

Nombre del Paciente: _____ **Acct. No:** _____

Fecha de nacimiento: _____ **Sex:** Hombre Mujer Transgénero Otro

Dirección : _____ **Ciudad, Estado, & Código Postal:** _____

Comunicación: Autorizo a Vibrant Health para que me consiga por Mail Llamadas por teléfono Corre electrónico Mensajes de Texto

Correo Electrónico: _____

Por favor si quiere que no le mandemos mensajes de texto marque el que desee: Yes No
 (Vibrant Health no es responsable por cargos de la compañía telefónica de los mensajes de texto.)

Número telefónico de Casa: _____ **# Celular:** _____ **# del trabajo:** _____

¿Cómo escuchaste de nosotros? _____

Raza:

- Indio Americano/ Nativo de Alaska Asiático Negro/ Afroamericano
- Mas de una raza Nativo Hawaiiiano Otro isleño pacifico
- Otro raza No reportado/ Negó en reportar Blanco

Origen Étnico : Hispano o Latino No es Hispano or Latino Negó en reportar

Nombre del empleador: _____ **Dirección del Empleado:** _____

Contacto de emergencia: _____ **# del contacto de emergencia:** _____

Relación: _____ **¿Está bien que contactemos a esta persona ?** Si No

Persona responsable para el pago: Mismo Pareja Padres Other _____

Nombre (si no mismo): _____

Dirección: _____ **Número de teléfono:** _____

Nombre de la farmacia: _____ **Dirección de la farmacia:** _____

Información de la seguridad

Seguranza Primaria _____

Nombre del suscriptor: _____ **Fecha de nacimiento:** _____

ID del suscriptor: _____ **Numero del Grupo de Suscriptor:** _____

Liste todos los ingresos del hogar

El total de ingresos mensuales de TODOS de la casa antes de los impuestos: \$ _____

Número total de las personas que viven en casa: _____

Liste el nombre y fecha de nacimiento de todos los miembros del núcleo familiar que sea paciente de Vibrant Health: _____

Trabajador Agrícola migrante: ¿Usted o alguien en su familia a trabajado en agricultura? Por ejemplo: plantar, recoger, preparar el suelo, empacador/a, conducir un camión para cualquier tipo de trabajo agrícola, trabajar con animales como vacas o pollos, etc.

Si No

Esta información es verdadera y correcta que yo sepa.

Imprime Nombre: _____ Firma: _____ Fecha: _____

(1) Consentimiento para Tratamiento

Yo le doy consentimiento a Vibrant Health para proveerme a mí mismo y o a mi(s) hijo(s) servicios médicos, dentales y o consejería que el doctor o su personal médico recomiende. A menos si es una emergencia, ellos describirán este cuidado médico y cualquier riesgo significativo a mi antes de tratamiento.

INFORMACION DE SALUD PROTEJIDA La línea no firmada reconoce el recibo del Aviso de Práctica de Privacidad para esta facilidad de cuidado de salud. Una copia de esto firmado, documento con la fecha será igual que el original. Yo autorizo que la liberación verbal de mi información de salud protegida para discusión de mi cuidado, tratamiento, y/o pago a las persona(as) específicas abajo. (45CFR 164.502(F) & 164.502 (G))

Por favor liste a quien pueda tener acceso a su información de salud.

Nombre	Relación	Número de teléfono
--------	----------	--------------------

(2) Pagando para Tratamiento

Yo estoy de acuerdo que Vibrant Health cobrara mi plan de seguridad para el cuidado que yo recibo. Yo entiendo que Vibrant Health va a cobrarme en cualquiera de estos casos:

- (a) Cuando no tengo cobertura de seguro medico
- (b) Cuando mi plan de seguro no cubre el tratamiento
- (c) Cuando debo un deducible o si hay un balance que pagar después que mi seguro medico pague
- (d) Cuando decido no usar mi plan de salud y acuerdo de pagar para mi cuidado yo mismo

Sé que debo pagar cualquier co-pago u otra parte de la cuenta que mi plan de seguridad diga que tengo que pagar. Yo sé que se espera que pague antes de mi tratamiento en la mayoría de los casos.

Nuestra Responsabilidad Estamos obligados por ley a mantener la privacidad y seguridad de su información de salud. Le dejaremos saber inmediatamente si se produce incumplimiento que puede haber comprometido la privacidad o la seguridad de su información. Tenemos que seguir los deberes y prácticas de privacidad descritos en este aviso y le daremos una copia de la misma. No usaremos o compartiremos su información como se ha descrito aquí al menos que usted nos de consentimiento en escrito. Usted puede cambiar de opinión en cualquier momento, háganos saber por escrito si usted cambia de opinión. **Cambios a este aviso:** Podemos cambiar los términos de este aviso, y los cambios se aplicarán a toda la información que tenemos sobre usted. Nuevo aviso estará disponible a petición, en nuestra oficina y en nuestra red social/ sitio web.

Yo autorizo que Vibrant Health, por su programa médico eClinicalworks, descargue el historial de recetas para el propósito de completar/continuar tratamiento.

He revisado el consentimiento de este documento/formulario y doy mi permiso a Vibrant Health para usar y divulgar la información de la salud del paciente en acuerdo con este. Estoy firmando este documento como reconocimiento anual de las oportunidad para leer las pólizas completas de HIPPA de Vibrant Health.

NOMBRE DEL PACIENTE:

Nombre del Tutor Legal Imprimido

Firma

Fecha