



NEMS ID: _____

NAME: _____

DOB: _____

REGISTRATION FORM
FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN

Date
Fecha: ____ / ____ / ____

Name
Nombre: _____
Last | *Apellido* First | *Primer Nombre* Middle | *Segundo Nombre*

Date of Birth
Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____

Address
Dirección: _____

City
Ciudad: _____

State
Estado: _____

Zip
Código postal: _____

Home Phone
Teléfono de casa: _____

Cell Phone
Teléfono móvil: _____

Email Address
Dirección electrónica: _____

Referred to NEMS by
Derivado a NEMS por: _____

- Sex**
Sexo: Male Female
 Masculino Femenino
- Sexual Orientation**
Orientación Sexual: Straight Lesbian or Gay Bisexual Other
 Heterosexual Lesbiana o Gay Otro
- English Level**
Nivel de inglés: Good Fair Little None
 Bueno Regular Escaso Nada

Dialect(s) Spoken
Dialecto(s) hablado(s): _____

Ethnicity Non-Hispanic/Latino Hispanic/Latino
Etnia: No Hispano/Latino

Race/Ethnic Group (Check all that apply) | Raza/grupo étnico (Marque todo lo que corresponda):

- Asian (Please specify) | Asiático (Por favor, especifique):
- Chinese | Chino Japanese | Japonés Native Hawaiian | Nativo de Hawái
 - Vietnamese | Vietnamita Korean | Coreano Asian Indian | Indio Asiático
 - Filipino Burmese | Birmano Other Pacific Islander | Otro Isleño del Pacífico
- Black/African American American Indian/Alaskan Native White
Negro/Afroamericano Indio Americano/Nativo de Alaska Blanco
- Other
Otro: _____

Student Status Full-Time Part-Time Not a student
Condición de estudiante: A Tiempo Completo A Tiempo Parcial No es Estudiante



**NORTH EAST
MEDICAL SERVICES**
東北醫療中心

a californiah⁺center

NEMS ID:
NAME:
DOB:

REGISTRATION FORM FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN

deductibles required by my health insurance; ii) payments for any items or services not covered by my health insurance; or iii) as provided under NEMS’ Sliding Fee Discount Program if I do not have health insurance.

Al firmar a continuación, autorizo a North East Medical Services (NEMS) a proporcionar servicios médicos y de atención médica según lo autorizado por NEMS o sus proveedores de atención médica. Además, autorizo que los beneficios del seguro se paguen directamente a NEMS. Entiendo que soy responsable en última instancia de todos los cargos incurridos, incluidos, entre otros, los siguientes: i) cualquier pago, coseguro o deducibles requeridos por mi seguro de salud; ii) pagos por cualquier artículo o servicio no cubierto por mi seguro médico; o iii) según lo dispuesto en el Programa de descuento de tarifa móvil de NEMS si no tengo seguro de salud.

- | | |
|---|--|
| Patient initial
iniciales del paciente | <p>I understand that NEMS does not provide on-site emergency services.
Entiendo que NEMS no proporciona servicios de emergencia in situ.</p> |
| Patient initial
iniciales del paciente | <p>I understand that NEMS is required by law to report any assault, abuse, and worker’s injury to the proper authorities.
Entiendo que NEMS está obligado por ley a informar de cualquier agresión, abuso y lesión del trabajador a las autoridades competentes.</p> |
| Patient initial
iniciales del paciente | <p>I understand that psychosocial information will be shared with my NEMS provider as needed to maintain total care.
Entiendo que la información psicosocial será compartida con mi proveedor de salud de NEMS, según sea necesario, para garantizar una atención total.</p> |
| Patient initial
iniciales del paciente | <p>I understand that my photo will be placed on the NEMS Member Identification (ID) Card.
Entiendo que mi foto se colocará en la tarjeta de identificación de miembro (ID) de NEMS.</p> |
| Patient initial
iniciales del paciente | <p>I acknowledge that I have received a copy of NEMS’ Notice of Privacy Practices. I understand that I may exercise my rights as described in the notice.
Declaro haber recibido una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad de NEMS. Entiendo que puedo ejercer mis derechos, según lo descrito en este aviso.</p> |
| Patient initial
iniciales del paciente | <p>I understand that NEMS may contact me as described in its Notice of Privacy Practices and send messages related to treatment, treatment alternatives or other health-related benefits and services that may be of interest. I understand that I may change how NEMS contacts me or opt-out of certain communications at any time by calling NEMS at (415) 391-9686.</p> |



**NORTH EAST
MEDICAL SERVICES**
東北醫療中心

a california *health+* center

NEMS ID:

NAME:

DOB:

REGISTRATION FORM FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN

Entiendo que NEMS puede comunicarse conmigo como se describe en su Aviso de Prácticas de Privacidad y enviar mensajes relacionados con el tratamiento, alternativas de tratamiento u otros beneficios y servicios relacionados con la salud que puedan ser de interés. Entiendo que puedo cambiar la forma en que NEMS se pone en contacto conmigo u optar por no recibir ciertas comunicaciones en cualquier momento llamando a NEMS al (415) 391-9686.

