

NEW HANOVER COUNTY HEALTH DEPARTMENT

Patient Registration

Reason for Visit: _____

Date: _____

Patient Name		Last	First	Middle	Previous Last Name
Date of Birth		Sex	Marital Status		Social Security Number
Race	Yes / No Hispanic	Preferred Language	Country of Birth		County of Residence
Street Address		City	State	Zip	Receive mail? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Mailing Address (Street / PO Box)		City	State	Zip	Receive mail? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Contact Phone Number		Yes / No Receive messages	Secondary Phone		
Emergency Contact Name: _____		Relationship to Patient: _____		Phone: _____	
For North Carolina Immunization Registry Identification:					
Mother's First Name: _____		Mother's Maiden Last Name: _____			

To ensure confidentiality, provide an identifying question and answer to verify your identity and/or the identity of someone with whom you have authorized us to share your protected information.

Question: _____ **Answer:** _____

CONSENT FOR EXAMINATION AND TREATMENT

I hereby give consent to New Hanover County Health Department (NHCHD) and its designated personnel for examination, ordering of appropriate laboratory tests (to include HIV, Gonorrhea, Chlamydia and Syphilis testing as indicated), diagnostic procedures, immunizations, pregnancy testing, prescribing medications, and treatments. These treatments and procedures will be explained to me and I will have the opportunity to ask questions regarding advantages, alternatives and possible side effects. These questions will be answered to my satisfaction for this consent to remain valid.

_____ <i>Signature of Patient or Authorized Representative</i>	_____ <i>Relationship of Authorized Representative</i>	_____ <i>Date</i>
---	---	----------------------

PERMISSION TO USE AND DISCLOSE PATIENT HEALTH INFORMATION

I hereby acknowledge I received a copy of, or opportunity to read, NHCHD Notice of Privacy Practices and understand I may contact the NHCHD Privacy Officer with questions about the content of this notice.

_____ <i>Signature of Patient or Authorized Representative</i>	_____ <i>Relationship of Authorized Representative</i>	_____ <i>Date</i>
---	---	----------------------

Do you have Insurance/Medicare/Medicaid? Yes No

Do you want us to bill? Yes No

INSURANCE INFORMATION (if applicable)

_____ Subscriber (Policy Holder) Name	_____ Subscriber Date of Birth	_____ Subscriber Social Security Number (Tricare/Champus Only)
--	-----------------------------------	--

Authorization and Assignment of Benefits

I request payment of authorized Medicaid/Medicare/3rd Party Payor benefits be made on my behalf to NHCHD for any services provided. I authorize NHCHD to release any medical information to determine these benefits payable for related services. I understand my signature will serve as legal "signature on file" for purposes of filing my insurance claims and benefits payments to NHCHD. I understand my insurance company will send an Explanation of Benefits (EOB) to the address provided above when any claims are processed for services provided. I understand NHCHD will forward my Medicaid/Medicare/3rd Party Payor information to private laboratories contracted with NHCHD for processing of outsourced laboratory testing and the private laboratory will bill directly for these services. Payment for denied claims, deductible amounts, and/or co-insurance will be my responsibility. I agree to repay NHCHD any money I receive from insurance for services NHCHD provided me. I further agree that failure to repay assigned insurance benefits to NHCHD may be reason for denial or restriction of future services until such amounts are repaid.

_____ <i>Signature of Patient or Authorized Representative</i>	_____ <i>Relationship of Authorized Representative</i>	_____ <i>Date</i>
---	---	----------------------

DEPARTAMENTO DE SALUD DEL CONDADO DE NEW HANOVER

Registración de Pacientes

Razón de la Consulta: _____

Date: _____

Nombre del Paciente	Apellido	Primer nombre	Segundo Nombre	Apellido anterior
Fecha de Nacimiento	Sexo	Estado Civil	Numero de Seguro Social (si lo tiene)	
Raza	Si / No Hispano	Que Idioma Prefiere	En qué País Nació	En que Condado Vive
Puede Recibir Correspondencia ? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No				
Dirección	Ciudad	Estado	Código Postal	
Puede Recibir Correspondencia? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No				
Dirección Donde Recibe Correspondencia(Calle / PO Box)		Ciudad	Estado	Código Postal
Numero de Teléfono	Si/No	Puede Recibir Mensajes	Segundo Número de Teléfono	
Información Del Contacto de Emergencia: _____		Relación con el Paciente: _____		Teléfono: _____
Para Identificación del Registro de Vacunas de Carolina del Norte:				
Primer Nombre de la Mama: _____		Apellido de Soltera de la Mama: _____		

Para Asegurar Confidencialidad, proporcíenosen una pregunta y la respuesta correspondiente para verificar su identidad y/o la identidad de la persona a la cual usted ha autorizado para nosotros compartir su información protegida.

