



PATIENT REGISTRATION FORM

(To be completed by ALL PATIENTS every calendar year.)

Date of Service: _____
Fecha de Servicio

Service Location: _____
Lugar de Servicio

New Patients Only: How did you hear about us? _____
Paciente Nuevos: Como usted supo de nosotros?

PATIENT INFORMATION (Please provide your MOST CURRENT information.)

INFORMACION DEL PACIENTE (Favor de proveer su informacion MAS RECIENTE.)

Patient's Name: _____
Nombre del Paciente (first/primer) (middle initial/inicial) (last/apellido)

Parent/Guardian's Name: _____
Nombre del Padre/Guardian (first/primer) (middle initial/inicial) (last/apellido)

Patient's Social Security #: _____ **Date of Birth:** _____ **Sex:** _____
Social Security del Paciente # *Fecha de nacimiento* *Sexo*

Race: Black/African-American White American Indian/Alaska Native Asian Native Hawaiian
Raza Afro-Americano Blanco Indio Americano/Alasqueño Asiatico Hawaiano

Pacific Islander more than one race Choose not to disclose
Isleño Pacifico mas de una raza prefiero no divulgar

Are you Hispanic/Latino: yes no
Es usted Hispano/Latino si no

Primary Language: English Other _____
Idioma principal Ingles Otro

Patient's Address: _____
Direccion del Paciente (street/calle)

City: _____ **State:** _____ **Zip Code:** _____
Ciudad Estado Apartado Postal

Contact #: _____ **Home #:** _____ **Cell #:** _____
Contacto # Hogar # Celular #

Work #: _____ **Other #:** _____
Trabajo # Otro #

Patient's Email: _____
Correo Electronico del Paciente

Emergency Contact Name: _____ **Relationship to Patient:** _____
Nombre de Contacto de Emergencia Patient Relacion

Emergency Contact #: _____ **Home #:** _____ **Cell #:** _____
Contacto de Emergencia # Hogar # Celular #

Work #: _____ **Other #:** _____
Trabajo # Otro #

PATIENT DEMOGRAPHICS (Please check the appropriate [] in each category.)
DATOS DEMOGRAFICOS DEL PACIENTE (Por favor marque el adecuado en cada categoria)

Special Populations (Check all that apply.)
Poblacion Especial

Gender Identification
Identificacion de Genero

Sexual Orientation
Orientacion Sexual

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Migrant Agricultural Worker/Farmer
<i>Trabajador Agricola Migrante</i> | <input type="checkbox"/> Male
<i>Hombre</i> | <input type="checkbox"/> Lesbian/Gay
<i>Lesbiana/Homosexual</i> |
| <input type="checkbox"/> Public Housing (live in or access to)
<i>Viviendo Publica (Vive o acceso)</i> | <input type="checkbox"/> Female
<i>Mujer</i> | <input type="checkbox"/> Straight
<i>Derecho/a</i> |
| <input type="checkbox"/> Seasonal Agricultural Worker/Farmer
<i>Trabajador Agricola temporal</i> | <input type="checkbox"/> Transgender Male/Female-to-Male
<i>Hombre transgenero/ Mujer a Hombre</i> | <input type="checkbox"/> Bi-sexual
<i>Hombre</i> |
| <input type="checkbox"/> Veteran
<i>Veterano</i> | <input type="checkbox"/> Transgender Female/Male-to-Female
<i>Mujer transgenero/Hombre a Mujer</i> | <input type="checkbox"/> Something else (Queer, Asexual or Pansexual)
<i>Algo más (queer, asexual o pansexual)</i> |
| <input type="checkbox"/> None of the above
<i>Ninguno</i> | <input type="checkbox"/> Other (Genderqueer or Non-Binary)
<i>Otro (No binario)</i> | <input type="checkbox"/> Don't know (unsure of sexual orientation)
<i>No estoy seguro</i> |
| <input type="checkbox"/> Choose not to disclose
<i>Prefiero no decir</i> | <input type="checkbox"/> Choose not to disclose
<i>Prefiero no decir</i> | <input type="checkbox"/> Choose not to disclose
<i>Prefiero no decir</i> |

Housing (Check all that apply.)
Vivienda (Marque todas las que correspondan.)

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Doubled Up (temporarily living with others)
<i>Viviendo con otros</i> | <input type="checkbox"/> Public Housing (live in or access to)
<i>Viviendo Publica (Vive o acceso)</i> | <input type="checkbox"/> Transitional Housing
<i>Vivienda de transición</i> |
| <input type="checkbox"/> Homeless
<i>Sin hogar</i> | <input type="checkbox"/> Shelter
<i>Refugio</i> | <input type="checkbox"/> None of the above
<i>Ninguno</i> |
| <input type="checkbox"/> Other (hotel, motel, other day to day payment, etc.)
<i>Otro (hotel, motel, otro pago diario, etc.)</i> | <input type="checkbox"/> Street (car, outdoors, makeshift housing)
<i>Calle (carro, afuera)</i> | <input type="checkbox"/> Choose not to disclose
<i>Prefiero no decir</i> |

SELF REPORTED INCOME
REPORTE DE INGRESOS

Number of people living in household: _____ Household Income: _____ Choose not to Disclose
Numero de personas viviendo en su casa Ingreso familiar Prefiero no divulgar

INSURANCE INFORMATION (Please present current insurance card to the FHC GA representative.)
INFORMACION DE SEGURO (Favor presentar tarjeta de seguro al representante de FHC GA)

- Medicaid Amerigroup Care Source PeachState WellCare Medicare Medicare supplement
Medicare Suplementario
- Private insurance ACA Marketplace/Exchange Worker's Comp Disability Liability Other
Seguro privado ACA Mercado de Salud Compensacion de trabajadores Desabilitado Responsabilidad Otro

Please indicate insurance company's name for private insurance: _____
Indique Nombre de la Compañia de Seguro si es privado

Member's Name (as listed on insurance card): _____ Policy #: _____
Nombre de Asegurado (como aparece en la tarjeta) Poliza #

Check here if you want to make KidCare/FHC GA your child's Primary Care Provider (PCP)
Marque aqui si quiere que FHC GA sea su proveedor primario (PCP)

PERSON RESPONSIBLE FOR PAYMENT (This section must be completed even if you are using Medicaid, Medicare, or private insurance.)
PERSONA RESPONSABLE DE PAGO (Esta area debe ser completada aun este usando Medicaid, Medicare, o aseguranza privada.)

Relationship to patient (please check one): Self Parent/Guardian Spouse Other (specify) _____
Relacion con el paciente (por favor marque uno) Yo Padre/Guardian Conyuge Otro (especifique)

Check here if patient (self) is the responsible person and the information is the same as previously indicated.
Por favor marque aqui si usted es la persona responsable y la informacion es la misma ya indicada.
Only complete section below if any information is different.
Solamente complete esta area si su informacion es diferente

Responsible Party's Name: _____
Nombre de Persona Responsable (first/primer) (middle initial/inicial) (last/apellido)

Responsible Party's Address: _____
Domicilio de Persona Responsable (street/calle)

City: _____ State: _____ Zip Code: _____
Ciudad *Estado* *Apartado Postal*

Responsible Party's Contact #: _____ Home #: _____ Cell #: _____
Contacto de Persona Responsable # *Hogar #* *Celular #*

Work #: _____ Other #: _____
Trabajo # *Otro #*

Responsible Party's Date of Birth: _____ Responsible Party's Social Security #: _____
Fecha de nacimiento de Persona Responsable *Social Security de Persona Responsable*

Responsible Party's Email: _____
Correo electronico de Persona Responsable

Responsible Party's Insurance Company's Name: _____
Nombre de Aseguradora de Persona Responsable

Member Name (as listed on insurance card): _____ Policy #: _____
Nombre del Asegurado (como aparece en la tarjeta) *Poliza #*

Responsible Party's Employer's Name: _____
Empleador de Persona Responsable

Employer's Address: _____
Direccion del Empleador

City: _____ State: _____ Zip Code: _____
Ciudad *Estado* *Apartado Postal*

Telephone #: _____ Fax #: _____ Email: _____
Telefono # *Fax #* *Correo electronico*

SIGNATURE REQUIRED (Please read and sign below.)
FIRMA REQUERIDA (Por favor lea y firme abajo.)

I, the undersigned, do hereby expressly guarantee payment in full of any and all charges in consideration for the healthcare services rendered, or to be rendered, by THE FAMILY HEALTH CENTERS OF GEORGIA, INC. I also acknowledge that I am solely responsible for payment of any services as billed by an independent provider.

Yo, el abajo firmante, expresamente garantizo el pago completo de todos los cargos en consideración por los servicios de atención médica prestados o por ser prestados por THE FAMILY HEALTH CENTERS OF GEORGIA, INC. También reconozco que soy el único responsable de los pagos de cualquier servicio facturado por un proveedor independiente.

X Signature: _____ Date: _____
Firma *Fecha*

Page left intentionally blank.
Página dejada intencionalmente en blanco.



AUTHORIZATION FOR TREATMENT

(To be completed by ALL PATIENTS every calendar year.)

The Family Health Centers of Georgia, Inc. (FHCGA) is required by law to obtain consent to treat and disclose all material risks and alternative medical treatments. I understand that it is not possible to list every material risk for every procedure or medical treatment and that this form only attempts to identify the most common material risks and the alternatives associated with the procedures or medical treatments; including but not limited to the following:

1. Needle sticks, such as injections (shots). The material risks associated with these types of procedures include, but are not limited to, nerve damage, infection or bruising. Alternatives to needle sticks (if available) include oral, rectal, nasal, or topical medications (each of which may be less effective); or refusal of medical treatment.
2. Physical tests, assessments and medical treatments (e.g. vital signs, internal body examinations, wound cleaning, wound dressing, range of motion checks); and other similar procedures. There are no known major risks associated with these procedures. Medical treatment may consist of treatment for illnesses (e.g., strep throat, ear infections, pink eye, scrapes, strains, cuts, well child checks).
3. Administration of medications whether orally, rectally, topically or through the eye, ear or nose. The material risks associated with these types of procedures include, but are not limited to, perforation, puncture, infection, or allergic reaction. Apart from varying the method of administration and/or refusal of medical treatment, no practical alternatives exist.
4. Drawing blood, bodily fluids or tissue samples such as that done for laboratory testing and analysis. The material risks associated with these types of procedures include, but are not limited to, infection, bleeding or nerve damage. Apart from varying long-term observation and/or refusal of medical treatment, no practical alternatives exist.

BY SIGNING THIS FORM:

- I consent to FHCGA healthcare professionals performing medical treatments and procedures as they deem reasonably necessary in the exercise of their professional judgment, including those procedures that may be unforeseen or not known to be needed at the time this consent is obtained.
- I acknowledge that I have been informed in general terms of the nature and purpose of the medical treatments and procedures, the material risks of procedures, and practical alternatives to the procedures.
- If I have any questions or concerns regarding these medical treatments or procedures, I will ask my physician to provide me with additional information.
- In order to insure medication safety and lack of drug interactions, I grant FHCGA, its staff and authorized affiliates the right to access my pharmacy and prescription information.
- I understand that it is my choice to receive voluntary confidential family planning services.
- I acknowledge that I have read and understand the above information and I give permission for myself or my child's healthcare as described.

X Signature of Patient (or authorized representative): _____

Printed Name of Patient: _____ **Date:** _____

Relationship to patient: _____ **Reason Patient Unable to Sign (if applicable):** _____

Acknowledgment of receipt of Notices of Privacy Practices for Protected Health Information (HIPAA): I acknowledge that I have received the Notice of Privacy Practices.

X Signature of Patient (or authorized person to sign): _____ **Date:** _____

Authorization for **medical treatment by Mid-Level Providers**: I understand that The Family Health Centers of Georgia, Inc. and its affiliates utilizes certified Mid-Level Providers (e.g., Physicians Assistants (PA), Nurse Practitioners (NP), etc.) to treat patients for the level of care for which they have been approved by the Georgia State Board of Medical Examiners. My signature on this form conveys that I am in agreement with being treated by a Mid-Level Provider, who is acting under the direct supervision of a physician.

X Patient Signature (or authorized representative): _____ **Date:** _____

FHCGA is a member of and/or may participate with organizations that collect data only (not personal information) for grant funding and/or other purpose.

[] Check here if you opt out of data sharing.



AUTORIZACION PARA TRATAMIENTO

(Para ser completado por TODO PACIENTE anualmente.)

