

Adult Health Services - (Toda la Información es Confidencial) - PLEASE PRINT

Nombre: _____ de Seguro Social: _____ - _____ - _____
(apellido) (primer) (inicial)

Fecha de nacimiento: ____/____/____ (MM/DD/YY) Raza: B W H A O Sexo: M F Estado Civil: S C D V Sep O

Dirección: _____ Teléfono: () _____ - _____
(calle, # de apartamento, casa, o motel) (Ciudad, Estado, Código postal)

Donde trabajar: _____ Teléfono: () _____ - _____

Contacto De Emergencia: Nombre: _____ Teléfono: () _____ - _____

1. Has venido a esta clínica antes: si o no Fecha: _____

2. Que nombre usates: _____

3. Porque veniste a la clínica hoy? _____

4. Fuistes referido a la clínica: si o no de parte de quien? _____

5. Eres alergico a algun producto ó medicamento: _____

6. Has recibido penicilina antes: si o no

7. Que medicina estas tomando hoy? _____ Y en el mas pasado _____

Para el paciente sexo femenino

1. Primel dia de la última menstruacion: _____ Fue normal: si o no

2. Esta usted embarazada: si o no

3. Esta usando anticonceptivos: si o no Tipo: ninguno depositivo pastilla diafragma espuma inyección histerctomia

4. Fecha de ultimo exame de papanicolaou: _____

H-489 Rev. 7/2012

Adult Health Services - (All Information Confidential) - PLEASE PRINT

Name: _____ Social Security Number: _____ - _____ - _____
(Last) (First) (Middle)

Date of Birth: ____/____/____ Race: B W H A O Sex: M F Marital Status: S M D W Sep O

Address: _____ Phone: () _____ - _____
(Street, Apt. #) (City, State, Zip)

Employer: _____ Phone: () _____ - _____

Emergency Contact: _____ Phone: () _____ - _____

1. Have you been to this clinic before: Y N

2. What name did you register? _____

3. Why did you come to the clinic today? _____

4. Were you refered to the clinic: Y N If yes, by whom? _____

5. Did you receive notice to report: Y N If yes, by: Appointment Slip Call (Circle One)

6. Do you have any medical allergies: Y N If yes, what? _____

7. Have you had penicillin before: Y N

8: What medicine are you currently taking: _____ Taken in the last month: _____

For Female Patients

1. What was the beginning date of your last menstrual period: _____ Was it normal: Y N _____

2. Are you pregnant: Y N Expected Delivery Date: _____ Receiving Prenatal Care Y N

3. Do you use contraception: Y N Which: Foam Diaphragm Condoms IUD Pill Hysterectomy

4. What was the date of your last PAP smear: _____

H-489 Rev. 7/2012

**TARRANT COUNTY PUBLIC HEALTH DEPARTMENT
ADULT HEALTH SERVICES
Income Disclosure and Acceptance of Financial Responsibility**

Client _____	DOB _____
Address _____	Zip _____ Telephone _____
Date _____	Clinic _____

Clients Monthly Income:

			For Office Use Only		
NAME	MONTHLY INCOME	VISIT DATE	TOTAL NUMBER IN HOUSEHOLD	% Pay	* INITIALS
* _____	_____	_____	_____	_____	_____

PLEASE READ AND SIGN

By signing this form, I affirm that all information is an accurate statement of my current income at this time of application. I agree to report any changes of income at my next clinic visit. I understand that if I deliberately omit or give false information that I and/or my household members may be criminally prosecuted.

* _____
Signature of Applicant or Authorized Representative _____ Date _____

II. CLIENT FINANCIAL RESPONSIBILITY

I recognize and accept direct responsibility for all medical bills submitted to me by the Adult Health Services Clinic. Fees for service are based on proof of income. If I have private insurance, the clinic will provide me with the information necessary to file my own claims. I am responsible for any amounts owed at the time of service and will be reimbursed by my insurance company. If I have Medicaid or Medicare, the clinic will submit claims for me.

* _____
Signature of Client or Authorized Representative _____ Date _____

FOR OFFICE ONLY

* **EMPLOYEE'S SIGNATURE** _____



Tarrant County Public Health Consent for Health Services

This consent form is provided to ensure that you are fully informed about the health care services you will receive from Tarrant County Public Health (TCPH). If you fully understand and agree to receive the services, you must sign this consent form.

DISCLAIMER ON SCREENING: Among its services, TCPH conducts screening tests, which are a method of identifying individuals who are at high risk for developing several common medical problems. These tests can alert you to promptly seek a medical evaluation and treatment from a health care provider of your choosing. Screening tests are intended to detect specific diseases early in their course.

