

Formulario de Registro del Paciente

Información del Paciente

| | | | | | | | | |
|---|--|---------------|--|--------------------|--|---|--|---|
| Apellido | | Primer Nombre | | Segundo Nombre | | Teléfono de Casa | | Contacto Primario <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Teléfono <input type="checkbox"/> Trabajo |
| | | | | | | Teléfono Celular | | |
| Fecha De Nacimiento / / | | SSN# | | País de Nacimiento | | Teléfono del Trabajo | | |
| Dirección de Envío | | | | Apt# | | Se puede dejar mensaje de voz : <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Se puede dejar un mensaje de texto : <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <small>* Pueden aplicarse tarifas MSG y de datos</small> | | |
| Ciudad | | Estado | | Código Postal | | El mejor momento para contactarle : <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM Excluirse de toda Comunicación de Práctica <input type="checkbox"/> | | |
| Dirección de Casa (si es diferente al correo) | | | | | | Correo Electrónico | | |
| Ciudad | | Estado | | Código Postal | | Idioma Preferido | | ¿Se necesita intérprete? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |

Contacto de Emergencia:

| | | | |
|--|--|----------|--|
| Contacto de emergencia nombre completo | | Relación | |
| Dirección | | Teléfono | |

Estamos solicitando la siguiente información de todos los pacientes para poder comprender mejor las necesidades de nuestros pacientes y para fines de financiamiento y de informe de subvenciones.

| | | | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|--|--|
| Género al Nacer <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Hombre | | Estado Civil <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Compañero | | Etnicidad - Marque uno <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> No-Hispano <input type="checkbox"/> No declarado/Rechazado | | Estado De Vivienda <input type="checkbox"/> Dueno de Casa <input type="checkbox"/> Renta – Privado <input type="checkbox"/> Renta – Vivienda Publica (Section 8, NYCHA) <input type="checkbox"/> Hogar de ancianos <input type="checkbox"/> Vivo en un refugio <input type="checkbox"/> Vivo en la calle/carro <input type="checkbox"/> Vivo en hogar de transición <input type="checkbox"/> Vivo con otra familia | |
| Género Preferido | | Estado de Empleo <input type="checkbox"/> Tiempo Completo <input type="checkbox"/> Medio Tiempo <input type="checkbox"/> Retirado <input type="checkbox"/> Militar Activo <input type="checkbox"/> Reserva Militar <input type="checkbox"/> Trabaja por su cuenta <input type="checkbox"/> Desempleado | | Raza – Marque todas las que apliquen <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Negro/Afroamericano <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Nativo Hawaiano <input type="checkbox"/> Indio Americano <input type="checkbox"/> Isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> No declarado/Rechazado | | ¿Como supiste de nosotros? (Marque uno) <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Paciente/Amigo <input type="checkbox"/> Periódico <input type="checkbox"/> Folleto/Cartel <input type="checkbox"/> Evento de LIFQHC <input type="checkbox"/> Internet <input type="checkbox"/> Referencia de médico <input type="checkbox"/> Compañía de seguros <input type="checkbox"/> Facebook/Social Media <input type="checkbox"/> Otro: _____ | |
| Identidad de género – Marque todas las que apliquen <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Mujer a hombre/ Transgénero <input type="checkbox"/> Hombre a mujer/Transgénero <input type="checkbox"/> De género no conformista (genderqueer), ni hombre ni mujer exclusivamente <input type="checkbox"/> Elige no revelar | | Nombre del Empleador: | | Es usted un: Veterano <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Miembro de la Junta <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Empleado de LIFQHC <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No | | | |
| Orientación sexual (Marque Uno) <input type="checkbox"/> Heterosexual <input type="checkbox"/> Lesbiana, gay u homosexual <input type="checkbox"/> Bisexual <input type="checkbox"/> No sé <input type="checkbox"/> Me niego a contestar <input type="checkbox"/> Algo distinto, describa: | | Estudiante <input type="checkbox"/> Tiempo Completo <input type="checkbox"/> Medio Tiempo <input type="checkbox"/> No es Estudiante | | | | | |



HOPE & ESPERANZA

COMMUNITY HEALTH CENTER

| Información para Padres/Guardián: Complete si el paciente es menor de 18 años de edad | | | | Parte Responsable |
|--|----------------------------|--|---|--------------------------|
| Nombre de la Madre | Fecha De Nacimiento / / | Teléfono | Dirección | <input type="checkbox"/> |
| Nombre del Padre | Fecha De Nacimiento / / | Teléfono | Dirección | <input type="checkbox"/> |
| Nombre del Guardián | Fecha De Nacimiento / / | Teléfono | Dirección | <input type="checkbox"/> |
| Información del Seguro | | | | |
| Nombre del Plan Primario | | | Número de Póliza | |
| Nombre del Asegurado <input type="checkbox"/> Igual que paciente | | | Fecha de nacimiento del titular del seguro / / | |
| Relación del paciente con el asegurado <input type="checkbox"/> Yo <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Otro: | | Proveedor de Atención Primaria en la Tarjeta de Seguro | | |
| Nombre del Plan Secundario: | | | Número de Póliza | |
| Información de Farmacia: | | | | |
| Nombre de Farmacia: | | Teléfono | Dirección | |
| Médico de Atención Primaria | | | | |
| Médico Primario: | | Teléfono | Dirección | |
| Directiva Anticipada <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Rehúso | | | Testamento de vida <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | |
| Otros Proveedores de Atención de Salud | | | | |
| Nombre | Teléfono: Fax: | | Especialidad | |
| Nombre | Teléfono: Fax: | | Especialidad | |
| Nombre | Teléfono: Fax: | | Especialidad | |
| <p>Estoy de acuerdo en permitir que Long Island FQHC me contacte con respecto a mi información privada de salud, evaluación y tratamiento.</p> <p>_____</p> <p>Firma del Paciente o Representante _____ Fecha</p> <p>Verifico que la información anterior es correcta a mi leal saber y entender.</p> <p>_____</p> <p>Firma del Paciente o Representante _____ Fecha</p> | | | | |



FORMULARIO DE RECONOCIMIENTO/CONSENTIMIENTO HIPAA

Entiendo que tengo ciertos derechos a la privacidad con respecto a mi información médica protegida. Estos derechos se me otorgan en virtud de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996

(HIPAA). Entiendo que al firmar este consentimiento le autorizo a utilizar y divulgar mi información médica protegida para llevar a cabo:

- Tratamiento (incluido el tratamiento directo o indirecto por parte de otros proveedores de atención médica involucrados en mi tratamiento);
- Obtención de pagos de terceros pagadores (por ejemplo, mi compañía de seguros);
- Las operaciones de atención médica diarias de su consultorio.

También he sido informado y se me ha dado el derecho de revisar y asegurar una copia de su Aviso de Privacidad, que contiene una descripción más completa de los usos y divulgaciones de mi información médica protegida y mis derechos bajo HIPAA. Entiendo que usted se reserva el derecho de cambiar los términos de este aviso de vez en cuando y que puedo comunicarme con usted en cualquier momento para obtener la copia más actual de este aviso.

Entiendo que tengo derecho a solicitar restricciones sobre cómo se utiliza y divulga mi información médica protegida para llevar a cabo operaciones de tratamiento, pago y atención médica, pero que no está obligado a aceptar estas restricciones solicitadas. Sin embargo, si está de acuerdo, entonces está obligado a cumplir con esta restricción.

Entiendo que puedo revocar este consentimiento, por escrito, en cualquier momento. Sin embargo, cualquier uso o divulgación que se haya producido antes de la fecha en que revoque este consentimiento no se ve afectado.

