Información del paciente

CHRIST COMMUNITY HEALTH

Nombre del paciente	Apellido	Primer nombre	Inicial del Segundo nombre	Fecha de nacimiento

Dirección del hogar	# de casa	Calle	# de apto.	Ciudad	Estado	Código postal

Dirección postal	# de casa	Calle	# de apto.	Ciudad	Estado	Código postal

☐ Marque esta casilla y deje la dirección postal en blanco si es la misma que la dirección de su hogar.

Correo electrónico	¿Podemos contractarle via correo electrónico? (marque uno)	Si | No

Teléfono de la residencia		
( ) -	¿Podemos dejar un mensaje de voz? (marque uno)	Si | No

Número de teléfono celular		
( ) -	¿Podemos dejar un mensaje de voz? (marque uno)	Si | No
	¿Podemos mandar un mensaje de texto? (marque uno)	Si | No

Número de teléfono del trabajo		
( ) -	¿Podemos dejar un mensaje de voz? (marque uno)	Si | No

Sexo: Femenino | Masculino	Número de seguro social: - -

Nombre de la farmacia:

Información del seguro (Por favor copie esta información de su tarjeta de seguro)

☐ Marque esta casilla si el paciente no tiene seguro de salud

Seguro primario

Asegurador (Compañía)	ID del grupo	Copago por visita de oficina
		$

Nombre del titular del seguro	Fecha de nacimiento del titular

ID del asegurado (para el paciente)	Relación del titular con el paciente (marque uno) El mismo/ella misma | Esposo/a | Compañero/a | Hijo/a | Otro _____

Seguro secundario

Asegurador (Compañía)	ID del grupo	Copago por visita de oficina
		$

Nombre del titular del seguro	Fecha de nacimiento del titular

ID del asegurado (para el paciente)	Relación del titular con el paciente (marque uno) El mismo/ella misma | Esposo/a | Compañero/a | Hijo/a | Otro _____

Información del paciente (página 2)

Persona responsable

☐ Yo soy el paciente (Usted puede omitir esta sección; vaya a la sección de información adicional)

Si usted es el padre/ guardián legal o de alguna manera el responsable de autorizar el cuidado y pagar las cuentas del paciente nombrado arriba, por favor escriba su nombre e información de contacto abajo.

El paciente es mi (marque uno): Esposo/a | Compañero/a | Hijo/a | Otro _____

Nombre	Apellido	Primer nombre	Fecha de nacimiento	Número de seguro social

Dirección de correo	# de casa	Calle	# de apto.	Ciudad	Estado	Código postal

Correo electrónico

Información adicional del PACIENTE

Por favor marque una opción para cada una de las preguntas abajo. A nosotros se nos exige hacer estas preguntas, pero usted puede omitir cualquier pregunta que no se sienta cómodo/a respondiendo.

¿Estado marital? Soltero/a | Casado/a | Unión libre | | Divorciado/a | Separado legalmente

¿Situación de empleo? Tiempo completo | Medio tiempo | No tiene empleo |Trabajador autónomo| Retirado | Militar activo | Estudiante

¿Raza? Indio Americano/Nativo de Alaska | Asiático| Nativo de Hawái /Isleño del pacífico | Negro/Afro Americano | Blanco/Caucásico

¿Etnia? Hispano/Latino | No Hispano/Latino

¿Lenguaje primario? Ingles | Español | Otro_____

¿Necesita los servicios de un interprete? Si | No

¿Es usted un veterano? Si | No

¿Es su residencia parte del programa de "*public housing*"? Si | No **Si respondió "si", ¿De cuál proyecto/urbanización?** _____

¿Es usted una persona sin hogar? Si | No **Si respondió "si", ¿cuál es su condición?** Vive en la calle | Vive con amigos/otros

Hogar de transición | Refugio _____

¿Es su empleo principal en agricultura o en un trabajo por temporada (Trabajador en agricultura por temporada)? Si | No

¿Usted se muda(migra) durante el año por trabajo en agricultura (*Migratory Agricultural Worker*)? Si | No

¿Orientación sexual? Heterosexual | Lesbiana o Gay | Bisexual | Otro | No sé| Prefiero no responder

¿Identidad sexual? Masculino | Femenino | Trans-género/Femenino-a-Masculino | Trans-género/Masculino-a-Femenino | Otro | Prefiero no responder

Reconocimientos:

1) Yo doy mi consentimiento voluntariamente para recibir servicios en *Christ Community Health Services Augusta* (**CCHSA** siglas en ingles). Yo doy permiso a todos los proveedores de CCHSA de usar los procedimientos de diagnóstico y tratamiento que ellos consideren necesarios para el manejo y tratamiento apropiado médico/dental.
2) Yo asigno a CCHSA el pago de las reclamaciones en mi representación. Entiendo que algunos de los servicios que yo reciba puede que no estén cubiertos por mi administrador/tercero de reembolsos/pagos (*Medicare, Medicaid,* otro seguro), Y que yo soy responsable por pagar estas cantidades.
3) Yo entiendo que la totalidad del pago se espera antes de que yo reciba servicios en CCHSA. Esto incluye el pago de todas las cuentas de servicios, co-pagos y/o cantidades de coaseguro, con los descuentos basados en mi elegibilidad de descuentos de tarifas.
4) Yo entiendo que CCHSA no va a dar recetas médicas para narcóticos en la primera cita de un paciente. Yo también entiendo que los proveedores de CCHSA no garantizan la continuidad en recetas médicas de narcóticos.
5) Yo entiendo que CCHSA puede retirarme sus servicios como paciente con causa justificada, o si yo no uso los servicios de un proveedor de CCHSA en un periodo de tiempo de 3 años.

Yo confirmo que toda la información proporcionada en este formulario de información del paciente es verdadera y precisa a mi leal saber y entender.

_____	_____	_____
Firma del paciente o padre/madre/el guardián legal	NOMBRE EN LETRA IMPRENTA del paciente o padre/madre/el guardián legal	Fecha

Protección de informacion de salud – Adultos

CHRIST COMMUNITY HEALTH

Nombre del paciente	Apellido	Primer Nombre	Inicial del segundo nombre	Fecha de nacimiento

A *Christ Community Health Services Augusta (CCHSA- siglas en ingles)* se le permite compartir la información protegida de salud del paciente (PHI- siglas en ingles) solamente con las personas que usted escriba abajo. Esta información (PHI) incluye pero no está limitada al historial de salud del paciente, listas de medicamentos y resultados de exámenes de laboratorio. Estas personas también van a tener permiso para recoger las recetas médicas/medicamentos del paciente.

ACCESO AUTORIZADO A LA INFORMACION DEL PACIENTE (PHI)

Nombre completo	Fecha de nacimiento	Numero(s) de teléfono	Relación con el paciente	¿Podemos dejar mensajes en el teléfono de esta persona?
				Si | No
				Si | No
				Si | No
				Si | No

CONTACTO DE EMERGENCIA

Escribir a alguien aquí, dá permiso de tener acceso a la información del paciente (PHI) sólo si es necesario en caso de una emergencia

Nombre completo	Fecha de nacimiento	Numero(s) de teléfono	Relación con el paciente	¿Podemos dejar mensajes en el teléfono de esta persona?
				Si | No

CCHSA usa *Health Information Exchanges* (HIEs – siglas en ingles) para compartir información (PHI) con otras oficinas médicas, hospitales, farmacias etc. HIEs hace que todos los proveedores de salud tengan acceso a su información de salud de una manera más fácil y rápida para que así ellos le puedan dar a usted el mejor cuidado posible. Sólo a los participantes en la red de HIEs que sean importantes para el cuidado del paciente se les permite compartir y observar la información (PHI) del paciente por medio de HIEs.

Usted tiene derecho a pedir que nosotros no compartamos su información (PHI) por medio de HIEs. El hecho de que usted participe o no, no va a afectar su acceso a los servicios de CCHSA. Si usted no quiere que su información (PHI) sea compartida por medio de HIEs, por favor marque esta casilla.

