



# Osceola Community Health Services

## Patient Registration Form (Registro de información del paciente)

### Section 1 (Sección 1): Patient (Paciente)

Title(Título):  Mr.  Mrs.  Dr.  Rev.  Other: \_\_\_\_\_

\*Name(Nombre): \_\_\_\_\_  
First name (Primer Nombre) Middle Name (Segundo Nombre) Last Name(Apellido)

\*Date of Birth: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ \*Gender(Genero):  Male(Masculino)  Female(Femenino)  Undefined(indefinido)  
(Fecha de Nacimiento) mm dd yyyy

\*Marital Status (Estado Civil):  Single (Soltero/a)  Married (Casado/a)  Divorced (Divorciado)  
 Widowed (Viudo/a)  Separated (Separado/a)  Unknown or Other (Desconocido o Otro)

\*SSN (Seguro Social):    -   -

\*Home Address (Dirección Postal): \_\_\_\_\_

City (Ciudad): \_\_\_\_\_ State(Estado): \_\_\_\_\_ Zip Code(Código Postal): \_\_\_\_\_

Address Type (Tipo de Dirección):  Home(Casa)  Relative(Familiar)  Business(Negocio)  Other (Otro)

\*Phone 1 (Main/Principal): (\_\_\_\_) - \_\_\_\_ - \_\_\_\_  Home (Casa)  Cell Phone (Cellular)  Work(Trabajo)  Fax  No Phone

Phone 2 (Alternative/Alternativo): (\_\_\_\_) - \_\_\_\_ - \_\_\_\_  Home (Casa)  Cell Phone (Cellular)  Work(Trabajo)  Fax

E-mail: \_\_\_\_\_ @  AOL.com  Gmail.com  Hotmail.com  Yahoo.com  Outlook.com  \_\_\_\_\_

Preferred Method of Contact: (Please choose one)  Home Phone (Casa)  Cell Phone(Cellular)  Work Phone (Trabajo)  Letter(Carta)  
(Metodo de contacto preferido)  Secure Messaging (Mensaje Seguro)  Patient Portal (Portal Del Paciente)  E-Mail

Preferred Language:  English  Spanish (Español)  Creole (Kreyòl Ayisyen)  ASL: American Sign Language  
(Idioma Preferido)  French (Français)  Other, Please Specify (Otro, por favor especifique): \_\_\_\_\_

\*Race (Raza) If applicable select up to two (Si aplicable seleccione hasta dos):

- American Indian or Alaska Native  Asian (Asiatico)  Black or African American (Afro Americano)  
(Indio Americano o Isleño del Pacifico)  
 Native Hawaiian or Other pacific Islander  Patient Declined (Decide no reportar)  White (Blanco)  
(Nativo de Hawaii o Isleno del Pacifico)

\*Ethnicity (Etnicidad):

- Hispanic or Latino (Hispano/Latino)  
 Not Hispanic or Latino (No Hispano/Latino)  
 Patient Declined (Decide no reportar)

Custodial Information (Informacion De Custodia)

If Child, Do Both Parents Share Legal Custody Of Minor Patient? Place Label Here Patient Name: \_\_\_\_\_ Date of Birth: \_\_\_\_\_  Yes(Si)  No

*Si Es Un(A) Nino(A), Tienen Ambos Padres Custodia Legal Compartida Del Menor?*

If No, Who Has Legal Custody? :

*Si Es No, Quien Tiene La Custodia Legal Del Menor?*

**Section 2 (Sección 2): Guarantor Information (Información Del Garante)**

Person Financially Responsible for this Account – Please check one:

(Persona Financieramente responsable de esta cuenta – Por favor seleccione una opción)

- Self-** Same as patient in section 1- skip to Part B (Si es el mismo paciente, Continúe a la parte B)
- Other – Complete Part A and Part B (Otro – complete parte a y parte B)**

