

CLIENT #:		
Legal Name : _____		
<i>Printed Last</i>	<i>Printed First</i>	<i>M.I.</i>
Preferred First Name : _____		
Interpreter Needed?	Gender : Male Female	Birthdate : _____
Race :	Ethnicity :	Age :
Address : _____		
City/St/Zip : _____		
Home/Cell Phone : _____		
Work Phone : _____		
Primary Care Provider: _____		
GUARANTOR <i>(If Under 18years of age)</i>		
Guarantor Name : _____		
<i>Printed Last</i>	<i>Printed First</i>	<i>M.I.</i>
Address :	Relationship:	
City/St/Zip :	Birthdate :	
Home/Cell Phone : _____		
Work Phone :	SSN :	
INSURANCE		
Member Name:	DOB:	
<i>Printed Last</i>	<i>Printed First</i>	<i>Required</i>
Insurance Company:	SSN:	
Member Identification # :	Group # :	
Insurance Address:	City/St/Zip :	
COMMENTS I acknowledge that I have been offered the opportunity to read the Barton County Health Department’s Revised Notice of Privacy (HIPAA) effective September 23, 2013. I agree that I am seeking services voluntarily without coercion and I verify that I am not required to participate in any program with the Barton County Health Department in order to receive services. I understand that the BCHD participates in the Title X program and minors may be able to authorize services independently. I am authorizing the Barton County Health Department to submit claims for reimbursement to them on my behalf and I authorize the release of records necessary to act on this request. I understand that the BCHD participates in the Title X program and minors may be able to authorize services independently		
Signature: _____		Date: _____

CLERICAL ONLY:
 NN: _____
 Charges: _____
 WebIZ: _____

BARTON COUNTY HEALTH DEPARTMENT
 1300 Kansas Ave – Great Bend KS 67530 Phone:
 (620) 793-1902 Fax: (620)793-1903

CLINICAL ONLY:
 NN: _____
 Charges: _____
 WebIZ: _____

VERIFICACION DE DATOS DEL CLIENTE

CLIENTE #: _____			
Nombre Legal: _____		Escriba su Apellido	
Nombre Preferido: _____		Escriba su Primer Nombre	
Requiere Interpretar? _____		Inicial del Segundo Nombre	
Género:	<input type="checkbox"/> Femenino	<input type="checkbox"/> Masculino	Fecha de Nacimiento: _____
Raza: _____	Origen Etnico: _____	Edad: _____	
Dirección: _____			
Calle/Ciudad/Código Postal: _____			
No. de Teléfono del Hogar o Cedral: _____			
No. de Teléfono del Trabajo: _____			
Proveeder de su Atención Médica: _____			
GARANTOR (Si es menor de 18 años)			
Nombre del Garantor : _____		Escriba su Apellido	
Dirección: _____		Escriba su Primer Nombre	
Calle/Ciudad/Código Postal: _____		Inicial del Segundo Nombre	
No. de Teléfono del Hogar o Cedral: _____		Relación al cliente: _____	
Teléfono del Trabajo: _____		Fecha de Nacimiento: _____	
Seguro Social: _____			
ASEGURANZA			
Nombre del Asegurado: _____		Fecha de Nacimiento: _____	
Escriba su Apellido		Escriba su Primer Nombre	
Insurance Company: # de Identificación del Asegurado: _____		Seguro Social: _____	
Dirección de la Aseguración: _____		Grupo #: _____	
COMENTARIOS:		Calle/Ciudad/Código Postal: _____	
Fecha: _____		Postal: _____	
<p><small>*Reconozco que se me ha ofrecido la oportunidad de leer el Aviso de Privacidad Revisado del Departamento de Salud del Condado de Barton (HIPAA) efectivo a partir del 23 de septiembre de 2013. Estoy de acuerdo en que estoy buscando servicios voluntariamente sin coerción y verifico que no estoy obligado a participar en cualquier programa con el Departamento de Salud del Condado de Barton para recibir servicios. Entiendo que el BCHD participa en el programa Título X y que los menores pueden autorizar servicios de forma independiente. Estoy autorizando al Departamento de Salud del Condado de Barton a presentarles reclamos de reembolso en mi nombre y autorizo la divulgación de los registros necesarios para actuar sobre esta solicitud.</small></p>			
Firma: _____		Fecha: _____	

CLERICAL ONLY:

NN: _____

Charges: _____

WebIZ: _____

BARTON COUNTY HEALTH DEPARTMENT

1300 Kansas Ave – Great Bend KS 67530

Phone: (620) 793-1902 Fax: (620)793-1903

CLINICAL ONLY:

NN: _____

Charges: _____

WebIZ: _____



Barton County Health Dept
1300 Kansas Ave Great Bend KS
67530 (620)793-1902



Public Health
Prevent. Promote. Protect.

