

PATIENT REGISTRATION AND CONSENT FOR SERVICES		XXXXXXX SCHOOL BASED HEALTH CENTER		FY
STUDENT INFORMATION	Patient Name (last, first, middle)	Date of Birth	Social Security Number	Grade
			Student ID Number	
	Patient Address (street, city, state, and zip)	Patient Phone - home		
		Patient Phone - Cell		
	Parent(s)/Legal Guardian(s) Name(s)	Patient Sex ☐ Male ☐ Female		
		Patient Race ☐ Black ☐ White ☐ Native American/Alaska Native ☐ Hispanic ☐ Other		
	Parent(s)/Legal Guardian(s) Address (street, city, state and zip)	Home Phone		
		Work Phone		
	Cell Phone			
Emergency Contact Person Name and Relationship to Patient	Emergency Phone - Home			
	Emergency Phone - Cell			
	Emergency Phone Work			
INSURANCE INFORMATION	Primary Care Physician		Primary Care Physician Phone Number	
	Primary Care Physician Address			
	Name of Health Insurance (If no insurance coverage, please enter N/A)		If Medicaid coverage ☐ Blue Cross/Blue Shield Salud ☐ Lovelace Salud ☐ Molina Salud ☐ Presbyterian Salud ☐ Fee-For-Service	
	Policy Number		Medicaid Number:	
	Name of Policy Holder		Relationship to Patient	
HEALTH HISTORY	List any allergies	List any surgeries When/Where	List Hospitalizations When/Where	List Current Medications/ Dosages
List any family health conditions which may be inherited (i.e. high blood pressure, heart disease):				
CONSENT FOR SERVICES	I give permission for my child, named above, to receive SBHC services and for SBHC staff to access my child's class schedule (for appointment purposes only). I also give permission for the SBHC staff to consult with and provide information and records to other health care and mental health providers, including school health professionals, and for purposes of program evaluation and quality assurance. I understand that health records are confidential and will not be open to the school personnel unless the parent/guardian gives written consent, or in the case of treatment for which the minor has given consent, unless the minor gives written consent. I have received a copy of the the provider notice of privacy. I understand that New Mexico law does not require parental consent for treatment or advice about sexually transmitted diseases, pregnancy or contraception to minors under 18 years of age and behavioral health counseling services to minors age 14 years or older.			
	Signature of Parent/Guardian		Date	
	Signature of patient, if 18 years or older		Date	

REGISTRO DE PACIENTE Y CONSENTIMIENTO PARA SERVICIOS		XXXXSCHOOL CENTRO DE SALUD DE LA ESCUELA		AÑO 
INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE	Nombre del paciente (apellido paterno, primer nombre, inicial de segundo nombre)	Fecha de nacimiento	Número de seguro social	Grado
			Número de estudiante	
	Dirección del paciente (calle, ciudad, estado y código postal)	Teléfono del hogar del paciente		
		Teléfono celular del paciente		
	Nombre(s) de padre(s) o tutor(es)	Sexo del paciente ☐ Masculino ☐ Femenino		
		Raza del paciente ☐ Negra ☐ Blanca ☐ Nativo Americano/Nativo de Alaska ☐ Hispano ☐ Otra		
INFORMACIÓN DEL SEGURO	Dirección de padre(s) o tutor(es) (calle, ciudad, estado y código postal)	Teléfono del hogar		
		Teléfono del trabajo		
		Teléfono celular		
	Nombre de la persona para contacto en caso de emergencia y relación con el paciente	Teléfono de contacto de emergencia - Hogar		
		Teléfono de contacto de emergencia - Celular		
		Teléfono de contacto de emergencia - Trabajo		
INFORMACIÓN DEL SEGURO	Médico de cabecera o médico primario	Teléfono del médico de cabecera		
	Dirección del médico de cabecera			
	Nombre del seguro de salud (si no tiene, escriba N/A)	Si tiene cobertura de Medicaid ☐ Blue Cross/Blue Shield Salud ☐ Lovelace Salud ☐ Molina Salud ☐ Presbyterian Salud ☐ Fee-For-Service		
	Número de la póliza	Número de Medicaid:		
	Nombre del asegurado principal	Parentesco con el paciente		
HISTORIAL CLÍNICO	Enumere cualquier alergia	Enumere cualquier cirugía. Cuándo/Dónde	Enumere las hospitalizaciones. Cuándo/Dónde	Enumere los medicamentos y dosis que toma
Mencione cualquier padecimiento de salud familiar que se herede (por ejemplo, presión arterial alta, enfermedad cardíaca):				
CONSENTIMIENTO PARA SERVICIOS	Autorizo a mi hijo mencionado más arriba a recibir servicios del centro de salud de la escuela (SBHC), y al personal de SBHC a acceder a su horario de clases (para propósitos de citas solamente). También autorizo al personal de SBHC a consultar y proporcionar información y registros a otros proveedores de salud física y mental —incluso a los profesionales de la salud escolar— para propósitos de evaluación de programas y de calidad de los servicios. Comprendo que los registros de salud son confidenciales y que no estarán abiertos para el personal de la escuela a menos que el padre o tutor otorgue consentimiento por escrito. Recibí una copia del Aviso de privacidad del proveedor. Comprendo que la ley de Nuevo México no requiere consentimiento paterno para tratar o aconsejar sobre enfermedades de transmisión sexual, embarazo o métodos anticonceptivos a menores de 18 años de edad, y sobre servicios relacionados con trastornos emocionales a jóvenes de 14 años o más.			
	Firma del padre/tutor		Fecha	
	Firma del paciente (si es mayor de 18 años)		Fecha	



Albuquerque, Los Lunas, Belen
2001 N. CENTRO FAMILIAR SW
ALBUQUERQUE, NM 87105
TEL. (505) 873-7400
FAX (505) 873-7473

About Our Notice of Privacy Practices

We are committed to protecting your personal health information in compliance with the law. The attached Notice of Privacy Practices states:

- Our obligations under the law with respect to your personal health information.
- How we may use and disclose the health information that we keep about you.
- Your rights relating to your personal health information.
- Our rights to change our Notice of Privacy Practices.
- How to file a complaint if you believe your privacy rights have been violated.
- The conditions that apply to uses and disclosures not described in this Notice.
- The person to contact for further information about our privacy practices.

We are required by law to make available to you a copy of this notice and to obtain your written acknowledgment that you have reviewed and or received a copy of this notice.

Patient Acknowledgment of Receipt

I, _____, hereby acknowledge that I have
☐ Reviewed a copy of the Privacy notice and choose not to want a copy
☐ I have received a copy of the Notice of Privacy Practices.

Patient's Signature

Date

Signature of Parent or Patient's Representative
(if applicable)

Date

Description of Legal Authority to Act on Behalf of Patient



Albuquerque, Los Lunas, Belén
2001 N. CENTRO FAMILIAR SW
ALBUQUERQUE, NM 87105
TEL. (505) 873-7400
FAX (505) 873-7473

Acerca de nuestro aviso de prácticas privadas

Estamos comprometidos a proteger su información personal de salud en cumplimiento de la ley. El aviso adjunto de prácticas privadas declara:

- Nuestras obligaciones según la ley con respecto a su información personal de salud.
- Cómo podemos usar y divulgar la información de salud que conservamos acerca de usted.
- Sus derechos en relación con su información personal de salud.
- Nuestros derechos para cambiar nuestro aviso de prácticas privadas.
- Cómo presentar un reclamo si usted cree que se han violado sus derechos de privacidad.
- Las condiciones que se aplican a los usos y divulgaciones no descritos en este aviso.
- La persona con quien comunicarse para obtener mayor información acerca de sus prácticas de privacidad.

La ley nos exige que tengamos disponible una copia de este aviso para usted y que obtengamos el acuse de recibo por escrito de que usted ha revisado y/o recibido una copia de este aviso.

Acuse de recibo del paciente

Yo, _____, por medio de este documento reconozco que

- ☐ He revisado una copia del aviso de privacidad y elegí no recibir una copia
- ☐ He recibido una copia del aviso de prácticas de privacidad.

Firma del paciente

Fecha

Firma del padre de familia o representante del paciente

Fecha

(Si es pertinente)

Descripción de la autoridad legal que actúa en nombre del paciente

FIRST CHOICE COMMUNITY HEALTHCARE, INC.
CONSENT FOR MEDICAL DIAGNOSIS, TREATMENT AND RELEASE OF INFORMATION

I consent to all health care services performed by First choice Community Healthcare (FCCH), its employees, agents and affiliates, to include evaluation, diagnostic procedures and medical treatment, as deemed necessary and appropriate by FCCH. I am aware of, and shall comply with, applicable FCCH policies as they relate to me as a patient of FCCH.

Except as required by law or as otherwise described in the FCCH Notice of Privacy Practice, FCCH will not release my health information without my or my representative's valid written authorization. FCCH may share such information to carry out treatment, payment, or health care operations as described in the Notice of Privacy Practices.

I agree to advise my provider of any medications I am taking, of other providers I may be seeing, and of any sensitivities or allergies I may have to any medications. I agree to provide my health information to my provider and to FCCH staff recording that information in my patient record. Continued treatment will include updating my health information at least once a year. I understand it may be necessary to release my health information to other providers for my treatment and care.

I authorize FCCH to release my medical and/or financial records to individuals and entities as specified in the Notice of Privacy Practices and/or by federal and state law including medical information which may be released to other health care providers who may be involved in my care. I understand that this authorization will remain in effect for twelve months unless I revoke it in writing. Any revocation will affect disclosures necessary for payment for care provided to me by FCCH. This consent is separate from my written consent to release electronic health records which may be maintained by FCCH.

I will pay for all charges for services I or my dependent(s) receive and which are not paid for through a third-party payer including deductibles, co-insurance, co-payment or non-covered charges. Co-payments and past due balances are due at the time of appointment check-in, unless previous arrangements have been made. Payment must be in the form of cash, check or credit/debit card. Returned checks are subject to standard bank fees, payable by cash or money order only, in addition to the amount of the returned check.

I authorize FCCH to release any part of my/my dependent's medical records to any third-party payer, their agent or legal representative, as required for payment of my/my dependent's medical bills. I have the right to refuse this release if I assume full financial responsibility for any services provided. I appoint FCCH as my attorney-in-fact to collect any insurance benefits to which I/my dependent(s) may be entitled from any third-party payer, up to the amount of the charges for the services rendered.

I certify that the information I have given in applying for payment under Title XVII of the Social Security Act (Medicare) is correct. I consent to the release of my health information to the Social Security Administration and the Centers for Medicare and Medicaid services, its intermediaries or carriers. I authorize that payment be made on my or my dependent's behalf to FCCH.

I have read this form and understand its contents. I have had an opportunity to ask questions which have been answered to my satisfaction.

Signature of Patient or Authorized Representative

Date

Patient Name/Authorized Representative Name (Print)

Relationship to Patient

Patient Date of Birth

FIRST CHOICE COMMUNITY HEALTHCARE, INC.
CONSENT FOR MEDICAL DIAGNOSIS, TREATMENT AND RELEASE OF INFORMATION

Yo estoy de acuerdo con todos los servicios para cuidar la salud desempeñados para First choice Community Healthcare (FCCH), sus empleados, agentes y afiliados a fin de incluir la evaluación, los procedimientos diagnósticos y la atención médica según sea necesario y apropiado según determine FCCH. Yo estoy consciente y voy a cumplir con las pólizas de FCCH según se relacionen a mi como paciente de FCCH.

Salvo según exige la Ley o de otra manera se describe en la Notificación de la Práctica de Privacidad, FCCH no se dará mi información de salud sin mi autorización por escrito. FCCH podrá compartir dicha información con el fin de llevar a cabo tratamiento, pago, u operaciones de atención a la salud según están descritas en la Notificación de prácticas de Privacidad.

Yo estoy de acuerdo avisarle a mi proveedor de cualquiera de los medicamentos que estoy tomando, de otros proveedores que estoy consultando y de cualquier sensibilidad o alergias que yo pudiera tener de cualesquier de los medicamentos. Yo estoy de acuerdo proveer la información de mi salud a mi proveedor y al personal de FCCH que está inscribiendo esa información en mi registro como paciente. El tratamiento continuo va incluir poner al día la información de mi salud por lo menos una vez al año. Yo entiendo que posiblemente sea necesario dejarles saber mi salud a otros proveedores para mi tratamiento y atención.

Yo autorizo a FCCH que suelte mis registros médicos y o mis registros financieros a individuos y entidades según está especificado en la Notificación de Prácticas Privadas y/o por ley Federal y la ley del Estado incluso información médica que se le puede entregar a otros proveedores que pudieran estar involucrados en mi cuidado. Yo entiendo que esta autorización seguirá en efecto por doce meses salvo que yo la revoque por escrito. Cualquiera revocación afectará las divulgaciones necesarias para pagar la atención que me dará a mí FCCH. Este consentimiento es distinto al consentimiento por escrito cuyo fin es liberar registros de salud electrónicos, los cuales los puede mantener FCCH.