**Part A**

\*Guarantors Name: \_\_\_\_\_  
 (Nombre del Garante) First Name (Primer nombre) Middle Name (Segundo nombre) Last name(Apellido)

\*Mailing Address (Dirección Postal): or  Same as patient (La misma del paciente)

City (Ciudad): \_\_\_\_\_ State(Estado): \_\_\_\_\_ Zip Code(Código Postal): \_\_\_\_\_

Address Type (Tipo de Dirección):  Home(Casa)  Relative(Familiar)  Business(Negocio)  Other (Otro)

Phone 1: (\_\_\_\_) - \_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  Home (Casa)  Cell Phone(Cellular)  Work (Trabajo)  Fax  No Phone

E-mail: \_\_\_\_\_@  AOL.com  Gmail.com  Hotmail.com  Yahoo.com  Outlook.com  \_\_\_\_\_

SSN (Seguro Social):    -   -

Patient's Relationship To Insured Person Above (Relacion del paciente con la persona asegurada):

- Child (Hijo/a)  Spouse (Esposo/a)  Life partner (Compañero de vida)  Employee (Empleado)
- Other (Otro): \_\_\_\_\_

\*Date of Birth: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 (Fecha de Nacimiento) mm dd yy

\*Gender (Genero):  Male(Masculino)  Female(Femenino)  Undefined(Indefinido)

**Part B**

Occupation (Ocupacion): \_\_\_\_\_

Employer Name(Nombre de su empleador): \_\_\_\_\_

Employer Address (Dirección Postal): \_\_\_\_\_

Employer City (Ciudad): \_\_\_\_\_ State(Estado): \_\_\_\_\_ Zip Code(Código Postal): \_\_\_\_\_

Phone 1: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_  Home (Casa)  Cell Phone(Cellular)  Work(Trabajo)  Fax  No Phone

Employment Status: Situación laboral

- Full time (Tiempo Completo)  Self-employed (Negocio Propio)  Unemployed (Desempleado)  Other(Otro)
- Part time (Medio Tiempo)  Retired (Retirado)  Student(Estudiante)

Employment status date: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 (Fecha de ultima actualizacion de situacion laboral) mm dd yyyy

**BY SIGNING BELOW I HAVE READ AND UNDERSTAND THE FINANCIAL RESPONSIBILITY AND UNDERSTAND THAT REGARDLESS OF MY INSURANCE STATUS I AM ULTIMATELY RESPONSIBLE FOR THE BALANCE OF THIS ACCOUNT FOR ANY SERVICES RENDERED.**

(Al firmar estoy indicando que he leído y entiendo la responsabilidad financiera que tengo y entiendo que sin importar el status de mi seguro yo soy responsable del balance de esta cuenta por servicios recibidos)

Signature of guarantor: \_\_\_\_\_  
 (Firma del Guardian)

Date(Fecha): \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Printed name of Guarantor \_\_\_\_\_  
 (Nombre de el Guardian)

**Section 3 (Sección 3): ADDITIONAL INFORMATION (INFORMACION ADICIONAL)**

Our practice is fortunate to receive referrals from friends who have been pleased with the services that we provide. Whom we may thank for referring you to us? (Somos afortunados de recibir referencias de amigos, familiares y pacientes que estan complacidos con los servicios que proveemos a quien podemos agradecer por referir te nuestros servicios)

- Physician (Medico)  TV (Television)  Website  Healthfair (Feria de la salud)  None (Ninguno)
- Yellow pages (Páginas Amarillas)  Radio  Insurance (Seguro)  Patient (Paciente): \_\_\_\_\_

Name and last name (Primer nombre y apellido)

**Authorizations: Initiation of Services (Consentimiento para tratamiento)**

**Part I: Patient-Provider Relationship Consent (Consentimiento de relación medico-paciente)**

I consent to enter into a patient-provider relationship. I voluntarily request Osceola Community Health Services health care providers or the designees as deemed necessary, to perform reasonable and necessary medical examination, testing and treatment for the condition which has brought me to seek care at this practice. By signing below, I am indicating that (1) I intend that this consent is continuing in nature even after a specific diagnosis has been made and treatment recommended; and (2) I consent to treatment at any office of Osceola Community Health Services

(Por este medio consiento participar de la relación médico-paciente; y voluntariamente solicito a los Proveedores de Cuidado de Salud o designados de Osceola Community Health Services (OCHS), según se estime necesario, el realizar los exámenes médicos necesarios y razonables, realizarme las pruebas médicas y brindarme tratamiento para la condición que originó el solicitar cuidado de salud en este centro. Mi firma a continuación indica, (1) Tengo la intención de que este consentimiento siga vigente aún después de haberse brindado un diagnóstico específico y se haya recomendado un tratamiento; y (2) Consiento recibir tratamiento en cualquiera de las oficinas de OCHS.)

Initials  
Iniciales

**PART II: DISCLOSURE OF INFORMATION CONSENT (DIVULGACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMACIÓN)**

I authorize Osceola Community Health Services (OCHS) to use and disclose my medical information (including medical, dental, HIV/AIDS, TB, substance abuse prevention, psychiatric/psychological, and case management) for the following purposes: (1) Treatment (includes those performed by a physician or other health care provider directly delivering care to me, coordinating or managing care provided to me with third parties, and consultation with other health care providers). (2) Payment (includes verifying my eligibility for health plan coverage, billing and receiving payment for my health benefit claims, and utilization management activities). (3) Health Care Operations (includes the necessary administrative and business functions of OCHS).

(Autorizo a OCHS a utilizar y divulgar mi información médica (incluyendo la médica, dental, VIH/SIDA, TB, prevención de abuso de sustancias, psiquiátrica/ psicológica, y manejo de casos) para los siguientes propósitos: (1) Tratamiento (incluyendo aquellos realizados por un médico u otro proveedor de cuidado de salud que directamente me esté brindando cuidado, coordinando o manejando mi cuidado médico con proveedores externos y consultando con otros proveedores de salud. (2) Pago (incluye verificar mi elegibilidad para la cubierta del plan de salud, cobro y recibo de pagos por los reclamos de los servicios de salud recibidos y manejo de utilización de servicios). (3) Operaciones de Atención Médica (incluye las funciones administrativas y operacionales que son necesarias para OCHS).

Initials  
Iniciales

**PART III : MEDICARE PATIENT CERTIFICATION (Medicare patients only) (CERTIFICACION DE PACIENTES DE MEDICARE solo si usted tiene Medicare)**

I authorize to release medical information about me to the Social Security Administration or its intermediaries for my Medicare claims. I assign the benefits payable for services to Osceola Community Health Services. (Autorizo a revelar mi información médica a la Administración del Seguro Social o sus intermediarios para reclamos al Medicare y asigno los beneficios pagaderos por Medicare a OCHS.)

Initials  
Iniciales

**PART IV : ASSIGNMENT OF BENEFITS (Third Party Payers only) (ASIGNACION DE BENEFICIOS solo si usted tiene seguro privado)**

I assign Osceola Community Health Services all benefits provided under any health care plan or medical expense policy. The amount of such benefits shall not exceed the medical charges set forth by the approved fee schedule. All payments under this paragraph are to be made to Osceola Community Health Services. I am personally responsible for charges not covered by this assignment.

(Asigno a OCHS todos los beneficios provistos bajo cualquier Plan de Salud o Póliza de Gastos Médicos. La cantidad de esos beneficios no puede exceder el costo o cargo médico establecido en el plan aprobado de tarifas médicas. Todo pago incluido en este párrafo se realizará a OCHS. Soy personalmente responsable por cualquier cargo que no esté cubierto en esta asignación.)