Client# _____

Consent for Labs

I, _____ understand that it is my responsibility to follow up with a physician on any abnormal results. I release Barton County Health Department and all of its agents, servants and/or employees from any liability for my failure to follow up with my physician on abnormal results and/or from any complications from having my blood drawn.

These tests will be performed by Quest laboratory. Results will be mailed to you within 10-14 days.

Barton County Health Department will not fax results to physicians. The patient is responsible for their lab results.

In the event of a health emergency, I authorize the Health Department to contact:

NAME OF EMERGENCY CONTACT

PHONE NUMBER

CLIENT SIGNATURE

DATE

Please list the labs you want to receive today



Barton County Health Dept
 1300 Kansas Ave Great
 Bend KS 67530
 (620)793-1902



Public Health
 Prevent. Promote. Protect.

Número de Cliente: _____

Formulario de Consentimiento de Laboratorio

Yo, _____ entiendo que es mi responsabilidad dar seguimiento con un médico de cualquier resultado de los laboratorios que me estoy realizando por medio del Departamento de Salud del Condado de Barton. Quiero liberar al Departamento de Salud del Condado de Barton y a todos su agentes, empleados o trabajadores de cualquier responsabilidad por mi falta de seguimiento médico en los resultados que recibiré, así como de cualquier complicación que pueda surgir de tener la venipuntura (extracción de sangre) realizada. La prueba que he pedido se realizará por Laboratorio Quest. Los resultados serán enviados al Departamento de Salud del Condado de Barton y El Departamento de Salud del Condado de Barton me enviará los resultados en 10 o 14 días.

El Departamento de Salud del Condado de Barton no enviara por fax los resultados a los medicos. El paciente es responsable de sus resultados de laboratorio.

En Caso de una **emergencia de salud**, Yo autorizo al Departamento de Salud del Condado de Barton contactar a:

 Nombre de Contacto de Emergencia

 Número de Teléfono

 Firma del Cliente

 Fecha

Por favor liste los laboratorios que desea recibir el dia de hoy

HEALTHY LIVING LABORATORY SERVICES



**\$10.00 DRAW FEE
PER VISIT**

COST	LABORATORY TEST
<input type="checkbox"/> \$ 7.83	Complete Blood Count (CBC) <i>Checks for anemia, infection, or disease</i>
<input type="checkbox"/> \$ 9.78 **	Comprehensive Metabolic Profile (fasting test) <i>A measure of electrolytes, glucose, kidney and liver enzymes</i>
<input type="checkbox"/> \$ 6.54 **	Glucose (fasting test) <i>Checks the sugar in the blood</i>
<input type="checkbox"/> \$ 14.10	Hemoglobin A1C <i>Screening for Diabetes and aids in Diabetes Management (long-term glucose levels)</i>
<input type="checkbox"/> \$ 7.96 **	Hepatic Functions Panel (fasting test) <i>Checks how the Liver is working</i>
<input type="checkbox"/> \$ 21.25	Hepatitis C Virus Antibody <i>Checks to see if you have been exposed to Hepatitis C</i>
<input type="checkbox"/> \$ 24.48	Hepatitis B Surface Antibody, Quantitative <i>Used to see if you have any immunity to Hepatitis B or Immunity from the Vaccine</i>
<input type="checkbox"/> \$ 17.70	Hepatitis B Surface Antibody, Qualitative <i>Used to check for the disease</i>
<input type="checkbox"/> \$ 22.00	HIV 1/2 Antigen/ Antibody <i>Indicates that you have exposure to HIV</i>
<input type="checkbox"/> \$ 11.00 **	Lipid Panel (fasting test) <i>A reliable measure of Cholesterol, triglycerides, HDL, LDL</i>
<input type="checkbox"/> \$ 32.50	Measles Antibody (IgG) <i>Indicator if you have ever been exposed to the Measles or Immunity from the Vaccine</i>
<input type="checkbox"/> \$ 28.12	Mumps Virus Antibody (IgG) <i>Indicator if you have ever been exposed to the Mumps or Immunity from the Vaccine</i>
<input type="checkbox"/> \$ 47.20	Nicotine Cotinine, Serum <i>Indicator if you are a smoker or around nicotine</i>
<input type="checkbox"/> \$ 13.29	Rubella Immune Status <i>Indicator if you have ever been exposed to the Rubella or Immunity from the Vaccine</i>
<input type="checkbox"/> \$ 20.50	TSH (Thyroid Stimulating Hormone) <i>Checks medication compliance and also indicates thyroid issues</i>
<input type="checkbox"/> \$ 17.00	T3 Total <i>Measures available thyroid hormone binding sites (usually Doctors order this)</i>
<input type="checkbox"/> \$ 32.75	T4, Free (FT4) <i>Checks the circulating autoantibodies (usually Doctors order this)</i>
<input type="checkbox"/> \$ 21.25	PSA (Prostate Specific Antigen) <i>Measures PSA to aid in the diagnosis of Prostate Cancer</i>
<input type="checkbox"/> \$ 23.37	Varicella-Zoster Virus Antibody (IgG) <i>Indicator if you have ever been exposed to the Chicken Pox or Immunity from the Vaccine</i>
<input type="checkbox"/> \$ 35.00	Vitamin D, 25-Hydroxy, Total Immunoassay <i>Measures the amount of Vitamin D your body is absorbing (medication maintenance, also)</i>

