



**Patient Name:** \_\_\_\_\_ **Date of Birth:** \_\_\_\_\_

**Notice of Privacy Practices Acknowledgement Form**

I hereby acknowledge that on \_\_\_\_\_ (date), I received or was offered a copy of the Notice of Privacy Practices for Lifecare Community Health Center (LCHC).

The Notice of Privacy Practices sets forth the ways in which my health information may be used or disclosed by LCHC as well as my rights with respect to such information. By signing below, I acknowledge my receipt of the Notice of Privacy Practices Form, and I understand that I may ask for a copy at any time.

\_\_\_\_\_  
Date Time Signature of Patient or Legal Representative

**Below information is for staff completion only.**

**LCHC staff to complete if Acknowledgement Form is not signed.**

1. Did patient receive a copy of the Privacy Notice?     Yes     No

2. Please explain why the form was not signed.

Patient refused to sign     Other \_\_\_\_\_

Completed by: \_\_\_\_\_  
Signature of Staff Member    Date    Time



**Nombre del paciente:** \_\_\_\_\_ **Fecha de nacimiento:** \_\_\_\_\_

**Formulario de reconocimiento del Aviso de Practicas de Privacidad**

Por la presente reconozco que el \_\_\_\_\_ (fecha), recibí o se me ofreció una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad para Lifecare Community Health Center (LCHC).

El Aviso de Prácticas de Privacidad establece las formas en que mi información médica puede ser utilizada o divulgada por el LCHC, así como mis derechos respecto a dicha información. Entiendo que puedo pedir una copia en cualquier momento.

\_\_\_\_\_  
**Fecha**                      **Hora**                      **Firma del Paciente o Representante Legal**

**El personal de LCHC debe completarlo si el formulario de reconocimiento no está firmado.**

1. ¿Recibió el paciente una copia del Aviso de Privacidad?       Sí                       No

2. Por favor, explique por qué el formulario no fue firmado.

El paciente se negó a firmar       Otros \_\_\_\_\_

Completado por: \_\_\_\_\_

**Firma del miembro del personal**                      **Fecha**                      **Hora**



**Patient Name:** \_\_\_\_\_ **Date of Birth:** \_\_\_\_\_

**Patient Agreement**

A medical home is a care team working to provide you with the best care possible. We want to include you in making health care decisions. We will help you coordinate your care with providers outside of Lifecare when needed. We offer clinical advice during and after hours (by calling our regular office numbers) along with early morning appointments. We promise to treat you to the best of our abilities, consistent with the standards of care in our community. We ask that you arrive to your appointments on time and notify us if you need to cancel or change your appointments in order to assist us with providing the best care. Please read the following statements:

**Authorization for Treatment:** I understand that my medical treatment is under the supervision of my LCHC provider. I hereby consent to all treatment deemed necessary by the staff of LCHC. I authorize LCHC to use, disclose, and/or receive any or all information relating to my treatment. My provider may contact any other covered entity that has provided services to me for the purpose of obtaining further diagnosis.

**Financial Responsibility:** I hereby authorize release of information necessary to file a claim with my insurance company and assign benefits, otherwise payable to me, to the physician or group indicated in the claim. I am responsible for any referrals and/or authorizations required by my insurance company. I understand I am financially responsible for any balance not covered by my insurance. My insurance policy, if applicable, is a contract between me and my insurance company. LCHC is not responsible for collecting on an insurance claim or negotiating a settlement on a disputed claim.

LCHC has made prior arrangements with many health plans to accept direct payments. LCHC bill those plans for which it has made prior arrangements and will only require you to pay the authorized Copay at the time of service. I agree that I am responsible for any co-payments, deductibles, and fees for non-covered services.

I understand that unless other arrangements have been made in advance by either me or my health coverage provider, payment is due at the time of service. For all services rendered to minors, the custodial parent or legal guardian will be responsible for all charges.

There will be a \$10.00 fee charged to patients for all non-sufficient funds checks and the patient will be required to pay cash for all future visits

**Patient Responsibility:** Lifecare Community Health Center (LCHC) has zero tolerance for violence or threat of violence of any kind. Therefore, there will not be any attempt or threat to kick, hit, or harm any staff member, patient, or visitors. Furthermore, neither party will yell or use profanity when addressing any staff member, patient, or visitors.

