

FCMC is a community health center and all information is requested for statistical purposes. All information is strictly confidential to the full extent permitted by law. The information requested allows FCMC to evaluate each client for eligibility programs. Please answer as fully as possible and feel free to ask questions.

FCMC es un centro de salud de la comunidad y toda la información se solicita para fines estadísticos. Esta información es estrictamente confidencial en la medida permitida por la ley. La información solicitada por FCMC ayuda a evaluar a cada cliente para programas de elegibilidad.

**PATIENT REGISTRATION/REGISTRO DE PACIENTES**

**TODAY'S DATE/FECHA DE HOY:** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ **DATE OF BIRTH/ FECHA DE NACIMIENTO:** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**Last Name/ Apellido:** \_\_\_\_\_ **First Name/Primer Nombre:** \_\_\_\_\_

**Middle Name/ Segundo Nombre:** \_\_\_\_\_ **SSN Number:** \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

**Address/Dirección:** \_\_\_\_\_ **APT:** \_\_\_\_\_

**City/ Ciudad:** \_\_\_\_\_ **State/Estado:** \_\_\_\_\_ **Zip code/Código Postal :** \_\_\_\_\_

**Cell phone #/Número de Teléfono Celular:** \_\_\_\_\_ **Home phone #/ Número del Teléfono de Casa:** \_\_\_\_\_

**E-Mail/ Correo electrónico:** \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

**Marital Status/Estado Civil:**  Single/Soltero (a)  Married/Casado (a)  Partner/Unión Libre  
 Divorce/Divorciado (a)  Widowed/Viudo (a)  Other \_\_\_\_\_

**Gender Identity/Genero de Identidad:**  
 Female/Femenino  Male/Masculino  Transgender (Male->Female)/Transgenero (Masculino>Femenino)  
 Transgender (Female->Male)/Transgenero (Femenino>Masculino)  Others/Otros

**Sexual Orientation/Cuál es su oración sexual:**  
 Straight/Heterosexual  Gay/Lesbian/Gay/ Lesbiana  Bisexual/Bisexual  Others/Otros  Undecided (Don'tKnow)/Indeciso

**Do you need a Translator/Necesita un traductor?**  Yes/Si  No/No

**What is your preferred language/Cuál es su lenguaje preferido?**  English/Ingles  Spanish/Español  Other/Otro \_\_\_\_\_

**Emergency contact (other than your phone number listed above)/Contacto de Emergencia (Otro Número de teléfono que es diferente al que usted ha mencionado anteriormente)**

**Name/ Nombre:** \_\_\_\_\_ **Relationship/Relacion:** \_\_\_\_\_ **Phone:** \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

**Preferred Pharmacy/ Farmacia Preferida**

Walgreens  CVS  HEB  Wal-Mart/Sam's Club  Ashford Pharmacy  Kroger  Other/ Otro \_\_\_\_\_

**Street Intersections: (example: S. Dairy Ashford and Brant Rock)/Intersecciones de las calles:**

\_\_\_\_\_ and \_\_\_\_\_

**Pharmacy Phone/ Número de Teléfono de la farmacia:** \_\_\_\_\_ **Pharmacy Zip Code/Código Postal de la Farmacia:** \_\_\_\_\_

**Insurance Information/ Información de su Seguro Medico**

None/Ninguna  Medicaid  Medicare  CHIP  Private insurance/Seguro Privado  Market place  Other \_\_\_\_\_

<u>Insurance Name/Nombre del Seguro de Salud</u>	<u>Member ID #/Numero de miembro:</u>	<u>Group Number/ Numero de grupo</u>	<u>Policy Holder's Name/ Beneficiario Primario</u>	<u>Policy Holder's DOB/ Fecha de Nacimiento del Beneficiario</u>

**Due to the Privacy Act Bill/ Debido a la Factura de la Ley de Privacidad:** If you would like us to disclose any medical information to your family members, you must state their full name and sign below./ Si usted quisiera revelar información médica a miembros de su familia, debe indicar su nombre completo y firmar abajo

Name/Nombre: \_\_\_\_\_

Phone Number/Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Relationship/Relación: \_\_\_\_\_

Patient's Signature/Firma del paciente: \_\_\_\_\_

## Demographic Data/ Información Demográfica

**Race (Mark all that applies)/Raza (Por favor seleccione todos los que califican):**

- American Indian or Alaska Native/Indio Americano o Nativo de Alaska   
  Asian/Asiático   
  Black/Negro  
 Native Hawaiian/Hawaiano Nativo   
  Pacific Islanders/Polynesia   
  White/Blanco  
 More than one Race/Más de una raz: \_\_\_\_\_ and/y \_\_\_\_\_   
  Refuse to answer/Me niego a responder

