

Chart #: _____

SALINA FAMILY HEALTHCARE CENTER
ANNUAL PATIENT ACKNOWLEDGEMENT AND CONSENT FORM/
ANUAL FORMULARIO DE RECONOCIMIENTO Y CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE

Legal Name/ Nombre legal:

DOB/Fecha de Nacimiento:

Assignment of Benefits:

I request that payment of authorized benefits from Medicare, Medicaid, and/or any insurance carrier applicable, be made on my behalf, to Salina Family Healthcare Center, for any services, including, but not limited to, telemedicine and/or teledentistry, furnished to me and/or my dependent family members by my provider.

Asignación de Beneficios:

Solicito que el pago de beneficios autorizado del Seguro de Medicare, Medicaid, y/o de cualquier otro portador de seguro medico aplicable, se hagan a mí, o en mi favor, a Salina Family Healthcare, por cualquier servicio, incluyendo pero no limitado a telemedicina y/o teledontología (dentista), proporcionado a mí y/o miembro dependiente de mi familia por mi proveedor medico.

Authorization to Release Medical Information:

I authorize any holder of medical/dental/vision information about me and/or my family members to release information needed to determine benefits or the benefits for other related services to the Department of Children and Families, the Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS), applicable insurer(s), and/or agent of these companies, and/or the listed responsible person(s).

Autorización Para Revelar Información Médica:

Autorizo cualquier quien tenga información medical/dental/vision sobre mí y/o miembro de familia de ser revelada al Departamento de Niños y Familias, los centros de Seguro Medicare, Medicaid (CMS), del seguro(s) aplicable, y/o de los agentes de estas empresas y/o de la persona (s) alistada responsable, cualquier información necesitada para determinar estos beneficios o los benéficos para otros servicios relacionados.

Notice of Privacy Practices

Maintaining privacy of your health information is very important to us. You have been offered our Notice of Privacy Practices. We ask you acknowledge your receipt of this Notice by signing below. You should keep a copy of the Notice; however, if you wish to receive another copy you may request a copy at any time. The most current copy of this Notice will be posted in our office as well as on our website. I acknowledge that I was offered a copy of Center's Notice of Privacy Practices effective December 18, 2025.

Aviso de Practicas de Privacidad:

Mantener la privacidad de su información médica es muy importante para nosotros. Se le ha ofrecido nuestro Aviso de prácticas de privacidad. Le pedimos que reconozca que recibo este Aviso firmando a continuación. Debe conservar una copia del Aviso; sin embargo, si desea recibir otra copia, puede solicitar una copia en cualquier momento. La copia más actualizada de este Aviso se publicará en nuestra oficina y en el sitio web. Reconozco que se me ofreció una copia del Aviso de prácticas de privacidad del Centro efectivo el 18 de diciembre de 2025.

Financial Account Policy:

By my signature below, I am agreeing to the Financial Account policies set forth by Salina Family Healthcare Center. A detailed description of the Financial Account Policy is available for all patients, upon request.

Política de Cuentas Financieras:

Por mi firma abajo, acuerdo con las Pólizas de la Cuenta Financiera dispuestas por Salina Family Healthcare Center. Una descripción detallada de la póliza de la cuenta financiera está disponible para todos los pacientes, por requisito.

Disclosure of Insurance Coverage:

I have disclosed all insurance coverage in effect at the time services were provided to me. I understand that failure to inform Salina Family Healthcare Center of any third-party insurance coverage will be considered fraud and I understand that the clinic will prosecute to the fullest extent of the law.

Divulgación de la Cobertura de Seguro:

También he revelado toda la cobertura de seguro medico en efecto cuando los servicios fueron proporcionados. Entiendo que la falta de informarle a Salina Family HealthCare Center cualquier cobertura de seguro medico del tercer partido será considerado fraude y entiendo que la clínica procesará al grado más completo de la ley.



**ANNUAL PATIENT ACKNOWLEDGEMENT AND CONSENT FORM/
ANUAL FORMULARIO DE RECONOCIMIENTO Y CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE**

Acknowledgement of Services:

By signing below, I acknowledge that Salina Family Healthcare Center provides an integrated care model where behavioral health screenings and consults will be part of the patient-centered care provided.

Reconocimiento de Servicios:

Al firmar a continuación, yo reconozco que Salina Family Healthcare Center ofrece un modelo de cuidado integral donde evaluación y consulta de comportamiento de salud será parte del cuidado brindado al paciente – en un ambiente centrado – al paciente.

Patient and Center Rights and Responsibilities:

I acknowledge that I have received a copy of Salina Family Healthcare Center's Patient and Center Rights and Responsibilities form. You should keep a copy of the Center's Patient and Center Rights and Responsibilities; however, if you wish to receive another copy you may request a copy at any time. The most current copy of Center's Patient and Center Rights and Responsibilities will be posted in our office and on our website. I acknowledge that I received a copy of Center's Patient and Center Rights and Responsibilities effective May 20, 2025.

Responsabilidad y Derechos del Paciente y del Centro:

Yo reconozco que he recibido una copia de la forma de Derechos y responsabilidades del Paciente y Centro de Salina family Healthcare Center. Le pedimos a usted reconocer el recibo de este documento, firmando a continuación. Usted debe mantener una copia de Derechos y Responsabilidades del Paciente y Centro; sin embargo, si desea recibir otra copia usted puede solicitar una copia en cualquier momento. La copia más actual de Derechos y Responsabilidades del Paciente y Centro; estará puesta en nuestra oficina. Yo reconozco que he recibido una copia de Derechos y responsabilidades del Paciente y Centro del centro de mi proveedor médico 20 de mayo de 2025.

Televideo Visits

I consent to telemedicine visits, including medical, behavioral health, dental, pharmacy, eye care, and nursing visits. I agree to use the video-conferencing platform for virtual sessions. *All existing laws regarding your access to medical information and copies of your medical records apply to this telemedicine consultation. All existing confidentiality protections under federal and Kansas state law apply to information disclosed during this telemedicine consultation/appointment. You may withhold or withdraw consent to the telemedicine consultation or appointment at any time without affecting your right to future care or treatment, or risking the loss or withdrawal of any program benefits to which you would otherwise be entitled. Video, audio, and/or photo recordings may be taken during the consultation, appointment, or service.

Visitas de Televideo:

Doy mi consentimiento para las visitas de telemedicina, incluyendo las visitas médicas, de salud conductual, dentales, de farmacia, cuidado de ojos y de enfermería. Acepto utilizar la plataforma de videoconferencia para sesiones virtuales. * Todas las leyes existentes con respecto a su acceso a la información médica y las copias de su registro médico se aplican con esta consulta de telemedicina. Todas las protecciones de confidencialidad existentes bajo la ley federal y estatal de Kansas se aplican a la información divulgada durante esta consulta / cita de telemedicina. Puede retener o retirar su consentimiento para la consulta o cita de telemedicina en cualquier momento sin afectar su derecho a recibir cuidado o tratamiento en el futuro, ni correr el riesgo de perder o retirar beneficios de cualquier programa a los que de otro modo tendría derecho. Se pueden tomar grabaciones de video, audio y / o fotos durante la consulta, cita o servicio.

Patient/Legal Guardian Signature:

Firma del Paciente/Guardián Legal:

Today's Date:

Fecha: