

For clinic use only:

VFC \$14 \$25 \$30

ASN \$25

Medicaid/Chip

Private pay/insurance

Flu Shot \$14 \$35



**Garland Public Health Clinic
Patient Registration Form**

****If Patient has had a fever in the last 24 hours OR may be pregnant, please inform front desk.****

Patient Information:

Last Name: _____ First Name: _____ Middle Name: _____

Date of Birth: _____ (month/day/year) Male: Female:

Address: _____ Apt. # _____ City: _____ State: _____ Zip Code: _____

Contact Phone Number: _____ Email: _____

If minor: Parent/Guardian Last Name _____ First Name _____

Parent/Guardian Date of Birth: _____

Please answer the following questions:

1. Would you like recommended vaccines in addition to the required vaccines? No Yes **(example: HPV for ages 9-26 or Men B for ages 16-18)**
2. Would you like to receive a flu vaccine? No Yes *(Flu Season Sept. 2019-June 2020; please ask for prices)*
3. Has the patient had the **Chicken Pox Disease**? No If **yes**, please give approximate date: _____
4. Would you like information about low cost and or Medicaid/CHIP clinics in the area? No Yes

Eligibility :(Please choose only one)

We do not accept HMO or Marketplace plans

Has health insurance Member ID# _____ BCBSofTX UnitedHealthcare Cigna Aetna Medicare

Does **NOT** have health insurance

Medicaid Member ID# _____

Chip Member ID# _____

Underinsured *(has health insurance that does not cover vaccines)*

Alaskan Native

American Indian

I UNDERSTAND THAT THE CITY OF GARLAND HEALTH DEPARTMENT COMPLIES WITH THE HEALTH INSURANCE PORTABILITY AND ACCOUNTABILITY ACT OF 1996 (“HIPAA”) PRIVACY RULE. I UNDERSTAND THAT THE CITY OF GARLAND PUBLIC HEALTH DEPARTMENT MAINTAINS THE PRIVACY OF PATIENT’S INFORMATION IN ACCORDANCE WITH FEDERAL AND STATE LAWS. BY SIGNING, I AM ACKNOWLEDGING RECEIPT OF THIS NOTICE. IF INSURANCE DOES NOT PAY FOR SERVICES RENDERED PATIENT OR POLICY HOLDER IS RESPONSIBLE FOR PAYMENT.

Signature of Patient or Representative of a minor

Relationship to Patient

Date

For clinic use only:

VFC \$14 \$25 \$30

ASN \$25

Medicaid/Chip

Private pay/insurance

Flu Shot \$14 \$35



**Garland Public Health Clinic
Forma de Registro**

****Si el paciente ha tenido fiebre en las últimas 24 horas o si hay posibilidades de que este embarazada, informe a recepción. ****

Información del Paciente:

Apellido: _____ Primer Nombre: _____ Segundo Nombre: _____

Fecha de nacimiento: _____ (mes/día/año) Varón: Hembra:

Dirección: _____ Apt # _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Número de Teléfono: _____ Correo Electrónico: _____

Para Menores: Fecha de nacimiento de Pariente/Guardián: _____

Nombre completo de Pariente/Guardián: _____

Por favor, conteste a las siguientes preguntas:

1. ¿Le gustaría tomar las vacunas recomendadas en conjunto con las requeridas? **No** **Si** (ejemplo: **HPV para edades 9-26 o Men B para edades 16-18**)
2. ¿Le gustaría recibir una vacuna contra la **gripe (flu)**? **No** **Si** (temporada de gripe es Sept. 2019-Junio 2020; Por favor pregunte por los precios)
3. ¿El paciente ha tenido la enfermedad de **varicela**? **No** En **caso afirmativo**, indique la fecha aproximada: _____
4. ¿Desea información sobre médicos de bajo costo en el área o que acepte Medicaid/Chip? **No** **Si**

Elegibilidad: (por favor elige solo uno)

No aceptamos planes HMO o Marketplace

Si tiene Seguro Médico numero de miembro _____ BCBSofTX UnitedHealthcare Cigna Aetna Medicare

NO tiene Seguro Médico

Medicaid numero de miembro _____

Chip numero de miembro _____

Seguro Médico Insuficiente (tiene seguro médico pero la cobertura no incluye las vacunas)

Nativos de Alaska

Indio Americano

ENTIENDO QUE EL DEPARTAMENTO DE SALUD DE LA CIUDAD DE GARLAND CUMPLE CON LA LEY DE SEGURO DE SALUD DE PORTABILIDAD Y RESPONSABILIDAD DE 1996 ("HIPAA") REGLA DE PRIVACIDAD. ENTIENDO QUE EL DEPARTAMENTO DE SALUD DE LA CIUDAD DE GARLAND MANTIENE LA PRIVACIDAD DE LA INFORMACIÓN DEL PACIENTE DE ACUERDO CON LAS LEYES FEDERALES Y ESTATALES. EN CASO QUE LA A SEGURANZA NO PAGUE POR LOS SERVICIOS RECIBIDOS, EL PACIENTE O LA PERSONA RESPONSABLE ESTARÁ ENCARGADO DE PAGAR EL BALANCE TOTAL. AL FIRMAR ESTOY AFIRMANDO RECIBO DE ESTA NOTIFICACIÓN.

Firma del Paciente o Representante de un menor de edad

Relación al Paciente

Fecha