



Registration Consent and Information

Patient Name: \_\_\_\_\_ Date of Birth: \_\_\_\_\_

CommWell Health believes that part of a good healthcare practice is to establish and communicate our policies to our patients. We are dedicated to providing the best possible care for you, and we want you to completely understand these policies. By initialing below, you agree to our policies:

Initial	Policy
	PAYMENT – Payment in full is expected at the time of your visit. We accept cash, credit card, debit card, or check. Payment includes deductibles, co-insurance, co-pays, or other charges not covered by your insurance company. If you do not have insurance or you have not been approved for slide-fee services, payment in full is expected at the time of your visit.
	PERMISSION TO EXCHANGE MY CLINICAL INFORMATION for billing purposes- I hereby authorize Tri-County Community Health Council, Inc., doing business as CommWell Health, and Managed Care Organization/LME,* , third party personnel to exchange any Protected Health Information including, but not limited to, information related to substance abuse and HIV/AIDS testing, diagnosis, and treatment or related conditions in accordance with federal regulations 42-CFR Part 2 and NC General statues 122-C and 13A-143 for the purposes of service authorization, care coordination, and payment, in writing or verbally on behalf of the patient named above. *LME; _____
	SLIDE FEE VERIFICATION – In order to be eligible for slide fee services, appropriate income verification must be obtained annually. If you do not provide this verification, you are declining the slide fee scale and will be charged at 100%. Payment in full is expected at time of your visit.
	INSURANCE – We are participating providers with several insurance plans. We will file all of these insurance claims. A list of these insurance plans is available upon request. Please remember that insurance is a contract between the patient and the insurance company and ultimately the patient is responsible for payment in full.
	OUT OF NETWORK - If our doctors are not within your plan’s network, we will prepare and send the claim for you on an unassigned basis. This means in some cases, the insurer may send the payment directly to you. It will be your responsibility to pay for the services rendered. Be sure to check with your insurer’s member benefits department about services and physicians before your appointment.
	ADDITIONAL SERVICES – Please be aware that not all insurance plans cover all services. In the event your insurance plan determines a service to be “not covered”, you will be responsible for the full charge. Payment is due upon receipt of statement from our office. All procedures billed in this office are considered covered unless limited by your specific insurance policy.
	RETURNED CHECKS – If a check is returned as Insufficient Funds from your bank, you will be charged a \$25 service charge. You will be asked to bring cash or a money order to cover the amount of the check plus the service charge.
	ACCOUNTING PRINCIPLES – Any additional payments and credits are applied to the oldest charge first. Insurance payments are applied to the corresponding dates of service.
	REFUNDS – If you believe you are due a refund, please request the refund from the front desk and allow 4 weeks for processing.
	CONSENT FOR TREATMENT – I hereby request services from Tri-County Community Health Council, Inc., dba CommWell Health and give my consent for the staff to administer and perform medical/dental/behavioral health examination, treatment, diagnosis, and emergency treatment which may now or during the course of my care for the purpose of coordinating my care. I realize I will be asked to sign a separate release of information for substance abuse/mental health specific service, coordination of care and other special treatment, thereby assuming responsibility of this rejection. I understand that Tri-County Community Health Council, Inc., dba CommWell Health does not re-disclose any of my PHI.
	CONFIDENTIALITY LIMITS-I understand that information related to the patient named above is confidential other than the following exceptions required by law: 1) Suicide, 2) Homicide 3) Inability to care for self 4) Child abuse, neglect, or exploitation, 5) Elder abuse, neglect, or exploitation, 6) Federal courts request, and 7) Medical Emergency.
	ACKNOWLEDGEMENT OF RECEIPT OF HIPAA NOTICE OF PRIVACY PRACTICES – I have received and read a copy of the HIPAA Notice of Privacy Practices.

\_\_\_\_\_  
Signature of Patient or Personal Representative

\_\_\_\_\_  
Printed Name

\_\_\_\_\_  
Date

Patient  Parent  Legally responsible person  In loco parentis, relationship:

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

CommWell Health cree que parte de una buena practica Medica/Dental es establecer comunicaci3n de nuestras polizas para con nuestros pacientes. Estamos dedicados a brindar la mejor atenci3n posible para que usted pueda entender completamente estas polizas. Al escribir sus iniciales abajo, usted est1 de acuerdo con nuestras polizas:

Iniciales	P3lizas
	<b>Pago-completo</b> se espera en el momento de su visita. Aceptamos dinero en efectivo, tarjeta de cr3dito, tarjeta de d3bito o cheque. El pago incluye los deducibles, co-seguros, co-pagos u otros cargos no cubiertos por su compa1a de seguros. Si usted no tiene seguro o no ha sido aprobado para la tarifa reducida en donde trae sus ingresos del mes, el pago total se espera en el momento de su visita.
	Permiso para compartir mi informaci3n cl3nica para el prop3sito de la facturaciones- Yo por la presente autorizo el Tri County Community Health Council, Inc. ahaciendo negocio bajo el nombre de CommWell Health, y, Organizaci3n de Manejar Cuidado/LME,* , terceras personas para cuesti3n me aseguranza, para cambiar Informaci3n Protegida de la Salud incluyendo, pero no limitado a, la informaci3n relacionada al abuso de la sustancia y ex1menes de VIH/SIDA, diagn3stico, y al tratamiento, con el prop3sito para la autorizaci3n del servicio, coordinaci3n de cuidado, y pago, por escrito o verbalmente a favor del paciente mencionado arriba. *LME; _____
	<b>Verificaci3n de Tarifa</b> - Para ser elegible para los servicios de pago de Tarifa, verificaci3n de ingresos son necesarios, estos se deben obtener anualmente. Si no proporciona esta verificaci3n, eso significa que usted est1 rechazando la Tarifa de pago y se le cobrara al 100%. El pago completo se espera al momento de su visita.
	<b>Aseguranzas</b> – Somos proveedores participes de varios planes de seguros . Vamos a presentar todas estas reclamaciones de seguros. Una lista de estos seguros y sus planes est1n disponibles bajo petici3n. Por favor, recuerde que el seguro es un contrato entre el paciente y la compa1a de seguros y, finalmente, el paciente es responsable por el pago en su totalidad
	<b>Fuera de la red</b> - Si nuestros m3dicos no est1n dentro de la red del plan, vamos a preparar y enviar la reclamaci3n por usted sobre una base sin asignar. Esto significa que, en algunos casos, el asegurador podr1 enviar el pago directamente a usted. Ser1 su responsabilidad de pagar por los servicios prestados. Aseg1rese de consultar con el miembro del departamento de beneficios de su compa1a de seguros acerca de los servicios y los m3dicos antes de su cita
	<b>Servicios Adicionales</b> – Tenga en cuenta que no todos los planes de seguros cubren todos los servicios. En el caso de que su plan de Segur determine que un servicio sea “No Cubierto” usted ser1 responsable de la cuenta completa. El pago es requerido en cuanto usted reciba la declaraci3n de lo que debe de nuestra compa1a. Todos los procedimientos facturados por nuestras oficinas son considerados cubiertos, al menos que su Aseguranza lo tenga como limitado bajo su poliza
	<b>Cheques Devueltos</b> – Si un cheque es devuelto como “insuficiencia de fondos” su banco le cobrara un sobre cargo de \$25.00. Se le pedir1 que traiga efectivo o un giro postal para cubrir el monto del cheque mas el cargo por los servicios.
	<b>Los Principios de Contabilidades</b> – Los pagos y cr3ditos se aplican a las cuentas mas antiguas. Los pagos de las aseguranzas se ponen en las fechas de cuando los servicios fueron recibidos.
	<b>Reembolsos</b> – Si usted cree que se le debe un reembolso, por favor d3jese saber a la recepcionista y el proceso se lleva aproximadamente 4 semanas.
	<b>Consentimiento para recibir Tratamiento</b> - Por la presente solicito los servicios de Tri- County Community Health Council, Inc., CommWell Health y doy mi consentimiento para que el personal pueda proveerme los servicios Medicos/Dentales/Tratamiento de conducta, tratamiento, diagnosticos, y tratamiento de emergencia que pueda ahora o en el transcurso de mi cuidado necesitar. Me doy cuenta de que se me pedir1 que firme un consentimiento por separado para las intervenciones quir1rgicas y otros tratamientos especiales, asumiendo as1 la responsabilidad de este rechazo. Yo entiendo que Tri- County Community Health Council, Inc., CommWell Health no divulgaremos su informaci3n cl3nica.
	<b>LIMITES DE CONFIDENCIALIDAD:</b> comprendo que la informaci3n relacionado con el paciente mencionado arriba son confidencial de otra manera las excepciones siguientes son necesarias por la ley: 1) Suicidio, 2) Homicidio 3) Incapacidad para el cuidado propio 4) malos tratos a ni1os, el descuido, o la explotaci3n, 5) abuso Mayor, el descuido, o la explotaci3n, 6) los tribunales Federales solicitan,, y 7) Emergencia M3dica.
	<b>Reconozco haber recibido Aviso de las Practicas Privadas de HIPAA</b> – He recibido y le1do una copia del Aviso de Pr1cticas de Privacidad HIPAA

Firma del Paciente o Representante Personal

Imprima nombre

Fecha

Paciente  Padres  Persona Legalmente Responsable  En lugar de los padres, la relacion: