



## Welcome to Compassion Center Mobile Medical Clinic

We are glad you are here! Compassion Center Mobile Medical Clinic is a non-profit organization that provides healthcare to our uninsured and underserved neighbors in Bartow County. Our mission is to pursue those far from God by offering basic health care services to the uninsured, underserved, and unsheltered community. At Compassion Center, the entire family receives quality healthcare in an atmosphere of dignity and respect, regardless of race, ethnicity, religion, or sexual orientation.

### **Services Offered:**

Adult and Pediatric Medical Care to Include: Sick Visits, Annual Checkups, and Physical Exams.

### **General Information**

#### **Mailing Address:**

Compassion Center  
25 Liberty Dr  
#4390  
Cartersville, GA 30120

#### **Contact Information:**

Phone #: 404-781-9258  
Email: [info@compassionga.org](mailto:info@compassionga.org)  
Website: [compassionga.org](http://compassionga.org)

#### **Hours of Operation:**

Visit us at [compassionga.org](http://compassionga.org) for more information about our Mobile Clinic locations and hours.

### **No Appointments Required:**

Compassion Center is a walk-in only clinic during hours of operation and operates on a first come, first served basis. We do not schedule appointments ahead of time. We recommend arriving at least 30 minutes prior to clinic hours to get on the patient list for your "day of" appointment.

### **Patient Eligibility**

Compassion Center is a FREE clinic. We do not accept Medicaid, Medicare, or insurance. Patient eligibility is determined by proven income within the 200% and below Federal Poverty Guidelines.

### **New Patients**

All documents are required at the time of registration. Failure to provide all the necessary documents will result in appointment cancellation.

### **Required Documents**

Proof of identification is required to determine your eligibility to receive services. Patients must present **ONE** of the following:

#### **PROOF OF IDENTIFICATION**

Valid Driver's License  
State Issued ID  
Passport  
School ID  
Visa

### **All Eligibility Forms expire annually..**

You will be asked to update your household income information on an annual basis to continue to be eligible for services. \*Patient(s) may be required to provide additional documentation as deemed necessary.\*

### **Patient Rights**

1. Patients have the right to considerate and respectful treatment in an environment free from harm.
2. Patients seeking services shall not be denied, suspended or terminated from services or have services reduced for exercising any of their rights.

### **Discrimination**

1. Patients have the right to receive services regardless of age, sex, race, creed, color, religion, ethnic origin, ancestry, marital status, physical or mental disability, gender preference, veteran status or criminal record.

2. No recipient of services is presumed legally incompetent except as determined by a court.

3. Patients have the right to present any complaint or grievance on matters pertaining to services received, or any perceived or actual violation of rights.

### **Treatment**

1. A recipient of services shall be provided with adequate and humane care and in the least restrictive environment, pursuant to an individualized service plan. When appropriate, a recipient's nearest of kin or guardian shall be involved in the treatment/service plan.

2. Patients have the right to know about the variety of services that may be available and to participate in the planning of treatment.

3. Patients may refuse treatment at any time, and patients have the right to be informed of the consequences resulting from the refusal of treatment.

### **Privacy**

1. Compassion Center understands the patient's health information is personal and is dedicated to maintaining patient privacy rights under Federal and State Law. The privacy practices are described in Compassion Center Notice of Privacy Practices, a document that explains how this is being followed by all Compassion Center health care professionals, staff, and volunteers.

2. Patients have the right to obtain a written copy of Compassion Center Notice of Privacy Practices from our office or an electronic copy from our website [compassionga.org](http://compassionga.org).

### **Confidentiality**

1. Patients will receive confidential treatment; all clinical records and client information are protected by law, regulations and center policies. For the purposes of funding, certification, licensure, audit, research or other legitimate purpose, your clinical record may be used by the person conducting the review to the extent that is necessary to accomplish the purpose of the review.

2. Patient information released to or requested from other sources requires your written consent. Patient

records can be subpoenaed by court order and do not require your signature for release of information.

3. Patients have the right to review and obtain a copy of your clinical record in accordance with Compassion Center policy.

### **Electronic Health Records**

Compassion Center utilizes an electronic health records system, PracticeFusion, to maintain patient information. This helps to ensure patient and health care providers have access to accurate personal information. Patients may enroll in the Patient Portal with Guest Services to have access to lab results.

### **Emergency Procedures**

If you have an emergency and are unable to seek care with Compassion Center, you will need to contact the police, urgent care, or your local hospital depending on your situation.

If you have an emergency at Compassion Center, we will provide care to the best of our abilities and will call 911 to transfer the patient to the nearest hospital for additional treatment.

### **Patient Responsibilities**

1. New patients are expected to complete orientation and registration.

2. Please ensure we have your full name, current address, date of birth, phone numbers, and other important information on file.

3. Patients are expected to provide accurate and complete information about their health and medical history, including chief complaint, past illness, hospitalization, medications, and other matters related to their health. If applicable, this includes bringing patient medication bottles, blood pressure logs, blood sugar logs, and glucometers to your appointment.

4. Patients are expected to accurately and honestly report their health status and conditions to their healthcare provider.

5. Patients are expected to ask questions when they do not understand information or instructions regarding their care.

6. Patients are expected to participate and follow the recommended treatment plan and keep Compassion Center informed of progress of patient treatment.

7. Patients are expected to be considerate and treat all Compassion Center staff, volunteers, other patients, and visitors with courtesy and respect and be mindful of others' privacy.

8. Communications between client and provider are confidential and will not be revealed unless required by law such as in situations of child abuse, elder abuse, and/or threats of physical harm to self or others. Your provider will be discreet if it is necessary to contact you at home or at work.

