

Mansfield Kaseman Health Clinic, LLC
A subsidiary Community Reach of Montgomery County
9420 Key West Avenue, Suite 400, Rockville, MD 20850

Primer Nombre _____ Apellido _____

Dirección _____

Teléfono de Casa _____ Teléfono Celular _____

Número de Seguro Social _____ Fecha de Nacimiento _____

Sexo: M ___ F ___ Estado civil: Acompañado _____ Soltero _____

CONTACTO DE EMERGENCIA: _____

PARENTESCO CON PACIENTE _____ **TELÉFONO** _____

VIVIENDA Refugio _____ **OCUPACIÓN ACTUAL** Empleado _____
Desamparado _____ Retirado _____
Programa de Transición _____ Desempleado _____
Tiene Casa _____

GRUPO ÉTNICO Hispano o Latino _____ **RAZA** Indio Americano _____
No Hispano _____ Nativo de Alaska _____
Asiático _____
Afroamericano _____
Nativo de Hawai/Otra Isla del Pacífico _____
Blanco _____
Otro _____

RELIGIÓN _____ **IDIOMA** _____ **PAÍS DE ORIGEN** _____

CAPACIDAD PARA HABLAR INGLÉS Competente _____
Limitado Inglés _____
No Sabe Inglés _____

Nombre y Dirección del EMPLEADOR: _____

Nivel de EDUCACIÓN _____

Número de adultos y niños menores de 18 que dependen de su ingreso: _____

Correo electrónico: _____

Farmacia cercana a su hogar (Nombre y calle) _____

Referido Por: _____

NECESIDADES ESPECIALES: ¿Le gustaría recibir asistencia con alguno de los siguientes servicios?

Comida _____ Ropa _____ Dentista _____ Vision _____



Montgomery Cares Program

Montgomery Cares Eligibility Documentation Form

Español

Para inscribirse en el programa Montgomery Te Cuida usted debe:

- Ser residente del Condado Montgomery; y
- Tener más de 18 años de edad; y
- No tener seguro médico —incluyendo Medicaid, PAC, o Medicare—, o
- Tener bajos ingresos económicos.

PRUEBA DE RESIDENCIA EN EL CONDADO DE MONTGOMERY:

- Contrato de hipoteca o arrendamiento de la casa
- Cuenta de impuesto a la propiedad
- Comprobante de pago de servicios básicos (agua o luz) con nombre y dirección completos (facturas de teléfono celular no serán aceptadas)
- Documentos oficiales de la escuela de sus hijos
- Licencia de conducir con dirección actualizada
- Documento de identidad otorgado por el estado de Maryland
- Pago de impuestos federales o W2 (del último año)
- Colillas de pagos recientes con nombre y dirección completos
- Tarjeta de Registro de Votante
- Declaración escrita en papel membretado de la trabajadora social o del albergue donde reside
- Correspondencia oficial del condado o del estado en papel membretado
- Carta del dueño de casa con su respectiva prueba de residencia

Firme aquí certificando que usted reside en la siguiente dirección, pero no posee ninguno de los documentos mencionados antes:

Nombre: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Código postal: _____

Firma: _____ Fecha: _____

PRUEBA DE EDAD:

Firme aquí para certificar que usted tiene la siguiente fecha de nacimiento:

Fecha de nacimiento: _____

Firma: _____ Fecha: _____

PRUEBA DE INGRESOS:

- Remuneración de trabajo: *Colillas de pago, declaración de impuestos más recientes y firmados, carta del empleador declarando el ingreso neto por semana o por mes.*
- Ingreso por desempleo: *Declaración de discapacidad/Declaración de desempleo.*
- Ingreso del Seguro Social: *Carta de Seguro Social/Ingreso de Seguro Suplementario SSI.*
- Ingresos por cónyuge y/o manutención de hijos: *Carta de la Corte con declaración de manutención.*
- Ayuda financiera de un(a) amigo(a) o pariente: *Declarando el monto de ayuda proveída al paciente.*
- No recibe ingresos: *Carta firmada por un miembro de su familia, un profesional o alguien más que declare que usted no tiene ingresos, y/o una carta del empleador indicando la terminación del empleo.*

