

成人患者健康史

请完成表格的两侧

此调查问卷用于收集有关您当前健康史的信息。除了为您的医疗保健团队提供重要的临床信息外，此调查问卷还帮助我们满足医疗保险和其他健康保险公司制定的特殊要求。

患者信息：

姓名：出生日期：出生地：

宗教：如果你选择披露）出生性别： 男性 女性

你的主要语言是什么？ _____

初级保健/家庭医生的姓名：

城市：

过敏症：

您是否对药物有蜂巢、皮疹、呼吸问题或其他过敏反应？ 是 不

如果是，请列出如下：

医学名称：描述过敏反应

是否有药物，除了那些你过敏，你宁愿不采取由于以前不愉快的副作用？ 是 不，如果是，请指定：

您是否对：

- 碘还是X射线对比染料？ 是 不
- 乳胶还是橡胶（手套、避孕套、气球）？ 是 不
- 贝类？ 是 不
- 蜜蜂还是黄蜂叮咬？ 是 不
- 胶带？ 是 不
- 其他过敏症（指定）：__
- 列出任何食物过敏：

高度：____ 重量：__ 最后流感注射的日期：____/____

最近的体重变化？ 没有 是增加____磅。 减去____磅。

过去的病史：

检查您是否拥有或拥有以下任何：

- | | | |
|----------------------------------|----------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> 过敏 | <input type="checkbox"/> 大萧条 | <input type="checkbox"/> 血块 |
| <input type="checkbox"/> 脑血管事故 | <input type="checkbox"/> 心肌梗塞 | <input type="checkbox"/> 丙型肝炎 |
| <input type="checkbox"/> 高血压 | <input type="checkbox"/> 哮喘 | <input type="checkbox"/> 肾病 |
| <input type="checkbox"/> 贫血症 | <input type="checkbox"/> 糖尿病 | <input type="checkbox"/> 癌症 |
| <input type="checkbox"/> 慢性阻塞性肺病 | <input type="checkbox"/> 骨关节炎 | <input type="checkbox"/> 高脂血症 |
| <input type="checkbox"/> 肠易激性疾病 | <input type="checkbox"/> 心房颤动 | <input type="checkbox"/> 克朗病 |
| <input type="checkbox"/> 安吉娜 | <input type="checkbox"/> 胆囊病 | <input type="checkbox"/> 肝病 |
| <input type="checkbox"/> 冠状动脉疾病 | <input type="checkbox"/> 骨质疏松症 | <input type="checkbox"/> 癫痫发作症（类型：
甲状腺疾病 |
| <input type="checkbox"/> 偏头痛 | <input type="checkbox"/> 良性前列腺肥大 | <input type="checkbox"/> 其他
(指定)： |
| <input type="checkbox"/> 关节炎 | <input type="checkbox"/> 格德 | |
| <input type="checkbox"/> 焦虑 | <input type="checkbox"/> 化粪池溃疡病 | |

过去的外科史：

请检查所有适用的：

- | | 年 | | 年 | | 年 |
|---------------------------------|-------|--------------------------------|-------|---------------------------------|-------|
| <input type="checkbox"/> 血管成形术 | _____ | <input type="checkbox"/> 结肠切除术 | _____ | <input type="checkbox"/> 起搏器 | _____ |
| <input type="checkbox"/> 安吉奥与支架 | _____ | <input type="checkbox"/> 结肠造口术 | _____ | <input type="checkbox"/> 前列腺活检 | _____ |
| <input type="checkbox"/> 阑尾切除术 | _____ | <input type="checkbox"/> 胃旁路 | _____ | <input type="checkbox"/> 小肠切除 | _____ |
| <input type="checkbox"/> 关节镜检查 | _____ | <input type="checkbox"/> 赫尼亚修复 | _____ | <input type="checkbox"/> 甲状腺切除术 | _____ |
| <input type="checkbox"/> 背部手术 | _____ | <input type="checkbox"/> 臀部置换 | _____ | <input type="checkbox"/> 通西勒切除术 | _____ |
| <input type="checkbox"/> 卡布格 | _____ | <input type="checkbox"/> 膝关节置换 | _____ | <input type="checkbox"/> 图尔普 | _____ |
| <input type="checkbox"/> 腕 | _____ | <input type="checkbox"/> 拉西克 | _____ | <input type="checkbox"/> 输精管切除术 | _____ |
| <input type="checkbox"/> 白内障 | _____ | <input type="checkbox"/> 肝脏活检 | _____ | <input type="checkbox"/> 其他： | _____ |
| <input type="checkbox"/> 胆囊切除术 | _____ | <input type="checkbox"/> 奥里夫 | _____ | <input type="checkbox"/> 其他： | _____ |

