

SCHOOL:
GRADE:

Email address: _____

First: _____ Middle: _____ Last: _____

Other name you are known by: _____ Please circle one: Sr., Jr., II, III

DOB: ____/____/____ SSN: ____/____/____ Primary Language: _____

Address: _____ City: _____ State: _____ Zip: _____

If patient is under 18, or is an adult with a conservator, please complete the following:

Parent Name: _____ Phone: _____

Parent Name: _____ Phone: _____

Guardian/Conservator Name: _____ Phone: _____

Relationship to Patient: _____

*** If the patient has a legal guardian or conservator, please discuss this information with our staff.**

Generations must be given the documents regarding the guardian or conservator as proof to consent to care and billing.

RACE – check all that apply		CONTACT INFORMATION	
Asian		Home phone: _____	
Black/African American		Cell phone: _____	
Native American/Alaskan Native		Work phone: _____	
Native Hawaiian		Email address: _____	
Pacific Islander		How do you want to receive appointment messages?	
White/Caucasian		Call: _____ Text: _____ Email: _____ All of these _____	

If there is an emergency and we can't reach you, may we call someone to have you call us? Yes ___ No ___

If yes, name of Emergency Contact: _____ Phone: _____

What is your relationship to this Emergency Contact? _____

Is there someone who you wish to allow us to talk to about your healthcare on an ongoing basis?

Yes ___ No ___ If yes, name: _____ ***If yes, please sign a consent form.**

Are you of Hispanic origin? (circle one)	Yes	No					
Gender at Birth: (circle one)	Male	Female					
Current Gender Identity: (circle one)	Male	Female	Transgender Male (Female to Male)	Transgender Female (Male to Female)	Other	Don't know	No answer
Sexual Orientation: (circle one)	Lesbian or Gay		Straight	Bisexual	Other	Don't know	No answer
Housing Status: (circle one)	Rent or Own	Shelter	Street	Temporarily staying with someone			
Some type of supportive or transitional housing program							

Do you have a Primary Care Provider outside of Generations? Yes ___ No ___

If yes, Provider Name: _____ Practice Name: _____

Primary Pharmacy Name: _____ Town: _____

Secondary Pharmacy Name: _____ Town: _____

Staff Initials: _____

GENERATIONS FAMILY HEALTH CENTER, INC. 2022-23 SBHC PATIENT INTAKE FORM

INSURANCE

We require that all insurance information be provided, including a copy of your insurance card. If you do not provide us with your insurance card and accurate information as requested below, you may be financially responsible for any service provided. Please provide ALL Insurance information regardless of the services rendered.

Medical Coverage	Primary Insurance	Secondary Insurance	Tertiary Insurance
Plan Name:			
Insurance ID:			
Group #:			
Subscriber Name:			
Subscriber's DOB			
Subscriber's Employer			
Relationship to insured			

Dental Coverage	Primary Insurance	Secondary Insurance	Tertiary Insurance
Plan Name:			
Insurance ID:			
Group #:			
Subscriber Name:			
Subscriber's DOB			
Subscriber's Employer			
Relationship to insured			

Behavioral Coverage	Primary Insurance	Secondary Insurance	Tertiary Insurance
Plan Name:			
Insurance ID:			
Group #:			
Subscriber Name:			
Subscriber's DOB			
Subscriber's Employer			
Relationship to insured			

Please circle applicable answers:

Marital Status	Single	Married	Divorced Widowed	Legally Separated
Employment status	Employed	Self-employed	Student	Unemployed
	Disabled	Retired		
If your insurance is through an employer or school, please list the company or school name below:				
<input type="checkbox"/> School <input type="checkbox"/> Employer				

How did you hear of Generations? Check one please:

Another patient	<input type="checkbox"/>	Radio	<input type="checkbox"/>	Facebook	<input type="checkbox"/>	Hospital	<input type="checkbox"/>
Family/Friend	<input type="checkbox"/>	Print Ad	<input type="checkbox"/>	Another Provider	<input type="checkbox"/>	Service Agency	<input type="checkbox"/>
Insurance	<input type="checkbox"/>	Website	<input type="checkbox"/>	School	<input type="checkbox"/>	Employee here	<input type="checkbox"/>
Television	<input type="checkbox"/>	Other:	<input type="checkbox"/>	If other, please explain:			

Patient Name: _____

Staff Initials: _____

ADDITIONAL INFORMATION

(We ask this information so we can better help you or your family with services.)