**I have read and understand the above terms and conditions and agree with the above.**

**Date:** \_\_\_\_\_ **Patient/Guardian signature:** \_\_\_\_\_

**Patient/Guardian Name:** \_\_\_\_\_ **Date of Birth:** \_\_\_\_\_



**Nombre del paciente:** \_\_\_\_\_

**Fecha de nacimiento:** \_\_\_\_\_

**Acuerdo con el paciente**

Un centro médico es un equipo de atención que trabaja para ofrecerle la mejor atención posible. Queremos incluirlo en la toma de decisiones sobre su atención médica. Le ayudaremos a coordinar su atención con proveedores externos a Lifecare cuando sea necesario. Ofrecemos asesoramiento clínico durante y fuera del horario laboral (llamando a nuestros números habituales) junto con citas a primera hora de la mañana. Prometemos tratarlo lo mejor posible, de acuerdo con los estándares de atención de nuestra comunidad. Le pedimos que llegue a tus citas puntual y nos notifique si necesitas cancelar o cambiar sus citas para ayudarnos a ofrecer la mejor atención posible. Por favor, lea las siguientes declaraciones:

**Autorización para el tratamiento:** Entiendo que mi tratamiento médico está bajo la supervisión de mi proveedor de LCHC. Por la presente consiento todo tratamiento que considere necesario por el personal del LCHC. Autorizo a LCHC a utilizar, divulgar y/o recibir toda la información relacionada con mi tratamiento. Mi proveedor puede contactar con cualquier otra entidad cubierta que me haya prestado servicios con el fin de obtener un diagnóstico adicional.

**Responsabilidad financiera:** Por la presente autorizo la divulgación de la información necesaria para presentar una reclamación ante mi compañía de seguros y asignar beneficios, De lo contrario, pagaderos a mi nombre, al médico o al grupo indicado en la reclamación. Soy responsable de cualquier derivación y/o autorización que requiera mi compañía de seguros. Entiendo que soy responsable económicamente de cualquier saldo que no cubra mi seguro. Mi póliza de seguro, si corresponde, es un contrato entre mi compañía de seguros y yo. LCHC no es responsable de cobrar una reclamación de seguro ni de negociar un acuerdo sobre una reclamación en disputa.

LCHC ha hecho acuerdos previos con muchos planes de salud para aceptar pagos directos. LCHC factura aquellos planes para los que ha hecho un acuerdo previo y solo requerirá que pagues el copago autorizado en el momento de la notificación. Estoy de acuerdo en que soy responsable de cualquier copago, deducible y tasa por servicios no cubiertos.

**Responsabilidad del paciente:** El Centro de Salud Comunitaria de Atención Vital (LCHC) no tolera la violencia ni la amenaza de violencia de ningún tipo. Por lo tanto, no habrá ningún intento ni amenaza de patear, golpear o dañar a ningún miembro del personal, paciente o visitante. Además, ninguna de las partes gritará ni usará palabrotas al dirigirse a cualquier miembro del personal, paciente o visitante.

**He leído y comprendo los términos y condiciones anteriores y estoy de acuerdo con ellos.**

**Fecha:** \_\_\_\_\_ **Firma del paciente/tutor:** \_\_\_\_\_

**Nombre del paciente/tutor:** \_\_\_\_\_ **Fecha de nacimiento:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



**Financial Information**

Lifecare receives funding to offset the costs of treating uninsured or underinsured patients. We are required to report certain demographics on all of our patients including race, family size, and income. Reporting these items assists us to receive funding to continue providing care to all of our patients. Reported information does not contain your name, address, or social security information.

**Please circle household size and check the correct income box in the same line:**

Household Members	Income <u>less</u> than:	Income between:	Income Between:	Income <u>more</u> than:
1	<input type="checkbox"/> \$15,650	<input type="checkbox"/> \$15,561 - \$21,597	<input type="checkbox"/> \$21,598-\$25,823	<input type="checkbox"/> \$25,824
2	<input type="checkbox"/> \$21,150	<input type="checkbox"/> \$21,151-\$29,187	<input type="checkbox"/> \$29,188 - \$34,898	<input type="checkbox"/> \$34,899
3	<input type="checkbox"/> \$26,650	<input type="checkbox"/> \$26,651-\$36,777	<input type="checkbox"/> \$36,778 - \$43,973	<input type="checkbox"/> \$43,974
4	<input type="checkbox"/> \$32,150	<input type="checkbox"/> \$32,151 - \$44,367	<input type="checkbox"/> \$44,368 - \$53,048	<input type="checkbox"/> \$53,049
5	<input type="checkbox"/> \$37,650	<input type="checkbox"/> \$37,651 - \$51,957	<input type="checkbox"/> \$51,958 - \$62,123	<input type="checkbox"/> \$62,124
6	<input type="checkbox"/> \$43,150	<input type="checkbox"/> \$43,151 - \$59,547	<input type="checkbox"/> \$59,548 - \$71,198	<input type="checkbox"/> \$71,199
7	<input type="checkbox"/> \$48,650	<input type="checkbox"/> \$48,651-\$67,137	<input type="checkbox"/> \$67,138-\$80,273	<input type="checkbox"/> \$80,274
8	<input type="checkbox"/> \$54,150	<input type="checkbox"/> \$54,151-\$74,727	<input type="checkbox"/> \$74,728 - \$89,348	<input type="checkbox"/> \$89,349

**Reduced Rate Program**

Lifecare offers a Reduced Rate Program as our way to offer services at a lower cost to families who meet certain requirements. The Reduced Rates are divided into different categories based on household size and gross income. Patients that qualify for the program would pay for services according to what financial category they fall into.

**Are you interested in applying for our Reduced Rate Program?**  YES  NO

I further attest that, as of the date of my signature, the income sources listed constitute all of my household income, and that the number of family members listed are all solely dependent on that income. I verify my income level is truthful. I understand that LCHC is not in the business of extending credit and I agree to pay the above practice at the time its bill is presented. If prompt payment is not made, LCHC may take action to collect its charges.

I understand that there may be charges in addition to my copay based on the clinic's sliding fee scale. I agree to pay said charges.

**Patient/ Legal Guardian Signature :** \_\_\_\_\_ **Date:** \_\_\_\_\_



**Nombre del paciente:** \_\_\_\_\_ **Fecha de nacimiento:** \_\_\_\_\_

### Información financiera

Lifecare recibe fondos para compensar los costos del tratamiento de pacientes sin seguro médico o con seguro insuficiente. Estamos obligados a informar de ciertos datos demográficos de todos nuestros pacientes, incluida la raza, Tamaño de la familia e ingresos. Informar de estos datos nos ayuda a recibir fondos para seguir prestando atención a todos nuestros pacientes. La información reportada no contiene tu nombre, dirección ni información de la seguridad social.

**Por favor, marque el tamaño del hogar y marca la casilla correcta de ingresos en la misma línea:**

Miembros del hogar	Ingresos inferiores a:	Ingresos entre:	Ingresos entre:	Ingresos superiores a:
1	<input type="checkbox"/> \$15,650	<input type="checkbox"/> \$15,561 - \$21,597	<input type="checkbox"/> \$21,598-\$25,823	<input type="checkbox"/> \$25,824
2	<input type="checkbox"/> \$21,150	<input type="checkbox"/> \$21,151-\$29,187	<input type="checkbox"/> \$29,188 - \$34,898	<input type="checkbox"/> \$34,899
3	<input type="checkbox"/> \$26,650	<input type="checkbox"/> \$26,651-\$36,777	<input type="checkbox"/> \$36,778 - \$43,973	<input type="checkbox"/> \$43,974
4	<input type="checkbox"/> \$32,150	<input type="checkbox"/> \$32,151 - \$44,367	<input type="checkbox"/> \$44,368 - \$53,048	<input type="checkbox"/> \$53,049
5	<input type="checkbox"/> \$37,650	<input type="checkbox"/> \$37,651 - \$51,957	<input type="checkbox"/> \$51,958 - \$62,123	<input type="checkbox"/> \$62,124
6	<input type="checkbox"/> \$43,150	<input type="checkbox"/> \$43,151 - \$59,547	<input type="checkbox"/> \$59,548 - \$71,198	<input type="checkbox"/> \$71,199
7	<input type="checkbox"/> \$48,650	<input type="checkbox"/> \$48,651-\$67,137	<input type="checkbox"/> \$67,138-\$80,273	<input type="checkbox"/> \$80,274
8	<input type="checkbox"/> \$54,150	<input type="checkbox"/> \$54,151-\$74,727	<input type="checkbox"/> \$74,728 - \$89,348	<input type="checkbox"/> \$89,349

### Programa de Tarifa Reducida

Lifecare ofrece un Programa de Tarifa Reducida como forma de ofrecer servicios a menor costo a familias que cumplen ciertos requisitos. Las tarifas reducidas se dividen en diferentes categorías según el tamaño del hogar y los ingresos brutos. Los pacientes que cumplan los requisitos para el programa pagarían por los servicios según la categoría financiera a la que pertenezcan.

**¿Te interesa solicitar nuestro Programa de Tarifa Reducida?  SÍ  NO**

Además, certifico que, la fecha de mi firma, las fuentes de ingresos que figuran constituyen la totalidad de mis ingresos familiares, y que el número de miembros de la familia que se enumeran depende exclusivamente de esos ingresos. Verifico que mi nivel de ingresos es sincero. Entiendo que LIFECARE FHDC no se dedica a conceder crédito y acepto pagar la consulta mencionada en el momento en que se presente su factura. Si no se realiza el pago puntual, LIFECARE FHDC puede tomar medidas para cobrar sus cargos.

Entiendo que puede haber cargos además de mi copago según la escala de tarifas ajustada de la clínica. Acepto pagar dichos cargos.

**Firma del paciente/tutor:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_



**Patient Name:** \_\_\_\_\_ **Date of Birth:** \_\_\_\_\_

**Release Of HIPAA Protected Information**

**(Allow the clinic to discuss your health information with the individuals listed below)**

Purpose of Request (who is authorized to receive health information) - **I authorize the practice to disclose or provide health information about me to the individual(s) listed below. (Please list each family member, friend, or other individual to receive Protect Health Information). If you do not wish to list anyone please place an X over this section and your initials.**

Name: \_\_\_\_\_  
Phone Number: \_\_\_\_\_ Relationship: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_  
Phone Number: \_\_\_\_\_ Relationship: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_  
Phone Number: \_\_\_\_\_ Relationship: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_  
Phone Number: \_\_\_\_\_ Relationship: \_\_\_\_\_

**Description of Information to be disclosed – I authorize the practice to disclose the follow Protected Health Information about me to the person or persons identified above.**

**PLEASE MARK ONE BELOW** so we know what we can share with those above.

- Entire patient record, **or** circle **only** those items of the record to be disclosed
- Office notes    lab results    x-ray results    Record of HIV and communicable disease record
- Hospital / nursing home / home health / hospice and other physician records
- Records of mental health or substance abuse treatment.
- Other (please specify): \_\_\_\_\_

Purpose of disclosure (please record the purpose of the disclosure, or check patient request):

Patient request    Other (please specify): \_\_\_\_\_

**Restrictions on sharing information with family, friends, others:**  
\_\_\_\_\_

**I give permission to leave a detailed message on this phone number:** \_\_\_\_\_

**Patient/ Legal Guardian Signature:** \_\_\_\_\_ **Date:** \_\_\_\_\_



**Nombre del paciente:** \_\_\_\_\_

**Fecha de nacimiento:** \_\_\_\_\_

**Divulgación de información protegida bajo HIPAA**

**(Permite que la clínica comunique tu información de salud con las personas que se mencionan a continuación)**

Propósito de la solicitud (quién está autorizado para recibir información medica) - **Autorizo al consultorio a divulgar o proporcionar información medica sobre mí a la(s) persona(s) que se mencionan a continuación. (Por favor, indique a cada miembro de la familia, amigo u otra persona que recibirá la información de Protect Health).**

Nombre: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

**Descripción de la información a divulgar – Autorizo a la práctica a divulgar la siguiente Información médica Protegida sobre mí a la persona o personas identificadas arriba.**

Historia completo del paciente, o marcar **solo** los elementos del expediente que se divulgaran.