Patient initial
iniciales del paciente

I acknowledge that I have received a copy of the NEMS Member Handbook and have read, understand, and had the opportunity to ask questions about the contents of the handbook.

Declaro haber recibido una copia del Manual para Miembros de NEMS y que he leído, entendido y tenido la oportunidad de hacer consultas sobre el contenido de dicho manual.

Patient initial
iniciales del paciente

The Open Payments database is a federal tool used to search payments made by drug and device companies to physicians and teaching hospitals. It can be found at <https://openpaymentsdata.cms.gov>.

La base de datos Open Payments es una herramienta federal utilizada para buscar pagos realizados por compañías farmacéuticas y de dispositivos a médicos y hospitales universitarios. Se puede encontrar en <https://openpaymentsdata.cms.gov>.

Patient initial
iniciales del paciente

NEMS participates in an electronic health information exchange ("HIE"), called, "Care Everywhere," which allows other health care providers that use Care Everywhere to access information from your electronic medical record for continuity and coordination of your care. All information contained in your electronic medical record will be shared through Care Everywhere, including information related to sensitive services, unless we are required to restrict such information. Psychotherapy notes, information related to drug and alcohol abuse, diagnosis or treatment, and information related to sensitive services that NEMS is required to restrict will not be shared without a separate authorization from you. For more information on how we share your information through HIEs, please see our Notice of Privacy Practices. You may opt-out of Care Everywhere and any other HIEs that NEMS participates in by contacting NEMS Health Information Services at (415) 391-9686 or submitting a Health Information Exchange Opt-Out form.

NEMS participa en un Intercambio de Información de Salud ("HIE") de forma electrónica, llamado "Care Everywhere", que permite a otros proveedores de atención médica que usan Care Everywhere acceder a la información de su registro médico electrónico para la continuidad y coordinación de su atención. Toda la información contenida en su registro



**NORTH EAST
MEDICAL SERVICES**
東北醫療中心

a california *health+* center

NEMS ID:

NAME:

DOB:

REGISTRATION FORM FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN

médico electrónico se compartirá a través de Care Everywhere, incluida la información relacionada con servicios confidenciales, a menos que estemos obligados a restringir dicha información. Las notas de psicoterapia, la información relacionada con el abuso de drogas y alcohol, el diagnóstico o el tratamiento, y la información relacionada con los servicios confidenciales que NEMS debe restringir no se compartirán sin una autorización por separado de parte de usted. Para obtener más información sobre cómo compartimos su información a través de HIE, consulte nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad. Puede optar por no participar en Care Everywhere y cualquier otro HIE en el que NEMS participe comunicándose con NEMS Health Information Services al (415) 391-9686 o enviando un formulario de exclusión del servicio de Health Information Exchange (“HIE”).

Signature of Patient or Legal Representative*
Firma del paciente o representante legal

Date
Fecha

Name of Legal Representative
Nombre del representante legal

Relationship of Legal Representative
Relación del Representante Legal

Signature of Witness (Required if patient is unable to sign)
Firma del testigo (se requiere si el paciente no puede firmar)

Date
Fecha

Notes:

*Text messages are not encrypted and may be read or intercepted by someone else. If someone has your phone, they may be able to read your messages.

Los mensajes de texto no están encriptados y pueden ser leídos o interceptados por otra persona. Si alguien tiene su teléfono, es posible que pueda leer sus mensajes.

** Standard text message, data, and minute usage rates from your mobile or internet service provider may apply.

Es posible que se apliquen tarifas estándar de uso de mensajes de texto, datos y minutos de su proveedor de servicios móviles o de Internet.

STAFF USE ONLY: If the patient refused to sign or initial all the acknowledgement statements, please check box, initial, and date:

REFUSAL TO SIGN Staff Initials: _____ Date: _____ / _____ / _____

North East Medical Services (NEMS) complies with applicable Federal civil rights laws and does not differentiate, exclude, or discriminate against any individual on the basis of race, color, creed, religion (e.g., religious dress and grooming practices), age (e.g., those over 40), sex/gender (e.g., sex characteristics, intersex traits, pregnancy, childbirth, breastfeeding and/or related medical conditions), gender identity, gender expression, sexual orientation, sex stereotypes, marital status, medical condition (e.g., genetic characteristics, cancer or a record or history of cancer), military or veteran status, national origin (e.g., limited English proficiency, language use and possession of a driver's license issued to persons unable to prove their presence in the United States is authorized under federal law), ancestry, disability (e.g., mental and physical, including HIV/AIDS, cancer, and genetic characteristics), genetic information, retaliation for reporting patient abuse in tax-supported institutions, enrollment in a Health Benefit Plan, state of health, need for health services, status as a litigant, status of a Medicare or Medicaid beneficiary, source of payment for care, or any other basis prohibited by law.

NEMS:

- Provides people with disabilities reasonable modifications and free appropriate auxiliary aids and services to communicate effectively with us, such as:
 - Qualified sign language interpreters
 - Written information in other formats (e.g., large print, audio, accessible electronic formats, other formats).
- Provides free language services to people whose primary language is not English, such as:
 - Qualified interpreters
 - Information written in other languages

If you need reasonable modifications, appropriate auxiliary aids and services, or language assistance services, contact NEMS Member Services Department at 415-391-9686 ext. 8160.

How to file a grievance with NEMS

If you believe that NEMS has failed to provide these services or discriminated in another way based on any of the characteristics listed above, you can file a grievance with NEMS Member Services. If you need help filing a grievance, NEMS Member Services Department is available to help you.

- **By phone:** Call 415-391-9686 ext. 8160
- **By mail:** Call us at 415-391-9686 ext. 8160 and ask to have a form sent to you.
- **In Person:** Visit the NEMS Member Services Department.

You may also contact the NEMS Civil Rights Coordinator

Attn: NEMS Section 1557 Coordinator
North East Medical Services
1520 Stockton Street
San Francisco, CA 94133
NEMSSection1557@nems.org

How to file a grievance with U.S. Department of Health and Human Services, Office of Civil Rights

You can also file a civil rights complaint with the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights

- **By phone:** Call 1-800-368-1019 (TTY 711 or 1-800-537-7697)
- **By mail:** Fill out a complaint form or send a letter to:
U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
Complaint forms are available at:
<http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>
- **Online:** Visit the Office of Civil Rights Complaint Portal at:
<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>

This notice is available at: nems.org

Spanish ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. También están disponibles de forma gratuita ayuda y servicios auxiliares apropiados para proporcionar información en formatos accesibles. Llame al 415-391-9686 ext. 8160 (TTY: 1-800-735-2929) o hable con su proveedor.

Chinese 注意: 如果您說中文，我們可以為您提供免費語言協助服務。也可以免費提供適當的輔助工具與服務，以無障礙格式提供資訊。請致電 415-391-9686 ext. 8160 (TTY: 1-800-735-2929) 或與您的提供者討論。

Vietnamese LƯU Ý: Nếu bạn nói tiếng Việt, chúng tôi cung cấp miễn phí các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ. Các hỗ trợ dịch vụ phù hợp để cung cấp thông tin theo các định dạng dễ tiếp cận cũng được cung cấp miễn phí. Vui lòng gọi theo số 415-391-9686 ext. 8160 (Người khuyết tật: 1-800-735-2929) hoặc trao đổi với người cung cấp dịch vụ của bạn."

Korean 주의: [한국어]를 사용하시는 경우 무료 언어 지원 서비스를 이용하실 수 있습니다. 이용 가능한 형식으로 정보를 제공하는 적절한 보조 기구 및 서비스도 무료로 제공됩니다. 415-391-9686 ext. 8160 (TTY: 1-800-735-2929)번으로 전화하거나 서비스 제공업체에 문의하십시오."

Persian توجه: کمک رایگان خدمات، کنیومی صحبت فارسی زبان به اگر ارائه برای مناسب کمکی خدمات و ها کمک همچنین، شماست دسترس در زبانی با است دسترس در رایگان صورت به دسترس قابل های قالب در اطلاعات تماس (415-391-9686 داخلی 8160 (TTY: 1-800-735-2929) کتید صحبت خود دهنده ارائه یا بگیرد.

