



ACKNOWLEDGEMENT OF RECEIPT



A. PATIENT INFORMATION

Patient Name: _____ Date of Birth: MM/DD/YYYY

If patient is a minor or an incapacitated adult:

Parent/Legal Guardian's Name: _____

B. SHALOM POLICIES, PROCEDURES, AND PRACTICES

I have been informed of the following Shalom Health Care Center's ("Shalom") policies, procedures, and practices as they relate to my care. My initials below indicate that a Shalom representative has explained each notice to the best of my understanding and my questions have been answered. I affirm that a copy of each notice has been made available to me and that I may access these individual documents at any time through Shalom's website and/or patient portal.

- Consent for Treatment & Use, Disclosure & Release of Protected Health Information (PHI)
- Missed Appointment ("No-Show") Policy & Expected Payment Policy & Patient Provider Agreement
- Patient's Rights and Responsibilities
- Notice of Our Privacy Practices
- Patient Portal (Healow) Accept Decline
- Online Appointment Request
- Advance Directive
- Accessing Medical Care When the Clinic is Closed

C. ACKNOWLEDGEMENT

I acknowledge that all Shalom documents, policies, procedures, and practices included in this intake process have been explained to me to the best of my understanding. However, should I have any further questions or concerns, I may ask a Shalom representative for further clarification.

Patient Signature: _____ Date: MM/DD/YYYY

If patient is a minor or an incapacitated adult:

Parent/Legal Guardian's Name: _____ Relationship to Patient: _____

Parent/Legal Guardian's Signature: _____ Date: MM/DD/YYYY





RECONOCIMIENTO DE RECIBO



A. INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____ MM/DD/YYYY

Si el paciente es menor de edad o adulto incapacitado:

Nombre del padre / tutor legal: _____

B. POLÍTICAS, PROCEDIMIENTOS Y PRÁCTICAS DE SHALOM

Me han informado sobre las siguientes políticas, procedimientos y prácticas de Shalom Health Care Center (“Shalom”) en relación con mi atención. Mis iniciales a continuación indican que un representante de Shalom ha explicado cada aviso a mi mejor entender y mis preguntas han sido respondidas. Afirmo que se me ha puesto a disposición una copia de cada aviso y que puedo acceder a estos documentos individuales en cualquier momento a través del sitio web de Shalom y/o el portal para pacientes.

___ Consentimiento para tratamiento y uso, divulgación y divulgación de Información Médica Protegida (PHI)

___ Políticas de cita perdida (“ausencia”) y políticas de pago esperado y acuerdo de paciente-proveedor

___ Derechos y Responsabilidades del Paciente

___ Aviso de nuestras Prácticas de Privacidad

___ Portal del Paciente (Healow) Aceptar Rechazar

___ Solicitud de Cita en Línea

___ Directiva Anticipada

___ Acceso a atención médica cuando la clínica está cerrada

C. RECONOCIMIENTO

Reconozco que todos los documentos, políticas, procedimientos y prácticas de Shalom incluidos en este proceso de admisión me han sido explicados según mi leal saber y entender. Sin embargo, si tengo más preguntas o inquietudes, puedo pedirle más aclaraciones a un representante de Shalom.

Firma del Paciente: _____ Fecha: _____ MM/DD/YYYY

Si el paciente es menor de edad o adulto incapacitado:

Nombre del padre/tutor legal: _____ Relación con el Paciente: _____

Firma del padre/tutor legal: _____ Fecha: _____ MM/DD/YYYY