérprete estará disponible en cada cita. Por esta razón, si usted requiere un intérprete y no trae uno que hable inglés con fluidez, y no tenemos un intérprete disponible, su cita puede ser atrasada o cancelada. Si se cancela una cita por falta de intérprete, se le cobrará la cuota aplicable de cancelación.

18. **Archivos médicos y confidencialidad.** Nosotros le proveeremos a usted una copia de su archivo médico y/o dental por un costo mínimo de \$10.00, que no excederá un costo máximo de \$25.00. El valor para cobrar será determinado por el número de páginas que requieran ser fotocopiadas. Usted deberá pagar la cuota mínima de \$10.00 antes de que le saquemos las fotocopias a su archivo. Deberá recoger personalmente 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.** CSBSG 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, su información personal y confidencial identificable nunca se incluirá en nuestras actividades de mercadeo sin su consentimiento por escrito.

20. **Consentimiento a mensajes por texto.** CSBSG Utiliza plataformas de mensajes de texto para confirmar citas y ocasionalmente enviar mensajes que cumplan con HIPAA. Puede optar por salir del sistema en cualquier momento.

21. **Investigación.** CSBSG 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 personal y confidencial identificable nunca se incluirá en los informes de investigación.

22. **Uso de dispositivos de grabación durante procedimientos médicos o dentales.** GSHCG prohíbe el uso de dispositivos de grabación durante procedimientos médicos y dentales. El incumplimiento de esta política resultará en la suspensión de la cita y es posible que se le solicite que la re programe. Múltiples violaciones de esta política resultarán en el despido de GSHCG

23. **Póliza de despido.** El incumplimiento de las pólizas del paciente puede resultar en el despido de usted y su familia inmediata del CSBSG. Un comportamiento indisciplinado, disruptivo y amenazante resultará en

el despido de CSBSG. También esperamos que participe y coopere con su tratamiento. El 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 dental alternativa. Durante ese período de 30 días, nuestros proveedores solo podrán tratarle de forma médicamente necesaria.

24. **Derecho de cambio de pólizas.** Nos reservamos los derechos de realizar cambios a esta y otras políticas y precios sin notificación previa.

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

Firma del paciente o de la persona responsable

Fecha

**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

Good Samaritan Health Center of Gwinnett

5949 Buford Highway, Norcross, GA 30071
Phone: 678.280.6630 FAX: 678.280.6635

1175 Commercial Court, Norcross, GA 30093
Phone: 770.806.0162 FAX: 770.806.0166

AUTHORIZATION FOR RELEASE OF HEALTH INFORMATION

Patient Name: _____	Date of Birth: ____/____/____
Address: _____ _____	
SSN: _____	Phone: _____

I authorize:

(Name of Facility / Person that **HAS YOUR HEALTH INFORMATION**)

(Street Address, City, State, ZIP) FAX _____

to release my health information to:

Good Samaritan Health Center of Gwinnett, Inc.
5949 Buford Hwy.
Norcross, GA 30071
678-280-6630 (Phone)
678-280-6635 (FAX)

(Name of Facility / Person **TO RECEIVE INFORMATION**)

(Street Address, City, State, ZIP)

Phone _____ Fax _____

Self (Patient or Patient Representative) at my request

This authorization applies to (check one):

All Records (may include drug/alcohol/sexual, and mental health information)
 Other (Please Specify): _____

For Personal Copies:

_____ (Initial) I understand I may be charged a reasonable fee for copies. (See Notice of Medical Records for Personal Use)

By signing below I represent and warrant that I have authority to sign this document and authorize the use or disclosure of protected health information and that there are no claims or orders pending or in effect that would prohibit, limit or otherwise restrict my ability to authorize the use or disclosure of this protected health information. This authorization does not expire.

Patient / Patient Representative / Guardian Signature

Date

Print Name

Witness