

Reason for Visit: \_\_\_\_\_ PLEASE PRINT CLEARLY

**Patient Information**

Last Name: \_\_\_\_\_ First Name: \_\_\_\_\_ MI: \_\_\_\_\_

Date of Birth: \_\_\_\_\_ Age: \_\_\_\_\_ Gender: \_\_\_\_\_

Email Address: \_\_\_\_\_ Consent to Email  Yes  No

Security Identifiers: *These will not be shared with any outside party. The purpose of this information is to confirm the patient identity during callbacks or any patient requested release of medical information.* Last 4 digits of SSN: \_\_\_\_\_  
 Mothers Maiden Name: \_\_\_\_\_

**Patient Demographics**

Address: \_\_\_\_\_ Race: \_\_\_\_\_ Ethnicity:  Hispanic  Non-Hispanic  
 (Street Address) (City/ State/ Zip Code)

Phone Number: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Consent to Call  Yes  No Consent to Text  Yes  No

Marital Status:  Single  Married  Divorced  Widowed  Separated

Occupation:  Employed-Full time  Employed- Part-time  Unemployed  Student—H/S  Student—College

Insurance:  None  Medicaid  Medicare  Private Insurance: \_\_\_\_\_

Emergency Contact Name: \_\_\_\_\_ Emergency Contact Phone Number: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

**General Consent and Disclosure**

The information in this consent/HIPPA Privacy form is given annually, so that you will be better informed about the health care services you will receive. After you understand the information which will be given about the services, and if you agree to receive the services, you must sign this form to indicate that you understand and consent to services.

**NOTIFICATION: Brazos County Health District**, (Hereafter called the “Department”) encourages individuals to seek a personal physician for periodic health examinations and for the treatment of health problems. The Department services are targeted primarily toward prevention of health problems among those who cannot access a physician. The Department cannot assume the responsibility for payment of medical care received outside this clinic, including the delivery of babies, unless previously written authorization has been given.

**DISCLAIMER ON SCREENING:** The Department uses screening tests, which are a way to find people who may develop certain common medical problems. Screening tests are valuable because they can find disease early-before it becomes a big health problem. Screening tests do not cover all diseases and may miss some disease they are supposed to find, so the test results are not final, just one part of a complete exam. Screening tests can alert you to promptly get a medical check-up and treatment from a doctor or health clinic of your choice.

**GENERAL CONSENT:** I give permission to the Department, its designated staff and other medical personnel providing services under its sponsorship to perform tele-med, tele-health, physical assessments or examinations, conduct laboratory or other tests (which may include Rapid HIV and/or HIV testing), give injections, medications, and other treatments, and render other medical services to the patient identified on this form.

**ADDITIONAL CONSENT:** In addition to the above general consent, I understand that special consent forms must be read and signed for the following procedures: medications for tuberculosis and Hansen’s disease, immunizations and family planning methods.

**PRIVACY NOTICE:** I acknowledge that I have READ (or have been offered a copy) of the Departments’ HIPAA Privacy Notice. (INITIALS) \_\_\_\_\_

**QUESTIONS:** I certified that this form has been fully explained to me, that any blank lines have been filled in and that any questions I have had about the services have been answered to my satisfaction.

**SIGNATURE SECTION I:** Fill in blanks lines with NA if not applicable.

Patient’s Name: \_\_\_\_\_ Patient’s Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Person Authorized to Consent\*: \_\_\_\_\_ Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

\*If not the patient, I am authorized to sign because I am the: (attach proof of authority)

Parent  Legal Guardian  Personal Representative  Other: \_\_\_\_\_

**SIGNATURE SECTION II:** Administrative Use ONLY.

Witness signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

**Medical Services**

Medical services will be provided by a physician, physician assistant (PA), Nurse Practitioner (NP), or Nurse (RN or LVN)

Razon de Visita: \_\_\_\_\_

**POR FAVOR ESCRIBIR CLARO**

**Formulario General de Admisión de Pacientes**

**Apellido** \_\_\_\_\_ **Primer Nombre:** \_\_\_\_\_ **Inicial** \_\_\_\_\_

**Fecha de Nacimiento:** \_\_\_\_\_ **Edad:** \_\_\_\_\_ **Sexo:** \_\_\_\_\_

**Correo Electronico:** \_\_\_\_\_ **Consentimiento a correos electrónicos:**  Si  No

**Identificadores de seguridad:** *Estos no serán compartidos con ninguna parte externa. El propósito de esta información es confirmar la identidad del paciente durante las devoluciones de llamada o cualquier paciente pidió la liberación de información médica.*