Notas de la oficina  resultados de laboratorio  resultados de radiografías  Registro del VIH y enfermedades transmisibles

Registros del hospital / hogar de ancianos / atención domiciliaria / hospicios y otros médicos

Registros de salud mental o tratamiento por abuso de sustancias

Otros (por favor, especifique): \_\_\_\_\_

Propósito de la divulgación ( registre el propósito de la divulgación o marque la solicitud del paciente):

Solicitud del paciente  Otros (por favor, especifique): \_\_\_\_\_

**Restricciones para compartir información con familiares, amigos y otros:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Doy permiso para dejar un mensaje detallado en este número de teléfono:** \_\_\_\_\_

**Firma del paciente/tutor legal:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

MRN: \_\_\_\_\_



**Patient Name:** \_\_\_\_\_ **Date of Birth:** \_\_\_\_\_

**PATIENT DEMOGRAPHIC FORM**

**First Name:** \_\_\_\_\_ **Middle initial:** \_\_\_\_\_ **Last Name:** \_\_\_\_\_

**Date of Birth:** \_\_\_\_\_ **Social Security Number:** \_\_\_\_\_

**Address:** \_\_\_\_\_ **Apt #:** \_\_\_\_\_ **City:** \_\_\_\_\_ **Zip:** \_\_\_\_\_

**Marital Status:**  single  married  divorced  widowed  separated

**Employment Status:**  full time  part time  unemployed  self-employed  retired  seasonal

**Occupation:** \_\_\_\_\_ **Education (highest grade/degree):** \_\_\_\_\_

**Primary Phone Number:** \_\_\_\_\_ **Additional Phone Number:** \_\_\_\_\_

**Preferred Contact Method:**  Home Phone  Cell Phone  Patient Portal

**Emergency Contact:**

**Name:** \_\_\_\_\_ **Relationship:** \_\_\_\_\_

**Phone Number:** \_\_\_\_\_

**How did you hear about us? (circle one from below)**

*Newspaper   Outreach Event/Community   Friend   Employee of Lifecare   Ad/TV/Website*

Do you want to be web enabled for appointment reminders, telehealth video appointments, and other online access to your medical team including the Healow patient portal: **circle one** then provide the necessary email address for online access:                      **Yes**                      **No**

**Email:** \_\_\_\_\_

<p><b>Race:</b></p> <input type="checkbox"/> White <input type="checkbox"/> Black <input type="checkbox"/> Native American/Alaska Native <input type="checkbox"/> Asian Indian <input type="checkbox"/> Chinese <input type="checkbox"/> Filipino <input type="checkbox"/> Japanese <input type="checkbox"/> Korean <input type="checkbox"/> Vietnamese <input type="checkbox"/> Other Asian <input type="checkbox"/> Native Hawaiian <input type="checkbox"/> Samoan <input type="checkbox"/> Guamanian or Chamorro <input type="checkbox"/> Other Pacific Islander <input type="checkbox"/> Choose not to disclose	<p><b>Have you Served/Currently Serve in the US Military, Armed Forces, or Uniformed Services?:</b></p> <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No  <p><b>Check if any of these apply to you:</b></p> <input type="checkbox"/> Homeless <input type="checkbox"/> Live in public housing  <p><b>Preferred Language:</b></p> <input type="checkbox"/> English <input type="checkbox"/> Spanish <input type="checkbox"/> Other: _____	<p><b>Ethnicity:</b></p> <input type="checkbox"/> Non-Hispanic <input type="checkbox"/> Mexican, Mexican American, Chicano/a <input type="checkbox"/> Puerto Rican <input type="checkbox"/> Cuban <input type="checkbox"/> Another Hispanic, Latino/a or Spanish Origin <input type="checkbox"/> Choose not to disclose
--	---	--

**I certify the above information is correct as of this date:** \_\_\_\_\_

**Patient/Guardian Signature:** \_\_\_\_\_



Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

## FORMULARIO DEMOGRÁFICO DEL PACIENTE

Nombre: \_\_\_\_\_ Inicial del segundo nombre: \_\_\_\_\_ Apellidos: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Número de Seguro Social: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Apt #: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Estado civil:  soltero  casado  divorciado  viudo  separadoEstado laboral:  tiempo completo  tiempo parcial  desempleado  independiente  jubilado  temporal