Japanese 注: 日本語を話される場合、無料の言語支援サービスをご利用いただけます。アクセシブル（誰もが利用できるよう配慮された）な形式で情報を提供するための適切な補助支援やサービスも無料でご利用いただけます。415-391-9686 ext. 8160 (TTY: 1-800-735-2929)までお電話ください。または、ご利用の事業者にご相談ください。

Armenian ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ. Եթե խոսում եք հայերեն, Դուք կարող եք օգտվել լեզվական աջակցության անվճար ծառայություններից: Մատչելի ձևաչափերով տեղեկատվություն տրամադրելու համապատասխան օժանդակ միջոցներն ու ծառայությունները Նույնպես տրամադրվում են անվճար: Չանգահարեք 415-391-9686 ext. 8160 հեռախոսահամարով (TTY` 1-800-735-2929) կամ խոսեք Ձեր մատակարարի հետ:

Arabic تنبيه: إذا كنت تتحدث اللغة العربية، فستتوفر لك خدمات المساعدة اللغوية المجانية. كما تتوفر وسائل مساعدة وخدمات مناسبة لتوفير المعلومات بتنسيقات يمكن الوصول إليها مجاناً. اتصل على الرقم 415-391-9686 ext. 8160 (1-800-735-2929) أو تحدث إلى مقدم الخدمة".

Thai หมายเหตุ: หากคุณใช้ภาษาไทย เรามีบริการความช่วยเหลือด้านภาษาฟรี นอกจากนี้ ยังมีเครื่องมือและบริการช่วยเหลือเพื่อให้ข้อมูลในรูปแบบที่เข้าถึงได้โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย โปรดโทรติดต่อ 415-391-9686 ext. 8160 (TTY: 1-800-735-2929) หรือปรึกษาผู้ให้บริการของคุณ"

Tagalog PAALALA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, magagamit mo ang mga librenang serbisyong tulong sa wika. Magagamit din nang libre ang mga naaangkop na auxiliary na tulong at serbisyong upang magbigay ng impormasyon sa mga naa-access na format. Tumawag sa 415-391-9686 ext. 8160 (TTY: 1-800-735-2929) o makipag-usap sa iyong provider.

Punjabi ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਮੁਫਤ ਭਾਸ਼ਾ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾਵਾਂ ਉਪਲਬਧ ਹੁੰਦੀਆਂ ਹਨ। ਪਹੁੰਚਯੋਗ ਫਾਰਮੈਟਾਂ ਵਿੱਚ ਜਾਣਕਾਰੀ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰਨ ਲਈ ਮੁਫਤ ਪੂਰਕ ਸਹਾਇਕ ਸਾਧਨ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ ਵੀ ਮੁਫਤ ਵਿੱਚ ਉਪਲਬਧ ਹੁੰਦੀਆਂ ਹਨ। 415-391-9686 ext. 8160 (TTY: 1-800-735-2929) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ ਜਾਂ ਆਪਣੇ ਪ੍ਰਦਾਤਾ ਨਾਲ ਗੱਲ ਕਰੋ।"

Hindi ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं, तो आपके लिए निःशुल्क भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध होती हैं। सुलभ प्रारूपों में जानकारी प्रदान करने के लिए उपयुक्त सहायक साधन और सेवाएँ भी निःशुल्क उपलब्ध हैं। 415-391-9686 ext. 8160 (TTY: 1-800-735-2929) पर कॉल करें या अपने प्रदाता से बात करें।"

Hmong LUS CEEV TSHWJ XEEB: Yog hais tias koj hais Lus Hmoob muaj cov kev pab cuam txhais lus pub dawb rau koj. Cov kev pab thiab cov kev pab cuam ntxiv uas tsim nyog txhawm rau muab lus qhia paub ua cov hom ntaub ntawv uas tuaj yeem nkaug cuag tau rau los kuj yeej tseem muaj pab dawb tsis xam tus nqi dab tsi ib yam nkaus. Hu rau 415-391-9686 ext. 8160 (TTY: 1-800-735-2929) los sis sib tham nrog koj tus kws muab kev saib xyuas kho mob."

Khmer សូមកម្មវត្តមាន: ប្រសិនបើអ្នកនិយាយភាសាខ្មែរ សេវាកម្មជំនួយភាសាភាគតិចភ្នែកមានសម្រាប់អ្នក។ ជំនួយនិងសេវាកម្មដែលជាការជួយដ៏សមរម្យ ក្នុងការផ្តល់ព័ត៌មានតាមទម្រង់ដែលអាចចូលប្រើប្រាស់បាន ក៏អាចរកបានដោយឥតគិតថ្លៃផងដែរ។ ហៅទូរសព្ទទៅ 415-391-9686 ext. 8160 (TTY: 1-800-735-2929) ឬនិយាយទៅកាន់អ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នក។"

Russian ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русский, вам доступны бесплатные услуги языковой поддержки. Соответствующие вспомогательные средства и услуги по предоставлению информации в доступных форматах также предоставляются бесплатно. Позвоните по телефону 415-391-9686 ext. 8160 (TTY: 1-800-735-2929) или обратитесь к своему поставщику услуг.