



CENTRO DE SALUD COMUNITARIO DEL CONDADO DE WILL DECLARACIÓN DE INGRESOS

POR FAVOR COMPLETE:

Apellido: _____ Nombre: _____ Segundo _____
Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____
Correo electrónico: _____ Teléfono: _____ Hombre ☐ Mujer ☐
Fecha de Nacimiento: _____ Número Seguro Social: _____
MM DD YYYY

Housing: (marcar) Renta Propia Renta de Cuarto Albergue Sin Hogar Otro

Raza: (marcar) Blanca Asiático Africanos-American Hawaiano Nativo
Isleño del Pacífico Indio Americano/Nativo de Alaska Mas de una raza Otra

Origen Etnico: (marcar) Hispanos No Hispanos Veterano: (marcar) Si No

Barrera Lingüística: (marcar) Si No Idioma Preferido: _____

Cantidad de Familia: (usted, cónyuge, e hijos menores de 18 años) _____

*Ingresos: Si ☐ No ☐ Cantidad: \$ _____ Semanal ☐ Quincenal ☐ Mensual ☐ Anual ☐

**Prueba de ingresos o no Ingresos será requerida por el Personal para ser actualizada cada doce meses.*

Por favor, marque todas las fuentes de ingresos:

- | | |
|--|---|
| ☐ Soy empleado/ pareja es empleado | ☐ Desempleado, No prueba de ingresos proporcionada |
| ☐ Beneficios de Desempleo | ☐ Cupones de alimentos |
| ☐ Seguro Social | ☐ Pensión Alimenticia |
| ☐ Discapacitado del Seguro Social | ☐ Manutención de los hijos |
| ☐ Ingreso Suplementario del Seguro Social | ☐ Pensión Laboral |

Nombre del empleador: _____

Dirección del Empleador: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Por la presente certifico que la información arriba proporcionada es correcta y verdadera.

Firma de paciente

Fecha

Testigo - WCCHC

Fecha

Número de Expediente Clínico: _____ Registrado por: _____



Will County
Health Department &
Community Health Center

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, usted sólo está reconociendo que se le ha proporcionado nuestro Aviso.

Firma del paciente o representante autorizado

Fecha

Nombre en letra de imprenta del
paciente/representante autorizado

Autoridad del representante para firmar por el paciente (por favor marque una casilla)

☐ Padre o madre

☐ Tutor

☐ Poder notarial

☐ Otro: _____

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 servicios.

_____ (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
- Enfermedad mental o cualquier
- Planificación familiar, embarazo
- Trastornos por consumo de alcohol o sustancias/Tratamiento
- Enfermedades de transmisión sexual Trastorno de salud mental
- 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 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 paciente, o estoy debidamente autorizado por el paciente, como el paciente representante para ejecutar este formulario y aceptar sus términos.

Nombre del paciente o parte responsable (en letra de imprenta): _____

Paciente o parte responsable (firma): _____

Relación con el paciente (si el paciente no puede firmar): _____

Fecha: _____ Testigo: _____

(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