### **Compassion Center Responsibility**

1. In the case of suspected child abuse or neglect, Compassion Center is required by the Abused and Neglected Child Reporting Act to report suspected incidents of neglect or abuse. Compassion Center also has the ethical obligation to report suspected maltreatment of senior citizens or adults.

2. If at any time patients present a clear and present danger to themselves or to others, Compassion Center staff may release information that is required to protect you or others.

3. Compassion Center may restrict or terminate delivery of services to patients who have been evaluated and determined as posing a serious physical threat to staff, volunteers, or others.

4. Compassion Center will call patients promptly if we receive information requiring urgent care. If laboratory results are normal, showing no complications, it could take up to 15 business days to receive a call from Compassion Center, since some tests take longer to return from the laboratory. If you leave a voicemail for the nurse or medical assistants, please leave your full name, date of birth, and a detailed message of what information you are requesting.

### **Walk-In Appointments**

1. Compassion Center is a walk-in only service facility. It is recommended that patients who arrive within the first hour of the clinic opening receive an appointment for that day.

2. Walk-in patients are seen on a first come, first served basis upon availability of healthcare provider's schedules. Compassion Center cannot guarantee that all walk-in patients will be seen.

### **Dismissal Policy**

Failure to adhere to Patient Policies may result in dismissal for you and your immediate family. You will no longer be able to utilize services at Compassion Center. In order to maintain safety, any patient or their guests who threaten employees, other patients, or compromise Compassion Center missions may be dismissed from the facility. Behavior justifying dismissal includes, but is not limited to, that which is abusive or threatening toward self or others; violent in language, gestures or action; any type of harassment; and chronic failure to keep appointments, or adhere to policies of Compassion Center as outlined in this handbook.

Because of appointment demand, patients must have at least one office visit in two years. Failure to see a Health Care Provider within two years will result in patient account closure. A patient can then be reestablished as a New Patient.

### **Patient Services**

#### **Patient Portal**

Patients have access to health records online, by using our Patient Portal. You may send and receive messages and medication refills. In addition, you are also able to view lab results and communicate with your Provider. Please visit [login.patientfusion.com](http://login.patientfusion.com) to establish your account.

***Note: Patient Portal should not be used for emergency situations. If you have a health emergency, contact 911. If you have a mental health emergency, contact the Georgia Crisis Hotline at 1-800-715-4225, or 911.***

**New Patient Registration Form**  
**Formulario De Registro De Nuevo Paciente**

For Internal Use Only/Solo para uso interno  
 Department:  
 Medical      Dental

Patient Last Name/Apellido	First Name/Primer Nombre	Middle Initial/Inicial del segundo nombre
----------------------------	--------------------------	---

Address (Street or PO Box)/Direccion (Calle)

City/Ciudad	State/Estado	Zip/Codigo Postal	County/Condado
-------------	--------------	-------------------	----------------

Gender(check one)/Sexo <input type="checkbox"/> Male/Hombre <input type="checkbox"/> Female/Mujer	Home Phone/Numero de telefono	Work/Cell Phone/Numero de mobil o trabajo
--	-------------------------------	---

Date of Birth (MM/DD/YYYY)/fecha de nacimiento	Email Address/Correo electronico
--	----------------------------------

Marital Status/Estado Civil <input type="checkbox"/> Single/Soletero(a) <input type="checkbox"/> Divorced/Divorc <input type="checkbox"/> Widowed/Viudo(a) <input type="checkbox"/> Separated/Separado <input type="checkbox"/> Married/Casado(a)	Spouse's Name/nombre conyugo
---	------------------------------

Employment Status/Estado de empleo <input type="checkbox"/> Full-Time/Tiempo Completo <input type="checkbox"/> Unemployed/Desempleado <input type="checkbox"/> Student/Estudiante <input type="checkbox"/> Part-Time/Tiempo Parcial <input type="checkbox"/> Retired/Jubilado	
---	--

Race/Raza (Please choose the <b>one</b> that best describes you): <input type="checkbox"/> African American/Afro Americano <input type="checkbox"/> Asian/Asiatico <input type="checkbox"/> American Indian/Indio Americano <input type="checkbox"/> Caucasian/Bianco <input type="checkbox"/> Two or more races/2 o mas razas <input type="checkbox"/> Other/Otro	Ethnicity/Etnicidad <input type="checkbox"/> Hispanic, Latino, or Spanish Origin <input type="checkbox"/> <b>NOT</b> Hispanic, Latino, or Spanish Origin <b>No Hispano or Latino</b>
---	---

Primary or Preferred Language/Idioma preferido <input type="checkbox"/> English/Ingles <input type="checkbox"/> Spanish/Espanol <input type="checkbox"/> Portuguese/Portugues <input type="checkbox"/> French/Frances <input type="checkbox"/> Other/Otro	Do you need an interpreter? <b>Necesita un interprete?</b> <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
---	---

Religion/Religion <input type="checkbox"/> Buddhist/Budista <input type="checkbox"/> Christian/Cristi <input type="checkbox"/> Hindu/Hindu <input type="checkbox"/> Muslim/Musulman <input type="checkbox"/> Not Applicable/N <input type="checkbox"/> Other/Otro	Are there any customs, religious beliefs, or wishes that might affect your care? <b>Existen costumbres, creencias religiosas o deseos que puedan afectar su atencion?</b> <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
---	--

Pharmacy Information/Informacion Farmaceu Name/Apellido	Phone #/Numero de telefono
--	----------------------------

Emergency Contacts/Contacto de emergencia			
First Name/Primer Nombre	Last Name/Apellido	Phone/Numero de telefono	Relation/Relacion
First Name/Primer Nombre	Last Name/Apellido	Phone/Numero de telefono	Relation/Relacion

