

Date			
PATIENT INFORMATION/Información Del Paciente			
Full Legal Name (First) / Nombre (Primer)	(Middle)/(Segundo)	(Last)/(Apellido)	Name Normally Used (Nickname)/(Apodo)
Address/Dirección		How did you hear about us?/(Comusted se entero de nuestros servicios?)	
City/Ciudad	State/Estado	Zip/ Código Postal	Home Phone/ Teléfono de Casa
Date of Birth/ Fecha de Nacimiento	Age/Edad	Sex/Sexo	Other Phone/Otro Teléfono
Other Physicians You See/Otro Médicos Que Visita		Email Address/ Correo Electrónico	

FOR PATIENTS UNDER 18 YEARS OF AGE COMPLETE PRIMARY CAREGIVER INFORMATION BELOW
Para Pacientes con Menos de 18 Años, Completa Como Cuidador Primario

Full Legal Name/Nombre Completo	Relationship to Patient/ Relación al paciente	<u>Insurance Policy Holder's Full Name</u>	<u>Date of Birth of Policy Holder</u>
Second caregivers full name/ Nombre Completo		Insurance holder's social security number	

KinderMender Patient Consent Form/ KinderMender Formulario del Consentimiento del Paciente

In April of 2003, new federal requirements regarding privacy of information for health care patients took effect. H.I.P.A.A., the Health Insurance Portability and Accountability Act, requires that all medical providers, insurance companies and others put in place controls to ensure that your personal medical information is safe. KinderMender requests that each patient sign this consent form which allows us to share protected health information with other physician offices, your hospital and insurance company. By signing this form, you consent to our use and disclosure of protected health information about you for treatment, payment and health care operations. You consent to receiving free medications when available. You have the right to refuse and have your prescription filled at a pharmacy. You have the right to revoke this consent, in writing, except where we have already made disclosures in reliance on your prior consent. KinderMender also requests that you allow us to email and/or make a follow-up phone call regarding your visit and the condition of the patient. We have chosen to participate in the Chesapeake Regional Information System for our Patients (CRISP), a regional health information exchange serving Maryland and D.C. As permitted by law, your health information will be shared with this exchange in order to provide faster access, better coordination of care and assist providers and public health officials in making more informed decisions. You may "opt-out" and disable access to your health information available through CRISP by calling 1-877-952-7477 or completing and submitting an Opt-Out form to CRISP by mail, fax or through their website at www.crisphealth.org. Public health reporting and Controlled Dangerous Substances information, as part of the Maryland Prescription Drug Monitoring Program (PDMP), will still be available to providers.

(En abril del 2003, nuevos requisitos federales sobre privacidad de información para pacientes médicos fueron promulgados. H.I.P.A.A., (Health Insurance Portability and Protection Act), requiere que todos los proveedores de servicios médicos, compañías de seguro médico y otros coloquen controles para asegurar que su información médica personal es segura. KinderMender pide que cada paciente firme este formulario del consentimiento, que nos permite compartir información protegida con otros consultorios médicos, su hospital y su compañía de seguro médico. Al firmar este formulario, usted consiente a nuestro uso y divulgación de información médica protegida acerca de usted para tratamiento, pago y operaciones de servicios médicos. Usted tiene el derecho de revocar este consentimiento (por escrito) en cualquier momento excepto si ya haya contado con ello. KinderMender también pide que usted nos permita contactarle por correo electrónico y/o por teléfono para hacer un seguimiento respecto a su visita y la condición del paciente.)

Hemos elegido participar en el Sistema de Información Regional de Chesapeake para nuestros Pacientes (CRISP), un intercambio regional de información de salud que sirve a Maryland y DC Como permitido por la ley, su información de salud será compartida con este intercambio para proporcionar acceso más rápido, una mejor coordinación de atención y ayudar a los proveedores y funcionarios de salud pública a tomar decisiones más informadas. Usted puede "opt-out" y deshabilitar el acceso a su información de salud disponible a través de CRISP llamando al 1-877-952-7477 o completando y enviando un formulario de Opt-Out a CRISP por correo, fax o a través de su sitio web en www.crisphealth.org. La información sobre salud pública y la información sobre sustancias peligrosas controladas, como parte del Programa de monitoreo de medicamentos con receta de Maryland (PDMP, por sus siglas en inglés), seguirán estando disponibles para los proveedores.

Signature of Patient / Representative
Firma del Paciente / Representante

Name of Patient or Representative
Nombre del Paciente o Representante

Date
Fecha

Authorization to Leave Messages with Household Members/Answering Machine

From time to time it is necessary for representatives of KinderMender to leave messages for patients. The purposes of these messages is to remind patients that they have an appointment, to notify the patient that the medical staff would like to discuss lab or procedure results, or to ask a patient to call KinderMender regarding an issue or concern. At no time will a representative of KinderMender discuss your medical circumstances or condition without your consent. The purpose of this consent is to leave messages with members of your household or on your answering machine. You have the right to revoke this consent, in writing, except where we have already made disclosures in reliance on your prior consent.

(A veces es necesario que representantes de KinderMender dejen mensajes para pacientes. Los propósitos de estos mensajes son para recordar a los pacientes que tienen una cita médica, para notificar el paciente que los médicos desean discutir resultados del laboratorio o de los procedimientos, o para solicitar que un paciente llame a KinderMender en respecto a un interés o preocupación. Un representante de KinderMender nunca hablará sobre sus circunstancias médicas ni sus condiciones sin su consentimiento. El propósito de este consentimiento es dejar mensajes con miembros del hogar o en su contestador automático. Tiene el derecho de revocar este consentimiento (por escrito) en cualquier momento excepto si ya haya contado con ello.)

Signature of Patient / Representative
Firma del Paciente / Representante

Name of Patient or Representative
Nombre del Paciente o Representante

Date
Fecha