住院：请列出过去的主要住院治疗：

年：

地方：

疾病/受伤医生：

锻炼：

耶斯 不，你多久锻炼一次？

什么类型的运动（散步、跑步、游泳）？_____

咖啡：

你喝咖啡吗？ 耶斯 不，你一天喝多少杯咖啡？_____

烟草：

你目前使用烟草吗？ 耶斯 不，你经常用烟草多少年了？_____

您目前使用哪种形式的烟草？（香烟，烟斗，雪茄，咀嚼）？_____

你使用任何其他尼古丁产品（电子香烟，迷幻笔，水烟）吗？ 是 否

其他产品是什么形式的？_____

你每天用多少烟草？你过去用过烟草吗？ 耶斯 不

曾经试图退出吗？ 耶斯 不

酒精：

你喝酒吗？ 耶斯 不

什么类型的酒精？你平常一周喝多少酒？_____

你最后一次喝酒是什么时候？你什么时候戒酒的？_____

如果你是女人，你一天喝4杯以上酒多少次，如果你是男人，一天喝5杯以上？_____

物质使用：

在过去的12个月里，你经常使用任何药物，包括大麻，可卡因或快克，海洛因，甲基安非他明（水晶冰毒），致幻剂，摇头丸/MMDA？ 是 否

（第一圈）：每天 或 几乎每天，每周，每月，少于月，或 从来没有。

请列出有关您家庭的以下信息：

出生年份：_____ 重大疾病（如适用，死因）生死若死，年龄多大？

父亲

母亲 年：

兄弟姐妹：性别

米

米

儿童：性别

万

万

家谱：

请检查是否有家庭成员有以下任何一个，以及谁在家庭中拥有它。（示例：过敏：母亲）

Allergies _____

加拿大

高血压

酒精主义

糖尿病

基德尼病

阿斯玛

癫痫

门性健康障碍

出血倾向

心脏病

结核病

盲性

听到损失

中风/CVA___神经紊乱

其他（指定）

请列出有关您家庭的以下信息：

	爸爸	妈妈	同胞	孩子
出生年份			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
重大疾病				
生活/死亡				
如果死了，什么年龄？				

(如适用, 死因)				
-----------	--	--	--	--

请在下面列出您当前服用的所有药物以及开处方者：

药物：__

处方 医生：__

日期：__

非P的授权不是或监护人
参加医疗预约

儿童姓名：

如果不能参加孩子的医生预约，我允许下一个人让我的孩子接受承诺医疗人员的治疗。

请注意，通过签署此文档，您知道您的孩子可能会接受药物和/或注射，并且所列指定人有权签署所有程序。

P人的名字带来孩子的约会	与孩子的关系	电话号码

家长签名日期（自签约之日起1年后到期）

印有家长姓名的家长电话号码

Prometen aviso de privacidad

Este aviso describe cómo la información de salud sobre usted puede ser utilizada y divulgada y cómo puede obtener acceso a esta información. Por favor, revíse cuidadosamente.

Sus derechos:

Cuando se trata de su información de salud, usted tiene ciertos derechos. Esta sección explica sus derechos y algunas de nuestras responsabilidades para ayudarle.

