



Prevent. Promote. Protect.

CLIENT REGISTRATION FORM FÒMILÈ ENSKRIPSYON KLIYAN

PLACE LABEL HERE

Tanpri ranpli fòmilè sa a pou nou ka bay pi bon swen posib. Enfòmasyon ou pataje avèk nou yo fè pati dosye medikal konfidansyèl ou. Gen kèk maladi enfektive yo dwe rapòte bay Depatman Sante Eta Indiana an akò ak lwa eta Indiana (IC 16-41-2-1).

TANPRI EKRI AN LÈT ENPRIMRI

Dat nesans: ____ / ____ / ____ Nimewo Sekirite Sosyal: ____ - ____ - ____
MM JJ AAAA

Non legal: _____
Non Dezyèm non Siyati

Lèt non ki itilize: _____ Non Jenn fi: _____

Adrès: _____
Adrès Vil Eta Kòd postal

Telefòn lakay: (____) _____ Telefòn travay: (____) _____ Telefòn selilè: (____) _____

Adrès imèl: _____

Sèks: <input type="checkbox"/> Gason <input type="checkbox"/> Fi <input type="checkbox"/> Trans (chwazi youn) <input type="checkbox"/> Gason → Fi <input type="checkbox"/> Fi → Gason	Eta sivil <input type="checkbox"/> Selibatè <input type="checkbox"/> Marye <input type="checkbox"/> Divòse <input type="checkbox"/> Vèf <input type="checkbox"/> Separe	Lang Prensipal: <input type="checkbox"/> Anglè <input type="checkbox"/> Panyòl <input type="checkbox"/> Lòt _____	Èske pasyan an fèt nan yon nesans miltip? (jimo, triple, elatriye) Tcheke kaz la si repons lan se Wi. <input type="checkbox"/>
---	---	---	--

Tanpri reponn tou de kesyon yo: Tanpri chwazi tout sa ki aplikab yo. (Enfòmasyon sa a se pou itilizasyon estatistik sèlman)

1. Ki ras moun sa a?
 Afro Ameriken
 Amerendyen oswa Natif Alaska
 Endyen Azyatik
 Chinwa
 Filipino
 Gwamanyen oswa Chamorro
 Natif Awayi
 Japonè
 Koreyen
 Lòt Azyatik _____
 Lòt moun nan zile Pasifik la: _____
 Lòt Ras: _____
 Samoan
 Vyetnamyen
 Blan

2. Èske kliyan sa a Panyòl/Latino?
 Non, pa panyòl/
 Panyòl/Latino
 Wi, Meksiken, Meksiken Am., Chikano
 Wi, Pòtoriken
 Wi, Kiben
 Wi, lòt panyòl/
 Panyòl/Latino - Presize: _____

Peyi nesans: _____

Enfòmasyon sou Asirans
Medicaid
 # Idantifyan _____
Medicare
 # Idantifyan _____

Estat Fimè (Chwazi youn si w gen plis pase 12 an) Fimè aktyèl Ansyen Fimè Pa janm fimen

Enfòmasyon sou paran oswa titè legal (si yo poko gen 18 an)

Non: _____ Dat nesans: ____ / ____ / ____ Relasyon _____
MM JJ AAAA

Adrès: _____ Nimewo telefòn: (____) _____

Nan ka ijans, ki moun yo ta dwe kontakte?

Non: _____ Nimewo telefòn: (____) _____

Rekonesans ke yo resevwa Avi Konfidansyalite

Mwen te resevwa yon kopi Avi sou Pratik Konfidansyalite biwo sa a. (Ou ka refize siyen rekonesans sa a)

Siyati Pasyan/Paran/Titè: _____ Dat _____

Otorizasyon pou Sèvis

Mwen otorize Depatman Sante Piblik Konte Marion pou egzamine, teste oswa bay pasyan ki endike anwo a sèvis. Yo pral eksplike rezilta tès yo ak tretman an nan kad vizit mwen jodi a. Si li nesèsè pou fè swivi oswa si rezilta tès/egzamen yo oswa rapèl randevou nesèsè, yon manm pèsònèl pral kontakte m.

Siyati Pasyan/Paran/Titè: _____ Dat _____

HIPAA Refusal: Please complete if client refuses to sign the acknowledgement section. We attempted to obtain written acknowledgement of receipt of our Notice of Privacy Practices, but acknowledgement could not be obtained because:

Individual refused to sign Communication barriers prohibited obtaining the acknowledgement

An emergency situation prevented us from obtaining acknowledgement Other (please specify)

Authorized Employee Name (Print) Title (Print)

Employee Signature Date

REGISTRATION FORM - PAGE 2

FÒMILÈ ENSKRIPSYON - PAJ 2

Dat nesans: ____ / ____ / ____
MM JJ AAAA

Non: _____
Non Dezyèm Non Siyati

Non lekòl la: _____

Klas: _____

Tanpri endike tout moun ki abite avèk ou

Non:	Dat nesans:	Relasyon	Sèks	Lekòl	(Pou izaj Anplwaye yo) MCPHD#

OTORIZASYON POU KONTAK AK PASYAN AN

Depatman Sante Piblik Marion County pèmèt ou mande pou resevwa kominikasyon konsènan randevou, rezilta laboratwa, tretman ak/oswa lòt enfòmasyon sou sante. **Tanpri tcheke tout sa ki aplikab yo:**

Mwen pa vle etabli okenn kontak.

Kominikasyon Telefonik

Telefòn lakay: (_____)

OK pou kite yon mesaj detaye

Kite mesaj ak nimewo pou retounen apèl sèlman

Pa kite mesaj

Telefòn selilè: (_____)

OK pou kite yon mesaj detaye

Kite mesaj ak nimewo pou retounen apèl sèlman

Pa kite mesaj

Telefòn travay: (_____)

OK pou kite yon mesaj detaye

Kite mesaj ak nimewo pou retounen apèl sèlman

Pa kite mesaj

Lòt _____

OK pou kite yon mesaj detaye

Kite mesaj ak nimewo pou retounen apèl sèlman

Pa kite mesaj

OK pou kite yon mesaj detaye ak: _____
Non Relasyon

Kominikasyon ekri

Ou ka kontakte mwen pa lapòs lè w sèvi avèk adrès lakay mwen

Ou ka kontakte m pa lapòs lè l sèvi avèk adrès travay/biwo mwen an

Si w gen yon lòt demann espesyal, tanpri endike li: _____

Siyati Pasyan an

Dat

Si w chanje lide apre w fin ranpli otorizasyon sa a, ou dwe soumèt yon anilasyon alekri pou otorizasyon an. Sa p ap afekte oswa defèt okenn divilgasyon anvan notifikasyon sa a.

For Staff Use Only

Date	Additional Addresses	Zip Code	Home Phone	Other Phone

Other Hospital Patient Number: _____

Medicaid Caseworker: _____