Pregunta: _____ **Respuesta:** _____

AUTHORIZACIÓN PARA EXAMINACIÓN Y TRATAMIENTO

Yo le concedo al Departamento de Salud del Condado de New Hanover (NHCHD) y a su personal designado mi permiso para examinación, ordenar pruebas de laboratorio (incluyendo la prueba de VIH, Gonorrea, Clamidia y Sífilis así como es indicado), procedimientos de diagnósticos, vacunas, pruebas de embarazo, recetar medicamentos y tratamientos. Se me explicaran estos tratamientos y procedimientos y tendré la oportunidad de hacer preguntas acerca de las ventajas alternativas y posibles efectos secundarios. Estas preguntas serán contestadas a mi satisfacción para que este consentimiento permanezca valido.

<i>Firma del Paciente o Representante Autorizado</i>	<i>Relación de la Personal Autorizada</i>	<i>Fecha</i>
--	---	--------------

PERMISO PARA USAR Y COMPARTIR INFORMACION DE LA SALUD DEL PACIENTE

Por medio de la presente reconozco que he recibido una copia, o la oportunidad de leer, una copia del formulario de Aviso de las Practicas de Privacidad del NHCHD y entiendo que puedo contactar al Oficial de la Privacidad del NHCHD con preguntas acerca del contenido de este Aviso.

<i>Firma del Paciente o Representante Autorizado</i>	<i>Relación de la Personal Autorizada</i>	<i>Fecha</i>
--	---	--------------

Tiene usted Seguro Médico, Medicare o Medicaid? Si No Quiere que le mandemos el cobra a su seguro médico? Yes No

INFORMACIÓN DEL SEGURO MÉDICO (Si es aplicable)

Nombre del Suscriptor (Persona que está en póliza)	Fecha de Nacimiento del Suscriptor	Seguro Social del Suscriptor (Tricare/Champus solamente)
--	------------------------------------	---

Authorization and Assignment of Benefits

Yo solicito que el pago autorizado de los beneficios de Medicaid/Medicare/Tercer parte se haga de mi Parte al Departamento de Salud del Condado de New Hanover (NHCHD) por cualquier servicio dado. Yo autorizo a cualquier persona que tenga información médica (incluyendo información sobre el VIH/Abuso de sustancias/Datos de salud mental y social) a dar mi información a la Administración Financiera del Cuidado de la Salud (HCFA) y sus agentes, cualquier información necesaria para determinar los beneficios pagables para los servicios relacionados.

Yo entiendo que mi firma servirá como firma legal "firma en archivo" con el propósito de llenar los reclamos del seguro o mandarle el cobra a la compañía de seguro y pago de beneficios al NHCHD por los servicios prestados. Yo entiendo que mi compañía de seguros enviara una explicación de beneficios (EOB) a la dirección dada en la forma HCFA al ser procesadas por los servicios dados.

Yo entiendo que el Departamento de Salud del Condado de New Hanover le enviara mi información de Medicaid/Medicare/Tercer parte a los laboratorios privados contratados por NHCHD para procesar los cargos de los exámenes de laboratorio. Los laboratorios privados enviaran el cobra por los servicios directamente a la compañía de seguros. Las facturas que no son pagadas por el seguro médico, deducibles, y cantidades de co-seguro serán la responsabilidad del paciente. Yo estoy de acuerdo de repagar al NHCHD cualquier cantidad de dinero que yo reciba de mi seguro por los servicios obtenidos en el Departamento de Salud. También estoy de acuerdo que al no repagar por los servicios pagados por la compañía de seguro al Departamento de Salud será razón para negarme futuros servicios hasta que la cantidad sea pagada.

<i>Firma del Paciente o Representante Autorizado</i>	<i>Relación de la Personal Autorizada</i>	<i>Fecha</i>
--	---	--------------