

# NEW HANOVER COUNTY HEALTH DEPARTMENT

## Patient Registration

Patient Last Name	Patient First Name	Patient Middle Name	Previous Last or Maiden Name
Date of Birth	Country of Birth	County of Residence	Social Security Number
<b>Race:</b> <input type="checkbox"/> Asian <input type="checkbox"/> Black/African American <input type="checkbox"/> American Indian/Alaskan Native <input type="checkbox"/> Native Hawaiian/Pacific Islander <input type="checkbox"/> White <input type="checkbox"/> Declined <b>Ethnicity:</b> <input type="checkbox"/> Not Hispanic/Latino <input type="checkbox"/> Hispanic <input type="checkbox"/> Declined <b>Gender at Birth:</b> <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female <input type="checkbox"/> Declined <b>Current Gender Identity:</b> <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female <input type="checkbox"/> Female to Male <input type="checkbox"/> Male to Female <input type="checkbox"/> Gay Queer <input type="checkbox"/> Other <input type="checkbox"/> Declined <b>Marital Status:</b> <input type="checkbox"/> Single <input type="checkbox"/> Married <input type="checkbox"/> Divorced <input type="checkbox"/> Widowed <input type="checkbox"/> Separated <input type="checkbox"/> Declined <b>Homeless:</b> <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Declined <b>Migrant Farm Worker:</b> <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Declined <b>Seasonal Farm Worker:</b> <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Declined <b>Smoking Status (13 and older patients only):</b> <input type="checkbox"/> Every day smoker <input type="checkbox"/> Some day smoker <input type="checkbox"/> Never smoker <input type="checkbox"/> Former smoker <input type="checkbox"/> Heavy tobacco smoker <input type="checkbox"/> Light tobacco smoker <input type="checkbox"/> Declined <div style="text-align: right;"><b>Receive mail?</b> <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No</div>			
Street Address	City	State	Zip
Mailing Address (Street / PO Box)	City	State	Zip
Contact Phone Number	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Receive messages	Emergency Contact	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.

\_\_\_\_\_  
**Signature of Patient or Authorized Representative**                      **Relationship of Authorized Representative**                      **Date**

### 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.

\_\_\_\_\_  
**Signature of Patient or Authorized Representative**                      **Relationship of Authorized Representative**                      **Date**

Do you have Insurance/Medicare/Medicaid/Healthchoice?  Yes  No      Do you want us to bill your insurance?  Yes  No

### INSURANCE INFORMATION (if applicable)

\_\_\_\_\_  
**Subscriber (Policy Holder) Name**                      **Subscriber Date of Birth**                      Subscriber Social Security Number  
(Tricare/Champus Only)

I request the payment of authorized Medicaid / Medicare / 3<sup>rd</sup> Party Payor benefits, to include those with associated Health Reimbursement Arrangement (HRA) and Health Savings Account (HSA) plans, be made on my behalf to New Hanover County Health Department (NHCHD) for any services provided. I authorize any holder of medical information (to include HIV information / Substance Use / Mental Health and Social Data) about me to release to the Health Care Financing Administration (HCFA) and its agents any information needed to determine these benefits payable for related services. I understand that my signature will serve as legal "signature on file" for purposes of filing my insurance claims and payment of benefits to the NHCHD for services rendered. I understand that my insurance company will send an Explanation of Benefits (EOB) to the address provided on the HCFA form when any claims are processed for services provided. I understand that the NHCHD will forward my Medicaid/Medicare/3<sup>rd</sup> Party Payor information to private laboratories contracted with the NHCHD for processing of outsourced laboratory testing. The private laboratory will bill directly for these services. Payment for denied claims, deductible amounts, and/or co-insurance will be the responsibility of the patient. I agree to repay the NHCHD any money I received from insurance for services that the NHCHD provided for me. I further agree that failure to repay assigned insurance benefits to the NHCHD may be reason for denial or restriction of future services until such amounts have been repaid.

\_\_\_\_\_  
**Signature of Patient or Authorized Representative**                      **Relationship of Authorized Representative**                      **Date**

# DEPARTAMENTO DE SALUD DEL CONDADO DE NEW HANOVER

## Registración de Pacientes

Apellido completo del paciente		Primer nombre del Paciente		Segundo Nombre de Paciente	
Fecha de Nacimiento	En qué País Nació	Condado de residencia	Numero de Seguro Social	Que Idioma Prefiere	
Raza: <input type="checkbox"/> Asiatico <input type="checkbox"/> Raza Negra o Afro Americano <input type="checkbox"/> Indio Americano/Alaskan Native <input type="checkbox"/> Nativo Hawaiano/Isleño del Pacifico <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Prefiero no responder					
Etnicidad: <input type="checkbox"/> No es hispano/latino <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> Prefiero no responder			Género al nacer: <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Prefiero no responder		
Identidad de género actual: <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Mujer a hombre <input type="checkbox"/> hombre a mujer <input type="checkbox"/> Homosexual gay <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Prefiero no responder					
Estado civil: <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Separado(a) <input type="checkbox"/> Prefiero no responder			Sin hogar: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Prefiero no responder		
Trabajador agrícola migrante: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Prefiero no responder		Trabajador agrícola por temporada: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Prefiero no responder			
Estado de fumador (solo para pacientes mayores de 13 años): <input type="checkbox"/> Fumar todos los días <input type="checkbox"/> Algunas veces <input type="checkbox"/> Nunca he fumado <input type="checkbox"/> Ex fumador <input type="checkbox"/> Fumo mucho <input type="checkbox"/> Fumo poco <input type="checkbox"/> Prefiero no responder					
Dirección de donde vive				Ciudad	
				Estado	
				Código Postal	
				Puede Recibir Correspondencia? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Dirección Donde Recibe Correspondencia(Calle / PO Box)				Ciudad	
				Estado	
				Código Postal	
				Puede Recibir Correspondencia? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Numero de Teléfono		Puede Recibir Mensajes		Nombre Del Contacto de Emergencia:	
				Teléfono:	

**Para Identificación del Registro de Vacunas de Carolina del Norte:**

Primer Nombre de la Mama del Paciente: \_\_\_\_\_ Apellido de Soltera de la Mama del paciente: \_\_\_\_\_

Para Asegurar Confidencialidad, proporciónenos 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.

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

### 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.

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

Tiene usted Seguro Médico, Medicare o Medicaid/HealthChoice?  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)
----------------------------------------------------	------------------------------------	----------------------------------------------------------

Yo solicito que el pago autorizado de los beneficios de Medicaid/Medicare/Tercer parte, incluyendo los que estas asociados con Health Reimbursement Arrangement (HRA) y Health Savings Account (HSA), 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 medica (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 cobro 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 cobro 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.

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