Ocupación: \_\_\_\_\_ Educación (grado más alto/grado): \_\_\_\_\_

Número de teléfono principal: \_\_\_\_\_ Numero de telefono adicional: \_\_\_\_\_

Método de contacto preferido:  Teléfono fijo  Teléfono móvil  Portal del paciente

## Contacto de emergencia:

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_

## ¿Cómo se enteró de nosotros? (marque uno de los siguientes)

periodico  Evento de la comunidad  Amigo  Empleado de Lifecare  Anuncio/TV/Sitio web

¿Desea tener acceso a la web para recordatorios de citas, citas por vídeo por telemedicina y otro acceso en línea a su equipo médico, incluyendo el portal de pacientes de Healow: **Marque una opcion**

proporcione la dirección de correo electrónico necesaria para el acceso online: **Yes** **No**

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

<b>Raza:</b> <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Nativos americanos/nativos de Alaska <input type="checkbox"/> China india asiática <input type="checkbox"/> Chino <input type="checkbox"/> Filipino <input type="checkbox"/> Japonés <input type="checkbox"/> Coreano <input type="checkbox"/> vietnamita <input type="checkbox"/> Otros asiáticos <input type="checkbox"/> Hawaiano nativo <input type="checkbox"/> Samoano <input type="checkbox"/> Guameno o Chamorro <input type="checkbox"/> Otros isleños del Pacífico <input type="checkbox"/> Elegir no revelar	<b>¿Ha servido o sirve actualmente en el ejército de EE.UU., las Fuerzas Armadas o los Servicios Uniformados?:</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No  <b>Comprueba si alguno de estos casos se aplica a usted:</b> <input type="checkbox"/> Sin hogar <input type="checkbox"/> Vivo en viviendas públicas  <b>Idioma preferido:</b> <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otros: _____	<b>Origen étnico:</b> <input type="checkbox"/> No hispanos <input type="checkbox"/> Mexicano, mexicanoamericano, chicano/a <input type="checkbox"/> Puerto Rico <input type="checkbox"/> Cubano <input type="checkbox"/> Otro origen hispano, latino/a o español <input type="checkbox"/> Elegir no revelar
---	--	---

**Certifico que la información anterior es correcta a fecha de hoy:** \_\_\_\_\_

**Firma del paciente/tutor:** \_\_\_\_\_



**Patient Name:** \_\_\_\_\_ **Date of Birth:** \_\_\_\_\_

**Medical and Behavioral Health Informed Consent Agreement**

Telehealth is the delivery of health care services (medical, psychiatric, therapeutic, dental) using interactive audio and visual electronic systems between a provider and a patient that are not in the physical location. These services may also include electronic prescribing, appointment scheduling, communication via email or electronic chat, electronic scheduling, and distribution of patient education materials.

**I consent for** \_\_\_\_\_ **(patient name)** to engage in telehealth services with LCHC. I understand and agree to the following:

1. I have a right to revoke my consent to telehealth at any time.
2. Telehealth visits are transmitted via HIPAA approved platforms and that providers will take all reasonable measures to ensure that privacy is maintained during telehealth appointments. It is my responsibility to ensure that I access the internet through secure means and that I am in a private location to conduct my session to maintain privacy.
3. I understand that certain situations including emergencies and crises are inappropriate for telehealth services.
4. I understand that there are risks and consequences from telehealth, including, but not limited to, the possibility, despite reasonable efforts on the part of my provider, that: the transmission of my medical information could be disrupted or distorted by technical failures; the transmission of my medical information could be interrupted by unauthorized persons; and /or the electronic storage of my medical information could be accessed by unauthorized persons.
5. If my provider believes I would be better served by another form of services (e.g. face-to-face services) I will be referred to a provider who can provide such services.
6. I understand that a lack of access to all the information that might be available in a face-to-face visit, but not in a telehealth session, may result in errors in judgement. Delays in medical evaluation and treatment may occur due to deficiencies or failures of the equipment
7. I understand that my provider will document in my medical chart as if the visit were conducted in person with only the additional information required for telehealth billing.
8. I understand that I, or my insurance, will be billed as authorized by my insurance and/or sliding fee plan. I have had my questions regarding billing answered to my satisfaction by the billing department.
9. I understand that a limited examination may take place during the video conference and that lab and other tests are not available via telehealth.
10. I understand that for continued telehealth services, I must be seen in person/in office at least once per year, depending on my treatment plan, diagnosis, and or medication