Are you a Veteran discharged from the U.S. Military? Yes _____ No _____

Do you work on a farm? Yes _____ No _____

If yes, farm name: _____

If yes, are you a "Seasonal Worker"? Yes _____ No _____

Are you here on a work visa? Yes _____ No _____

Are you here as a refugee from another country? Yes _____ No _____

If yes, name of country: _____

* If you answered yes to any of the questions above, we may be able to provide you with some assistance. Do you wish to hear more? Yes _____ No _____

CONSENT FOR TREATMENT AND BILLING

Please read the information below and sign/date your consent for treatment at SBHC to occur. We will always have contact with you prior to your child being seen for any service, but this written permission will assist the process when your child needs care. Dental care is provided by a Registered Dental Hygienist, and behavioral health care is provided by a licensed therapist (LCSW/LMFT/LPC/LMSW).

I give my permission to provide the following care for my child: (Please check each you are consenting to)

_____ DENTAL

_____ BEHAVIORAL HEALTH

1. I certify that the above information is the truth to the best of my knowledge.
2. I give consent to exam and treatment, by all qualified personnel at Generations, for the above named individual.
3. I hereby authorize Generations Family Health Center, Inc. to release to my insurance company any necessary information needed to file and expedite payment on my claim. I further assign any benefits payable on my behalf to Generations Family Health Center, Inc.
4. I understand I am financially responsible for any balance not covered by my insurance carrier.
5. I understand that I am responsible for any balance of payment and co-payments and they are to be paid at the time of service.
(We reserve the right to refer your account to a collection agency in certain circumstances)

Signature of Patient (or Responsible Party if Patient is under 18 years old)

Date: _____

GENERATIONS FAMILY HEALTH CENTER, INC. FORMULARIO DE ADMISIÓN 2022- 2023

1. Nombre: _____ 2. Nombre: _____ Apellido: _____

Otro nombre con el que se le conozca: _____ Marque una: Sr., Jr., II, III

F. de nac.: _____/_____/_____
Mes día año NSS: _____/_____/_____ Idioma primario: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ CP: _____

Si el paciente es menor de 18 o adulto bajo conservador, por favor complete lo siguiente:

Nombre del padre: _____ Teléfono: _____

Nombre de la madre: _____ Teléfono: _____

Nombre del tutor/conservador: _____ Teléfono: _____

Relación con el paciente: _____

*** Si el paciente está bajo tutela o conservador, infórmelo al personal.**

Generations debe recibir los documentos con relación al tutor o conservador como prueba de consentimiento para la atención y facturación.

Raza – marque las que apliquen	INFORMACIÓN DE CONTACTO
Asiática	Teléfono del Hogar: _____
Negro/Afroamericano	Teléfono móvil: _____
Indio Americano/Nativo de Alaska	Teléfono del Trabajo: _____
Nativo de Hawai	Correo electrónico: _____
Isleño del Pacífico	¿Cómo prefiere recibir mensajes con las citas? Llamada: _____ Texto: _____ Email: _____ Cualquiera _____
Blanco/Caucásico	

Si no podemos localizarlo en caso de emergencia, ¿podemos contactar a otra persona? Sí ___ No ___

Sí, nombre del contacto de emergencia: _____ Teléfono: _____

¿Cuál es su relación con esta persona? _____

¿Desea que mantengamos informada a alguna persona continuamente acerca de su salud?

Sí ___ No ___ Sí, nombre: _____ ***Debe firmar un formulario de consentimiento.**

¿Es de origen hispano? (marque una opción)	Sí	No						
Género al nacer (marque una opción)	Varón	Mujer						
Identidad de género actual (marque una opción)	Varón	Mujer	Transgénero masc. (Mujer a varón)	Transgénero fem. (Varón a mujer)	Otro	No sabe	No contesta	
Orientación sexual: (marque una opción)	Lesbiana o gay		Heterosexual	Bisexual		Otro	No sabe	No contesta
Situación de vivienda (marque una opción)	Renta o propio		Refugio	Calle	Se queda con alguien temporalmente			
	Algún tipo de programa de vivienda de apoyo o transición							

¿Tiene un proveedor primario de salud además de Generations? Sí ___ No ___

Sí, nombre del proveedor: _____ Centro de salud: _____

Farmacia principal: _____ Ciudad: _____

Farmacia secundaria: _____ Ciudad: _____

Iniciales del personal: _____

GENERATIONS FAMILY HEALTH CENTER, INC. FORMULARIO DE ADMISIÓN 2020

SEGURO

Debe proporcionarse toda la información referente al seguro, incluyendo una copia de su tarjeta del seguro. En caso de no proporcionar la tarjeta del seguro y la información precisa que se requiere a continuación, será económicamente responsable por cualquier servicio provisto. Por favor, proporcione TODA la información independientemente de los servicios prestados.