Firme abajo certificando que usted tiene el siguiente ingreso pero que no tiene ninguno de los documentos mencionados antes, o que no tiene ningún ingreso por el momento:

INGRESO	MONTO	MARQUE UNO
Remuneración por empleo (por ejemplo: cuidado de niños, construcción) _____		Semanal Cada 2 semanas 2 veces al mes Mensual
Otros ingresos (por favor haga una lista):		Semanal Cada 2 semanas 2 veces al mes Mensual
No recibe ninguna remuneración:		
TOTAL		Semanal Cada 2 semanas 2 veces al mes Mensual

Firma: _____

Fecha: _____

PRUEBA DE SEGURO DE SALUD:

- Seguro de salud a través del empleo
- Medicaid (Asistencia Médica del Estado de Maryland)
- Medicare
- PAC (Cuidado Primario para Adultos)
- MHIP (Plan de Seguro de Salud de Maryland)
- Seguro de salud privado
- Otro: _____

Firme aquí para certificar que usted no tiene seguro de salud

Firma: _____

Fecha: _____



SOLICITUD PROGRAMAS DE SEGURIDAD DEL CONDADO DE MONTGOMERY

COUNTY OFFICIAL USE ONLY:

eICM Contact ID: _____

Case Number: _____

Nombre del jefe de familia (Apellido, nombre, segundo n.)		Teléfono residencial		Teléfono del trabajo		Teléfono celular	
¿Dónde vive? (Número y calle)		# de depto.	Ciudad		Estado	Código Postal	
Dirección postal (si es diferente a la de su hogar)							
¿Qué idioma habla? <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Américo <input type="checkbox"/> Frances <input type="checkbox"/> Coreano <input type="checkbox"/> Mandarín <input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> Otro _____							
¿Usted o alguien en su hogar está embarazada? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si es así, ¿quién? _____ Fecha de parto _____							

SECCIÓN A. MIEMBROS DEL HOGAR

Llene los espacios en blanco para todas las personas en su hogar. Marque **SÍ** para cada persona por la que está solicitando. Marque **NO** para cada persona por quien no está solicitando. Marque los servicios que solicita.

Por favor llene para cada una de las personas que tienen Número de Seguro Social

SOLICITANDO	NOMBRE (Apellido, Nombre, Segundo nombre)	RELACIÓN CON USTED:	FECHA DE NACIMIENTO MM/DD/AA	SEXO M = Masculino F= Femenino NB=No binario GQ=Género queer/Género fluido MTF= Mujer trans/mujer con experiencia transgénero FTM= Hombre trans/hombre con experiencia transgénero	ESTADO CIVIL M = Casado S = Soltero D = Divorciado P = Separado W = Viudo	*RAZA (Indique abajo para cada una de las personas) A = Asiático B = Negro/ Afroamericano C = Blanco N = Indio americano o nativo de Alaska P = Nativo de Hawái o de las Islas del Pacífico (Puede seleccionar más de un código) MENA= Oriente Medio o África del Norte	*ETNIA H/L = Hispano/ Latino N/L = No Hispano/ No Latino	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL (SSN, por sus siglas en Inglés)
<input type="checkbox"/> MONTGOMERY CARES <input type="checkbox"/> CARE FOR KIDS <input type="checkbox"/> SENIOR DENTAL								
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		MISMO					<input type="checkbox"/> H/L <input type="checkbox"/> N/L	
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No							<input type="checkbox"/> H/L <input type="checkbox"/> N/L	
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No							<input type="checkbox"/> H/L <input type="checkbox"/> N/L	

*Usted no tiene que dar información sobre su raza o grupo étnico. No usaremos esta información para decidir si usted es elegible. Si no nos dice su raza, no se afectará su solicitud. El administrador de casos ingresará los códigos solo para fines estadísticos. El Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964 nos permite solicitarle esta información.

SECCIÓN B. INFORMACIÓN ADICIONAL

Nombre (Apellido, nombre, segundo nombre)	País de nacimiento	¿Tiene actualmente cobertura de seguro médico activa? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si es así, identifique qué tipo de plan tiene: <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Plan de salud calificado <input type="checkbox"/> Pago privado <input type="checkbox"/> Paga el empleador
Nombre (Apellido, nombre, segundo nombre)	País de nacimiento	¿Tiene actualmente cobertura de seguro médico activa? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si es así, identifique qué tipo de plan tiene: <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Plan de salud calificado <input type="checkbox"/> Pago privado <input type="checkbox"/> Paga el empleador
Nombre (Apellido, nombre, segundo nombre)	País de nacimiento	¿Tiene actualmente cobertura de seguro médico activa? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si es así, identifique qué tipo de plan tiene: <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Plan de salud calificado <input type="checkbox"/> Pago privado <input type="checkbox"/> Paga el empleador

SECCIÓN C. INGRESOS

¿Alguien en su hogar recibe ingreso por empleo? Sí No Si es así, enliste todos los ingresos brutos (de un empleo de tiempo parcial o de tiempo completo, trabajo por cuenta propia, cuidado de niños, trabajos ocasionales, pago de huéspedes o inquilinos)

NOBMR (Apellido, nombre, segundo nombre)	EMPLEADOR	TARIFA DE PAGO (HORA)	NÚMERO DE HORAS TRABAJADAS	IMPORTE BRUTO POR PERIODO DE PAGO	FRECUENCIA CON LA QUE LO RECIBE WE = semanal BW = quincenal MO = mensual	FECHA DE INICIO DEL TRABAJO (MM/DD/AA)	FECHA DE FINALIZACIÓN DEL TRABAJO (MM/DD/AA)	CONDICIÓN DE ESTUDIANTE (Tiempo completo o parcial)

SECCIÓN D. OTROS INGRESOS QUE SE RECIBEN

Enliste cualquier otro ingreso que haya recibido, tal como pensión alimenticia, manutención infantil, pensión, Seguro Social, ingresos recibidos por renta de propiedades a otros y beneficios (retiro, beneficios por huelga, desempleo, veteranos, compensación para trabajadores). Incluya beneficios de fuera del estado.

PERSONA QUE RECIBE EL INGRESO	TIPO (Para beneficios incluya # de identificación de reclamante)	IMPORTE BRUTO QUE RECIBIÓ	¿CUÁNTAS VECES AL AÑO?

SECCIÓN DE FIRMAS

Certifico que la información que he proporcionado anteriormente es veraz a mi leal saber y entender y autorizo al Condado de Montgomery a realizar los contactos necesarios para verificar mis declaraciones. He leído y acepto los derechos y responsabilidades de esta solicitud. Reconozco que puedo ser sancionado si, a sabiendas, proporciono información falsa, y declaro bajo pena de perjurio que no tengo cobertura de seguro médico y que la información que explico en esta solicitud es verdadera, correcta y completa a mi leal saber y entender.

Firma del solicitante y/o beneficiario	Escriba en letra de molde (Nombre)	Fecha

AUTORIZACIÓN PARA LIBERAR/RECIBIR INFORMACIÓN

Montgomery County Department of Health and Human Services



Por favor imprima toda la información. Use un formulario separado para cada persona o agencia con la que se pueda compartir información.

Apellido	Nombre	Inicial del Segundo Nombre	Fecha de Nacimiento	Sexo/ Género
-----------------	---------------	-----------------------------------	----------------------------	---------------------

El programa de **Montgomery Cares** tiene mi permiso para:

enviar a recibir de discutir verbalmente la información proporcionada con:

La Oficina de Elegibilidad y Servicios de Apoyo - Departamento de Salud y Servicios Humanos del Condado de Montgomery
1401 Rockville Pike, Rockville, MD 20852.

Artículos cubiertos por esta liberación

_____ Prueba de edad _____ Prueba de ingreso
_____ Prueba de identidad _____ Prueba de que vive en el Condado de Montgomery

Razón por la que se comparte esta información: Para determinar mi elegibilidad para el programa Montgomery Cares

Esta autorización es válida (*Marque sólo uno. No más de un año*)

hasta _____ (fecha) por 90 días hasta que se cumplan estas condiciones:

Entiendo que, si se me considera elegible para el programa Montgomery Cares, me inscribiré inmediatamente en el programa. Entiendo que mi información no será compartida sin la debida autorización por escrito.

Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento presentando una solicitud por escrito al personal del programa del DHHS. La revocación será efectiva en la fecha en que el DHHS la reciba. La revocación no se aplicará a la información que ya haya sido utilizada o divulgada a través de esta autorización.

El DHHS no puede condicionar el tratamiento, el pago, la inscripción o la elegibilidad para los servicios/beneficios basándose en si firmo esta autorización, a menos que se requiera autorización para determinar la elegibilidad para los servicios/beneficios.

Entiendo que, si las personas u organizaciones que autorizo para recibir y / o usar mi información de salud no están sujetas a las leyes federales o estatales de privacidad, es posible que esta información ya no esté protegida y se pueda divulgar.

Entiendo que si esta autorización se refiere a registros de tratamiento de alcohol u otras drogas protegidos por las regulaciones federales a 42 C.F.R. Parte 2, puedo revocar oralmente esta autorización, y mis registros no pueden ser divulgados sin mi consentimiento por escrito o según lo permitido por las regulaciones.

Firma del Cliente

Fecha

Firma del padre/madre, guardián u otra persona autorizada

Fecha

Si está firmado por otra persona autorizada, por favor describa la autoridad para actuar en nombre del cliente (Por favor escriba en letra de molde)

Firma del miembro del personal del DHHS

Fecha



Departamento de Salud y Servicios Humanos del Condado de Montgomery
(Notice of Privacy Practices Summary and Signature Page)

Síntesis y Página de Firma de la Notificación sobre Prácticas de Privacidad

¿Qué es la Notificación sobre Prácticas de Privacidad?

La ley nos exige que le proporcionemos una notificación de nuestras prácticas sobre privacidad. Encontrará el texto completo de nuestra Notificación sobre Prácticas de Privacidad adjunto a la presente. El objeto de la *Notificación* es informarle sobre:

- nuestra obligación legal de proteger su información;
- la manera en que compartiremos su información sin su permiso escrito;
- los derechos que usted tiene con respecto a su información;
- con quién se puede comunicar usted para formular preguntas, presentar una solicitud o poner una queja.

¿Cómo compartiremos su información?

Nuestro Departamento brinda diversos servicios de salud, apoyo financiero y servicios sociales. Para poder brindarlos, debemos conocer su información personal que puede incluir datos sobre salud, financieros y de otra clase que lo/la identifiquen. A fin de mantener protegida su información sólo la compartiremos cuando la ley nos permita o nos exija hacerlo. Compartiremos su información cuando sea necesario para:

- Brindarle tratamiento y servicios coordinados, y de alta calidad.
Por ejemplo: comunicaremos información entre programas para referirlo(la) a otros servicios, establecer la elegibilidad o elaborar un plan de atención.
- Obtener pago por los servicios. Por ejemplo: mandar cobros a Medicaid.
- Administrar nuestros servicios y programas. Por ejemplo: revisar la calidad de los servicios que recibe.

La *Notificación* adjunta enumera otros motivos por los que podremos compartir su información. Si nos resulta necesario compartir su información por motivos que **no** están enumerados, solicitaremos su permiso escrito. Usted tiene otros derechos relativos a su información que se enumeran en la página 4 de la *Notificación*.

Con quién puede hablar para solicitar más Información:

Si usted tiene alguna pregunta sobre nuestras prácticas de privacidad, desea hacer un pedido con relación a su información o tiene alguna duda o preocupación sobre su privacidad, comuníquese con el empleado de nuestro departamento que trabaja con usted o con el Funcionario de Privacidad al 240 777- 1295. Al final de la *Notificación* se incluye información adicional de a quién recurrir para solicitar más información.