☐ Declinar

Reconocimientos:

1) Me han dado la oportunidad de revisar el Anuncio de prácticas de privacidad.
2) Yo doy permiso para que CCHSA use y comparta la información del paciente (PHI) con los terceros necesarios para el pago por tratamiento y por operaciones generales de cuidado de salud.
3) Yo doy permiso para que CCHSA comparta la información del paciente (PHI) y que entregue las recetas/medicamentos del paciente a cada una de las personas listadas en la tablilla de "ACCESO AUTORIZADO A LA INFORMACION DEL PACIENTE (PHI)" arriba. Yo tengo el derecho legal de dar esta autoridad a las personas listadas en este formulario.
4) Yo entiendo que tengo el derecho de restringir la forma como CCHSA comparte la información (PHI) y que yo puedo cancelar este permiso en cualquier momento.

_____	_____	_____
FIRMA del paciente o del representante	Nombre en letra de imprenta del paciente o del representante	Fecha

Solicitud para descuentos

CHRIST COMMUNITY HEALTH

Esta solicitud para descuentos de tarifas, determina si usted califica para recibir servicios de cuidado de salud a precios reducidos. Por favor lea el boletín "Resumen de descuentos de tarifas" y las instrucciones en esta solicitud para recibir información que le va a ayudar a decidir quién es considerado parte de su hogar/familia y qué se considera como ingresos.

For Office Use Only:

Household/Family Size: _____
Household/Family Annual Income: $_____

Date: _____ Initials: _____

Usted va a necesitar completar esta aplicación y proporcionar pruebas actualizadas de documentación de ingresos cada año o cuando el tamaño o los ingresos de su hogar/familia cambien. Por favor pídale a cualquiera de los miembros de nuestro equipo de Servicio a pacientes que lo ayude a completar esta aplicación o que responda cualquier pregunta, si usted lo necesita.

☐ *Por favor marque esta casilla y firme abajo si usted no desea solicitar descuentos de tarifas.*

Tamaño del Hogar/Familia

Por favor escriba todos los miembros de su hogar/familia los cuales viven juntos la mayoría del tiempo y dependen financieramente el uno del otro.

Cabeza de la familia / Persona Responsable (debe ser la persona que está completando esta solicitud)

	Apellido	Primer nombre	Fecha de nacimiento
1			

Otros miembros del hogar/familia

	Apellido	Primer nombre	Fecha de nacimiento	¿Cuál es su relación con esta persona?
2				☐ Esposa/o ☐ Hijo/a ☐Compañero/a ☐ Nieto/a ☐ Otro_____
3				☐ Esposa/o ☐ Hijo/a ☐Compañero/a ☐ Nieto/a ☐ Otro_____
4				☐ Esposa/o ☐ Hijo/a ☐Compañero/a ☐ Nieto/a ☐ Otro_____
5				☐ Esposa/o ☐ Hijo/a ☐Compañero/a ☐ Nieto/a ☐ Otro_____
6				☐ Esposa/o ☐ Hijo/a ☐Compañero/a ☐ Nieto/a ☐ Otro_____
7				☐ Esposa/o ☐ Hijo/a ☐Compañero/a ☐ Nieto/a ☐ Otro_____
8				☐ Esposa/o ☐ Hijo/a ☐Compañero/a ☐ Nieto/a ☐ Otro_____

Solicitud para descuentos (página 3)

Ingresos del Hogar/familia

Por favor escriba todas las formas de ingresos mensuales (antes de impuestos) recibidos por cada miembro de su hogar/familia, al mes.

Nombre del miembro del Hogar/ familia	Sueldo/Cheque de Pago	Ingresos por trabajo individual o trabajos diarios	Ingresos por pensión/retiro & seguro social e incapacidad	Estampillas de comida y bonos de vivienda y & otra asistencia pública	Pensión alimenticia y Manutención de menor	Ingreso por desempleo	Apoyo de familia/amigos y otras fuentes de ingreso	Total
							$	

Reconocimientos

Por favor escriba sus iniciales abajo reconociendo que usted entiende cada una de las siguientes afirmaciones:

_____ Yo he leído y entendido el "Resumen de descuento de tarifas" y estoy de acuerdo en seguir sus reglas.

_____ Yo entiendo que debo proporcionar la documentación de pruebas de ingresos necesaria para calificar para los descuentos.