Complete this section if patient is a minor/ **Complete esta seccion si el paciente es menor de edad**

Responsible Party Last Name/Apellido	First Name/Primer Nombre	Relation to the Patient/Relacion
--------------------------------------	--------------------------	----------------------------------

Address (Street or Box)/Direccion (Calle)

City/Ciudad	State/Estado	Zip/Codigo Postal	County/Condado
-------------	--------------	-------------------	----------------

Sex (check one)/Sexo <input type="checkbox"/> Male/Hombre <input type="checkbox"/> Female/Mujer	Home Phone/Numero de telefono	Work/Cell Phone/Numero de mobil o trabajo
--	-------------------------------	---

Date of Birth (MM/DD/YYYY)/fecha de nacimiento	Email Address/Correo electronico
--	----------------------------------

Do you receive any of the following financial support? <input type="checkbox"/> Child Support <input type="checkbox"/> Alimony <input type="checkbox"/> Social Security <input type="checkbox"/> Unemployment <input type="checkbox"/> Food Stamps <input type="checkbox"/> Welfare <input type="checkbox"/> WIC/SNAP <input type="checkbox"/> Other:_____	<b>Recibe alguno de los siguientes apoyos financieros?</b>
--	--

Please check ALL that apply to you: <input type="checkbox"/> Single Mother <input type="checkbox"/> Victim of Abuse <input type="checkbox"/> Disabled <input type="checkbox"/> Homeless/Living in Shelter <input type="checkbox"/> LGBTQ+ <input type="checkbox"/> US Veteran	
---	--

Are you interested in any of the following services? <input type="checkbox"/> Free Medication <input type="checkbox"/> Mental Health Services/Counseling <input type="checkbox"/> Health and Nutrition Education <input type="checkbox"/> Women's Health Services <input type="checkbox"/> Other areas you need help:_____	
--	--

Disclosure of Medical Information: Compassion Center may provide medical information via voicemail or to the following:	
<input type="checkbox"/> Home Phone	<input type="checkbox"/> Email
<input type="checkbox"/> Cell Phone	<input type="checkbox"/> Emergency Contact <input type="checkbox"/> None-Do <b>NOT</b> leave messages with medical information

Do you attend a church? Yes/ Si      No      If yes, church name:\_\_\_\_\_

How did you hear about Compassion Center Mobile Unit?					
<input type="checkbox"/> Google	<input type="checkbox"/> Social Media	<input type="checkbox"/> Hospital	<input type="checkbox"/> Magazine/Newspaper	<input type="checkbox"/> Mobile Unit	
<input type="checkbox"/> Website	<input type="checkbox"/> Friend/Family	<input type="checkbox"/> Poster/Flyer	<input type="checkbox"/> Health Department	<input type="checkbox"/> Other:_____	

Where would you have gone for care today if not here? \_\_\_\_\_



**Family Medical History/Historial Medico Familiar**

Have anyone of your blood relatives (mother, father, sister, brother, or grandparents) had any of the following?/ **Tengo a nadie de sus parientes de sangre presente alguno de los siguientes?**

Please circle all that apply. **Por favor marque con un circulo todas los que apliquen.**

Health Condition/Estado de salud	Relationship/Relacion	
Heart Attack/ataque del corazon	<input type="checkbox"/> YES/SI	<input type="checkbox"/> NO
Stroke/apoplejia/embolia	<input type="checkbox"/> YES/SI	<input type="checkbox"/> NO
High Blood Pressure/presion alta	<input type="checkbox"/> YES/SI	<input type="checkbox"/> NO
High Cholesterol/colesterol alto	<input type="checkbox"/> YES/SI	<input type="checkbox"/> NO
Diabetes	<input type="checkbox"/> YES/SI	<input type="checkbox"/> NO
Asthma or Hay Fever/Asma	<input type="checkbox"/> YES/SI	<input type="checkbox"/> NO
Heart Operations/operaciones del corazon	<input type="checkbox"/> YES/SI	<input type="checkbox"/> NO
Obesity/obesidad	<input type="checkbox"/> YES/SI	<input type="checkbox"/> NO
Leukemia/leucemia	<input type="checkbox"/> YES/SI	<input type="checkbox"/> NO

**Review of Systems/Revision of sistemas**

Have you experienced problems with any of the following in the last 6 months?/ **Han tenido problemas con alguno de los siguientes en los ultimos 6 meses?**

Please check all that apply. **Por favor marque todas los que apliquen.**

**General**

- Bruising/Hematomas
- Fever/Fiebre
- Sleep Insomnia/Sueno
- Pain/Dolar
- Numbness/Entumecimiento
- Tremor/Temblores
- Swelling/Inflamacion
- Weakness/Debilidad
- Weight Gain or Loss/  
Perdida de peso o aumento de peso
- Anxiety/Ansiedad
- Depression/Depresion
- Lack of Concentration/  
falta de concentracion
- Other/Otro \_\_\_\_\_

**Neurologic**

- Dizziness/Mareos
- Fainting/Desmayos
- Fatigue/Fatiga
- Frequent falls/Caida frecuentes
- Headaches/Dolor de cabeza
- Loss of consciousness/  
Perdida de conocimiento
- Memory Loss/  
Perdida de memoria
- Seizures/  
Convulsiones/Epilpsia
- Unsteady/inestable

**Stomach & Intestines**

- Abdominal pain/  
dolor abdominal (Vientre)
- Blood in stool/  
Sangre en el excrement
- Excessive Hunger/  
Hambre excesiva o non
- Constipation/estrenimiento
- Diarrhea/diarrea
- Nausea/nausea
- Reflux/reflujo/acidez

**Eyes, Ears, Nose, & Throat**

- Hearing/Oidos (oir)
- Nosebleeds/Hemorragias nasales
- Sinus/Sinusitis
- Sore Throat/Ardor o dolor de garganta
- Swallowing/Problemas al tragar
- Change in vision/Cambios en la vision
- Crossed Eyes/Bizquera

**Bone, Joints, & Muscles**

- Arthritis/Artritis
- Back Pain/Dolor de espalda
- Joint Pain/ Dolor en las Articulaciones
- Leg Cramps/calambres en las piernas
- Neck Pain/Dolor de cuello
- Pain with walking/dolor al caminar

**Skin**

- Jaundice/Ictericia
- Heat or cold intolerance/intolerancia al calor o al frio
- Rash/Erupcion en la piel
- Hives/Urticaria
- Itching/Comezon/Picazon
- Change in Moles/Cambio en moles

**Heart & Circulation**

- Blood Clots/Coagulo en la pierna
- Chest Pain/Dolor en el pecho
- Cholesterol/Colesterol
- High Blood Pressure/Presion alta
- Murmur/Soplo en le carazon
- Palpitations/Palpitaciones

**Respiratory**

- Loud Snoring/ronquidos fuertes
- Wheezing/Sibilancias
- Bronchitis/Bronquitis
- Cough/Tos
- Shortness of Breath/  
Falta de Respiracion

**Bladder & Kidneys**

- Blood in Urine/Sangre en orinar
- Incontinence/Incontinencia
- Urinary Frequency/Frecuencia al orinar
- Urination/Problemas alo orinar

**Surgeries & Hospitalization**

Have you had any surgeries & hospitalizations, including blood transfusions?/ **Ha tenido algunca cirugia y hospitalizacion, inclnyendo las tranfusiones de sangre?**

Please list below/ **por favor escriba a continuacion**

Surgery & Hospitalizations/cirugias y hospitalizaions	Year/ano

**Men's Health/salud de los hombres**

Have you experienced problems with any of the following in the last 6 months?  
**Han tenido problemas con alguno de los siguientes en los últimos 6 meses?**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Lump in testicles/ <b>bulto en los testiculos</b>      | <input type="checkbox"/> Sore on penis/ <b>dolor en el pene</b>       |
| <input type="checkbox"/> Erection difficulties/ <b>dificultades de ereccion</b> | <input type="checkbox"/> Nipple discharge/ <b>secrecion del pezon</b> |
| <input type="checkbox"/> Breast Lump/ <b>bulto en el pecho</b>                  | <input type="checkbox"/> Penis discharge/ <b>secretion del pene</b>   |

**Women's Health/salud de la mujer**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Abnormal pap smear/ <b>papanicolau anormal</b>         | <input type="checkbox"/> Hot flashes/ <b>sofocos</b>                               |
| <input type="checkbox"/> Extreme menstrual pain/ <b>dolor menstrual extrema</b> | <input type="checkbox"/> Vaginal discharge/ <b>flujo vaginal</b>                   |
| <input type="checkbox"/> Nipple discharge/ <b>secrecion del pezon</b>           | <input type="checkbox"/> Bleeding between periods/ <b>sangrado entre menstrual</b> |
| <input type="checkbox"/> Breast lump/ <b>bulto en el pecho</b>                  |  |

Date of last menstruation period/ <b>fecha de la ultima menstruacion</b>	_____		
Regular Cycle/ <b>ciclo regular o normal</b>		<input type="checkbox"/> YES/SI	<input type="checkbox"/> NO
Spotting/ <b>con manchas</b>		<input type="checkbox"/> YES/SI	<input type="checkbox"/> NO
Are you using birth control? If so what type? <b>Estra usando algun metodo anticonceptivo? Si que tipo?</b>	_____	<input type="checkbox"/> YES/SI	<input type="checkbox"/> NO
Are you pregnant?/ <b>esta embarazada?</b>		<input type="checkbox"/> YES/SI	<input type="checkbox"/> NO
Are you nursing?/ <b>esta cuidando?</b>		<input type="checkbox"/> YES/SI	<input type="checkbox"/> NO
Number of pregnancies/ <b>numero de embarazo</b>	_____		
Number of births/ <b>numero de partos</b>	_____		
Number of vaginal deliveries/ <b>numero de partos vaginales</b>	_____		
Number of C-sections/ <b>numero de cesareas</b>	_____		
Number of abortions/ <b>numero de abortos provocados</b>	_____		
Number of miscarriages/ <b>numero de abortos expantaneos</b>	_____		
Year of last PAP test/ <b>en que ano se hizo el ultimo papanicolau</b>	_____	Normal	Abnormal
Year of last Mammogram/ <b>ano de la ultima mamograffia</b>	_____	Normal	Abnormal
Breast Exam/ <b>examen de densidad de huesos</b>	_____	Normal	Abnormal



## PATIENT ACKNOWLEDGEMENTS

- Compassion Center utilizes volunteers and volunteer health care providers who may provide care to me that is not administered for or in expectation of compensation; and
- In exchange for receiving treatment and health care services from such volunteers and volunteer health care providers, limitations exist on my ability and right to recover damages against such volunteers and volunteer health care providers.
- I understand that no guarantees or warranties have been made to me concerning the results of the examinations, treatments or procedures. My signature acknowledges that I have been given the opportunity to satisfy myself by asking questions about this consent form.
- I understand that the doctors and/or staff of Compassion Center are available when the clinic is open and are not available for after-hours consultation or advice. I understand that if I have a question or need medical attention after hours, I must seek the care of an Emergency Room or other physician/dentist.
- This is to notify you that under Georgia State and Federal law relating to the operation of free clinics, the Federal Tort Claims Act (FTCA), (See 28 U.S.C. §§ 1346(b), 2401(b), 2671-80) provides the exclusive remedy for damage from personal injury, including death, resulting from the performance of medical, surgical, dental, or related functions by any free clinic volunteer health care practitioner who the Department of Health and Human Services has deemed to be an employee of the Public Health Service. This FTCA medical malpractice coverage applies to deemed free clinic volunteer health care practitioners who have provided a required or authorized service under Title XIX of the Social Security Act at a free clinic site or through off site programs or events carried out by the free clinic (See 42 U.S.C. § 233(a), (o)).

MY SIGNATURE BELOW ACKNOWLEDGES THAT I HAVE BEEN GIVEN THE RIGHT TO ASK QUESTIONS AND RECEIVE INFORMATION AND HAVE HAD MY QUESTIONS ANSWERED AND HAVE RECEIVED ALL INFORMATION REQUESTED ABOUT THIS ACKNOWLEDGEMENT AND I KNOWINGLY AND VOLUNTARILY SIGN THIS ACKNOWLEDGEMENT. I FURTHER ACKNOWLEDGE THAT THE VOLUNTEERS AND VOLUNTEER HEALTH CARE PROVIDERS RENDERING HEALTH CARE SERVICES TO ME ARE DOING SO IN RELIANCE ON MY EXECUTION OF THIS ACKNOWLEDGEMENT. A PHOTOCOPY OR A FAXED COPY OF THIS ACKNOWLEDGEMENT SHALL BE DEEMED AS VALID AS THE ORIGINAL.

Additionally, I acknowledge that I have received notice of privacy practices.

Patient Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Parent/Guardian: \_\_\_\_\_ Relation: \_\_\_\_\_





## CONSENT FOR EVALUATION AND TREATMENT

Patient Name \_\_\_\_\_ DOB \_\_\_\_\_

Compassion Center is dedicated to providing primary care services. We believe people receive the best care when health care providers work together. Because physical and emotional problems often go together, Compassion Center patients may be referred to other health care specialties, either within the Compassion Center treatment team or outside specialists.

Please initial each section to which you agree and sign at the bottom.

### Consent to Care

\_\_\_\_\_ I voluntarily consent to treatment at Compassion Center. I authorize all health care providers, including but not limited to, physicians, nurse practitioners, counselors, and their assistants, employed by or volunteering at Compassion Center to use such diagnostic and treatment procedures as they deem necessary for proper management and treatment.

\_\_\_\_\_ I understand that residents, medical students, nurse practitioner students, physician assistant students, and counseling students are not licensed providers and may help provide care only under the supervision of and direction of a licensed healthcare provider.

\_\_\_\_\_ I understand that in treating patients, studies including x-rays, EKGs, or psychological tests may be needed. As healthcare is not an exact science, no guarantees are made concerning the course or effect of the treatment. There are risks involved with taking medications. Any questions about benefits, risks, available options, and medications should be directed to Compassion Center Staff. I accept the risks of medication and other treatment.

### Confidentiality

\_\_\_\_\_ I understand that my health information is strictly confidential and may be shared between Compassion Center providers only as deemed necessary for evaluation and treatment. Patient information will NOT be given to anyone outside Compassion Center, including family and friends, unless Patient (parent or legal guardian, if a minor) gives written consent. However, we may release Patient's information to others without Patient permission if:

- 1) Patient poses a threat to him/herself or others;
- 2) Patient is unable to protect him/herself from risk of harm;
- 3) Patient is in the legal custody of a government agency or facility;
- 4) There is evidence of child or elder abuse; or
- 5) Patient's clinical records are requested under court order including a subpoena to which Patient does not object promptly.

\_\_\_\_\_ I authorize Compassion Center to use and/or disclose my health information which specifically identifies me or which can be reasonably used to identify me, to carry out my treatment, payment, or other health care operations.

\_\_\_\_\_ I understand that Compassion Center is dedicated to maintaining patient privacy rights through privacy practices described in "Compassion Center Notice of Privacy Practices". I can obtain an electronic copy at [www.compassionga.org](http://www.compassionga.org). If I would like to release my records to another health care provider or facility, I will be required to fill out a separate request form. If I would like to authorize a friend or family member to receive my health information, I will need to fill out a separate request form.

\_\_\_\_\_ I received a copy or have access to "Compassion Center Notice of Privacy Practices". I understand I can revoke this consent at any time in writing.

### **Emergency Procedures**

\_\_\_\_\_ If you have an emergency, you will need to contact either a hospital emergency room or dial 911 depending on the situation.

By signing this form, I agree that I have read or had the form read and/or explained to me, that I understand it, and that any questions I asked have been answered. I understand that I agree to be truthful in providing information.

With my signature, I consent to the above as it relates to my treatment, privacy, and release of medical information. I consent to evaluation and treatment for myself and/or my children, for medical and mental health services, including any studies or procedures Compassion Center Professional Staff decide are necessary or appropriate. If signing as a parent or guardian, I hereby represent and warrant that I am legally empowered and entitled to make such decisions.

\_\_\_\_\_  
Patient or Guardian Signature

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Patient or Guardian Printed Name





## Aviso de Prácticas de Privacidad de HIPAA

**ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE UTILIZAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA Y CÓMO USTED PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR, REVISARLO DETENIDAMENTE.**

La Ley de Responsabilidad y Portabilidad del Seguro Médico de 1996 (HIPAA) exige a los proveedores de atención médica, pagadores y otras entidades de atención médica que desarrollen políticas y procedimientos para garantizar la seguridad, integridad, privacidad y autenticidad de la información de salud, y para salvaguardar el acceso y la divulgación de la información de salud.