CONSENT: I give permission and consent to TCPH, its staff and other health care personnel providing services under its sponsorship to perform physical assessments or examinations, conduct laboratory and other tests, give injections, medications and other treatments rendered, and other health services deemed advisable by the health care providers described herein. I am aware that the practice of medicine is not an exact science and that no guarantees can be made concerning the results of testing and/or treatment. I understand that surgical, medical, and/or diagnostic procedures are planned for me and I voluntarily consent and authorize these procedures: I understand that my physician may discover other or different conditions which require additional or different procedures than those planned. I authorize my physician, and such associates, technical assistants and other health care providers to perform such other procedures which are advisable in their professional judgment. I understand that no warranty or guarantee has been made to me as to result, cure or diagnosis. Just as there may be risks and hazards in continuing my present condition without treatment, there are also risks and hazards related to the performance of the surgical, medical and/or diagnostic procedures planned for me. I realize that common to surgical, medical, and/or diagnostic procedures is the potential for infection, blood clots in veins and lungs, hemorrhage and allergic reactions. **I further agree to hold blameless any physician, employee or TCPH for rendering such services as described herein.**

A photograph may be taken for identification purposes.

QUESTIONS: I certify that the services have been fully explained to me, and that any questions I have about the services have been answered to my satisfaction.

*(**PRINT**) (Name of Client) (Date of Birth)

(**PRINT**) (Alias Name)

*Signature of Client (Date)

Signature of Client; Parent, Legal Guardian, or Other Consenting Individual (Date)

Signature of Witness (Date)

Acknowledgement of Receipt of Notice of Privacy Practices

I hereby acknowledge that I have received a copy of the "Notice of Privacy Practices" for Tarrant County Public Health and understand that I may contact the Privacy Officer as explained therein if I have questions about the content of the notice.

*Signature of Client; Parent, Legal Guardian, or Other Consenting Individual (Date)

Signature of Witness (Date)

TARRANT COUNTY PUBLIC HEALTH AUTHORIZATION FOR ELECTRONIC EXCHANGE RELEASE OF INFORMATION

Public Health information maybe released to all of the following agencies:

- (A) Local Health Department; (B) Physician or health provider for client; (C) School in which the client is enrolled;
- (D) Child care facility in which the child is enrolled; (E) Dept. of State Health Services; and (F) Insurance Provider for client

I understand that I am authorizing the electronic exchange/release of all information to the health care providers for the purpose of continual medical care. The confidentiality of the data will be maintained within legal limits. I further understand that the revocation or refusal to sign this exchange/release will not change or prejudice my current or future health care from the Health Provider. I understand that the Health Provider, school/day care or insurance provider, its employees, officers and physicians are released from legal responsibility or liability for the release of the above information to the extent indicated and authorized herein. I understand that I have the right to revoke this authorization at anytime with the understanding that all or part of the information may have been used in good faith prior to the revocation. I understand that my consent to this release of information shall be effective until it is withdrawn in writing by me. I have received written information about the electronic exchange and use of information and the extent of its use. I have had an opportunity to ask questions and have my questions answered.

Yes No ▶ Initial Here: * _____

Signature: * _____ Witness: _____

**TARRANT COUNTY PUBLIC HEALTH DEPARTMENT
CLÍNICA DE SALUBRIDAD PARA ADULTOS
Revelación de Ingreso y Aceptación de Responsabilidad Monetario**

Paciente	Nacimiento
Dirección	Zip
	Teléfono
Fecha	Clínica

Ingreso Mensual De Paciente:

			PARA USO DE LA OFICINA		
NOMBRE	INGRESO MENSUAL	FECHA DE VISITA	TOTAL MIEMBROS DE SU FAMILIA	% Pago	* INITIALS
* 					

POR FAVOR DE LEER Y FIRMAR

Al firmar éste documento, yo afirmo que toda la información que he proporcionado sobre las entradas económicas de mi hogar son correctas al tiempo de firmar ésta solicitud. Me comprometo a reportar cualquier cambio que ocurra durante la próxima cita. Entiendo además que al omitir o al proporcionar información falsa, yo o cualquier miembro de mi familia podemos ser acusados con cargos criminales.

* _____ Fecha

Firma de aplicante o Representativo con Autoridad

II. RESPONSABILIDAD FINANCIERA DEL PACIENTE

Conosco y acepto la responsabilidad directa para las cuentas medicinas que recibo de la clínica de salubridad para adultos. Los precios del servicio dependen en mi ingreso. Si tengo aseguranza privada, la clínica me va a dar información necesaria para la cuenta, que se debe al tiempo de servicio y mi compania de aseguranza me regresara los pagas despues. Si yo tengo Medicaid o Medicare, la clínica me va hacer el reclamo.

