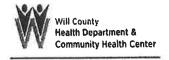


CENTRO DE SALUD COMUNITARIO DEL CONDADO DE WILL DECLARACIÓN DE INGRESOS

POR FAVOR COMPLETE	=			Caralla
Apellido:	Nom	bre:	Fata da	Segundo
				Código Postal:
Correo electronico:		Número C		Hombre □ Mujer □
	MM DD YYYY	Numero S	eguro Sociai:	
	/// // // // // // // // // // // // //			
Housing: (marcar) Re	nta Propia Ren	ta de Cuarto	Alberge Sin	Hogar Otro
Raza: (marcar) Blanc Isleño del Pacifico Ir				
Origen Etnico: (marcar)	Hispanos N	No Hispanos	Veterano: ((marcar) Si No
Barrera Língúística: (ma	rcar) Si No	Idioma Pro	eferido:	
Cantidad de Familia: (us *Ingresos: Si □ No □ Ci *Prueba de ingresos o no	antidad: \$	Semanal 🗆	Quicenal \square	
Por favor, marque toda: Soy empleado/ parej: Beneficios de Desem: Seguro Social: Discapacitado del Segui Ingreso Suplementar	a es empleado pleo guro Social	□ Desem □ Cupon □ Pensío □ Manut	es de aliment n Alimenticia ención de los	
Nombre del empleador Dirección del Empleado				
Ci	udad:	E:	stado:	Código Postal:
Por la presente certifico q	ue la información	arriba proporc	íonada es corr	ecta y verdadera.
Firma de paciente		Fe	echa	
Testigo - WCCHC		Fe	echa	
Número de Expediente	Clínico:	Re	egistrado por	:



CENTRO DE SALUD COMUNITARIO DEL CONDADO DE WILL

Acuse de recibo de notificación conjunta de prácticas de privacidad

Nuestro aviso conjunto de prácticas de privacidad ("Aviso") proporciona información sobre: 1) los derechos de privacidad de nuestros pacientes; y 2) cómo podemos usar y divulgar información médica protegida sobre nuestros pacientes. Las regulaciones federales exigen que les demos a nuestros pacientes o a sus representantes autorizados nuestro Aviso antes de que se firme este acuse de recibo.

Al firmar este formulario proporcionado nuestro A	, usted sólo está reconoc Aviso.	iendo que se le ha
Firma del paciente o rep	presentante autorizado	Fecha
Nombre en letra de imp paciente/representante		
Autoridad del representa una casilla)	ante para firmar por el pa	ciente (por favor marque
□ Padre o madre	□ Tutor	□ Poder notarial
□ Otro:	on the second of the second o	

DEPARTAMENTO DE SALUD DEL CONDADO DE WILL Y CENTRO DE SALUD COMUNITARIO DEL CONDADO DE WILL CONSENTIMIENTO PARA EVALUACIÓN Y TRATAMIENTO MÉDICO Y DE LA SALUD DEL COMPORTAMIENTO

Consentimiento Médico: Autorizo al Departamento de Salud del Condado de Will y al Centro de Salud Comunitario del Condado de Will y a su personal médico, dental, de salud conductual, y otros miembros del personal profesional, a proporcionar dichos servicios de atención médica y administrar dichos procedimientos y tratamientos de diagnóstico y terapéuticos según se considere necesario o aconsejable a mi cuidado. Esto incluye todas las pruebas y procedimientos de diagnóstico de rutina, que incluyen, entre otros: la administración y / o inyección de productos farmacéuticos y medicamentos y la extracción de sangre para el examen de laboratorio. Entiendo que no se me han garantizado los resultados o la efectividad del tratamiento o los exámenes realizados en el Centro de Salud Comunitario del Condado de Will. Entiendo que este consentimiento es válido por hasta 1 año y que puedo suspender los servicios en cualquier momento que considere necesario.

En el curso del tratamiento, el tratamiento puede ser proporcionado por un estudiante de enfermería, asistente médico o estudiante de salud conductual. Seré informado si un estudiante está trabajando conmigo y tengo derecho a rechazar sus

_____ (Iniciales) No deseo que los estudiantes brinden mi atención.

Divulgación de Información: Autorizo al Departamento de Salud del Condado de Will / al Centro de Salud Comunitario del Condado de Will a usar y divulgar mi información de salud para los siguientes propósitos: (1) proporcionar, coordinación o coordinar mi tratamiento de atención médica; (2) para permitir que Will County Community Health Center obtenga el pago por los servicios prestados; y (3) permitir que el Centro de Salud Comunitario del Condado de Will lleve a cabo operaciones comerciales y de atención médica ordinarias, tales como garantía de calidad, planificación de servicios y administración general. Soy consciente de que esta autorización para usar y divulgar información puede incluir:

VIH o SIDA

servicios.

- Trastornos por consumo de alcohol o sustancias/Tratamiento
- Enfermedad mental o cualquier
- Enfermedades de transmisión sexual Trastorno de salud mental
- Planificación familiar, embarazo
- Pruebas genéticas o enfermedades genéticas.

Soy consciente de que Will County Community Health Center puede compartir información con cualquiera de mis otros proveedores médicos para recibir tratamiento médico o con un tercero para el pago financiero a través de medios electrónicos.

Asignación de Beneficios: asigno a Will County Community Health Center todos los beneficios a los que tengo derecho de Medicare, Medicaid, otras agencias gubernamentales, compañías de seguros y otros terceros que son financieramente responsables de la atención médica, los servicios de salud del comportamiento o cualquier otro otro tratamiento proporcionado por Will County Community Health Center.

Obligaciones Financieras: en caso de incumplimiento de pago por parte de un tercero para el que he proporcionado una asignación de beneficios, estoy obligado a pagar todos los montos adeudados por los servicios prestados en las instalaciones del Centro de Salud Comunitario del Condado de Will de acuerdo con las tarifas y los términos de Will County Community Health Center entrará en vigencia en la fecha del servicio. También acepto que soy responsable de los copagos, coseguros o deducibles aplicables.

Certifico que he leído este formulario y que soy el pac paciente representante para ejecutar este formulario	ciente, o estoy debidamente autorizado por el paciente, como el y aceptar sus términos.
Nombre del paciente o parte responsable (en letra de Paciente o parte responsable (firma):	
Reliation con ci patiente (si el patiente no puede mini	di).
Fecha:	
	(Impresión y firma)

Los pacientes bajo la custodia de DCFS deben tener un consentimiento "de rutina y ordinario" firmado por el representante de DCFS para atención médica y un consentimiento de "tratamiento de salud mental" para recibir B.H. servicios