El gobierno federal tiene reglas de privacidad que requieren que le proporcionamos información sobre cómo podríamos usar o divulgar su información de salud identificable. El gobierno federal exige que Compassion Center le proporcione nuestro **Aviso de Prácticas de Privacidad**.

### **A. NUESTRO COMPROMISO CON TU PRIVACIDAD**

Como proveedor de atención médica, Compassion Center utiliza su información médica confidencial y crea registros relacionados con la información médica para brindarle atención de calidad y cumplir con ciertos requisitos legales. Entendemos que esta información de salud es personal y estamos dedicados a mantener su derecho de privacidad según las leyes federales y estatales. El Aviso de prácticas de privacidad se aplica a los registros de su atención creados para ser mantenidos por Compassion Center, ya sea realizados por el personal de Compassion o su médico personal mientras esté en Compassion Center, El Compassion Center cumplirá con el Aviso de prácticas de privacidad.

Estamos obligados por ley a:

- a) asegurarse de que su información de salud se mantenga privada;
- b) brindarle el Aviso de Prácticas de Privacidad de nuestros deberes legales y prácticas de privacidad con respecto a su información de salud; y
- c) seguir los términos del Aviso de Prácticas de Privacidad que se encuentran actualmente vigentes.

Nos reservamos el derecho de cambiar el Aviso de prácticas de privacidad. Nos reservamos el derecho de hacer efectivo el cambio revisado para la información de salud que ya tenemos sobre usted, así como para cualquier información que recibamos en el futuro. Publicaremos una copia actual del Aviso en las instalaciones de Compassion Center y usted podrá solicitar una copia del Aviso. Además, el Aviso actual se publicará en [www.compassionga.org](http://www.compassionga.org).

**B. SI TIENE ALGUNA PREGUNTA, POR FAVOR CONTÁCTENOS ESCRIBIENDO A:**

Compassion Center  
Attn: Director ejecutivo  
25 Liberty Dr  
Box 4390  
Cartersville, GA 30120

**C. CÓMO PODEMOS USAR O DIVULGAR SU INFORMACIÓN DE SALUD SIN SU AUTORIZACIÓN**

- 1) **Tratamiento.** Podemos utilizar información de salud sobre usted para brindarle tratamiento o servicios médicos. Podemos divulgar información de salud sobre usted a médicos, enfermeras, técnicos, estudiantes de medicina, residentes, estudiantes de enfermería, dentistas, asistentes dentales, higienistas dentales y optometristas, u otro personal de atención médica que esté involucrado en su atención en Compassion Center o en otro proveedor de atención médica. Por ejemplo, un médico que lo trate por una pierna rota puede necesitar saber si tiene diabetes porque la diabetes puede retardar el proceso de curación. Diferentes departamentos dentro de Compassion Center también pueden compartir información de salud sobre usted para coordinar las diferentes cosas que necesita, como recetas, análisis de laboratorio y radiografías. Si su información de salud contiene información sobre su tratamiento de salud mental o abuso de sustancias o ciertas enfermedades infecciosas (incluyendo pruebas o resultados de VIH/SIDA), las leyes de confidencialidad estatales y federales nos exigen obtener su consentimiento antes de ciertas divulgaciones de dicha información. Una vez que hayamos obtenido su consentimiento para el Acuerdo de admisión/registro del Compassion Center, trataremos la divulgación de dicha información de acuerdo con nuestras prácticas de privacidad descritas en el Aviso de prácticas de privacidad.
  
- 2) **Operaciones de Atención Médica.** Podemos usar y divulgar información de salud sobre usted para las operaciones de Compassion Center. Por ejemplo, podemos utilizar información de salud para revisar nuestro tratamiento y servicios y para evaluar el desempeño de nuestro personal en su atención. También podemos combinar información de salud sobre nuestros pacientes para decidir qué servicios adicionales se deben ofrecer, qué servicios no son necesarios y si ciertos tratamientos nuevos son efectivos. Podemos divulgar su información de salud a médicos, enfermeras, técnicos, estudiantes de medicina, residentes, personal de enfermería, dentistas, asistentes dentales, higienistas dentales,

optometristas y otro personal con fines de revisión y aprendizaje. Podemos combinar la información de salud que tenemos con información de salud de otros proveedores de atención médica para comparar cómo nos está yendo y ver dónde podemos mejorar la atención y los servicios ofrecemos.

- 3) **Obtenga una Copia de los Registros Médicos.** Puede solicitar ver u obtener una copia de sus registros médicos y otra información médica que tengamos sobre usted. Pregúntanos cómo hacer esto.
  
- 4) **Recordatorios de Citas, Llamadas de Seguimiento y Alternativas de Tratamiento.** Podemos usar o divulgar información de salud para recordarle que tiene una cita o para controlarlo después de haber recibido tratamiento. Si ha dado su consentimiento, podemos dejar un mensaje de correo de voz. Podemos comunicarnos con usted sobre posibles opciones de tratamiento, alternativas, otros beneficios o servicios relacionados con la salud que puedan ser de su interés.
  
- 5) **Directorio.** Podemos usar o divulgar información de salud sobre usted en el directorio de pacientes mientras sea paciente de Compassion Center.
  
- 6) **Formulario de Consentimiento de Registros.** Al firmar el Formulario de consentimiento de registros, se nos permite divulgar información de salud a un amigo o familiar de su designación que esté involucrado en su atención médica o que ayude a cuidarlo.
  
- 7) **Investigación de Registros.** Obtendremos su autorización por escrito para usar o divulgar su información de salud con fines de investigación.
  
- 8) **Según lo Exige la Ley.** Usaremos o divulgaremos información de salud cuando así lo requiera la ley federal, estatal o local.
  
- 9) **Para Evitar una Amenaza Grave a la Salud o la Seguridad.** Podemos usar o divulgar información de salud cuando sea necesario para prevenir una amenaza grave a su salud y seguridad, a otra persona o al público. Sin embargo, cualquier divulgación solo se haría a alguien capaz de ayudar a prevenir la amenaza.

## **D. USO Y DIVULGACIÓN DE SU INFORMACIÓN DE SALUD EN CIERTAS SITUACIONES ESPECIALES**

- 1) **Militares y Veteranos.** A las autoridades de mando militar que así lo requieran, si es miembro de las fuerzas armadas. También podemos divulgar información de salud sobre personal militar extranjero a la autoridad militar extranjera correspondiente.
- 2) **Compensación para Trabajadores.** A compensación laboral o programas similares que brinden beneficios por lesiones o enfermedades relacionadas con el trabajo.
- 3) **Actividades de Salud Pública.** A agencias de salud pública u otras autoridades gubernamentales para informar actividades o riesgos de salud pública. Estas actividades generalmente incluyen lo siguiente:
  - a) para prevenir o controlar enfermedades, lesiones o discapacidades;
  - b) informar nacimientos y defunciones; denunciar abuso o negligencia infantil;
  - c) para informar reacciones a medicamentos o problemas con el producto;
  - d) notificar a las personas sobre retiradas de productos que puedan estar utilizando;
  - e) para notificar a una persona que pudo haber estado expuesta a una enfermedad o puede estar en riesgo de contraer
  - f) o propagar una enfermedad o condición según lo autorizado por la ley;
  - g) notificar a la autoridad gubernamental correspondiente si creemos que un paciente ha sido víctima de abuso, negligencia o violencia doméstica (solo haremos esta divulgación si usted está de acuerdo, cuando así lo requiera o lo autorice la ley).
- 4) **Actividades de Vigilancia de la Salud.** A una agencia de vigilancia de la salud para las actividades autorizadas por la ley. Estas actividades de supervisión incluyen, entre otras: auditorías, investigaciones, inspecciones y licencias. Estas actividades son necesarias para que el gobierno controle el sistema de atención médica, los programas gubernamentales y el cumplimiento de las leyes de derechos civiles.
- 5) **Demandas y Controversias.** En respuesta a una orden judicial o administrativa, si usted está involucrado en un juicio o una disputa. También podemos divulgar información de salud sobre usted en respuesta a una citación, solicitud de descubrimiento u otro proceso legal por parte de otra persona involucrada en la disputa, pero solo si se han hecho esfuerzos para informarle sobre la solicitud u obtener una orden que proteja la información de salud solicitada.
- 6) **Cumplimiento de la Ley.** En respuesta a una orden judicial, citación, orden judicial, proceso de citación; o a petición de un funcionario encargado de hacer cumplir la ley para identificar o localizar a un sospechoso, fugitivo, testigo material o persona desaparecida o para obtener información sobre la víctima de un delito si, bajo ciertas circunstancias limitadas, no podemos obtener la autorización de la persona. Podemos reportar una muerte que creemos que puede ser el resultado de una conducta criminal o reportar una

conducta criminal sospechada que ocurre en las instalaciones. También podemos reportar información relacionada con sospechas de delitos descubiertos durante la prestación de servicios médicos de emergencia.

- 7) **Actividades de Seguridad e Inteligencia Nacional.** A funcionarios federales autorizados para actividades de inteligencia, contrainteligencia y otras actividades de seguridad nacional autorizadas por la ley.
  
- 8) **Presos.** A la institución correccional o funcionario encargado de hacer cumplir la ley, si usted es un recluso de una institución correccional o está bajo la custodia de un funcionario encargado de hacer cumplir la ley. Esta liberación sería necesaria:
  - a) para que la institución le brinde atención médica
  - b) para proteger su salud y seguridad o la salud y seguridad de otros
  - c) para la seguridad y protección de la institución correccional
  
- 9) **Pacientes Fallecidos.** Nuestra práctica puede divulgar PHI a un médico forense o forense para identificar a una persona fallecida o identificar la causa de la muerte. Si es necesario, también podemos divulgar información para que los directores de funerarias puedan realizar su trabajo.
  
- 10) **Donación de Órganos y Tejidos.** Nuestra práctica puede divulgar su PHI a organizaciones que se encargan de la obtención o el trasplante de órganos, ojos o tejidos, incluyendo la donación de órganos en banco, según sea necesario, para facilitar la donación y el trasplante de órganos o tejidos si es donante de órganos.

## **E. USO Y DIVULGACIÓN QUE REQUIEREN SU AUTORIZACIÓN**

Otros tipos de usos y divulgaciones de su información de salud no descritos en el Aviso de prácticas de privacidad se realizarán únicamente con su autorización por escrito. Puede revocar su autorización mediante notificación por escrito al departamento de registros médicos donde recibió su atención. Consulte la lista de direcciones al final de este Aviso de prácticas de privacidad. Si revoca su autorización, ya no usaremos ni divulgaremos su información de salud según lo permitido por su autorización inicial. Por favor, comprenda que no podremos retirar ninguna divulgación que ya hayamos realizado y que todavía estamos obligados a conservar nuestros registros que contienen su información de salud que documenta la atención que le brindamos.