_____ Yo voy a informarle a "*Christ Community Health Services*" tan pronto sea posible, si el tamaño o el ingreso de mi hogar/familia cambia.

_____ Basado en la información compartida en esta solicitud y la evaluación hecha por el personal de CCHSA (siglas en ingles), estoy de acuerdo en pagar la tarifa descontada que se me pida en cada visita. Entiendo que la tarifa que tenga que pagar puede ser diferente dependiendo del tipo de servicio que yo esté recibiendo.

_____ Yo entiendo que se me puede pedir que pague costos adicionales por ciertos exámenes de laboratorio, materiales/equipo, o por servicios dentales que no sean considerados "básicos" y que estas cantidades se discutirán conmigo antes de recibir los servicios.

Yo afirmo que toda la información proporcionada en esta solicitud para descuentos de tarifas es verdadera y precisa a mi leal saber y entender. Yo le doy al personal apropiado de CCHSA (siglas en ingles) permiso de investigar cualquier información proporcionada en esta solicitud. Yo entiendo que proporcionar información falsa resultará en no ser elegible para descuento de tarifas.

_____ _____

Firma del solicitante Fecha

Reconocimiento de la Política “No-Show”

CHRIST COMMUNITY HEALTH

Sus proveedores de atención médica desean asegurarse de que usted y otros residentes del área tengan acceso a atención médica y dental de alta calidad cuando la necesite. Para garantizar el máximo acceso a la atención de todos nuestros pacientes, tenga en cuenta y siga la siguiente Política de citas programadas /” No-Show” (Cita Canceladas sin Aviso Previo/Cita Perdida).

Mantener citas programadas y llegar temprano

Haremos todo lo posible para recordarle su próxima cita médica o dental por teléfono, correo postal o correo electrónico. Sin embargo, es *su responsabilidad recordar la fecha y hora de su cita*.

Debe llegar 15-30 minutos *antes* de su cita programada. Si no puede asistir o cree que va a llegar tarde a su cita programada, háganoslo saber *lo antes posible*. Si tiene dificultades para encontrar transporte, háganoslo saber. Podríamos conectarlo con recursos que puedan ayudarlo.

¿Qué se considera un "No-Show"?

- Si llega más de 15 minutos después de su cita programada, o
- Si no llama para cancelar o reprogramar su cita *antes de las 3 pm el día antes de su cita*.

¿Qué sucede cuando "No-Show" mi cita?

Cuando no asiste a su cita, usted toma una cita de alguien que podría haberla utilizado. **Debido a que hay muchas personas en nuestra comunidad que no tienen acceso a servicios médicos y dentales de calidad, los "No-Shows" se toman muy en serio.**

Nuevos Pacientes:
Si no se presenta a su primera cita médica, es posible que tenga una oportunidad más para programar una cita. Si no se presenta esa cita, no se le permitirá programar otra cita por un año.

Si no presenta su primera cita dental, no se le permitirá programar citas futuras. Es posible que se lo incluya en la lista de citas del mismo día a discreción del personal dental apropiado.

Pacientes Establecidos:
Si no se presentan 2 o más citas en un período de 12 meses, puede perder su privilegio de programar citas en el futuro. Dependiendo de la situación, su proveedor médico o dental puede permitirle seguir haciendo citas. Estas citas pueden ser citas del “mismo día”. Si demuestra que puede asistir a las citas con regularidad, es posible que se le permita hacer citas regulares nuevamente.

A los pacientes menores de 18 años se les puede otorgar una excepción a la Política de No Show a discreción de un proveedor médico o dental.

Entiendo y acepto cumplir con esta Política de “No-Show”.

_____ _____

Firma del Paciente/Padre o Tutor del Paciente Fecha