**Verbal Consent:** In lieu of the required written consent or beneficiary signatures, verbal permission was requested and received prior to initiating the telehealth visit having covered all the items in the Informed Consent. The hard copy consent will be signed by the patient at the next face-to-face appointment. \_\_\_\_\_

**Signature of Patient/Guardian:** \_\_\_\_\_ **Date:** \_\_\_\_\_



### Acuerdo de Consentimiento Informado en Salud Médica y Conductual

La telesalud es la prestación de servicios de atención médica (médico, psiquiátrico, terapéutico, dental) usando sistemas electrónicos interactivos de audio y vídeo entre un proveedor y un paciente que no se encuentren en la ubicación física. Estos servicios también pueden incluir prescripción electrónica, programación de citas, comunicación por correo o chat electrónicos, programación electrónica y distribución de materiales educativos para pacientes.

Doy mi consentimiento para que \_\_\_\_\_ (nombre del paciente) participe en servicios de telesalud con LCHC. Entiendo y estoy de acuerdo con lo siguiente:

11. Tengo derecho a revocar mi consentimiento para la telesalud en cualquier momento.
12. Las visitas por telesalud se transmiten a través de plataformas aprobadas por HIPAA y los proveedores tomarán todas las medidas razonables para garantizar que se mantenga la privacidad durante las citas de telesalud. Es mi responsabilidad asegurarme de acceder a internet por medios seguros y de estar en un lugar privado para realizar mi sesión y mantener la privacidad.
13. Comprendo que ciertas situaciones, incluidas emergencias y crisis, no son apropiadas para los servicios de telesalud.
14. Comprendo que existen riesgos y consecuencias en la telesalud, incluyendo, pero no limitándose a, la posibilidad, a pesar de los razonables esfuerzos de mi proveedor, que: la transmisión de mi información médica podría verse interrumpida o distorsionada por fallos técnicos; La transmisión de mi información médica podría ser interrumpida por personas no autorizadas; y/o el almacenamiento electrónico de mi información médica podría ser accedido por personas no autorizadas.
15. Si mi proveedor cree que me beneficiaría más otro tipo de servicio (por ejemplo, servicios presenciales), se me remitirá a un proveedor que pueda ofrecer dichos servicios.
16. Comprendo que la falta de acceso a toda la información que pueda estar disponible en una visita presencial, pero no en una sesión de telesalud, puede resultar en errores de juicio. Pueden producirse retrasos en la evaluación médica y el tratamiento debido a deficiencias o fallos del equipo.
17. Comprendo que mi proveedor documentará en mi historial médico como si la visita se hubiera realizado presencialmente, con solo la información adicional requerida para la facturación por telesalud.
18. Comprendo que a mí y a mi seguro se nos facturara según lo autorizado por mi seguro médico y/o plan de tarifa ajustable. El departamento de facturación ha respondido a mis dudas sobre facturación de forma satisfactoria.
19. Comprendo que puede realizarse un examen limitado durante la videoconferencia y que no hay pruebas de laboratorio ni otras pruebas disponibles por telesalud.
20. Comprendo que para continuar con los servicios de telesalud, debo ser atendido en persona o en la consulta al menos una vez al año, dependiendo de mi plan de tratamiento, diagnóstico y/o medicación

**Consentimiento verbal:** En lugar del consentimiento escrito requerido o de las firmas de los beneficiarios, se solicitó y obtuvo permiso verbal antes de iniciar la visita de telemedicina, habiendo cubierto todos los puntos del Consentimiento Informado. El consentimiento impreso será firmado por el paciente en la próxima cita presencial.