Obtenga una copia electrónica o en papel de su expediente médico:

- Puede solicitar ver u obtener una copia electrónica o en papel de su expediente médico y otra información médica que tengamos sobre usted. Pregúntanos cómo hacer esto. Podemos pedirle que haga la solicitud por escrito.
- Proporcionaremos una copia o un resumen de su información de salud, generalmente dentro de los 30 días posteriores a su solicitud. Podemos cobrar una tarifa razonable basada en costos.

Pídenos que corrijamos tu expediente médico:

- Puede solicitarnos que corrijamos la información de salud sobre usted que usted cree que es incorrecta o incompleta. Pregúntanos cómo hacer esto.
 - Podemos decir "no" a su solicitud, pero le diremos por escrito dentro de los 60 días.

Solicitar comunicaciones confidenciales:

- Puede solicitarnos que nos comuniquemos con usted de una manera específica (por ejemplo, teléfono de casa u oficina) o que le enviemos correo a una dirección diferente.
 - Diremos "sí" a todas las solicitudes razonables.

Pídenos que limitemos lo que usamos o compartimos:

- Puede solicitarnos que no usemos ni compartamos cierta información médica para el tratamiento, el pago o nuestras operaciones.
 - No estamos obligados a aceptar su solicitud, y podemos decir "no" si afectaría su atención.
- Si paga por un servicio o artículo de atención médica de su bolsillo en su totalidad, puede pedirnos que no compartamos esa información con el propósito de pago o nuestras operaciones con su aseguradora de salud.
 - Diremos "sí" a menos que una ley nos exija compartir esa información.

Obtenga una lista de aquellos con los que hemos compartido información:

- Puede solicitar una lista (contabilidad) de las veces que hemos compartido su información médica durante seis años antes de la fecha en que se le pregunta, con quién la compartimos y por qué.
- Incluiremos todas las divulgaciones excepto las sobre el tratamiento, el pago y las operaciones de atención médica, y ciertas otras divulgaciones (como cualquier otra que nos haya pedido que hagamos). Proporcionaremos una contabilidad al año de forma gratuita, pero cobraremos una tarifa razonable basada en los costos si usted pide otra dentro de los 12 meses.

Obtenga una copia de este aviso de privacidad:

- Puede solicitar una copia en papel de este aviso en cualquier momento, incluso si ha aceptado recibir el aviso electrónicamente. Le proporcionaremos una copia en papel de inmediato.

Elige a alguien que actúe por ti:

- Si usted le ha dado a alguien poder médico o si alguien es su tutor legal, esa persona puede ejercer sus derechos y tomar decisiones sobre su información médica.
 - Nos aseguraremos de que la persona tenga esta autoridad y pueda actuar por usted antes de tomar cualquier acción.

Presentar una queja si siente que sus derechos son violados:

- Puede quejarse si siente que hemos violado sus derechos poniéndose en contacto con nosotros utilizando la información en la última página de este aviso, o:
 - Puede presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos enviando una carta a 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201, llamando al 1-877-696- 6775, o visitando [www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/ quejas/](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/quejas/).

No tomaremos represalias en su contra por presentar una queja.

Sus elecciones:

Para cierta información de salud, puede decirnos sus opciones sobre lo que compartimos. Si tiene una clara preferencia por cómo compartimos su información en las situaciones descritas a continuación, hable con nosotros. Dinos lo que quieres que hagamos, y seguiremos tus instrucciones.

En estos casos, usted tiene el derecho y la opción de decirnos que:

- Comparta información con su familia, amigos cercanos u otras personas involucradas en su cuidado.
- Comparta información en una situación de socorro en caso de desastre.

Si no puede decirnos su preferencia, por ejemplo, si está inconsciente, podemos seguir adelante y compartir su información si creemos que es en su mejor interés. También podemos compartir su información cuando sea necesario para disminuir una amenaza seria e inminente para la salud o la seguridad.