Acuse de recibo del texto completo de la *Notificación*:

Cliente o Representante Autorizado (Firme en este espacio)

Fecha

Nombre en letra de imprenta

Firma del representante del DHHS

Firma del intérprete / traductor, si corresponde

Si no puede acusar recibo, especifique el motivo: _____



Mansfield Kaseman
HEALTH CLINIC

A SUBSIDIARY OF COMMUNITY REACH OF MONTGOMERY COUNTY

Mansfield Kaseman Health Clinic

Autorización para la Divulgación y Uso de Información Médica por Community HealthLink y MeDHIX

Yo, [REDACTED], paciente en la Clínica Mansfield Kaseman ("Mi Clínica), entiendo que Community HealthLink es un sistema computarizado de intercambio de información médica compuesto de proveedores de salud como Mi Clínica (los miembros de Community HealthLink se conocen como "CHL Members") cuyo propósito es proveer óptimos servicios de salud a individuos como yo al permitir a los proveedores de salud quienes me tratan, tener acceso a mis registros médicos. Entiendo también que Community HealthLink participa de un sistema de intercambio de información médica más extenso llamado MeDHIX, el cual está integrado por otros proveedores de salud (los miembros de MeDHIX se conocen como "MeDHIX"). Entiendo que a menos que yo notifique a Mi Clínica que mis registros médicos ya no pueden ser compartidos con Community HealthLink y MeDHIX, mi información (como se define más adelante) será proporcionada a Community HealthLink y estará disponible para los miembros de CHL y MeDHIX con el propósito de brindarme servicios médicos, y que de otra manera estén permitidos por ley. Sin embargo, entiendo que aun cuando yo notifique a Mi Clínica que mi información ya no puede ser divulgada, mi información continuará estando disponible para los miembros de CHL y MeDHIX a través de Community HealthLink y MeDHIX en ciertas situaciones limitadas que sean permitidas por ley (por ejemplo, para evitar un atentado serio a la salud y seguridad mía y de otros)

- **Propósito de la divulgación y uso de información médica.** Autorizo compartir mi información médica con Community HealthLink y MeDHIX, lo cual facilita a los miembros de CHL y MeDHIX tener acceso a mis registros médicos con el propósito de brindarme servicios de salud.
- **Información cubierta por esta autorización.** Esta autorización cubre información sobre mi persona la cual es creada o recibida por Mi Clínica, como también otros miembros de CHL y MeDHIX, durante el tiempo que me brinden atención médica, incluyendo, pero no limitado a información médica y datos personales o familiares (llamados en conjunto "mi información médica"). Esta autorización también cubre información médica que los miembros de CHL y MeDHIX reciben de otros proveedores.
- **Quién puede recibir, usar o divulgar mi información médica.** Autorizo únicamente a Community HealthLink y MeDHIX para recibir, usar, y divulgar mi información médica entre los miembros de CHL y MeDHIX, incluyendo su personal. Esta autorización médica no permite la divulgación de mi información a individuos o entidades diferentes de Community HealthLink or MeDHIX, a menos que sea permitido o requerido bajo ley federal o estatal.
- **Términos de Autorización.** Esta autorización permanecerá en efecto, a menos que yo la revoque, por un período de diez (10) años desde la fecha en que se firme esta autorización o algún otro período más corto que pueda ser requerido por ley.

Entiendo que puedo, en cualquier momento, pedir por escrito a Mi Clínica o algún otro miembro de CHL o MeDHIX, inspeccionar u obtener una copia de mi información médica.

Firma del paciente

Fecha

Mansfield Kaseman Health Clinic, LLC
Una subsidiaria de *Community Reach of Montgomery County*
Formulario de consentimiento del paciente

Nombre: _____

Fecha de nacimiento: _____

CHL: _____

1. Consentimiento para el tratamiento: Deseo recibir atención médica de la Clínica de la Clínica Mansfield Kaseman. Entiendo que los médicos, enfermeras practicantes, enfermeras y otros profesionales de la salud que me atenderán pueden determinar que ciertos exámenes, tratamientos y consultas que mi doctor/a o sus asistentes determinen necesarios o apropiados para mi cuidado. Entiendo que, como parte de mi cuidado médico integral, puedo ser sometido a pruebas para detectar uso de drogas o enfermedades de transmisión sexual, incluido el *VIH*. Si tengo inquietudes sobre las pruebas, hablaré de ellas con mi proveedor de salud.

2. Autorización para divulgar información a centros/proveedores de atención médica: Autorizo a la Clínica Kaseman a proporcionar información sobre el cuidado que recibo y mis registros de salud a otros proveedores de atención médica en acuerdo con los formularios HIPAA que he firmado.

3. Reportes de Salud Pública: Soy consciente de que la ley que exige que la Clínica Kaseman proporcione el nombre de los de los pacientes que están infectados con tuberculosis, VIH, u otra enfermedad de transmisión sexual, y ciertas condiciones, incluyendo enfermedades infecciosas y mordidas de animales, al departamento de salud pública local.

4. Oportunidad para hacer preguntas: He tenido la oportunidad de hacer preguntas sobre este formulario de consentimiento y mis preguntas han sido respondidas a mi satisfacción.

5. Autorización para liberar información a otra persona: Autorizo a la Clínica Kaseman a compartir mi información médica con los individuos nombrados a continuación.

Nombre de persona autorizada: _____

Relación con el paciente: _____

Nombre de persona autorizada: _____

Relación con el paciente: _____

Nombre de persona autorizada: _____

Relación con el paciente: _____

NO autorizo a nadie a recibir mi información médica

Iniciales de paciente _____

Firma del paciente: _____

Fecha: _____

Testigo: _____

Fecha: _____

CRISP CONSENT

ENGLISH

I have read the attached information about Maryland's Health Information Exchange, which is known as the CRISP network. I understand that if I sign this consent, I am allowing my health care provider to have access to my medical information that is held by another health care provider in Maryland. I understand that if my health care provider has access to my medical information, it will help him or her make better recommendations about my health care.

I further understand that I have the right to refuse to allow my health care provider to access my information.

I do consent to my health care providers being able to access my medical information on the CRISP network.

Signature: _____

Date: _____

ESPAÑOL

He leído la información adjunta respecto al Intercambio de Salud Médica de Maryland, conocido como la red *Chesapeake Regional Information System for our Patients, Inc.*, or CRISP, por sus siglas en inglés.

Comprendo que si firmo este formulario de consentimiento, le estoy permitiendo a mi proveedor de salud tener acceso a mi información médica, la cual se encuentra en manos de otro proveedor de salud en el Estado de Maryland. Comprendo que si mi proveedor de atención de salud tiene acceso a mi información médica, esto le ayudará a él o a ella a hacer mejores recomendaciones con respecto a mi salud.

Además, entiendo que tengo el derecho de negarme a permitir que mi proveedor de salud tenga acceso a mi información médica.

Doy mi consentimiento a mi proveedor de atención de salud para obtener acceso a mi información médica mantenida en la red CRISP.

Firma del paciente: _____

Fecha: _____

FRANCAIS

J'ai pris connaissance des informations ci-jointes relatives à l'échange d'informations médicales dans l'État du Maryland, également connu sous le nom de réseau CRISP. Je comprends que si je signe ce formulaire de consentement, je permets à mon fournisseur de soins médicaux d'avoir accès aux informations médicales me concernant détenues par d'autres fournisseurs de soins médicaux dans le Maryland. Je comprends que si mon fournisseur de soins médicaux a accès aux informations me concernant, il ou elle sera en mesure de me faire de meilleures recommandations pour mes soins médicaux.

Je comprends également que j'ai le droit de refuser de permettre à mon fournisseur de soins médicaux d'avoir accès à ces informations.

Je donne son consentement pour mon fournisseur de soins de santé d'avoir accès à mes informations médicales continues le réseau CRISP.

Signature: _____

Date: _____



Patient's Responsibility Agreement

Acuerdo de responsabilidad del paciente

1. I understand that once my appointment is scheduled it is my responsibility to remember the **date and time**, and I **must** keep the appointment.

Entiendo que una vez programada mi cita es mi responsabilidad recordar la fecha y hora, y debo acudir a la cita.

2. I understand that I must call the Mansfield Kaseman Health Clinic **within 48 hours to cancel or reschedule** my appointment at **301-917-6800** or via email frontdesk@cmrocks.org

Entiendo que debo llamar a Mansfield Kaseman Health Clinic dentro de las 48 horas para cancelar o reprogramar mi cita al 301-917-6800 o por correo electrónico a frontdesk@cmrocks.org

3. I understand failure to notify the Mansfield Kaseman Health Clinic to cancel or reschedule my appointment will result in a **\$50 No-Show Fee** for the missed appointment.