* _____ Fecha

Firma de aplicante o Representativo con Autoridad

PARA USO DE LA OFICINA

* **FIRMA DE EMPLEADOS** _____



Departamento de Salud Pública del Condado Tarrant Consentimiento Médico para Servicios de Salud

Esté consentimiento medico tiene como propósito asegurar que usted esté completamente informado sobre los servicios medicos que recibirá del Departamento de Salud Pública del Condado Tarrant (TCPH). Debe Firmar esta acuerado si entiende está información y está de acuerdo en recibir los servicios

PROPÓSITO DE LOS EXÁMENES DE DETECCIÓN: Aparte de otros servicios, el TCPH también realice exámenes de detección con el propósito de identificar aquellos individuos con un alto riesgo de desarrollar problemas medicos. Esta examen de detección puede alertarlo para que usted busque inmediatamente la atención médica incluyendo evaluación y tratamiento del medico de su preferencia. Además, los exámenes de detección pueden detectar enfermedades específicas temprano en su curso.

CONSENTIMIENTO: Yo doy permiso y consentimiento al TCPH, su personal y a otro personal asociado para que realice evaluaciones o exámenes, conduzca pruebas de laboratorio y otros exámenes, rinda medicamentos y otros tratamientos, y otros servicios que sean recomendados por el proveedor medico. Estoy conciente de que la practica de medicina no es exacta y que no hay garantía de los resultados y/o del tratamiento. Yo entiendo y acepto los procedimientos quirúrgicos, medicos y/o diagnósticos planificados para mí, y doy voluntariamente el consentimiento y autorización para estos procedimientos. Entiendo que mi medico médico puede descubrir otras o diferentes condiciones que requerirán procedimientos adicionales o distintos a los ya planificados. Yo autorizo que mi médico, tales socios, ayudantes técnicos y otros proveedores de salud realicen procedimientos adicionales que sean prudentes en su opinión profesional. Yo entiendo que ninguna seguridad o garantía se me ha dado con relación al resultado, cura o diagnóstico. Asimismo que podrían haber riesgos y peligros al seguir en mi condición actual sin tratamiento, también hay riesgos y peligros relacionados a la realización de los procedimientos quirúrgicos, médicos y/o diagnósticos planificados para mí. Yo comprendo que el potencial para infección, coágulos de sangre en las venas y los pulmones, hemorragia, reacciones alérgicas, son comunes en los procedimientos quirúrgicos, médicos y/o diagnósticos. **Yo absuelvo de toda culpa al cualquier médico, personal o al TCPH que rinda los servicios mencionados aquí.**

Una fotografía puede ser tomada para propósitos de identificación.

Yo afirmo que se me han explicado los servicios en su totalidad y que he tenido la oportunidad de hacer preguntas que se han contestado a mi satisfacción.

*Nombre del Paciente _____
Fecha de Nacimiento

Nombre

*Firma de paciente _____
Fecha

Firma del padre, guardián legal o persona autorizada _____
Fecha

Firma de Testigo _____
Fecha

Afirmación de Recibo del "Aviso Sobre las Prácticas de Privacidad"

Yo afirmo por esté medio que he recibido una copia del "Aviso Sobre las Practicas de Privacidad" del Departamento de Salud Pública del Condado Tarrant y entiendo que puedo comunicarme con el Oficial de la Privacidad si tengo preguntas sobre el contenido de esté aviso.

*Firma de Paciente, Padre, Guardián _____
Fecha

Testigo _____
Fecha

AUTORIZACIÓN PARA CEDER INFORMACIÓN MÉDICA

TCPH puede ceder información médica a las siguientes agencias:

- (A) Departamento de Salud local; (B) Doctor o Proveedor de Salud del cliente; (C) Escuela donde el paciente esta registrado;
- (D) Guardería donde el paciente este registrado; (E) Departamento de Salud de Texas; y (F) Proveedor de Seguro Médico del paciente

Yo entiendo que estoy autorizando que TCPH ceda toda información médica a los proveedores de salud para el propósito del cuidado médico continuo. La confidencialidad de la información será mantenida dentro de los límites legales. Yo reconozco que la revocación o denegación al firmar este documento no cambiara o perjudicara el cuidado presente o futuro de mi salud del proveedor de salud. Yo entiendo que el proveedor de salud, escuela/guardería, proveedor de seguro médico, sus empleados, oficiales y médicos serán absueltos de la responsabilidad legal que incluye el ceder la información arriba indicada y autorizada. Yo entiendo que tengo derecho a revocar esta autorización en cualquier momento con el entendimiento de que toda o parte de la información sería usada en buena fe antes de la revocación. Yo entiendo que mi consentimiento de ceder la información será efectivo hasta que sea retirado en escrito por mí. He recibido información escrita sobre ceder información médica, uso de mi información y la ejecución de ella. He tenido oportunidad de hacer preguntas las cual han sido contestadas a mi satisfacción.

Si

No

► Iniciales: * _____

Firma: * _____ Testigo: _____