<u>Cobertura médica</u>	Cobertura primaria	Cobertura secundaria	Cobertura terciaria
Nombre del plan:			
ID de la aseguradora:			
Grupo #:			
Nombre del suscriptor:			
F. de nac. del suscriptor:			
Empleador del suscriptor:			
Relación con el asegurado			

<u>Cobertura dental</u>	Cobertura primaria	Cobertura secundaria	Cobertura terciaria
Nombre del plan:			
ID de la aseguradora:			
Grupo #:			
Nombre del suscriptor:			
F. de nac. del suscriptor:			
Empleador del suscriptor:			
Relación con el asegurado			

<u>Cobertura de s. mental</u>	Cobertura primaria	Cobertura secundaria	Cobertura terciaria
Nombre del plan:			
ID de la aseguradora:			
Grupo #:			
Nombre del suscriptor:			
F. de nac. del suscriptor:			
Empleador del suscriptor:			
Relación con el asegurado			

Marque las que correspondan:

Estado civil	Soltero	Casado	Divorciado Viudo	Legalmente separado
Situación laboral	Empleado	Independiente	Estudiante	Desempleado
	Discapacitado	Retirado		

Si su seguro es a través de una escuela o empleador, por favor escriba el nombre a continuación:

Escuela Empleador

¿Cómo conoció Generations? Marque una opción:

Otro paciente	<input type="checkbox"/>	Radio	<input type="checkbox"/>	Facebook	<input type="checkbox"/>	Hospital	<input type="checkbox"/>
Familiar/amigo	<input type="checkbox"/>	Anuncio impreso	<input type="checkbox"/>	Otro proveedor	<input type="checkbox"/>	Agencia de servicio	<input type="checkbox"/>
Aseguradora	<input type="checkbox"/>	Página web	<input type="checkbox"/>	Escuela	<input type="checkbox"/>	Empleado aquí	<input type="checkbox"/>
Televisión	<input type="checkbox"/>	Otro:	<input type="checkbox"/>	Especifique:			

Nombre del paciente: _____

Iniciales del personal: _____

GENERATIONS FAMILY HEALTH CENTER, INC. FORMULARIO DE ADMISIÓN 2020

(Solicitamos esta información para poder proporcionarle mejores servicios a usted y a su familia)

¿Es veterano del ejército de los Estados Unidos? Sí _____ No _____

¿Trabaja en una granja? Sí _____ No _____

Si respondió sí, ¿es trabajador temporal? Sí _____ No _____

¿Es un refugiado de otro país? Sí _____ No _____

Si respondió sí, nombre de la granja: _____

¿Tiene una visa de trabajo? Sí _____ No _____

Si respondió sí, nombre del país: _____

* Si contestó que sí a alguna de las preguntas anteriores, podríamos proporcionarle asistencia. ¿Quiere saber más?

Sí _____ No _____

CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO Y FACTURACIÓN

1. Declaro que la información proporcionada es verdad según mi leal saber y entender.
2. Doy consentimiento para que los individuos mencionados anteriormente sean examinados y tratados por el personal calificado de Generations.
3. Por la presente autorizo a Generations Family Health Center, Inc. a entregar a mi compañía aseguradora toda la información necesaria para que se tramite y expida el pago por mi reclamación. Cedo, además, cualquier beneficio pagadero a mi favor a Generations Family Health Center, Inc.
4. Comprendo que soy económicamente responsable por cualquier costo no cubierto por mi aseguradora.
5. Comprendo que soy responsable por cualquier saldo de pago y copago y que deben ser saldados al momento del servicio.
(Nos reservamos el derecho de remitir su cuenta a una agencia de cobranza bajo ciertas circunstancias)

Firma del paciente (o responsable si el paciente es menor de 18 años)

Fecha: _____

USO DEL PERSONAL: Intergy # _____
INICIALES DEL PERSONAL: _____