

# Comprehensive Community Health Centers, Inc.

## PATIENT DEMOGRAPHICS/ INFORMACION DEMOGRAFICA DEL PACIENTE

Welcome to our office. We are committed to providing the best most comprehensive care possible. We encourage you to ask questions. Please assist us by providing the following information. All information is confidential and is released only with your consent.

Bienvenidos a nuestra oficina. Estamos comprometidos a darles la mejor asistencia medica necesaria. Le contestaremos cualquier pregunta necesaria. Háganos el favor de facilitarnos la siguiente información. Toda esta información es confidencial y será dada solamente con su consentimiento.

<b>SOCIAL SECURITY NUMBER/NUMERO SEGURO SOCIAL</b>
-- --

<b>Today's Date/Fecha de Hoy</b>

**Please Print/Letra de Molde**

Patient Last Name/Apellido del Paciente		Patient First Name/Nombre del Paciente		Birth Date/Fecha de Nac		Marital Status/Estado Civil		Sex/sexo	
						<b>S/S M/C D/D W/V</b>			
Home Address/Direccion de la Casa			City/Ciudad		State/Estado		Zip Code/Codigo Postal		Spouse's Name/Nombre de su Esposo/a
Home Phone/Telefono de la Casa		Work Phone/Telefono de la Trabajo		Mobile Phone/Telefono Mobil			Driver's License/Numero de Licencia		
Language Preference/Lenguaje de Preferencia :					Email Address/Coreo Electronico:				

**Please answer BOTH questions below/ Favor de responder a las DOS preguntas**

Ethnicity/Etnia: Do you consider yourself to be Hispanic/ Latino? / ¿Se considera usted Hispano / Latino?  Yes/Si  No

Race/Raza: **Check all that apply/Marque todo lo que aplique**

- White/Blanco
- Black or African American/Negro o Africano Americano
- Asian/Asiático
- American Indian or Alaska Native/ Indio NorteAmericano o Nativo de Alaska
- Native Hawaiian/Nativo de Hawái
- Other Pacific Islander/Otro isleño del Pacífico
- Decline to State/Rehuso de Contestar
- other / otro: \_\_\_\_\_

Do you need a translator to communicate in English? / ¿Necesita un traductor para comunicarse en Ingles?  Yes/Si  No

Are you a veteran? / ¿Eres un veterano militar?  Yes/Si  No

Are you homeless? / ¿Eres sin hogar?  Yes/Si  No      Are you a student? / ¿Eres estudiante?  Yes/Si (full-time / tiempo completo)  
 Yes/Si (part Time/tiempo parcial )  
 No

Occupation/Ocupación		Employer's Name/Nombre del Empleador	
Other Authorized Person(s) who MAY accompany minor/Otra persona(s) autorizada para acompañar el menor de edad:			Phone No./Numero de telefono:

<b>Name of Primary Care Physician/Nombre de su Doctor Primario</b>		Who Referred you to this office?/¿Por quien fue referido?	
--	--	---	--

**EMERGENCY NOTIFICATION – Please list someone who does not live with you**  
**Notificacion de Emergencia- Por favor de mencionar a alguien que no viva con usted**

Name/Nombre		Relationship/Relacion con el paciente		
Home Address/Dirección de la casa		City/ciudad	State/estado	Zip code/Codigo Postal
Home Telephone/Telefono de la Casa		Work Telephone/Telefono del trabajo		

**FINANCIAL INFORMATION: - Person responsible for all fees OR Is the Main Policy Holder**  
**Información Financiera-Persona responsable pro los cargos**

Subscriber Last Name/Apellido		Subscriber First Name/Nombre		Relationship To Patient/Relacion con el pt.		Birthday/Fecha de Nacimiento	
Address/Dirreccion				City/ciudad	State/estado	Zip/Zona Postal	
Medical Insurance Company Name/Nombre de la Aseguranza		Date of Birth/Fecha de Nacimiento		Number/Numero de Poliza		Social Security/Numero de Seguro Social	
Dental/Vision Insurance		Date of Birth/Fecha de Nacimiento		Number/Numero de Poliza		Social Security/Numero de Seguro Social	

**WORKMANS CARRIER: Were you injured on the job? YES NO Did you notify your employer? YES NO**  
**ACCIDENTE DE TRABAJO; Se accidento en su trabajo? Si No Notifico a su Empleador? Si No**

Carrier Name:/Nombre:		Policy Number – Numero de Poliza		Address	
-----------------------	--	----------------------------------	--	---------	--

## OFFICE FINANCIAL POLICY

For Patients with Medicare and Private Insurance: We bill most insurance carriers for you if proper paperwork is provided to us. We will also bill most secondary insurance companies for you. Co-payments and deductibles are due at the time of service. Since your agreement with your insurance carrier is a private one, we do not routinely research why an insurance carrier has not paid or why it paid less than anticipated for care. If an insurance carrier has not paid within 60 days of billing, professional fees are due and payable in full from you.

Medicaid Patients: All Medicaid patients must provide a current valid identification card before being seen.

Non-covered Services: Any care not paid by our existing insurance, co-pays, deductibles, and non-covered surgical procedures will require payment in full at the time of service. Periodic preventive health check and/or other services may or may not be covered under your health insurance policy; however they may be required by your physician.

### POLIZA FINANCIERA DE LA OFICINA

Para los pacientes que tienen aseguranza: Nosotros les cobramos a la aseguranza con la documentacion necesaria que nos es proveida por usted. Nosotros tambien le cobraremos a su aseguranza secundaria por usted. Co-pagos y deductibles son cobrados al momento que los servicios son dados. Como su arreglo con la compania de seguros es privado, nosotros no revisamos frecuentemente el porque la aseguranza no ha pagado o porque nos ha pagado menos de lo que se anticipo por el cuidado medico recibido. Si una aseguranza no nos ha pagado en 60 dias despues del cobro, los sevicios profesionales y sus cuotas extendidos al paciente seran totalmente la resposbilidad de usted y tendran que ser pagados por usted.

Pacientes de Medicare: Nosotros le enviaremos el cobro por usted a Medicare. Todos los co-pagos o deductibles se deben de pagar en el momento que los servicios le son proveidos.

Servicios no cubiertos: Todo servicio no cubierto por su aseguranza medica, co-pago, deductibles, y procedimientos de cirugia tendran que ser pagados al momento de el servicio dado. Examenes de salud preventivos y otros servicios quizas no seran o no seran cubiertos bajo su poliza de seguros pero quizas sean recomendados por su medico.

**Medicare Patients: Signature on File:** I request payment of authorized Medicare benefits be made on my behalf to Comprehensive Community Health Centers, Inc., for any services furnished to me by the listed provider/supplier. I authorize any holder of medical information about me to release to the Health Care Financing Administration and its agents any information needed to determine these benefits or the benefits payable to related services. I understand my signature requests that payment be made and authorizes release of medical information necessary to pay the claim. If "other health insurance" is indicated in Item 9 of the HCFA-1500 form or elsewhere on other approved claim forms or electronically submitted claims, my signature authorizes releasing of the information to the insurer or agency shown. In Medicare assigned cases, the provider or supplier agrees to accept the charge determination of the Medicare carrier as the full charge, and the patient is responsible only for the deductible, coinsurance and non-covered services. Coinsurance and the deductible are based upon the charge determination of the Medicare carrier.

Patient's Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

**Assignment of Insurance Benefits:**

I hereby assign all medical and/or surgical benefits, to include major medical benefits to which I am entitled, private insurance, and any other health plans, to Comprehensive Community Health Centers, Inc. This assignment will remain in effect until revoked by me in writing. A photocopy of this assignment is to be considered as valid as an original. I understand that I am financially responsible for all charges whether or not paid by said insurance. I hereby authorize said assignee to release all information necessary to secure the payment.

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

I have read, understood, and agreed to all the financial policy for payment of professional fees stated on back side of this form. I acknowledge that I am ultimately responsible for all professional fees rendered. **My signature also represents my consent for medical/dental/mental health treatment. I understand that I have the right to refuse any portion of services at any time.**

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

**If Patient is a MINOR please print parent / guardian name**

**Relationship**

**Medicare Patients: Signature on File:** Yo pido que los pagos autorizados por beneficios de Medicare sean hechos de mi parte a Comprehensive Community Health Centers, Inc., por cualquier servicio prestado a mi por los proveedores y supleedores de dicho cuidado. Yo autorizo a cualquier poseedor de informacion medica acerca de mi ha que comparta esta informacion con la Administracion de Finanzas de el Cuidado de la Salud y sus agents de cualquier informacion necesitada para determinar los beneficios o los pagos de estos beneficios relacionados con dichos servicios.

Yo comprendo que mi firma autoriza de que mis los pagos sean hechos y autorizando que la informacion medica sea compartida pare el reclamo de dichos pagos. Si "otra aseguranza medica" es indicada en el espacio 9 de la forma HCFA-1500 o en otro lado o en otro forma de aprovacion de reclamo o electronicamente sometidas, mi firma autoriza el consentimiento de compartir dicha informacion a la aseguranza medica de la informacion de el asegurado o agencia elistada. En casos asignados de Medicare, el proveedor o supleedor acepta la determinacion de cargos del poseedor de Medicare. Como el pago o cargo total, y el paciente es reponsable por el deductible solamente, co-aseguranzas and servicios no cubiertos. Coaseguranzas y el deductible son basados de acuerdo a los cobros determinados de el poseedor de Medicare.

Firma de el Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**Asignacion de Beneficios de el Seguro Medico:**

Yo doy autorizacion de que los beneficios asignados todos, medicos, quirurgicos, a incluir mayores beneficios medicos a los cuales yo soy elegible. Seguro privado, y cualquier otro plan medico, a Comprehensive Community Health Centers, Inc. Esta asignacion se mantendra en efecto hasta que sea revocada en escrito por mi. Una fotocopia de este asignacion de beneficios sera considerada como valida asi como la original. Yo entiendo que soy financieramente responsable por todos los cargos sean o no pagados por la aseguranza. Yo doy aurorizacion de compartir la informacion necesaria para asegurar el pago de los servicios.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Yo he leido y comprendido y estoy de acuerdo con toda la poliza financiera acerca de pagos por los servicios profesionales que son mencionado atraz de esta hoja. Yo comprendo que ultimadamnete soy responsable por todas los pagos de los servicios profesionales recibidos.

**Mi firma tambien representa el consentimiento para tratamiento medical/dental/salud mental. Yo entiendo que tengo el derecho de rechazar cualquier parte de servicios en cualquier momento.**

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**Si el paciente es un Menor de edad por favor escriba con letra de molde el nombre del guardian y la relacion con el paciente.**