En estos casos, nunca compartimos su información a menos que nos dé permiso por escrito:

- Fines de marketing
- Venta de su información
- La mayoría de las notas de psicoterapia

En el caso de la recaudación de fondos:

- Podemos comunicarnos con usted para realizar esfuerzos de recaudación de fondos, pero puede decirnos que no nos volvamos a contactar con usted.

Otros usos y divulgaciones

¿Cómo usamos o compartimos su información médica normalmente? Normalmente usamos o compartimos su información de salud de las siguientes maneras.

Trátate:

- Podemos usar su información médica y compartirla con otros profesionales que lo están tratando.
Ejemplo: Un médico que te trata por una lesión le pregunta a otro médico sobre tu condición de salud general.
- Podemos usar y compartir su información médica para llevar a cabo nuestra práctica, mejorar su atención y comunicarnos con usted cuando sea necesario.
Ejemplo: Utilizamos información médica sobre usted para administrar su tratamiento y servicios.
- Podemos usar y compartir su información médica para facturar y obtener el pago de planes de salud u otras entidades.
Ejemplo: Le damos información sobre usted a su plan de seguro médico para que pague por sus servicios.

Los ejemplos utilizados en este Aviso de Prácticas de Privacidad son solo ilustraciones y no están destinados a ser una lista completa.

¿De qué otra manera podemos usar o compartir su información médica?

Se nos permite o se nos requiere compartir su información de otras maneras, por lo general de maneras que contribuyen al bien público, como la salud pública y la investigación. Tenemos que cumplir con muchas condiciones en la ley antes de poder compartir su información para estos fines. Para obtener más información, consulte: www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html.

Ayuda con problemas de salud pública y seguridad:

- Podemos compartir información de salud sobre usted para ciertas situaciones tales como:
- Prevención de enfermedades
- Ayudar con la retirada de productos
- Notificar reacciones adversas a los medicamentos
- Denunciar presuntos abusos, negligencias o violencia doméstica
- Prevenir o reducir una amenaza grave para la salud o la seguridad de cualquier persona

Investigue:

- Podemos usar o compartir su información para la investigación de la salud.

Cumplir con la ley:

- Compartiremos información sobre usted si las leyes estatales o federales lo requieren, incluso con el Departamento de Salud y Servicios Humanos si quiere ver que estamos cumpliendo con la ley federal de privacidad.

Responder a las solicitudes de donación de órganos y tejidos:

- Podemos compartir información de salud sobre usted con organizaciones de adquisición de órganos.

Trabajar con un médico forense o director funerario:

- Podemos compartir información médica con un forense, un médico forense o un director funerario cuando una persona fallece.

Abordar la compensación de los trabajadores, la aplicación de la ley y otras solicitudes del gobierno:

- Podemos usar o compartir información de salud sobre usted:
 - Para reclamaciones de compensación de trabajadores
 - A efectos de aplicación de la ley o con un funcionario encargado de hacer cumplir la ley
 - Con agencias de supervisión de la salud para actividades autorizadas por la ley
 - Para funciones gubernamentales especiales como militares, seguridad nacional y servicios de protección presidencial

Responder a demandas y acciones legales:

- Podemos compartir información médica sobre usted en respuesta a una orden judicial o administrativa, o en respuesta a una citación.

Protecciones federales de privacidad de la ley y protecciones de privacidad de la ley estatal

Hipaa generalmente no se adelanta ni anula otras leyes que dan a las personas mayores protecciones de privacidad. Si alguna ley estatal o federal aplicable requiere que le proporcionemos más protecciones de privacidad, entonces debemos seguir esa ley además de HIPAA.

Algunos tipos de información de salud pueden tener protección adicional bajo la ley federal o estatal. Por ejemplo, algunos resultados de pruebas genéticas, registros de salud mental, resultados de pruebas de VIH/SIDA, registros educativos y programas de tratamiento de abuso de alcohol y sustancias asistidos por el gobierno federal están sujetos a restricciones especiales en nuestro uso y divulgación bajo diversas leyes.