Initials  
Iniciales

**PART V: NOTICE OF PRIVACY PRACTICES**

I acknowledge that I have been given the OCHS Notice of Privacy Practices. I understand that if I have questions or complaints that I should contact Privacy Practice Administrator. I further certify that I have read and fully understand the above statements and consent fully and voluntarily to its contents. The consent will remain fully effective until it is revoked in writing. I have the right at any time to discontinue services

*(Reconozco que recibí de parte de OCHS la Notificación de las Prácticas de Privacidad. Entiendo que en caso de tener preguntas o alguna reclamación debo comunicarme con el Administrador de Notificación de las Prácticas de Privacidad. Así también certifico que leí y entendí claramente las declaraciones antes establecidas y consiento completamente y de manera voluntaria su contenido. Este consentimiento se mantendrá efectivo hasta que el mismo sea revocado por escrito y tengo el derecho de discontinuar los servicios en cualquier momento.*

Initials  
Iniciales

**PART VI: PHONE CONSENT (CONSENTIMIENTO TELEFÓNICO)**

By providing us your phone number on page one, you expressly consent to receive phone calls, voicemails, or automated calls, Text?. (Al proveernos con su número de teléfono en la página número uno, usted nos otorga el consentimiento para recibir llamadas telefónicas, mensajes de voz, o a través de nuestro servicio de tecnología automática

Initials  
Iniciales

**PART VII: REGISTRY CONSENT (CONSENTIMIENTO DE REGISTROS)**

I authorize OCHS to update my immunization records into their Electronic Health Records system and into FLSHOTS statewide system. I also authorize OCHS to obtain my medication records through Surescripts. If you decline, please state the reason in the line provided below.

*(Yo autorizo OCHS a actualizar mi record de vacunación en su sistema de records médicos electrónicos y en FLSHOTS sistema que es utilizado en el estado. También autorizo OCHS a obtener mi registro de medicamentos a través de Surescripts. Si usted no autoriza, por favor explique la razón en la línea de abajo)*

Initials  
Iniciales

**PART VIII: ADVANCE DIRECTIVES (DECLARACION ANTICIPADA DE TRATAMIENTO)**

Advance Directives are an important part a patient’s total health care. We at Osceola Community Health Services welcome a conversation with you about your advanced directives and your healthcare wishes. Copies of any health care directives that you may have, will be placed in your medical chart. However, please be advised that if you have elected to have a “Do Not Resuscitate (DNR) Order” on file with our organization; Osceola Community Health Services will not honor it. Our staff will perform basic CPR and contact 911. A copy of the DNR and any other documentation that has been provided will be given to the emergency personal who will then make any further care decisions.

*(Declaración anticipada de Tratamiento es una parte importante del cuidado de salud de un paciente. En Osceola Community Health Services valoramos una conversación con usted sobre su Declaración anticipada de Tratamiento y decisiones sobre su salud. Copias de las declaraciones de atención médica que pueda tener se incluirán en su archivo. Sin embargo, tenga en cuenta que si ha elegido tener un orden de "No resusitar (DNR)" en los archivos de nuestra organización; Osceola Community Health Services no lo honrará. Nuestro personal procederá a darle los primeros auxilios y se comunicará con el 911. Se le entregará una copia del DNR y cualquier otra documentación al personal de emergencia que luego tomará cualquier otra decisión de su salud.)*

Initials  
Iniciales

Patient/Representative signature  
Firma del paciente/representante legal

Patient/Representative PRINT NAME  
Nombre del paciente/representante legal

Date  
Fecha

Relationship to patient (Relacion con el Paciente): \_\_\_\_\_

Empty rounded rectangular box for relationship to patient.

