



317 E Himes, Norman, OK 73070 ~ (405) 329-4161 ~ www.healthforfriends.org

Horas de la Clinica: Lunes - Viernes (9 am - 12pm) & (1pm - 5pm)

Horas de la Farmacia: Martes - Jueves (1pm - 4pm)

Sugerimos una donación de \$3 por cada prescripción llenada y una donación de \$5 por cada cita. Los precios de los procedimientos dentales se basan en el procedimiento, pago es debido cuando se hace los servicios.

Las citas se pueden concertar por teléfono o personalmente. Hay una lista de espera y los tiempos de la cita se programan como disponible. Para ver un doctor es necesario que usted programe una cita y no proporcionamos cuidado de emergencia. Nos limitan en la cantidad de servicios que proporcionamos y que podemos no poder tratar sus necesidades. Health for Friends no es responsable de ninguna coste hechas si las remisiones a otra parte son necesarias.

Farmacia: Usted debe completar un formulario y traer prueba de la residencia y el ingreso para llenar prescripciones en Health for Friends. Si usted no es un paciente en Health for Friends debemos tener su prescripción original. Muchas medicaciones no están disponibles aquí y algunas pueden no estar constantemente disponibles. No se llena ni se prescribe ningunas medicaciones narcóticas o controladas aquí.

Repuestos de la prescripción: Llame 701-0306 el día anterior y deje un mensaje con su nombre, apellido, y el numero de la prescripción.

Requisitos de la elegibilidad: Usted no debe tener ningún acceso a otro cuidado médico de seguro. Ningún Soonercare (para el non-OB) o cuidado médico indio. Usted debe proporcionar la prueba de la ciudad de la residencia normanda y la prueba de la renta. Las pruebas aceptables de la residencia son; cuenta para uso general, extracto de cuenta, contrato de alquiler, trozo de la paga, letra del ADO, letra de la ventaja del estado, tarjeta del registro de votantes, cuenta del cable/del Internet, correo del gobierno o una letra de la inhabilidad. Las pruebas aceptables de la renta son: 2 meses de los trozos de la paga, de 3 extractos de cuenta actuales, del control de seguridad

social, del cheque de inhabilidad, de la letra de la ventaja del estado, de la letra del patrón que indica salarios, o de una negación de Medicaid. SU USO NO SE PUEDE PROCESAR SIN ESTAS PRUEBAS. Si usted no puede proporcionar esta información no podremos proveer de usted servicios del cuidado médico.

Contrato del Paciente

Entiendo que Health for Friends:

- Es una organización no lucrativa privada, no es seguro ni un programa del derecho del gobierno.
- Ayuda y los servicios pueden terminar en cualquier momento por cualquier razón.
- Utiliza los servicios de voluntarios incluyendo médicos, ayudantes del médico, enfermeras registradas, médicos de la enfermera, farmacéuticos, dentistas, ayudantes dentales, ayudantes de la clínica y otros. Bajo "El acto de los servicios de médicos profesionales voluntarios" estos profesionales son inmunes de responsabilidad medica y no pueden ser obligados por el no-tratamiento o tratamiento en esta facilidad.
- Es una facilidad donde el uso de tabaco, alcohol y drogas ilegales es prohibido. Intoxicación por cualquier medio resultará en negación de servicios médicos.
- Guardará confidencial toda la información médica y personal. HFF solamente usará y divulgará información para la información siguiente: Compartiendo información con otros abastecedores médicos que están implicados en su cuidado. Para recibir pago para los servicios que hemos proporcionado a usted. Para asegurar que estamos proporcionando el mejor servicio posible incluyendo la intervención y la revisión de los expedientes garantía de calidad. El uso y acceso de sus informes médicos puede ocurrir incluyendo lanzamiento con consentimiento, cuando es ordenado por una corte o agencia de estatal, en investigaciones de abuso de la pederastia y negligencia, y cuando es requerido por la ley estatal para los casos al divulgar lesiones y compra de la enfermedad como sea necesario los códigos de salud pública o prevenir la extensión de enfermedades tales como tuberculosis (TB) o al divulgar pederastia o negligencia sospechosa al departamento de servicios humanos.

Convengo:

- Guardar cada cita según lo programado. Si no puedo guardar una cita programada notificaré la oficina por lo menos dos horas antes de la cita. Si falto tres citas programadas me descalificaré de usar los servicios de Health for Friends.
- Proporcionar la información actualizada de la renta y de la implantación cada (6) seis meses.
- Proporcionar la información de la elegibilidad requerida en HFF.
- Seguir el plan de tratamiento proporcionado por los médicos y profesionales en HFF. Llenaré las prescripciones y las tomaré según lo dirigido y seguiré los consejos médicos.
- Solicitar para Medicaid u otros programas de asistencia en concordancia de la petición de HFF
- Entrar en contacto con HFF inmediatamente con cualquier cambio en mi número de teléfono o mi dirección.
- Que cualquier comportamiento inapropiado dirigido a los voluntarios, doctores, o la facilidad resultará en un retiro inmediato de HFF y la descalificación para cualquier servicios en el futuro.
- Que la información que he proporcionado es un acceso completo de mi renta y mi dirección. La información es verdad al mejor de mi conocimiento y no hay intento confiar fraude. Entiendo que medidas apropiadas serán tomadas si se falsifica la información.

Por firmar esta solicitud usted consiente al uso y la divulgación de su información de salud de realizar el tratamiento, las actividades del pago y las operaciones del cuidado médico y el contrato paciente como se declaró anteriormente. Usted tiene la derecha de revocar el consentimiento para los informes médicos, con el aviso escrito, en cualquier momento.