Nuestras responsabilidades:

- Por ley, estamos obligados a mantener la privacidad y seguridad de su información médica protegida.
- Le informaremos rápidamente si se produce una infracción que puede haber comprometido la privacidad o seguridad de su información.
- Debemos seguir las tareas y prácticas de privacidad descritas en este aviso y darle una copia del mismo.
- No usaremos ni compartiremos su información que no sea como se describe aquí a menos que nos diga que podemos por escrito. Si nos dice que podemos, puede cambiar de opinión en cualquier momento. Háganoslo saber por escrito si cambia de opinión.

Para obtener más información, consulte: www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html

Cambios en los Términos de este Aviso:

Podemos cambiar los términos de este aviso, y los cambios se aplicarán a toda la información que tengamos sobre usted. El nuevo aviso estará disponible bajo petición, en nuestra oficina y en nuestro sitio web.

Este Aviso de Prácticas de Privacidad se aplica a las siguientes organizaciones:

Este aviso cubre los servicios de Promise Healthcare que incluye:

- Centro de Salud Frances Nelson
- Centro Dental SmileHealthy
- Alcance e inscripción en el Mercado de Medicaid y Seguros Médicos
- Prometen atención médica en el Centro de Recursos Comunitarios
- Prometen atención médica en elementos comunitarios
- SmileHealthy Móvil, Head Start & Educación

Si tiene alguna pregunta o desea obtener más información sobre este Aviso de Prácticas de Privacidad, puede escribir o llamar al Oficial de Privacidad de Promise Healthcare:

Prometen atención médica

Oficial de Privacidad | Alan Mendoza | amendoza@promisehealth.org

819 Bloomington Road | Champaign, IL 61820 | www.promisehealth.org | (217) 356-1558

· 国际特派中央副主席、国家外汇局主席我们意识到这是非常个人的信息。因此，我们希望你知道你的答案将保持最严格的信心。收集的信息仅用作我们数据库中的总数，因此它绝不识别特定的个人或家庭。收集到的信息有助于塑造未来的计划和服务，以便在我们的诊所以及地方、州和联邦层面提供。感谢您的参与。

填写此表格以注册或更新您的信息作为承诺医疗保健患者 - (自签署之日起1年内到期)

今天的日期：		承诺 医疗保健 提供商：				
患者信息 (请打印)：						
第一圈： 女士 博士 先生。 夫人	姓：	名字：	中间名：	后缀：第一圈 小。 锶。 其他		
前名称：	首选名称：	社会保障#：	生日：	出生时性别阿西格 德： 男性 女性		
计费街地址：		城市：	州：	邮政编码：	国家：	县：
家庭住址 (如果不同)：		城市：	州：	邮政编码：	国家：	县：
家庭电话：	工作电话：		手机：			
电子邮件地址：						
性别认同：(第一圈) 女性 雄 女性对男性 (FTM) 变性男性 男性对女性 (MTF) 变性女性 选择不披露 其他：	性取向：(第一圈) 女同性恋或男同性恋 异性恋 (直) 两性的 别的 选择不披露 不知道	婚姻状况：(第一圈) 单 已婚 合法分离 离婚 生活伴侣 寡妇 拒绝指定	患者通知/联系首选项 (圈所有适用)： 电话 - 家庭/手机/工作/所有 短信 电子邮件 患者门户 不要打电话回家/工作 留言 - 是/否			
种族：(C冰壶 所有适用)		种族：(第一圈)		学生状态：(第一圈)		
美洲印第安人/阿拉斯加原住民 黑人/非裔美国人 夏威夷原住民亚洲人 拒绝报告		其他太平洋岛民 白人 西班牙裔/拉丁裔 不是西班牙裔/拉丁裔 未知/拒绝报告		全职 兼职 不是学生		
首选语言：(圈所有应用) 英语 意大利语 德语 西班牙语 日语 阿拉伯语 韩语						
提示支付折扣： 鼓励患者及时支付服务费用是承诺医疗的政策：承诺医疗保健提供30%的折扣，以及时支付到期金额。承诺医疗考虑在服务之日及时付款。						
<ul style="list-style-type: none"> 这种折扣提供给没有私人健康保险的患者，被视为全薪、自付患者。 服务时要求客户付款，如果患者全额支付就诊费用，则给予统一费率折扣。 						