**Section 4 (Seccion 4): Insurance – (Seguro Médico)**

Person Insured – Please check one (Persona asegurada –Por Favor seleccione una opcion)

- Self** – Same as patient in section 1 – **Skip to Part D**  
*(Paciente-Si Igual a la sección 1 -Continue a la parte D)*
- Guarantor** – Same as Guarantor in Section 2 – **Skip to Part D**  
*(Garante- Si es igual al Garante en la seccion2- Continue a la parte D)*
- Other – Complete C and D**  
*(Otro- Complete parte C y D)*

**PART C INFORMATION (INFORMACION DE LA PERSONA ASEGURADA)**

\*Name on Insurance Card: \_\_\_\_\_  
*(Nombre en la tarjeta de seguro)* First Name *(Primer nombre)* Middle Name *(Segundo nombre)* Last name *(Apellido)*

\*Insured Person Date of Birth (Fecha de nacimiento del titular del seguro): \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Patients Relationship To Insured Person Above *(Relacion del paciente con la persona asegurada)*

- Child *(Hijo/a)*
- Spouse *(Esposo/a)*
- Life partner *(Compañero de vida)*
- Employee *(Empleado)*
- Other:

<b>PART D</b>	<b>PRIMARY INSURANCE (SEGURO PRINCIPAL)</b>	<b>SECONDARY INSURANCE(SEGURO SECUNDARIO)</b>
---------------	---	---

*Insurance Name: <i>(Nombre del Seguro)</i>		
*Insured ID: <i>(Número de Identificación del seguro)</i>		
Policy Group (Grupo de Poliza)		
Group Name <i>(Nombre del Grupo)</i>		

By signing below, I hereby state that the information I listed above is accurate and complete. I acknowledge that I am responsible for notifying Osceola community health services of any changes made to my insurance and I further understand that any co-pay or deductible is due at the time of service. The balance of my bill will be billed to my insurance, if my HMO requires a referral form from my primary physician; it is my responsibility to have this by the day of my visit. If an appropriate referral is not provided, OCHS cannot bill my insurance and I will be fully responsible for the bill.

*Al firmar indico que la información incluida en esta sección es correcta y complete yo entiendo que soy responsable de notificar Osceola Community Health Services de los cambios hechos a mi seguro de salud y entiendo que cualquier cargo adicional o deducible deben ser pagados en el momento de la visita. El balance de mi facture será cargado a mi seguro medico, pero si mi plan requiere una referencia de mi doctor de atención primaria; es mi responsabilidad traerla el día de mi visita. Si la referencia no es provista OCHS no puede facturar a mi seguro y yo seré responsable del costo de los servicios.*

**SIGNATURE OF PATIENT OR RESPONSIBLE PARTY**  
*(Firma del paciente o persona responsable)* \_\_\_\_\_

Printed Name of Patient or responsible party  
*(Nombre del Paciente o Persona Responsable)* \_\_\_\_\_

**Section 5 (Seccion 5): CONTACTS (CONTACTOS)**

**Primary Emergency Contact (Principal Contacto en Caso de Emergencia)**

\*Primary Contact’s Name: \_\_\_\_\_  
*(Principal Contacto de Emergencia)* First Name *(Primer nombre)* Middle Name *(Segundo nombre)* Last name *(Apellido)*

Phone 1: (\_\_\_\_) - \_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  Home *(Casa)*  Cell Phone *(Cellular)*  Work *(Trabajo)*  Fax  No Phone

Patients Relationship To Emergency Contact *(Relacion del paciente con el contacto de emergencia)*

- Patient is the contact person’s...(\_\_\_\_)
- Child *(Hijo/a)*
  - Spouse *(Esposo/a)*
  - Life partner *(Compañero de vida)*
  - Employee *(Empleado)*
  - Other: \_\_\_\_\_

**Secondary Emergency Contact (Contacto de Emergencia Secundario):**

\*Secondary Contact's Name: \_\_\_\_\_  
(Nombre de Contacto Secundario) First Name (Primer nombre) Middle Name (Segundo nombre) Last name(Apellido)  
Phone 1: (\_\_\_\_) - \_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  Home (Casa)  Cell Phone(Cellular)  Work(Trabajo)  Fax  No Phone  
Patients Relationship To Emergency Contact (Relacion del paciente con el contacto de emergencia)  
 Child (Hijo/a)  Spouse (Esposo/a)  Life partner (Compañero de vida)  Employee (Empleado)  
 Other: \_\_\_\_\_

**Primary Pharmacy (Farmacia Principal):** \_\_\_\_\_  
\*Address (Dirección): \_\_\_\_\_  
City (Ciudad): \_\_\_\_\_ State(Estado): \_\_\_\_\_ Zip Code(Código Postal): \_\_\_\_\_  
Phone (Telefono): (\_\_\_\_) - \_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Fax: (\_\_\_\_) - \_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

**Secondary Pharmacy (Farmacia Secundaria):** \_\_\_\_\_  
\*Address (Dirección): \_\_\_\_\_  
City (Ciudad): \_\_\_\_\_ State(Estado): \_\_\_\_\_ Zip Code(Código Postal): \_\_\_\_\_  
Phone (Telefono): (\_\_\_\_) - \_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Fax: (\_\_\_\_) - \_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

**Patient Survey- EXTENDED DEMOGRAPHICS (ENCUESTA EXTENDIDA DEL PACIENTE)**

Help us identify, report, and reduce health disparities in our community.  
*Ayúdenos a identificar, reportar y reducir las disparidades en salud en nuestra comunidad*  
**WHAT? (Que?)** - Extended Demographics information is a term used in the world of Meaningful Use which stands for information regarding a race, ethnicity, spoken languages, and other demographic variables.  
(Información demográfica extendida es un término utilizado en el mundo de la en relación a datos como raza, etnicidad, idioma y otras variables demográficas)  
**WHY? (Por que?)** - To be eligible to receive need-based grants for the benefit of our community and to stay in compliance with HRSA (Health and Services Administration) and Joint Commission, all patient records are required to have this information recorded, even if that state of "unknown" or "choose not to answer".  
(Para poder ser elegible de recibir ayudas basadas en necesidades que beneficien nuestra comunidad y cumplir con las regulaciones de HRSA y Joint Commission, que requieren que esta información sea recolectada aun y cuando la información como "desconocido" o "prefiere no responder".)

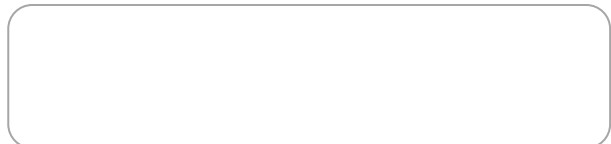
**DEMOGRAPHICS**

\*Are you a US Veteran? (¿Es usted Veterano?):  Yes (Si)  No  
**What is the highest degree or level of education you have completed? (Nivel de educación más alto que ha completado)**  
 High School Diploma (Diploma de High School)  Associate's Degree (Diploma de Asociado)  Bachelor's Degree (Licenciatura)  Master's Degree (Maestria)  
 Doctorate Degree (Doctorado)  No Formal Education (No hay educacion formal)  No Education (sin educacion)  Other(Otro)  
\*Are you a seasonal agricultural worker? (¿Es usted un trabajador agrícola temporal?) :  Yes (Si)  No  
If Yes, please select one of the categories below:  
 Seasonal (Temporal)  Migrant (Inmigrante)  Non-Agricultural (No Agrícola)  
 Retired Farm Worker (Trabajador de granja retirado)  Employed Year-Round/Full Time (Empleado todo el año/Tiempo Completo)

**What is your current citizenship/immigration status? (Cual es su estado de ciudadanía/inmigración?)**  
 Immigrant (Imigrante)  Refugee (Refugiado)  Student Visa (Visa de estudiante)  Other (Otro): \_\_\_\_\_  
 Naturalized Citizen (Ciudadano Naturalizado)  Permanent Resident/Alien (Residente permanente)  US Citizen 1st Generation (Ciudadano de EU Primera Generación)  US Citizen by Birth (Ciudadano de EU por Nacimiento)