Firma del paciente/tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_



**Patient Name:** \_\_\_\_\_ **Date of Birth:** \_\_\_\_\_

**DENTAL HEALTH HISTORY**

**Primary Care Physician:** \_\_\_\_\_ **Phone:** \_\_\_\_\_

**Pharmacy:** Name: \_\_\_\_\_ City: \_\_\_\_\_ Phone: \_\_\_\_\_

**Circle all that apply:** Pregnant - Possibly Pregnant- Nursing- Taking Oral Contraceptives

**What is your main reason to be seen today?** \_\_\_\_\_

How long has it been since your last dental appointment? \_\_\_\_\_

Are you required to take antibiotics prior to dental visits? [  ] Yes [  ] No Why? \_\_\_\_\_

Please list concerns relating to your teeth, jaw, gums, tongue, or mouth:

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**Allergies:** Do you have any **allergies**, or have you had a reaction to any antibiotics, medications, treatments, or foods? Please list below:

\_\_\_\_\_

**Do you take blood thinners?** (Plavix, Coumadin, Warfarin, or Aspirin)? [  ] Yes [  ] No

Are you currently taking any medications, over the counter drugs, or natural/herbal supplements?  
 [  ] Yes [  ] No **If yes, list here:**

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**Do you have ANY of the following? (circle all that apply):**

Artificial joints	Cancer/ Chemotherapy/ Radiation	Rapid weight loss	Kidney disorder/ Dialysis	Pacemaker	Heart stents/ artificial valves	Neurologic disorder
Asthma	Bisphosphonates	Cold sores	Alcohol use	Marijuana use	Narcotic use	TB
Strokes	Lupus	Hemophilia	High/Low Blood pressure	HIV/AIDS	Anxiety Attacks	Rheumatic Fever
Hepatitis A-B-C	Eating Disorders	Diabetes: 1-2	Mitral valve prolapse	Arthritis	Tobacco (How much per day _____)	Drink soda/ pop

**Patient Signature:** \_\_\_\_\_ **Date:** \_\_\_\_\_

**Staff Signature:** \_\_\_\_\_ **Date:** \_\_\_\_\_

**Nombre del paciente:** \_\_\_\_\_**Fecha de nacimiento:** \_\_\_\_\_**HISTORIA DE SALUD DENTAL****Médico de atención primaria:** \_\_\_\_\_ **Teléfono:** \_\_\_\_\_**Farmacia:** \_\_\_\_\_ **Ciudad:** \_\_\_\_\_ **Teléfono:** \_\_\_\_\_**Marca todo lo que se aplica:** Embarazada - Posiblemente embarazada - Lactancia - Toma de anticonceptivos orales

¿Tienes una emergencia o algún problema dental importante? \_\_\_\_\_

¿Cuánto tiempo ha pasado desde su última cita dental? \_\_\_\_\_

¿Requiere tomar antibióticos? [ ] **Si** [ ] **No** **Porque?** \_\_\_\_\_

Por favor, nombre las preocupaciones relacionadas con sus dientes, mandíbula, encías, lengua o boca

**Alergias:** ¿Tiene alguna alergia, o ha tenido alguna reacción a medicamentos, tratamientos o alimentos? \_\_\_\_\_**¿Toma anticoagulantes?** (¿Plavix, Coumadina, Warfarina o Aspirina)? [ ] **Sí** [ ] **No**¿Actualmente toma algún medicamento, medicamentos de venta libre o suplementos naturales o herbales? [ ] **Sí** [ ] **No** . Si sí, nombralos a continuación;**¿Tiene lo siguiente? (marque con un círculo):**

Articulaciones artificiales	Cáncer/ Quimioterapia/ Radiación	Pérdida rápida de peso	Trastorno renal/Diálisis	Marcapasos	Stents cardíacos/ válvulas artificiales	Trastorno neurológico
Asma	Bifosfonato	Herpes labial	Consumo de alcohol	Consumo de marihuana	Uso de narcóticos	TUBERCULOSIS
Accidentes Cerebrovasculares	Lupus	Hemofilia	Hipertensión arterial alta/baja	VIH/SIDA	Ataques de ansiedad	Fiebre Reumática
Hepatitis A-B-C	Trastornos alimentarios	Diabetes 1-2	Prolapso de la válvula mitral	Artritis	<b>Tabaco (Cuánto por day _____)</b>	Refresco/bebida

**Firma del paciente:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_**Firma del personal:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_