比尔责任人

姓：	名字：	中间名：	以前的姓氏：			
社会保障#	出生日期： //	关系： <input type="checkbox"/> 自 <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 生活伴侣 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 其他：_____				
街道地址：	城市：	州：	邮政编码：	国家：	县：	

雇主信息

雇主姓名：						
雇主街道地址：	城市：	州：	邮政编码：	国家：	县：	
职业：	就业状况：（第一圈） 全职兼职 现役 退休 非自雇人士		工作电话：	退休日期： / /		

紧急联系人/近亲

姓：	名字：	关系：	电话号码：			
街道地址：	城市：	州：	邮政编码：			

保险信息：必须向前台代表提供卡，并在访问期间支付共同付款

主要保险：						
医疗保险医疗补助	蓝十字蓝盾	莫尔伊纳	联合医疗	其他：		
保单持有人姓名：	保单持有人的出生日： / /		关系：			
次级保险：						
医疗保险医疗补助	蓝十字蓝盾	莫利纳	联合医疗	其他：		
保单持有人姓名：	保单持有人的出生日： / /		关系：			

住房和工人状况

无家可归状况：（第一圈） 加倍上街 不无家可归 过渡 性住房 未知 永久性支持性住房	农民工身份：（第一圈） 移民不是农场工人季节性工人	你曾经在武装部队服役过吗：(第一圈)) 否是
---	------------------------------	----------------------------

滑动费用规模折扣信息和目的：

承诺医疗保健为符合条件的患者保留标准程序，为提供服务提供滑动费用规模折扣。所有收入均低于或低于联邦贫困准则 200% 的患者可享受滑动费用比例折扣。滑动费用规模折扣 应用到所有直接提供的承诺医疗保健服务，以及所有范围内服务，由非承诺医疗保健提供商的协议提供。