- Ethnic Group/Grupo étnico:**   
 Hispanic or Latino/Hispano o Latino   
 Native African/Africano Nativo   
 Caribbean/Caribe  
 African American/Africano Americano   
 Middle Eastern/Medio Este   
 South Asian/Sudeste Asiático   
 None Listed/No Mencionado

- Country of Birth/País de Origen?**   
 USA   
 Afghanistan   
 Albania   
 Burma   
 China   
 Colombia   
 Cuba   
 Cambodia  
 Egypt   
 El Salvador   
 Guatemala   
 Honduras   
 Iran   
 Iraq   
 Jordan   
 Lebanon  
 Mexico   
 Myanmar   
 Nigeria   
 Syria   
 S. Korea   
 Vietnam   
 Other \_\_\_\_\_

**Employment Status/Estatus de Empleado:**

- Full time/Tiempo completo   
 Part time/Medio tiempo   
 Self Employment/ Trabaja por su cuenta  
 Retired/Retirado   
 Unemployed/Sin empleo

- Student Status/Estatus de estudiante:**   
 Full time/Tiempo completo   
 Part time/Tiempo Medio   
 Not in School/No estoy estudiando

**Are you a U.S. Veteran/Es usted un Veterano de los estados Unidos?**   
 Yes/Sí   
 No

**Are you a Seasonal Farm Worker/Es usted un trabajador agrícola estacional?**   
 Yes/Sí   
 No

**Are you a Migrant Farm Worker/Es usted un trabajador agrícola migrante?**   
 Yes/Sí   
 No

**Are you in Public Housing/Esta usted viviendo en una casa publica?**   
 Yes/Sí   
 No

**Are you a Refugee/Es usted un Refugiado?**   
 Yes/Sí   
 No

**Are you a U.S Citizen/Es usted un Ciudadano (a) Americano (a)?**   
 Yes/Sí   
 No

**Are you Pregnant/Está usted embarazada?**   
 Yes/Sí   
 No (If “Yes” pregnant, do you need help?  Yes/Sí  No)

**Are you homeless/Es usted un desamparado?**   
 Yes/Sí   
 No

- If “Yes”, where are you living/Si usted lo es, adonde vive?   
 Shelter/En un refugio   
 Street/En la calle  
 Transitional Housing/Vivienda de transición   
 Doubling Up/Conjunto   
 Other/Otro \_\_\_\_\_

**Within the last 12 months, did you worry that your food would run out before you got money to buy more/ En los últimos 12 meses, usted se preocupo de que su comida se iba a terminar antes de que usted obtuviera dinero para comprar más??**   
 Yes/Sí   
 No

**Within the last 12 months, the food you bought didn’t last and you didn’t have money to get more/En los últimos 12 meses, usted compró comida que no le duro por mucho tiempo y usted no tenía dinero para comprar más?**   
 Yes/Sí   
 No

**What county do you live in?/ En que condado vive?**   
 Harris   
 Fort Bend   
 Other/Otro \_\_\_\_\_

**Federal Poverty Level (FPL) assessment/Evaluación Federal de Nivel de Pobreza.**

**You may receive a discount if you qualify.**

Family Size/Número de miembros en la familia: \_\_\_\_\_ Total Household Monthly Income/Ingreso Mensuales del hogar: \$ \_\_\_\_\_  
 (Yourself, Spouse, & Children/(Usted, esposo (a), e hijos (as))

**How did you hear about us?/Como Escucho Acerca De La Clínica**

- Family/Friends/Familiar/Amigo   
 Radio /TV   
 Community Event/Evento Comunitario   
 Other \_\_\_\_\_

**May we send you reminders & health messages via text? (You may opt out anytime by notifying FCMC staff)**  
**Podemos enviarle recordatorios y mensajes de salud a través de un mensaje de texto? (Puede optar por no pero por favor notifique al personal de la clínica).**

- Yes/Sí   
 No



**FCMC CONSENTS/AUTORIZACION PARA TRATAMIENTO MEDICO E INFORMACION**

I authorize FCMC and medical employees to administer medical services that may reasonably be deemed necessary in diagnosing and treating my illness/injury.

Yo autorizo a FCMC y el personal médico para administrar servicios médicos que razonablemente se consideren necesarios en el diagnóstico y el tratamiento de mi enfermedad o lesión.

FCMC is required by federal law to report my name, address, treatment and other information to the City of Houston Department of Health & Human Services and other Health Authorities for persons that have communicable disease to ensure successful treatment of patients. FCMC está obligada por la ley federal de reportar nombre, dirección, tratamiento y otra información al Departamento de la Ciudad de Houston y Servicios Humanos o otras autoridades de salud, a las personas que tienen enfermedades contagiosas para garantizar el éxito del tratamiento de los pacientes.

I acknowledge that FCMC has made available to me a copy of their Privacy Practices, along with Client Rights and Responsibilities, which explains how the patient health information will be handled in different situations.

Yo reconozco que FCMC proporciona una copia de las prácticas de privacidad, junto con los derechos de los clientes y responsabilidades, en la cual se explica como la información de salud de los pacientes será manejada en diferentes ocasiones.

I grant FCMC permission to collect all payments from Medicaid, Medicare or other third party insurance for medical services provided. I understand that I am responsible for any deductibles, co-pays or any services that my insurance does not cover.

Yo doy permiso a FCMC de cobrar todos los pagos de Medicaid, Medicare, u otro seguro de responsabilidad civil por los servicios médicos prestados. Yo entiendo que soy responsable de los deducibles, copagos, o cualquier servicio que mi seguro no cubre.

I understand that HOPE Clinic only use E-Prescribing therefore my prescriptions and prescriptions refill will be handle electronically. Yo entiendo que la Clínica HOPE solo utiliza recetas electrónicas, por lo tanto mis recetas y mis prescripciones de recarga serán manejadas electrónicamente.

I understand that providing FCMC with a history of my current and past prescriptions will assist the clinic to confirm the safety of my prescriptions and to decrease dangerous interactions with any other medications I may be taking.

Yo entiendo que es importante dar a FCMC con una historia completa de todas las medicinas pasadas y presentes. Eso ayudaran a la clínica a confirmar la seguridad de mis medicinas y disminuirá las interacciones peligrosas con cualquier otra medicación que yo esté tomando..

I give FCMC permission to establish contact with me through the patient portal. I understand that the method of communication can include text messages, emails and phone calls.

Yo doy permiso a FCMC a que establezca contacto conmigo por medio del portal del paciente. Yo entiendo que el método de comunicación puede incluir mensajes de textos, correos electrónicos, y llamadas telefónicas.

By signing this document, I notify that I have read and understand each section, I will ask for additional information if needed. Al firmar este documento, yo notifico que he leído y entendido cada sección. Yo preguntare por información adicional si es necesario.

**I understand that these consents shall remain active until I withdraw my consent in writing at any time.**

**Yo entiendo que estos consentimientos van a permanecer activos hasta que yo de una orden por escrito de cancelarlos cuando yo considere que sea conveniente.**

**Patient Name/Nombre del Paciente**

**Patient Initials/Iniciales del Paciente**

**Signature of Patient or Parents/Guardian or Power of Attorney**

**Date/ Fecha del día de hoy**

**Firma del Paciente o de los padres/Tutor Legal**

\_\_\_\_\_

**Childs' Name/Nombre del niño (a)** \_\_\_\_\_

1. Are you the legal guardian/Es usted el Tutor Legal?  Yes/Sí  No  
 2. Is the other biological parent involved in the child's care?  Yes/Sí  No  
 Es el otro padre biológico involucrado en el cuidado del niño(a)?

**Parents or Legal Guardian Information/ Información de los padres o tutores legales**

<input type="checkbox"/> Mother/Mama	<input type="checkbox"/> Father/Papa	<input type="checkbox"/> Legal Guardian/Tutor Legal
<b>First Name/ Primer Nombre:</b> _____	<b>First Name/ Primer Nombre:</b> _____	<b>First Name/ Primer Nombre:</b> _____
<b>Last Name/ Apellido:</b> _____	<b>Last Name/ Apellido:</b> _____	<b>Last Name/ Apellido:</b> _____
<b>Date of Birth/Fecha de nacimiento:</b> _____/_____/_____	<b>Date of Birth/Fecha de nacimiento:</b> _____/_____/_____	<b>Date of Birth/Fecha de nacimiento:</b> _____/_____/_____
<b>SSN:</b> _____-_____-_____	<b>SSN:</b> _____-_____-_____	<b>SSN:</b> _____-_____-_____
<b>Tel Number/Número de teléfono:</b> _____-_____-_____	<b>Tel Number/Número de teléfono:</b> _____-_____-_____	<b>Tel Number/Número de teléfono:</b> _____-_____-_____

**Authorization for Non-Legal Guardian/Autorización de los que no son tutores legales**

Provide the name(s) of individuals whom you authorize to bring your child to the doctor in case you are not Available to bring him/her ex: Step-parents, grandparents, brothers, sisters etc).ID will be ask please list their name as it appear on their ID.

Por favor provea el nombre de las personas que pueden traer a su hijo (a) en caso de que usted no lo pueda traer. Ejemplo: Padrastro, madrastra, abuelos, hermanos (as). Se pedirá identificación, le pedimos de poner el nombre del apersona autorizada tal como aparece en la identificación, para evitar retrasos.

Name/Nombre: \_\_\_\_\_ Phone #/ # de teléfono \_\_\_\_\_ Relationship/Relación: \_\_\_\_\_

Name/Nombre: \_\_\_\_\_ Phone #/ # de teléfono \_\_\_\_\_ Relationship/Relación: \_\_\_\_\_

Name/Nombre: \_\_\_\_\_ Phone #/ # de teléfono \_\_\_\_\_ Relationship/Relación: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**Name of Parents, Guardian or Power of Attorney**  
**Nombre del padre o tutor legal**

\_\_\_\_\_  
**Initials of Parents, Guardian or Power of Attorney**  
**Iniciales del padre o tutor legal**

\_\_\_\_\_  
**Signature of Parents/Guardian or Power of Attorney**  
**Firma del padre o tutor legal**

\_\_\_\_\_  
**Date/Fecha de día de hoy**

## FCMC Appointment Policy

We appreciate the trust you have placed in us to be your mental healthcare provider. To ensure that we have a good relationship, we stress the importance of keeping all scheduled appointments that have been reserved for you with our providers.

- Please arrive at least 20 minutes early to take care of any outstanding business.
- If you arrive 15 minutes late (or more) to an appointment, you will be asked to reschedule and your appointment will be considered a No Show appointment.
- Reminder Calls are a courtesy provided to assist patients in keeping their scheduled appointments.

**Cancellations:** If you need to cancel a scheduled appointment, please call FCMC 24 hours in advance to avoid being considered a No Show.

- Failure to cancel an appointment within 24 hours will result in a No Show appointment.
- Missing a scheduled appointment without calling will result in a No-Show appointment.

**No-Shows:** Patients that fail to keep or cancel their appointments three times in a 12-month period or five times for children under the age 18 may be prevented from scheduling future appointments for a period of six months and will be seen on a same-day or walk-in basis only.

For mental health appointments, no-showing three scheduled appointments in a row or three appointments within six months at FCMC will result in a scheduling hold being placed on your account. This means you will not be able to schedule a mental health appointment for six months.

I have read and understand the above information:

---

Patient/Parent/Guardian Signature

---

Date

## Política de citas en FCMC

Apreciamos la confianza que ha depositado en nosotros para ser su proveedor de atención médica mental. Para asegurar que tengamos una buena relación, enfatizamos la importancia de cumplir con todas las citas programadas que han sido reservados para usted con nuestros proveedores.

Llegue por lo menos 20 minutos antes para ocuparse de cualquier negocio excepcional.

Si llega 15 minutos tarde (o más) a una cita, se le pedirá que re programe y su cita será considerada una cita de No Show.

Las llamadas de recordatorio son una cortesía que se brinda para ayudar a los pacientes a mantener sus citas.

**Cancelaciones:** Si necesita cancelar una cita programada, llame a FCMC 24 horas de anticipación para evitar ser considerado un No Show.

- Si no cancela una cita dentro de las 24 horas, tendrá como resultado una cita No Show.
- La falta de una cita programada sin llamar resultará en una cita de No-Show.

**Si no se presenta:** Los pacientes que no asisten o cancelan sus citas tres veces en un período de 12 meses o cinco veces para los niños menores de 18 años se les puede impedir programar citas futuras para un período de seis meses y se verá solo en el mismo día o sin cita.

Para citas de salud mental, no asistir a tres citas programadas seguidas o tres citas dentro de los seis meses en FCMC resultarán en una suspensión de la programación que se colocará en tu cuenta. Esto significa que no podrá programar una cita de salud mental por seis meses.

He leído y comprendido la información anterior:

---

Firma del paciente / padre

Fecha



Patient Authorization for Greater Houston Healthconnect

Freedom Community Medical Clinic participates in Healthconnect, a non-profit organization that provides a secured electronic network for Healthconnect participants, including doctors' offices, hospitals, labs, pharmacies, radiology centers and payers of health claims such as health insurers to share your protected health information. ("PHI") A list of current Healthconnect participants is available at www.ghhconnect.org. When you join Healthconnect, your doctors can electronically search all Healthconnect participants for your PHI and use it while treating you. Healthconnect does not change who gets to see your information—it allows your information to be shared in a new way. All Healthconnect participants must protect your privacy in accordance with state and federal laws.