## **F. SUS DERECHOS CON RESPECTO A SU INFORMACIÓN DE SALUD (ESTOS DERECHOS ENTRAN EN VIGOR EL 1 DE NOVIEMBRE DE 2023)**

- 1) **Derecho a Inspeccionar y Copiar.** Tiene derecho a inspeccionar y obtener una copia de su registro de facturación y/o expediente médico (excepto notas de psicoterapia). Para inspeccionar y copiar su registro médico o de facturación, debe enviar su solicitud por escrito al Compassion Center. En la solicitud, incluya el nombre completo del paciente, número de seguro social, fecha de nacimiento y fechas de servicio, si las conoce. Si solicita una copia, se le cobrará una tarifa por los costos de copia, envío por correo u otros suministros asociados con su solicitud. Podemos negar su solicitud de inspeccionar y copiar registros en ciertas circunstancias limitadas; sin embargo, puede solicitar que nuestro Director Médico revise la denegación. Nosotros cumpliremos con el resultado de la revisión.
  
- 2) **Derechos a Solicitar una Enmienda.** Si cree que la información de salud que tenemos sobre usted es incorrecta, puede solicitarnos que la modifiquemos. Tiene derecho a solicitar una enmienda mientras la información de salud sea conservada por o para Compassion Center. Para solicitar una enmienda, su solicitud debe hacerse por escrito y enviarse a la Clínica Médica Móvil Compassion Center. Además, deberá proporcionar un motivo que respalde su solicitud. En su solicitud, incluya el nombre del paciente, número de seguro social, fecha de nacimiento y fechas de servicio, si las conoce. Podemos rechazar su solicitud de enmienda si no está por escrito o no incluye una razón que respalde la solicitud. Además, podemos rechazar su solicitud si nos solicita que modifiquemos información de salud que:
  - a) no fue creada por nosotros, a menos que la persona o entidad que creó la información de salud ya no esté disponible para realizar la enmienda;
  - b) no es parte de la información de salud mantenida por o para Compassion Center;
  - c) no es parte de la información de salud que se le permitiría inspeccionar y copiar.
  
- 3) **Derecho a una Contabilidad de Divulgaciones.** Tiene derecho a solicitar una lista de las divulgaciones que hicimos de su información de salud, excepto las divulgaciones:
  - a) para tratamiento, pago u operaciones de atención médica,
  - b) de conformidad con una autorización, para un incidente de un uso o divulgación permitidos,
  - c) o para ciertas otras divulgaciones limitadas definidas por la ley.

Para solicitar esta lista de divulgaciones, debe enviar su solicitud por escrito al Compassion Center. Su solicitud debe especificar un período de tiempo para el cual solicita un informe de divulgaciones e incluir el nombre del paciente, número de seguro social, fecha de nacimiento y fechas de servicio, si se conocen. No puede solicitar divulgaciones que hayan transcurrido más de siete años desde la fecha de su solicitud o que hayan sido anteriores al 1 de abril de 2023. Su solicitud debe indicar en qué forma desea la lista, por ejemplo, en papel o electrónicamente. Le notificaremos el costo involucrado y usted podrá optar por retirar o modificar su solicitud en el momento antes de que se incurra en cualquier costo.

4) **Derecho a Solicitar Restricciones.** Tiene derecho a solicitar una restricción o limitación de la información de salud que utilizamos o divulgamos sobre usted para tratamiento, pago u operaciones de atención médica. También tiene derecho a solicitar un límite en la información de salud que divulgamos sobre usted a alguien que esté involucrado en su atención o en el pago de su atención, como un familiar o un amigo. Por ejemplo, podría solicitar que no usemos y divulguemos información sobre una cirugía a la que se haya sometido.

5) **No estamos obligados a aceptar su solicitud.** Si estamos de acuerdo, cumpliremos con su solicitud a menos que la información sea necesaria para brindarle tratamiento de emergencia. Tenemos derecho a revocar nuestro acuerdo en cualquier momento. Para solicitar restricciones, deberá realizar su solicitud por escrito al Compassion Center y deberá informarnos:

- a. qué información desea limitar;
- b. si desea limitar nuestro uso, divulgación o ambos; y
- c. a quién desea que se apliquen los límites (por ejemplo, divulgaciones a su cónyuge).

6) **Derecho a Solicitar Comunicaciones Confidenciales.** Tiene derecho a solicitar que nos comuniquemos con usted sobre asuntos médicos de una manera determinada o en un lugar determinado. Por ejemplo, puede solicitar que solo nos comuniquemos con usted en el trabajo o por correo. Para solicitar comunicaciones confidenciales, debe realizar su solicitud por escrito a Compassion Center, Attn: Medical Records 25 Liberty Dr #4930, Cartersville, GA 30120. En la solicitud, incluya el nombre del paciente, número de seguro social, fecha de nacimiento y fechas de servicio, si se conocen. No le preguntaremos el motivo de su solicitud. Trabajaremos para atender todas las solicitudes razonables. Su solicitud debe especificar cómo y dónde desea que lo contactemos.

7) **Derecho a Recibir una Copia Impresa de Nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad.** Tiene derecho a recibir una copia impresa del Aviso de prácticas de privacidad, que puede solicitar en cualquier momento.

Puede obtener una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad solicitando por escrito a: Compassion Center, Attn: Medical Records, 25 Liberty Dr #4930, Cartersville, GA 30120.

8) **Derecho a Presentar una Queja.** Si cree que se han violado sus derechos de privacidad, puede presentar una queja ante nuestra práctica escribiendo a: Compassion Center, Attn: Director, 25 Liberty Dr #4930, Cartersville, GA 30120. También puede presentar una queja ante la Secretaría del Departamento de Salud y Servicios Humanos, Oficina de Derechos Civiles, 200 Independence Avenue SW, Washington, DC 20201, por teléfono (202)619-0257 o llamada gratuita (877) 696-6775. Usted no será penalizado por presentar una queja.