

CLIENT DATA VERIFICATION

CLIENT #:			
Legal Name :			
		<i>Printed Last</i>	<i>Printed First</i>
Preferred First Name :		<i>M.I.</i>	
Interpreter Needed?	Gender :	Male Female	Birthdate :
	Race :	Ethnicity :	Age :
Address/City/St/Zip:			
Home/Cell Phone:		Work Phone :	
Email Address:			
Interested in our monthly digital newsletter: Yes ☐ No ☐			
Primary Care Provider:			
GUARANTOR <i>(If Under 18 years 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.			
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: _____

07/2025

VERIFICACION DE DATOS DEL CLIENTE

CLIENTE #:			
Nombre Legal: _____			
	Escriba su Apellido	Escriba su Primer Nombre	Inicial del Segundo Nombre
Nombre Preferido: _____			
Requiere Interprete?	Género:	Femenino Masculino	Fecha de Nacimiento: _____
	Raza: _____	Origen Etnico: _____	Edad: _____
Dirección: _____			
Calle/Ciudad/Código Postal: _____			
No. de Teléfono del Hogar o Celular: _____		No. de Teléfono del Trabajo: _____	
Correo Electrónico: _____			
Proveedor de atención primaria: _____			
Garante (Si es menor de 18 años)			
Nombre del Garante : _____			
	Escriba su Apellido	Escriba su Primer Nombre	Inicial del Segundo Nombre
Dirección: _____		Relación con el cliente: _____	
Calle/Ciudad/Código Postal: _____			
No. de Teléfono del Hogar o Celular: _____		Fecha de Nacimiento: _____	
Teléfono del Trabajo: _____		Seguro Social: _____	
SEGURO MEDICO			
Nombre del asegurado: _____		Fecha de Nacimiento: _____	
	Escriba su Apellido	Escriba su Primer Nombre	Necesario
Compañía de seguros: _____		Seguro Social: _____	
# de Identificación de miembro: _____		Número de grupo: _____	
Dirección de la Aseguranza: _____		calle/ciudad/código postal: _____	
*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 quee stoy buscando servicios voluntariamente sin coerción y verifico que no estoy obligado a participar en cualquierprogr ama con el Departamento de Salud del Condado de Barton para recibir servicios. Entiendo que el BCHDpartic ipa en el programa Título X y que los menores pueden autorizar servicios de forma independiente. Estoyautori zando al Departamento de Salud del Condado de Barton a presentarles reclamos de reembolso en minomb re y autorizo la divulgación de los registros necesarios para actuar sobre esta solicitud.			
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: _____

07/2025



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



LABORATORY TESTS:

**\$ 10.00 DRAW FEE
PER VISIT**

COST		
☐ \$ 8.06		Complete Blood Count (CBC) <i>Checks for anemia, infection, or disease</i>
☐ \$ 10.33	**	Comprehensive Metabolic Profile (fasting test) <i>A measure of glucose, electrolytes, kidney and liver enzymes</i>
☐ \$ 14.83		Hemoglobin A1C <i>Screening for Diabetes and aids in Diabetes Management (long-term glucose levels)</i>
☐ \$ 26.66		Hepatitis B Surface Antibody, Quantitative <i>Used to see if you have any immunity to Hepatitis B or Immunity from the Vaccine</i>
☐ \$ 19.22		Hepatitis B Surface Antibody, Qualitative <i>Used to check for the disease</i>
☐ \$ 29.18		HIV 1/2 Antigen/Antibody <i>Indicates that you have exposure to HIV</i>
☐ \$ 11.67	**	Lipid Panel (fasting test) <i>A reliable measure of Cholesterol, triglycerides, HDL, LDL</i>
☐ \$ 32.50		Measles Antibody (IgG) <i>Indicator if you have ever been exposed to the Measles or Immunity from the Vaccine</i>
☐ \$ 30.26		Mumps Virus Antibody (IgG) <i>Indicator if you have ever been exposed to the Mumps or Immunity from the Vaccine</i>
☐ \$ 49.60		Nicotine Cotinine, Serum <i>Indicator if you are a smoker or around nicotine</i>
☐ \$ 21.56		PSA (Prostate Specific Antigen) <i>Measures PSA to aid in the diagnosis of Prostate Cancer</i>
☐ \$ 92.06		QuantiFERON TB Gold <i>Screening for tuberculosis</i>
☐ \$ 14.34		Rubella Immune Status <i>Indicator if you have ever been exposed to the Rubella or Immunity from the Vaccine</i>
☐ \$ 20.77		TSH (Thyroid Stimulating Hormone) <i>Checks medication compliance and also indicates thyroid issues</i>
☐ \$ 18.19		T3 Total <i>Measures available thyroid hormone binding sites (usually Doctors order this)</i>
☐ \$ 33.30		T4, Free (FT4) <i>Checks the circulating autoantibodies (usually Doctors order this)</i>
☐ \$ 25.45		Varicella-Zoster Virus Antibody (IgG) <i>Indicator if you have ever been exposed to the Chicken Pox or Immunity from the Vaccine</i>
☐ \$ 14.08		Vitamin B-12 (Cobalamin) <i>Measures the amount of vitamin B-12 in the body</i>
☐ \$ 38.60		Vitamin D, 25-Hydroxy, Total Immunoassay <i>Measures the amount of Vitamin D your body is absorbing (also, medication maintenance)</i>