**SEXUAL ORIENTATION AND GENDER IDENTIFICATION**

\*Which Gender best describes you? Please choose only one. (Que genero le describe mejor a usted?)  
 Male (Masculino)  Female (Femenino)  Other (Otro)  
 Choose not to disclose (Elije no reportar)  Transgender Female: Male-to-Female  Transgender Male: Female-to-Male  
(Transexual Femenino: Masculino-a-Femenino) (Transexual Masculino: Femenino-a-Masculino).  
\*What is your Pronoun Preference? (Cual es el pronombre de su preferencia?)  He (El)  She (Ella)  Other:  
\*Sexual Orientation:  
 Lesbian, Gay, or homosexual (Lesbiana, u homosexual)  Straight or heterosexual (heterosexual)  Bisexual  
 Something else (Algo mas)  Don't know (No sabe)  Choose not to disclose (Decide no reportar)



**INCOME**

- Salary Amount (Monto de salario):**                       Weekly    Biweekly    Monthly    Bimonthly    Annually   \$ \_\_\_\_\_  
Semanal                      Quincenal                      Mensual                      Bimensual                      Anualmente
  
- Child Support (Pension alimenticia):**                       Weekly    Biweekly    Monthly    Bimonthly    Annually   \$ \_\_\_\_\_
  
- Social Security (Seguro Social):**                       Weekly    Biweekly    Monthly    Bimonthly    Annually   \$ \_\_\_\_\_
  
- Other – Please Specify (Otro, por favor especificue):** \_\_\_\_\_                       Weekly    Biweekly    Monthly    Bimonthly    Annually   \$ \_\_\_\_\_

**What is the total number of people in your household?** \_\_\_\_\_

*Cuántas personas viven con usted*

All people living in your household, related or not (for example, children, grandparents, other relatives, or friends) who share income and expenses.

**DO NOT** include economically independent people who do not share income with your children.

*Todas las personas que viven con usted, familiares o no; por ejemplo, hijos, abuelos, otros familiares, o amigos que comparten los ingresos y los gastos.*

**NO** incluir personas que son económicamente independientes que no compartan ingresos y gastos

**HOUSING SURVEY (ENCUESTA DE VIVIENDA)**

**How would you describe your housing status right now?**

**(Como usted describiría su situación de hogar en este momento?)**

- Own current residence (Dueño de su casa)
- Rent current residence either alone, with someone else, or in a group situation  
(Alquila su casa solo o con alguien mas, o con algún grupo)
- Living in a homeless Shelter (Vive en refugio para personas sin casa)
- Transitional (en transición)
- Doubling up – Staying temporarily with a family member , friend, or an acquaintance  
(Viviendo temporalmente con un familiar, amigo, o conocido)
- Living on the street (Viviendo en la calle)
- Other-Please Specify (Otro, Por favor especificue): \_\_\_\_\_

**Is your current residence a subsidized public, section 8, or assisted low-income housing?**     Yes (Si)     No     Don't Know (Desconoce)

*Es su residencia subsidiada por alguna organización pública, sección 8, o recibe usted asistencia para viviendas para personas de bajos recursos?*

**Effective Date of Housing Status:**

(Fecha que usted reporte su situación actual de vivienda)                      \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
mm                      dd                      yyyy

By signing below, I certify that the information provided on this form is true and that I included all income. I understand that the information I Provide could be subject to review

*Al firmar certifico que la información provista en esta forma es verdadera e incluye todos mis ingresos. Yo entiendo que la información que he provisto puede ser sujeta a revisión.*

\_\_\_\_\_  
 Patient/ Representative Signature  
(Firma del paciente/ Representante Legal)

\_\_\_\_\_  
 Patient/Representative PRINT NAME  
(Nombre del Paciente/Representante Legal)

\_\_\_\_\_  
 Date (Fecha)

**AUTHORIZATIONS: NON PARENT/GUARDIAN TO ACCOMPANY UNDERAGE PATIENT**  
**AUTORIZACION: PARA PERSONAS DIFERENTES A LOS PADRES O GUARDIAN PARA ACOMPAÑAR A PACIENTE MENOR DE EDAD**

Periodically, there may be times when you are unable to bring your child(ren) to their scheduled medical and/ or dental appointment and need to rely on a family member or friend for help. In order for your child to receive services, OCHS must have your written authorization allowing this individual to accompany your child(ren) to their appointment. Any authorized individuals accompanying your child(ren) will be required to present their photo identification at the time of service.

This authorization allows the individual to consent for your child (ren) to receive ordinary and necessary medical and dental examination and treatment, including blood testing (specifically excluding HIV testing), preventive care including ordinary immunizations, tuberculin testing, and well-child care, but does not include surgery (including dental extractions), general anesthesia, provision of psychotropic medications, or any other extraordinary procedure where parental consent is specifically required. **The individual(s) authorized to bring the child must be 18 years of age or older.**

*Periódicamente, puede haber momentos en que no puedes traer a tu hijo (a)(os) a sus citas médicas o dentales y necesitas confiar un familiar o amigo para ayudarte. Para que tu hijo pueda recibir estos servicios, OCHS necesita tener una autorización escrita en donde tu permites que esa persona acompañe a tu hijo (a)(os) a su cita. Cada persona autorizada a acompañar a tu hijo (a)(os) deben presentar una identificación con foto al momento de la visita.*

*Esta autorización permite a la persona dar consentimiento para que tu hijo (a)(os) reciban la necesaria atención medica, examen dental y tratamiento, incluyendo exámenes de sangre (específicamente excluyendo pruebas para HIV), cuidado preventivo incluyendo las inmunizaciones necesarias, pruebas de tuberculosis, cuidados de niño sano, sin incluir cirugía (excluyendo extracciones dentales), anestesia general, provisión de medicamentos psicotrópicos, y cualquier otro procedimiento extraordinario en donde la autorización de los padres es necesaria. **La persona autorizada de traer el menor tiene que ser mayor de 18 años de edad***

I, \_\_\_\_\_, parent or legal guardian of minor child (name of child): \_\_\_\_\_  
Date of birth \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ give the person (s) listed below permission to bring my child(ren) to Osceola Community Health Services for their ordinary and necessary medical and dental care:

**Name of Adult 1 Allowed to Bring Child:**

*(Nombre de la primera persona autorizada)*

\_\_\_\_\_  
First Name (Primer Nombre) Middle Name (Segundo Nombre) Last Name (Apellido)

**Relationship to Underage Patient:**

*(Relacion con el menor)*

**Name of Adult 2 Allowed to Bring Child:**

*(Nombre de la segunda persona autorizada)*

\_\_\_\_\_  
First Name (Primer Nombre) Middle Name (Segundo Nombre) Last Name (Apellido)

**Relationship to Underage Patient:**

*(Relacion con el menor)*

**Name of Adult 3 Allowed to Bring Child:**

*(Nombre de la tercera persona autorizada)*

\_\_\_\_\_  
First Name (Primer Nombre) Middle Name (Segundo Nombre) Last Name (Apellido)

**Relationship to Underage Patient:**

*(Relacion con el menor)*

Signature of Parent/Legal Guardian: \_\_\_\_\_  
(firma del padre/guardián legal)

Date(Fecha): \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Printed name of Parent/Legal Guardian: \_\_\_\_\_  
(nombre del padre/guardián legal)

**Withdrawal of Authorization (Retiro De Autorizacion)**

Place Label Here

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

GF ID: \_\_\_\_\_ Date of Birth: \_\_\_\_\_

I, \_\_\_\_\_ Withdraw this authorization, effective: \_\_\_\_\_  
(Yo) \_\_\_\_\_ (Retiro esta autorizacion) \_\_\_\_\_

Date(Fecha)

Signature of parent/legal guardian: \_\_\_\_\_  
(Firma Del Padre/Guardian Legal)