Your treatment and eligibility for benefits will not be affected in any way should you choose not to join Healthconnect.

By signing this Authorization, you agree that Healthconnect and its current and future participants may use and disclose your protected health information electronically through Healthconnect for the limited purposes of treatment, payment and health care operations. You understand that Healthconnect may connect to other health information exchanges in Texas and across the country that also must protect your privacy in accordance with state and federal laws, and you authorize Healthconnect to share your information with those exchanges for the same limited purposes.

Your health information that may be shared through Healthconnect includes:

- Diagnosis (disease or problem)
• Clinical summaries of treatment and copies of documents in your medical record
• Results of lab tests, x-rays and other test
• Medication (current and in the past)
• Personal information such as name, address, telephone number, gender, ethnicity and age
• Names of providers and dates of services
• Alcohol, drug abuse, mental and behavioral health treatment
• HIV/Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS) test results and treatment
• Hepatitis B or C test results and treatment
• Genetic test results and treatment
• Genome information, if provided
• Family medical history, if provided

This authorization remains in effect unless and until you revoke it. You can revoke this authorization at any time by giving written notice to any healthcare provider who participates in Healthconnect. Your revocation will be effective within three (3) days. You understand that revoking this authorization does not impact PHI previously shared when your authorization was in effect.

Patient Name: \_\_\_\_\_

Signature of Authorized Person: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Name (if different from Patient): \_\_\_\_\_ Relationship to Patient: \_\_\_\_\_

Initial here if you do NOT want your providers to see your records through Healthconnect. \_\_\_\_\_

Freedom Community Medical Clinic miembro de Healthconnect, una organización sin fines de lucro que provee una red electrónica segura para que sus miembros, entre los que se cuentan consultorios médicos, hospitales, laboratorios, centros de radiología y pagadores de reclamos de salud tales como las compañías aseguradoras, puedan compartir su Información Médica Protegida (PHI) de manera confiable. La página [www.ghhconnect.org](http://www.ghhconnect.org) contiene una lista actualizada de los miembros de Healthconnect. Cuando Ud. se hace miembro de Healthconnect, los médicos pueden acceder a su PHI por medios electrónicos y utilizarla mientras Usted. está en tratamiento. Healthconnect no determina quien tiene acceso a sus registros pero permite que su información sea compartida de otra forma. Todos los miembros de Healthconnect deben proteger la privacidad de su información según las leyes estatales y federales.

Si Ud. decide no afiliarse a Healthconnect, su tratamiento y elegibilidad para los beneficios no se verán afectados.

Al firmar esta autorización, Ud. está de acuerdo con que Healthconnect y sus miembros actuales y futuros utilicen y divulguen de manera electrónica su Información Médica Protegida solo en casos de actividades relacionadas con tratamientos, pagos y atención médica. Usted entiende que Healthconnect puede conectarse con otros miembros para intercambiar Información Médica en Tejas y el resto del país los cuales también deben proteger la privacidad de su información según las leyes estatales y federales. Ud. también autoriza a Healthconnect para que comparta su información con otros miembros con los mismos fines limitados.

La información médica que puede ser compartida a través de Healthconnect comprende:

- Diagnósticos (síntomas o enfermedades)
- Resúmenes de tratamientos clínicos y copias de documentos de sus registros médicos
- Resultados de exámenes de laboratorio, rayos X y otros exámenes
- Medicinas (actuales y anteriores)
- Información personal tales como nombre, dirección, número de teléfono, género, etnicidad y edad
- Nombres de proveedores de salud y fechas de servicios
- Tratamientos de salud mental, abuso de drogas y bebidas alcohólicas y tratamientos y resultados de exámenes sobre el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA)/HIV (AIDS)
- Tratamiento y resultados de exámenes de Hepatitis B o C
- Tratamiento y resultados de exámenes genéticos
- Información de genoma en caso de ser proporcionada
- Historia médica familiar en caso de ser proporcionada

Esta autorización es válida hasta que Ud. la cancele. Puede cancelarla en cualquier momento notificándolo por escrito a cualquiera de los proveedores de salud miembros de Healthconnect. La cancelación tendrá efecto a los tres (3) días de su notificación. Ud. entiende que esta cancelación no altera ninguna Información Médica Protegida previamente intercambiada mientras su autorización estaba vigente.

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Firma de la persona autorizada: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre (si no es el paciente): \_\_\_\_\_ Parentesco con el paciente: \_\_\_\_\_

Escriba sus iniciales si Ud. no desea que sus proveedores vean sus registros a través de Healthconnect. \_\_\_\_