目的：

减少和/或消除医疗服务不足人群的护理财政障碍。

滑动费用收入表2021 - 圆一盒

家庭中的人员	家庭收入	滑动比例A 名义费用* 每次访问 10 美元	滑动比例 B 每次访问 25 美元	滑动比例 C 每次访问 35 美元	滑动比例 D 每次访问 45 美元	100% 全薪
1	年刊	\$0.00 - \$12,880.00	\$12,881.00 - \$19,320.00	\$19,321.00 - \$22,540.00	\$22,541.00 - \$25,760.00	\$25,761.00 +
	每月	\$0.00 - \$1,073.00	\$1,074.00 - \$1,610.00	\$1,610.00 - \$1,878.00	\$1,879.00 - \$2,147.00	\$2,148.00 +
	每周	\$0.00 - \$247.00	\$248.00 - \$371.00	\$372.00 - \$432.00	\$433.00 - \$494.00	\$495.00 +
2	年刊	\$0.00 - \$17,420.00	\$17,421.00 - \$26,130.00	\$26,131.00 - \$30,485.00	\$30,486.00 - \$34,840.00	\$34,841.00 +
	每月	\$0.00 - \$1,452.00	\$1,453.00 - \$2,177.00	\$2,178.00 - \$2,540.00	\$2,541.00 - \$2,903.00	\$2,904.00 +
	每周	\$0.00 - \$334.00	\$335.00 - \$501.00	\$502.00 - \$585.00	\$586.00 - \$668.00	\$669.00 +
3	年刊	\$0.00 - \$21,960.00	\$21,961.00 - \$32,940.00	\$32,941.00 - \$38,430.00	\$38,431.00 - \$43,920.00	\$43,921.00 +
	每月	\$0.00 - \$1,830.00	\$1,831.00 - \$2,745.00	\$2,746.00 - \$3,203.00	\$3,204.00 - \$3,660.00	\$3,661.00 +
	每周	\$0.00 - \$421.00	\$422.00 - \$632.00	\$633.00 - \$737.00	\$738.00 - \$842.00	\$843.00 +
4	年刊	\$0.00 - \$26,500.00	\$26,501.00 - \$39,750.00	\$39,751.00 - \$46,375.00	\$46,376.00 - \$53,000.00	\$53,001.00 +
	每月	\$0.00 - \$2,208.00	\$2,209.00 - \$3,313.00	\$3,314.00 - \$3,865.00	\$3,866.00 - \$4,417.00	\$4,418.00 +
	每周	\$0.00 - \$508.00	\$509.00 - \$762.00	\$763.00 - \$889.00	\$890.00 - \$1,016.00	\$1,017.00 +
5	年刊	\$0.00 - \$31,040.00	\$31,041.00 - \$46,560.00	\$46,561.00 - \$54,320.00	\$54,321.00 - \$62,080.00	\$62,081.00 +
	每月	\$0.00 - \$2,587.00	\$2,588.00 - \$3,880.00	\$3,881.00 - \$4,527.00	\$4,528.00 - \$5,173.00	\$5,174.00 +
	每周	\$0.00 - \$595.00	\$596.00 - \$893.00	\$894.00 - \$1,042.00	\$1,043.00 - \$1,191.00	\$1,192.00 +
6	年刊	\$0.00 - \$35,580.00	\$35,581.00 - \$53,370.00	\$53,371.00 - \$62,265.00	\$62,266.00 - \$71,160.00	\$71,161.00 +
	每月	\$0.00 - \$2,965.00	\$2,966.00 - \$4,448.00	\$4,449.00 - \$5,189.00	\$5,190.00 - \$5,930.00	\$5,931.00 +
	每周	\$0.00 - \$682.00	\$683.00 - \$1,024.00	\$1,025.00 - \$1,194.00	\$1,195.00 - \$1,365.00	\$1,366.00 +
7	年刊	\$0.00 - \$40,120.00	\$40,121.00 - \$60,180.00	\$60,181.00 - \$70,210.00	\$70,211.00 - \$80,240.00	\$80,241.00 +
	每月	\$0.00 - \$3,343.00	\$3,344.00 - \$5,015.00	\$5,016.00 - \$5,851.00	\$5,852.00 - \$6,687.00	\$6,688.00 +
	每周	\$0.00 - \$769.00	\$770.00 - \$1,154.00	\$1,155.00 - \$1,346.00	\$1,347.00 - \$1,539.00	\$1,540.00 +
8	年刊	\$0.00 - \$44,660.00	\$44,661.00 - \$66,990.00	\$66,991.00 - \$78,155.00	\$78,156.00 - \$89,320.00	\$89,321.00 +
	每月	\$0.00 - \$3,722.00	\$3,723.00 - \$5,583.00	\$5,584.00 - \$6,513.00	\$6,514.00 - \$7,443.00	\$7,444.00 +
	每周	\$0.00 - \$856.00	\$857.00 - \$1,285.00	\$1,286.00 - \$1,499.00	\$1,500.00 - \$1,713.00	\$1,714.00 +

对于每个额外的家庭成员添加：

\$4, 540.00 到年 收入

\$4, 378.33 至月 收入

\$87.31 至周 收入

滑动费用表基于家庭总收入和居住在该家庭的人数。有效于 03/01/2021

阅读并签署此部分

我，患者或该患者的父母/监护人，有获得治疗的法律责任和权利，并进一步：

- 从下文所述日期起，请了解此同意为一年。
- 允许卫生保健提供者提供所需的治疗。此护理可能包括但不限于：
 - 放射学诊断问题
 - 采集可能寻找肝炎和艾滋病毒/艾滋病等传染病的血液样本
 - 采集体液或身体组织的样本
 - 提供药物、免疫接种和疫苗
- 如果没有额外的释放表，我们不会讨论心理健康、发育障碍、酒精/药物滥用、遗传学或艾滋病毒/性传播疾病/艾滋病。
- 允许我的提供者在紧急情况下治疗，如果它可以挽救我/这个病人的生命或健康。
- 同意承诺的护理强调护理协调和沟通，我们作为一个团队，认为最适合患者。
- 理解我有权拒绝任何我不同意的建议治疗，
- **请了解，共同支付/付款在服务时应全额支付。**
- 理解承诺接受医疗保险，医疗补助和大多数主要的商业保险。
- 授权承诺医疗保健向医疗保险/医疗补助/保险发布，这是处理我/这位患者索赔所需的私人健康信息。
- 同意承诺将提出索赔并完成收取保险金的步骤。
- 授权将医疗保险/医疗补助/保险付款直接支付给承诺。
- 同意，如果医疗保险/医疗补助/保险不全额支付索赔，**我负责任何剩余的余额。**
- 如果患者在服务时无法支付共同支付和/或未付余额，并且访问的性质不是非根据承诺会审政策确定的紧急情况，任命可以重新安排。
- 理解承诺将评估退回支票的费用。在两张退回的支票后，现金或借记卡/信用卡将是唯一可以接受的付款方式。
- 同意在患者预约前至少 24 小时致电重新安排或取消预约。如果在不到24小时内拨打电话，则将在患者的图表中提供文档。
- 三次**无显示**后，患者将被安排在散步和等待状态（除了当天的预约，2岁以下的儿童，并可能19岁以下的儿童（根据临床主任的自由裁量权）。
 - 所有患者均可获得"不显示"策略的书面副本。
- **儿科患者：**伊利诺伊州免疫登记处(I-CARE) I-CARE，或伊利诺伊州综合自动免疫登记交换，是伊利诺伊州公共卫生部开发的基于网络的免疫记录共享应用程序。该应用程序允许公共和私人卫生保健提供者与全州其他医生共享伊利诺伊州居民的免疫记录。如果您拒绝将孩子的免疫史分享给 I-CARE，请让您的被调查者知道，以获得选择退出注册表。

签名（患者/家长/监护人）日期_____：

请同意您已收到并阅读以下隐私实践通知

患者 签名：	日期：
打印名称：	父母、监护人或患者代表的签名（如适用）：
请说明您代表患者行事的合法权利：	

投诉：

如果您认为您的隐私权受到侵犯，您可以向我们投诉。所有投诉都必须以书面形式提供承诺医疗保健提供的形式。要获取表格，请拨打（217）356-1558 联系网站经理。您也可以向美国卫生与公众服务部民权办公室投诉。您不会因为提出投诉而受到处罚。

世卫组织 可以获得您的健康信息？

请填写此表格。它会告诉我们哪些家人和朋友有权获得您的健康信息。

患者姓名：	出生日期：
-------	-------

关于此表单：

- 让下面列出的人了解您的医疗支付信息
- 通知下列人员或救灾组织您的位置、健康或死亡

这些人可以有我的健康信息：

1. 名称：	与您的关系：		
电话#：	街道地址：		
城市：	州：	邮政编码：	
2. 名称：	与您的关系：		
电话#：	街道地址：		
城市：	州：	邮政编码：	
3. 名称：	与您的关系：		
电话#：	街道地址：		
城市：	州：	邮政编码：	

请在此处签名：

通过在下面签名，我允许承诺医疗保健与上述人员讨论或发布我的健康信息。

标记所有您批准的：

- 所有信息
 计费信息 预约信息 实验室结果 测试结果
 治疗 牙科服务
 其他：_____

**** 请注意：我们不会讨论心理健康，发育障碍，酒精/药物滥用，遗传学，或艾滋病毒/艾滋病/性传播疾病与额外的标志释放表。**

患者/家长/监护人 签名：	今天的日期：
---------------	--------

除非书面取消，否则您的许可将在一年内到期。