**Ultimos 4 Numeros de Seguro:** \_\_\_\_\_

**Apellido Materno:** \_\_\_\_\_

**Direccion:** \_\_\_\_\_ **Raza** \_\_\_\_\_ **Etnicidad:**  Hispano  No-Hispano  
(Calle) (Ciudad/ Estado/ Codigo Postal)

**Numero de Telefono:** ( ) \_\_\_\_\_ **Consentimiento a Llamadas:**  Si  No **Consentimiento a textos:**  Si  No

**Estado Civil:**  Soltero/a  Casado/a  Divorciado/a  Viudo/a  Separado/a

**Ocupación:**  Empleado -Tiempo Completo  Empleado -Tiempo Medio  Desempleado  Estudiante-preparatoria  Estudiante-Colegio

**Seguro Medico:**  No  Medicaid  Medicare  Otro: \_\_\_\_\_

**Contacto de Emergencia:** \_\_\_\_\_ **Numero de Telefono:** ( ) \_\_\_\_\_

**Consentimiento General y Divulgación**

La información en este formulario de consentimiento/aviso de privacidad está dada anualmente, por lo que estarán mejor informados sobre los servicios de atención de la salud que usted recibirá. Después de comprender la información que se da acerca de los servicios, y si está de acuerdo con recibir los servicios, usted debe firmar este formulario para indicar que usted entiende y da su consentimiento a los servicios.

**NOTIFICACIÓN:** Brazos County Health District, (En lo sucesivo denominado el "Departamento") Alienta a las personas a buscar un médico personal para exámenes de salud periódicos y para el tratamiento de problemas de salud. Los servicios del Departamento están orientados principalmente hacia la prevención de los problemas de salud de las personas que no pueden acceder a un médico. El Departamento no puede asumir la responsabilidad del pago de la atención médica recibida fuera de esta clínica, incluyendo la entrega de los bebés, a no ser que ya hayan recibido autorización por escrito.

**EXENCIÓN DE RESPONSABILIDAD DE PROYECCIÓN:** El Departamento utiliza las pruebas de detección, que son una forma de encontrar a las personas que pueden desarrollar ciertos problemas médicos comunes. Las pruebas de detección son valiosas porque pueden encontrar precoz de la enfermedad antes de que se convierta en un gran problema de salud. Las pruebas de detección no cubre todas las enfermedades y pueden pasar alguna enfermedad se supone que van a encontrar, por lo que los resultados de la prueba no son los definitivos, sólo una parte de un examen completo. Las pruebas de detección pueden alertarlo para que obtenga un chequeo médico y tratamiento de inmediato con un médico o una clínica de salud de su elección.

**CONSENTIMIENTO GENERAL:** Doy mi consentimiento al Departamento, el personal designado y demás personal médico prestando servicios bajo su patrocinio para llevar a cabo telemedicina, Telesalud, evaluaciones físicas o exámenes, conducta pruebas de laboratorio u otras pruebas (que pueden incluir las pruebas de detección del VIH y/o pruebas Rápidas de VIH), poner inyecciones, medicamentos y otros tratamientos, y prestar otros servicios médicos al paciente identificado en este formulario.

**CONSENTIMIENTO ADICIONAL:** Además del contenido en el consentimiento general, entiendo que se deben leer y firmar formularios de consentimiento especiales para los siguientes procedimientos: medicamentos para la tuberculosis y la enfermedad de Hansen, vacunas y los métodos de planificación familiar.

**AVISO DE PRIVACIDAD:** Reconozco que he leído (o me han ofrecido una copia) del Aviso de Privacidad de HIPAA de los Departamentos. **(INICIALES)** \_\_\_\_\_

**PREGUNTAS:** Yo certifico que este formulario se me ha explicado plenamente, que las líneas en blanco se han completado y que las dudas que he tenido acerca de los servicios han sido contestadas a mi entendimiento.

**Firma Sección I:** llene las líneas con NA si no le aplican.

**Nombre del Paciente:** \_\_\_\_\_ **Firma del Paciente:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

**Persona autorizada para dar su consentimiento\*:** \_\_\_\_\_

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

\* Si no soy el paciente, estoy autorizado a firmar porque soy el: (adjunte prueba de autoridad)

Padre  Guardián legal  Representante personal  Otra:

**Firma Sección II:** Sólo uso administrativo.

**Firma del Testigo:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

**Servicios Medicos**

Los servicios médicos serán proporcionados por un médico, asistente médico (PA), Enfermera (NP) o la enfermera (RN o LVN)