Entiendo que si no notifico a la Clínica de Salud Mansfield Kaseman para cancelar o reprogramar mi cita, se cobrará una tarifa de \$50 por no presentarse por la cita perdida.

4. I understand I **must call-in a week in advance** to refill my medication(s).

Entiendo que debo llamar con una semana de anticipación para renovar/pedir mis medicamentos.

5. Please note that abnormal labs may result in additional charges that I will be responsible to pay.

Tenga en cuenta que los laboratorios anormales pueden generar cargos adicionales que debo pagar.

I am signing to confirm that I read and understood the four statements above and I am responsible for the charges.

Firmo para confirmar que leí y entendí las cuatro declaraciones anteriores y que soy responsable de los cargos.

Patient Name// Nombre _____

Patient Signature// Firma _____

Today's Date// Fecha _____



Mansfield Kaseman
HEALTH CLINIC

A SUBSIDIARY OF COMMUNITY REACH OF MONTGOMERY COUNTY

9420 Key West Avenue

Suite 400

Rockville, MD 20850

Phone: 301-917-6800

Fax: 301-917-6810

CMRocks.org

Fecha: _____

Reconocimiento de Información Proporcionada

Yo, el/la abajo firmante, reconozco que he recibido toda la información necesaria de la Clínica Mansfield Kaseman Health Clinic respecto a la programación de citas y el seguimiento con un médico para los problemas de salud identificados durante mi visitas.

Entiendo que es mi responsabilidad programar cualquier cita de seguimiento y asegurarme de que cualquier atención recomendada se continúe o se busque. Se me ha informado sobre los pasos a seguir para abordar los problemas de salud identificados, incluyendo el proceso para hacer citas, programar seguimientos y obtener más aclaraciones si es necesario.

Tenga en cuenta que, al recibir resultados anormales o con respecto a una referencia crítica, nuestra clínica intentará hacer un seguimiento con el paciente tres veces. Si el paciente no puede ser contactado después de tres intentos, la clínica no será responsable por más acciones de seguimiento.

Al firmar a continuación, reconozco que la información proporcionada ha sido clara y acepto la responsabilidad de seguir adelante con las citas necesarias y las acciones de atención médica según lo indicado.

Nombre del paciente: _____

Firma del paciente: _____

Gracias por elegir Mansfield Kaseman Health Clinic para sus necesidades de atención médica. Por favor, contáctenos en la clínica si tiene alguna pregunta o necesita ayuda para programar sus citas.

Firma del personal de la clínica: _____



A SUBSIDIARY OF COMMUNITY REACH OF MONTGOMERY COUNTY

9420 Key West Avenue
Suite 400
Rockville, MD 20850
Phone: 301-917-6800
Fax: 301-917-6810

CMRocks.org

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA

Nombre del paciente: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Fecha de nacimiento del paciente: _____ Teléfono: _____

Autorizo a la Clínica de Salud Mansfield Kaseman a realizar la siguiente acción:

Enviar mis registros médicos a: o **Obtener mis registros médicos de:**

Nombre: _____

(Por favor, escriba el nombre completo y la dirección)

Dirección: _____

Ciudad

Estado

Código Postal

Teléfono # _____ Fax # _____

Incluir todos los registros médicos. Sí divulgar información relacionada con VIH/SIDA y/o enfermedades de transmisión sexual y/o tratamiento psicológico o psiquiátrico y/o abuso o tratamiento de drogas/alcohol, si corresponde. Entiendo que esta es una autorización dual que incluye información médica sensible, incluido el VIH.

Incluir todos los registros médicos, excepto los siguientes elementos seleccionados:

Enviar/obtener solo los siguientes elementos seleccionados:

Nota para otras oficinas médicas: Si la solicitud de registros debe enviarse a <_____>, agradeceríamos un resumen de estudios diagnósticos, informes de laboratorio, radiografías y cualquier otro dato pertinente.

Entiendo que mi autorización para divulgar/obtener información expirará en un (1) año. Entiendo que puedo retirar esta autorización por escrito en cualquier momento.

Firma: _____ **Fecha** _____

Testigo _____ Título _____ Fecha _____