SERVICIOS DE LABORATORIO DE VIDA SANA



**\$10.00 DE CARGO
POR VISITA**

COST	LABORATORY TEST
☐ \$ 7.83	Conteo Sanguíneo Completo(CBC) <i>Chequea la anemia, Infecciones, o enfermedades</i>
☐ \$ 9.78 **	Perfil Metabolico Integran (Examen en ayunas) <i>Medida de Electrolitos, glucosa, rinon y enzimas del hígado</i>
☐ \$ 6.54 **	Glucosa(Examen en ayunas) <i>Comprueba el azúcar en la sangre</i>
☐ \$ 14.10	Hemoglobina A1C <i>Detección de Diabetes y SIDA en el manejo de la diabetes (niveles de la glucose a largo plazo)</i>
☐ \$ 7.96 **	Paneles de función hepática (Examen en ayunas) <i>Chequea cómo esta funciona el hígado</i>
☐ \$ 21.25	Anticuerpo del virus de la hepatitis C <i>Chequea si usted ha estado expuesto a la Hepatitis C</i>
☐ \$ 24.48	Anticuerpo superficial de la Hepatitis B, Quantitative <i>Se utiliza para ver si usted tiene alguna inmunidad a la Hepatitis B o Inmunidad de la Vacuna</i>
☐ \$ 17.70	Hepatitis B Surface Antibody, Cuantitativo <i>Se utiliza para comprobar la enfermedad</i>
☐ \$ 22.00	HIV 1/2 Antígeno/Anticuerpo <i>Indica si usted ha sido expuesto al VIH</i>
☐ \$ 11.00 **	Panel Lipil (Examen en ayuna) <i>Una medica confinable de Colesterol, Triglicéridos, HDL, LDL</i>
☐ \$ 32.50	Anticuerpo contra el Sarampión(IgG) <i>Indicador si alguna vez ha estado expuesto al sarampión o a la Inmunidad de las vacunas</i>
☐ \$ 28.12	Anticuerpo del virus de las paperas(IgG) <i>Indicador si alguna vez ha estado expuesto a las paperas o a la Inmunidad de las vacunas</i>
☐ \$ 47.20	Cotina de nicotina, suero <i>Indicador si usted es un fumador o alrededor de la nicotina</i>
☐ \$ 13.29	Estado immune de la rubéola <i>Indicador si alguna vez ha estado expuesto a la Rubéola o la la Inmunidad de las vacunas</i>
☐ \$ 20.50	TSH (Hormona estimulante de la Tiroides) <i>Verifica el cumplimiento de la medicación y también indica problemas de Tiroides</i>
☐ \$ 17.00	T3 Total <i>Mide los sitios de union de hormonas tiroideas disponibles(usualmente los doctores lo ordenan)</i>
☐ \$ 32.75	T4, Free (FT4) <i>Comprueba los autoanticuerpos circulantes (usualmente los doctores lo ordenan)</i>
☐ \$ 21.25	PSA (Antígeno prostático específico) <i>Mide PSA para ayudar en el diagnóstico del Cancer de próstata</i>
☐ \$ 23.37	Anticuerpo de Virus de laVaricella-Zoster (IgG) <i>Indicador si alguna vez ha estado expuesto a la varicella o a la Inmmunidad de las vacunas</i>
☐ \$ 35.00	Vitamina D, 25-Hydroxy, Total Immunoassay <i>Mide la cantidad de vitamin D que su cuerpo está absorbiendo (Mantenimiento de la</i>

SI USTED ES CONSCIENTE DE ELLO, USTED PUEDE CUIDAR DE EL!