Imprimir nombre de paciente _____

Firma _____

Fecha de firma _____

Relación con el paciente (si el paciente no puede firmar) _____

Formulario de Consentimiento

Consentimiento para el tratamiento: Autorizo a Ironbound Community Health Center, Inc. (IHC) y su personal médico, de enfermería y otros miembros del personal profesional, a proporcionar los servicios de atención médica y administrar los procedimientos y tratamientos de diagnóstico y terapéuticos que, a juicio del personal médico de IHC, se consideran necesarios o aconsejables para mi cuidado. Esto incluye todas las pruebas y procedimientos de diagnóstico de rutina, incluidos los rayos X de diagnóstico, la administración o inyección de productos farmacéuticos y medicamentos, y la extracción de sangre para examen de laboratorio. Entiendo que no se me han garantizado resultados o la efectividad de los tratamientos o exámenes realizados por el personal de IHC. La prueba del VIH ahora es parte de la atención de rutina y ya no se requiere el consentimiento por escrito. Tengo derecho a rechazar la prueba del VIH en cualquier momento. El IHC ofrece servicios de planificación familiar. Entiendo que mi aceptación de los servicios de planificación familiar no es un requisito previo para la elegibilidad o la recepción de cualquier otro servicio ofrecido por el IHC.

Divulgación de información: Autorizo a IHC a utilizar y divulgar mi información de salud para los siguientes propósitos: (1) proporcionar, organizar o coordinar mi tratamiento de cuidado de la salud; (2) permitir que IHC obtenga el pago por los servicios que me brinda; y (3) permitir a IHC llevar a cabo operaciones comerciales y de atención de la salud ordinarias tales como la garantía de calidad, la planificación de servicios y la administración en general.

Soy consciente de que esta autorización para usar y divulgar información puede incluir información sobre:

- VIH o SIDA
- Abuso de alcohol o drogas
- Enfermedad mental o cualquier condición de salud mental
- Enfermedades de transmisión sexual
- Planificación familiar, embarazo y aborto
- Pruebas genéticas o enfermedades genéticas

Soy consciente de que IHC puede compartir información con mis otros proveedores médicos para el tratamiento médico o con un tercero para el pago financiero a través de medios electrónicos.

Asignación de beneficios: Asigno a IHC todos los beneficios a los que yo pueda tener derecho de parte de Medicare, Medicaid, otras agencias gubernamentales, compañías de seguros y otros terceros que son financieramente responsables de la atención médica y el tratamiento brindado por IHC.

Obligaciones Financieras: Estoy de acuerdo que, salvo que la ley limite o los acuerdos de IHC con terceros pagadores, en el caso de falta de pago por parte de un tercero de quien yo he proporcionado una asignación de beneficios, estoy obligado a pagar todos los montos adeudados por los servicios provisto en las instalaciones de IHC de acuerdo con las tarifas y términos de IHC vigentes a la fecha del servicio. También estoy de acuerdo en que soy responsable de cualquier copago, coseguro o deducible aplicable.

Política de no presentarse a la cita- Aviso importante:

Recuerde ser cortés con nosotros y otros pacientes al llamar al menos 4 horas antes de la hora de su cita, para cancelar si no puede presentarse. Esto nos permitirá servir mejor a nuestros pacientes.

Certifico que he leído este formulario y que soy el paciente o estoy debidamente autorizado por el paciente como representante del paciente para firmar este formulario y aceptar sus términos.

Firma del Paciente o Representante: _____ Fecha: _____

Relación con el paciente (si el paciente no está firmando): _____

Informes al Sistema de Información de Inmunización del Estado de Nueva Jersey: Por la presente autorizo a IHC a reportar cualquier inmunización que su personal médico me administre al Sistema de Información de Inmunización del Estado de Nueva Jersey.

Firma del Paciente o Representante: _____ Fecha: _____

Determinación de Cumplimiento de los Requisitos para los Descuentos de Escala Móvil

Es la política de Ironbound Community Health Center, Inc. (IHC) la de ofrecerles servicios esenciales a todos los pacientes sin importar su capacidad para pagar. Los descuentos están establecidos por el Consejo de Directores para los consumidores de IHC y se les ofrece con base en la información que los mismos consumidores proporcionan en cuanto al tamaño e ingreso familiar. Si usted cumple con los requisitos para los descuentos de la escala móvil de cuotas, ésta va a ser aplicada a todos los servicios que reciba en IHC, pero no en aquellos servicios proporcionados fuera del Centro de Salud.