SERVICIOS DE LABORATORIO DE VIDA SANA



**\$10.00 DE CARGO
POR VISITA**

COST	LABORATORY TEST
☐ \$ 8.06	Conteo Sanguíneo Completo(CBC) <i>Chequea la anemia, Infecciones, o enfermedades</i>
☐ \$ 10.33 **	Perfil Metabolico Integran (Examen en ayunas) <i>Medida de Electrolitos, glucosa, rinon y enzimas del higado</i>
☐ \$ 14.08	Vitamina B-12 (Cobalamina) <i>Mide la cantidad de vitamina B-12 en el cuerpo.</i>
☐ \$ 14.83	Hemoglobina A1C <i>Detección de Diabetes y SIDA en el manejo de la diabetes (niveles de la glucose a largo plazo)</i>
☐ \$ 14.34	Estado immune de la rubeola <i>Indicador si alguna vez ha estado expuesto a la Rubéola o la la Inmunidad de las vacunas</i>
☐ \$ 26.66	Anticuerpos de Superficie de Hepatitis B Cuantitativos <i>Se utiliza para ver si usted tiene alguna inmunidad a la Hepatitis B o Inmunidad de la Vacuna</i>
☐ \$ 19.22	Anticuerpo de superficie de la Hepatitis B, cualitativo <i>Se utiliza para comprobar la enfermedad</i>
☐ \$ 29.18	HIV 1/2 Antígeno/Anticuerpo <i>Indica si usted ha sido expuesto al VIH</i>
☐ \$ 11.67 **	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>
☐ \$ 30.26	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>
☐ \$ 49.60	Cotina de nicotina, suero <i>Indicador si usted es un fumador o alrededor de la nicotina</i>
☐ \$ 21.56	PSA (Antígeno prostático específico) <i>Mide PSA para ayudar en el diagnóstico del Cancer de próstata</i>
☐ \$ 92.06	QuantiFERON TB Oro <i>Detección de tuberculosis</i>
☐ \$ 20.77	TSH (Hormona estimulante de la Tiroides) <i>Verifica el cumplimiento de la medicación y también indica problemas de Tiroides</i>
☐ \$ 18.19	Total T3 <i>Mide los sitios de union de hormonas tiroideas disponibles(usualmente los doctores lo ordenan)</i>
☐ \$ 33.30	T4, libre (FT4) <i>Comprueba los autoanticuerpos circulantes (usualmente los doctores lo ordenan)</i>
☐ \$ 25.45	Anticuerpo de Virus de laVaricella-Zoster (IgG) <i>Indicador si alguna vez ha estado expuesto a la varicella o a la Inmunidad de las vacunas</i>
☐ \$ 38.60	Vitamina D, 25-Hydroxy, Total Immunoassay <i>Mide la cantidad de vitamin D que su cuerpo está absorbiendo (Mantenimiento de la medicación, también)</i>