The Family Health Centers of Georgia, Inc. (FHCGA) es requerida por ley obtener el consentimiento para tratar y divulgar todos los riesgos importantes y tratamientos médicos alternativos. Entiendo que no es posible enumerar todos los riesgos materiales para cada procedimiento o tratamiento médico y que este formulario solo intenta identificar los riesgos materiales más comunes y las alternativas asociadas con los procedimientos o tratamientos médicos.

Los tratamientos y/o procedimientos médicos pueden incluir, entre otros, los siguientes:

1. Aguja, como inyecciones (inyecciones). Los riesgos materiales asociados con este tipo de procedimientos incluyen, pero no se limitan a, daño a los nervios, infección o hematomas. Las alternativas a las agujas (si están disponibles) incluyen medicamentos orales, rectales, nasales o tópicos (cada uno de los cuales puede ser menos efectivo); o rechazo de tratamiento médico.
2. Pruebas físicas, evaluaciones y tratamientos médicos (por ejemplo, signos vitales, exámenes internos del cuerpo, limpieza de heridas, vendaje de heridas, control de rango de movimiento); y otros procedimientos similares. No se conocen riesgos importantes asociados con estos procedimientos. El tratamiento médico puede consistir en el tratamiento de enfermedades (por ejemplo, inflamación de la garganta, infecciones del oído, ojos rosados, raspaduras, distensiones, cortes, chequeo de niños sanos).
3. Administración de medicamentos ya sea por vía oral, rectal, tópica o a través del ojo, oído o nariz. Los riesgos materiales asociados con este tipo de procedimientos incluyen, entre otros, perforación, punción, infección o reacción alérgica. Además de variar el método de administración y / o el rechazo del tratamiento médico, no existen otras alternativas prácticas.
4. Extracción de sangre, fluidos corporales o muestras de tejido, como la que se realiza para pruebas y análisis de laboratorio. Los riesgos importantes asociados con este tipo de procedimientos incluyen, entre otros, infección, hemorragia o daño a los nervios. Además de variar la observación a largo plazo y/o el rechazo del tratamiento médico, no existen otras alternativas prácticas.

AL FIRMAR ESTE FORMULARIO:

- **Doy mi consentimiento a los profesionales de atención médica de FHCGA que realizan tratamientos médicos y procedimientos** cuando lo consideren razonablemente necesario en el ejercicio de su juicio profesional, incluidos aquellos procedimientos que pueden ser imprevistos o no se sabe que se necesitan al momento de obtener este consentimiento.
- Reconozco que he recibido información en términos generales sobre la naturaleza y el propósito de los tratamientos y procedimientos médicos, los riesgos materiales de los procedimientos y las alternativas prácticas a los procedimientos.
- Si tengo alguna pregunta o inquietud con respecto a estos tratamientos o procedimientos médicos, le pediré a mi médico que me brinde información adicional.
- Con el fin de asegurar la seguridad de los medicamentos y la falta de interacciones entre medicamentos, concedo a FHCGA, a su personal y a sus afiliados autorizados el derecho de acceder a mi farmacia e información de prescripción.
- Entiendo que es mi elección recibir servicios voluntarios de planificación familiar confidencial.
- Reconozco que he leído y entiendo la información anterior y doy permiso para mí o la atención médica de mi hijo como se describe.

X Firma del Paciente (o representante autorizado): _____

Nombre del Paciente printeado: _____ **Fecha:** _____

Relacion con Paciente: _____ **Razon paciente no puede firmar (si aploca):** _____

Acuse de recibo de Avisos de Prácticas de Privacidad para información médica protegida (HIPAA): Reconozco que he recibido el Aviso de Prácticas de Privacidad.

X Firma del Paciente (o persona autorizada): _____ **Fecha:** _____

Autorización para **tratamiento médico por parte de los proveedores de nivel medio**: entiendo que The Family Health Centers of Georgia, Inc. y sus afiliados utilizan proveedores certificados de nivel medio (por ejemplo, asistentes médicos (PA), enfermeras practicantes (NP), etc.) para tratar pacientes para el nivel de cuidado para el cual han sido aprobados por la Junta de Examinadores Médicos del Estado de Georgia. Mi firma en este formulario transmite que estoy de acuerdo con que me trate un proveedor de nivel medio, que actúa bajo la supervisión directa de un médico.

X Firma del Paciente (o representante autorizada): _____ **Fecha:** _____