Por favor complete la siguiente información, aún si usted cuenta con seguro.

Ingreso Familiar Antes de Impuestos

| MIEMBRO DE LA FAMILIA | NÚMERO | INGRESO MENSUAL | INGRESO ANUAL |
|-----------------------------|--------|-----------------|---------------|
| Usted mismo Nombre _____ | | | |
| Cónyuge | | | |
| Menores dependientes | | | |
| Otros dependientes | | | |
| Total | | | |

Me niego a proporcionar la información sobre mi ingreso y el tamaño de mi familia y estoy de acuerdo en pagar la cuota completa de IHC.

SE REQUIERE UNA PRUEBA DE INGRESO ACEPTABLE PARA EL PROGRAMA DE DESCUENTOS CON BASE EN UNA ESCALA MÓVIL. SI SU SITUACIÓN FINANCIERA CAMBIA, POR FAVOR MANTÉGA A IHC INFORMADO.

Yo certifico que toda la información arriba mostrada es verdadera, precisa y correcta. Entiendo que si IHC determina que yo he tergiversado o falsificado información, no podré seguir recibiendo los descuentos y me pueden pedir que pague los descuentos que me han dado ofrecido.

Estoy de acuerdo en proporcionar la documentación de mi ingreso en mi próxima consulta.

Nombre (Imprimir) _____ Firma: _____

Testigo: _____ Fecha: _____

El personal completará lo siguiente

- | | | |
|---|---------------|---------------------------|
| 1. Elegible para los requisitos para los descuentos de la escala móvil: | Sí ___ No ___ | El paciente se rehusó ___ |
| 2. En caso de haber respondido Sí, se proporcionó una prueba de ingreso | Sí ___ No ___ | El paciente se rehusó ___ |
| 3. Si cuenta con seguro, se proporcionó la tarjeta del seguro médico: | Sí ___ No ___ | No aplica ___ |
| 4. El paciente no reporta ingresos: | Sí ___ | |
| 5. El paciente no puede obtener una prueba del empleador: (Esto incluye paga en efectivo o ingreso de nómina) | Sí ___ | |



Políza Financiera

Gracias por elegir Ironbound Community Health Center, Inc. (IHC) como su proveedor de atención médica. Estamos comprometidos a desarrollar y mantener relaciones de apoyo con usted y su familia y queremos que su experiencia como paciente sea buena. El pago de los servicios que recibe en IHC es una parte importante para mantener esa relación. Nuestra política financiera ayuda a asegurarnos de que podamos brindar atención de calidad a todos nuestros pacientes.

1. El pago adeudado por los servicios recibidos en IHC vence al momento del servicio. Si un paciente no realiza un pago en el momento del servicio, IHC facturará al paciente y esperará que se realice el pago a tiempo.
2. IHC ofrecerá un programa de descuento de tarifa variable y aplicará un descuento al monto adeudado por servicios para pacientes elegibles. La elegibilidad para los descuentos se basa en los ingresos y el tamaño de la familia. Todos los pacientes de IHC pueden ser evaluados para determinar su elegibilidad para el programa de descuento de tarifa variable.
3. IHC tiene personal disponible para ayudar a los pacientes a comprender el programa de descuento de tarifa variable, revisar la elegibilidad para descuentos y ayudar a establecer un plan de pago para los montos adeudados a IHC.
4. Tenga en cuenta que todo el trabajo de laboratorio se envía para su procesamiento y, por lo tanto, el laboratorio lo factura. Si tiene alguna pregunta con respecto a una factura recibida por estos servicios, comuníquese con nuestra oficina de inmediato.

Aviso de Póliza de Seguro

Si tiene seguro, IHC presentará reclamaciones a su compañía de seguros por los servicios que reciba. Es importante que la información de su seguro esté completa y actualizada, y que proporcione actualizaciones al personal de IHC. Los pacientes pueden ser responsables financieramente de todos los cargos, ya sean cubiertos y / o pagados por el seguro.

Nombre del Paciente: _____

Firma del Paciente: _____

Fecha: _____