Yo acepto toda la responsabilidad para pagar todos cargos por servicios que yo o mis familiares dependientes hayan recibido y que no se hayan pagado por un tercero incluso los cargos deducibles, seguros divididos, pagos divididos, o cargos no cubiertos. Los pagos divididos y saldos que no se han pagado se deberán en la hora que comienza la cita, solo que se hayan hecho arreglos previos. Los pagos tendrán que ser al contado, con cheque o tarjeta de crédito/deuda. Los cheques que se devuelvan estarán sujetos a honorarios normales de banco, los cuales se pagarán en efectivo o únicamente con giro postal, además de la suma del cheque que se hay devuelto.

Yo autorizo a FCCH que libere cualquier parte de mis cuentas médicas o las cuentas de mis familiares. Yo tengo el derecho de denegar este finiquito si yo asumo la responsabilidad de pagar cualquier servicio ya provisto. Yo nombro a FCCH apoderado para que actúe en acto determinado para recaudar cualesquier beneficios de seguros a los cuales yo o mis dependientes tengamos derecho de recibir de cualquiera tercera persona hasta la suma de los cargos de servicios ya recibidos.

Yo certifico que la información que yo he presentado al solicitar el pago bajo el Título XVII de la Ley del Seguro Social (Medicare) es correcta. Yo doy mi consentimiento para que liberen la información de mi salud a la Administración del Seguro Social y los Centros de los Servicios de Medicare y Medicaid, sus Intermediarios o portadores. Por la presente yo autorizo que se le pague a FECH de parte mía o de parte de mis dependientes.

He leído este formulario y entiendo su contenido. He tenido la oportunidad de hacer preguntas las cuales me las han respondido a mi satisfacción.

Firma del Paciente o de Representante autorizado

Fecha

Nombre del Paciente/Nombre del Representante Autorizado (En Letra de Molde)

Parentesco del Paciente

Fecha de Nacimiento del Paciente

FIRST CHOICE COMMUNITY HEALTHCARE, INC.
CONSENT TO ACCESS ELECTRONIC MEDICAL RECORDS

All medical records are confidential under state and federal law. First Choice Community Healthcare (FCCH) must get your written consent to access any of your health information in order to provide your health care. This includes information which may be stored electronically by health care providers with which FCCH partners.

By signing below, you give your permission for FCCH to electronically access any and all medical information from other providers and organizations, and to disclose your medical information electronically if another provider to whom you have given your permission requests it from FCCH for the purposes of coordination and continuity of care. This information may be accessed in one of two ways: either directly from the other provider; or through the New Mexico Health Information Collaborative (NMHIC). *Once accessed, this information will continue to be protected by state and federal privacy laws, rules and regulations.*

This consent will remain in effect until you revoke it. You may revoke this consent at any time by contacting FCCH and requesting a revocation form. You may also opt out of having your electronic medical information available through the NMHIC by completing an Opt Out Form, available at **www.nmhic.org**. Your FCCH revocation will be effective from the date you sign the revocation but will not affect information obtained prior to your completion of the revocation. Your NMHIC Opt Out request may take up to 30 days once received by the NMHIC.

If you do not provide your consent, FCCH will not be able to access medical records from other providers or facilities or through the Health Information Exchange.

THERE IS NO PENALTY IF YOU DO NOT GIVE YOUR PERMISSION TO ACCESS YOUR ELECTRONIC MEDICAL INFORMATION OR IF YOU CHANGE YOUR MIND AT A LATER DATE.

By signing below, I consent to allow First Choice Community Healthcare to access my electronic health information. I understand I may get a copy of this consent form and of my health information being shared.

Signature of Patient or Authorized Representative

Date

Patient Name/Authorized Representative Name (Print)

Relationship to Patient

Patient Date of Birth

FIRST CHOICE COMMUNITY HEALTHCARE, INC.
CONSENTIMIENTO PARA CONSEGUIR REGISTROS MEDICOS ELECTRONICOS

Todos los Expediente Medico son confidenciales según disponen las leyes del Gobierno del Estado y las leyes del Gobierno Federal. La Compañía que en inglés se llama *FIRST CHOICE COMMUNITY HEALTHCARE*, tiene que conseguir el consentimiento por escrito de Usted para conseguir la información que nos dice como está la condición de su salud. Esto incluye información que puede estar guardada electrónicamente por los compañeros *FIRST CHOICE COMMUNITY HEALTH CARE*.

Con mi firma más abajo, Usted da su permiso para que *FIRST CHOICE COMMUNITY HEALTH CARE* electrónicamente acceda a cualquiera y toda la información médica de otros proveedores y organizaciones, y para divulgar si otro proveedor a quien Usted le ha dado su permiso le pide a *FIRST CHOICE COMMUNITY HEALTH CARE* con los propósitos de coordinación y continuidad de cuidado. Esta información la puede conseguir Usted por medio de una de dos maneras: sea directamente del otro proveedor, o mediante *NEW MEXICO HEALTH INFORMATION COLLABORATIVE (NMHIC)*. Una vez Usted la haya conseguido, esta información seguirá protegida por las Leyes, Reglas y Reglamentos de privacidad del Gobierno del Estado y del Gobierno Federal.

Este consentimiento permanecerá en efecto hasta que Usted lo revoque. Usted puede revocar este consentimiento en cualquier momento comunicándose con *FCCH* y solicitando un formulario de revocación. Usted también puede excluirse teniendo su información médica electrónica disponible mediante el *NMHIC* completando un Formulario de Revocación disponible en www.nmhc.org. Su revocación *FCCH* tendrá efecto a partir de la fecha cuando Usted firme la revocación pero no afectará la información obtenida antes de que Usted firme la revocación pero no afectará la información obtenida antes de que Usted haya completado la revocación. Su petición para que se revoque la *NMHIC* podría necesitar hasta 30 días una vez la haya recibido la *NMHIC*.

Si Usted no provee su consentimiento, *FCCH* no podrá tener acceso a los Expediente Medicos de otros proveedores o facilidades ni mediante el Intercambio de Información de Salud.

NO EXISTE PENALIDAD SI USTED NO DA SU PERMISO PARA ACCESAR SU INFORMACION ELECTRONICA MEDICA O SI USTED CAMBIA SU OPINION EN FECHA POSTERIOR.

MEDIANTE LA FIRMA ABAJO, ESTOY DE ACUERDO PERMITIR A FIRST CHOICE COMMUNITY HEALTHCARE QUE TENGA ACCESO A MI INFORMACION DE SALUD ELECTRONICA. YO ENTIENDO QUE PODRE RECIBIR UNA COPIA DE ESTE FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO Y DE MI INFORMACION DE SALUD QUE SE ESTA COMPARTIENDO.

Firma del Paciente o del Representante Autorizado

Fecha

Nombre del Paciente/Nombre del Paciente Autorizado

(Parentesco con el Paciente)

Fecha de Nacimiento del Paciente

Mayo 2013

Dear Parent/Guardians:

Please be informed that we are available to provide immunizations to your child. In preventive care medicine it is our mission to update these vaccines verifying what is lacking by three sources: shot record, NM state system and the school nurse program. Therefore please send the child's shot record with enclosed paperwork packet.

Please initial by your preference below:

_____ No, please do not give any vaccines at the Rio Grande School Based Health Center until I have received information on recommended vaccines my child may need.

_____ Yes, please update the vaccines recommended and update the shot record enclosed.

If you have any questions please contact Sumara, RMA at the clinic 873-0220 ext 50086

Thank you for your cooperation to providing the best care for your child.

RGHS School Based Health
First Choice Clinic Staff

Querido Padres/Guardianes:

Por favor tenga cuenta que en nuestra clinica podemos proveer vacunas a nuestros estudiantes durante sus visitas medicas con nosotros. En nuestro cuidado preventivo ,nuestra mission es tener a todos nuestros estudiantes al corriente con sus vacunas , verificando de tres modos: con la tarjeta de vacunas, sistema de el estado de NM y con la enfermera de la escuela Rio Grande. Por favor mande la tarjeta de vacunas con su hijo junto con estos papeles de consentimiento.

Por Favor marque su preferencia:

_____ No, por favor de no administrar ninguna vacuna a mi hijo hasta que yo halla obtenido informacion sobre las vacunas que le hacen falta.

_____ Si, por favor de le las vacunas necesarias y ponga al corriente la tarjeta de vacunas.

Si tiene alguna pregunta favor de contactarse con Sumara, RMA llamando a la clinica 873.0220 ext. 50086.

Gracias por su cooperacion en proveer el mayor cuidado medico a su hijo/a.

RGHS Centro de Salud Medico Escolar
First Choice Community Healthcare

