



DATOS DEMOGRAFICO DEL PACIENTE

Apellido: _____ Primer Nombre: _____ Segundo Nombre: _____
 Número de Seguro Social: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Sexo: Femenino Masculino
 Dirección de Casa: _____
 Ciudad: _____ Estado _____ Código Postal: _____
 Teléfono de casa: _____ Teléfono Móvil/Celular: _____
 Correo electrónico: _____
 Contacto de emergencia: _____ Relación: _____ Teléfono: _____

Estado Marital: Soltero/a Casado/a Divorciado/a Separado/a Divorciado/a Viudo/a

Raza: Blanco Negro Asiático Nativo Americano Nativo de Alaska Nativo Hawaiano **Etnicidad:** Latino Hispano Otro

Identidad de Género: Masculino Femenina Femenina a Masculino Masculino a Femenino Genero Queer Otro Prefiere no responder

Orientación Sexual: Lesbiana/Gay Heterosexual Bisexual Otra Preferencia No Sabe Prefiere no responder

Estado de Vivienda/Migratorio

Estado de Vivienda: Renta Propietario Temporal Si es temporario Albergue Familia o Amigos Hospedaje de Asistencia

Estado Migratorio:

¿Algún miembro de su familia trabajó en la agricultura (es decir, en el campo, en el cobertizo de embalaje)?	<input type="checkbox"/> Estacional Migrante	<input type="checkbox"/> Inelegible
¿Es usted residente del condado en donde usted vive?	<input type="checkbox"/> Estacional	<input type="checkbox"/> Migrante
¿Usted esta planeando en quedarse y vivir en ese condado?	<input type="checkbox"/> Estacional	<input type="checkbox"/> Migrante
¿Usted vino a esta área a trabajar en las granjas?	<input type="checkbox"/> Migrante	<input type="checkbox"/> Estacional
¿Usted se ira de esta área para seguir trabajando en otras granjas?	<input type="checkbox"/> Migrante	<input type="checkbox"/> Estacional

Cuántas personas viven en su casa? _____ **Cuántos son niños?** _____ **Cuántos son adultos?** _____
Cual es el ingreso monetario de su hogar? \$ _____ Semanal Mensual Anual

Información de los Padres/ Guardian Legal (o Persona Responsable)

Apellido: _____ Primer Nombre: _____ Segundo Nombre: _____
 Número de Seguro Social: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Sexo: Femenino Masculino
 Dirección de Casa: _____
 Ciudad: _____ Estado _____ Código Postal: _____
 Teléfono de casa: _____ Teléfono Móvil/Celular: _____ Relación: _____

Informacion de Seguro Medico

Nombre De Compañía: _____ **Numero de la Póliza:** _____
Numero de Grupo: _____ **Copago:** _____
Nombre De la Segunda Compañía: _____ **Numero de la Póliza:** _____
Numero de Grupo: _____ **Copago:** _____

APLICACIÓN DE TARIFA DESLIZANTE ADJUNTA

Yo, el abajo firmante, certifico que la información en este Formulario es verídica en lo que se da a mi saber y entender. Entiendo que soy responsable de presentar mi tarjeta de seguro en cada visita y que soy financieramente responsable de los servicios que mi compañía de seguros no paga. Además, entiendo que cualquier tarifa nominal, tarifa móvil o copago requerida se pagará en las fechas en que se prestan los servicios. Autorizo a Fetter Health Care Network a divulgar cualquier información médica que pueda ser necesaria para fines de facturación, consulta o referencia para mis dependientes o para mí. Fetter Health Care Network se reserva el derecho de verificar la cobertura de seguro de Medicaid / Medicare para todos los pacientes y aplicar los cargos de manera adecuada.

Aviso de Privacidad Emitido
Nombre de Paciente (o Guardian Legal) _____ **Fecha:** _____
Personal de Servicios Médicos: _____ **Fecha:** _____



Formulario de ratificación del programa de tarifa de descuento

Fetter Health Care Network debe tener un programa de tarifa de descuento (SFDP) que garantice que los pacientes tengan acceso a todos los servicios en el centro de salud, independientemente de su capacidad de poder pagar. Específicamente, el programa de tarifa de descuento debe incluir lo siguiente:

1. Una lista de costos por los servicios
2. Una lista correspondiente de descuentos para pacientes elegibles que se ajustan en función a la capacidad del paciente para pagar; y
3. Políticas y procedimientos aprobados por la Junta, incluyendo facturación y colecciones.

Mientras el programa de tarifa de descuento de honorarios apoya la idea de que los pacientes puedan invertir monetariamente a su cuidado basado en su capacidad de pago, también pretendemos disminuir la carga financiera para los pacientes que vivan por debajo del 200 por ciento de las pautas federales de pobreza (FPG). Por lo tanto, ni los honorarios, ni los procedimientos de funcionamiento de apoyo para evaluar la elegibilidad del paciente y colección de pago deben importar.

Por favor ponga sus iniciales:

_____ Entiendo el programa de tarifas de descuento y acepto completar la solicitud para la tarifa de descuento.

_____ Entiendo el programa de tarifa descuento y me niego a completar la solicitud para la tarifa de descuento.

Entiendo que mi rechazo a completar la solicitud de escala para la tarifa de descuentos significa que no puedo ser evaluado para programas de descuento. Por lo tanto, se le pedirá que pague 100% por los servicios prestados por Fetter Health Care Network después de cualquier pago y ajuste por medio del seguro médico.

Nombre del paciente (Por favor, Imprimir)

Fecha

Firma del paciente

FHCN Firma del empleado

Fecha



APLICACIÓN PARA TARIFAS DE DESCUENTO

Es la política de Fetter Health Care Network de proporcionar servicios sin importar si un individuo no pueda pagar. Los descuentos se ofrecen dependiendo del ingreso familiar y el tamaño de la familia. Una **familia** es una o más personas que viven en un lugar de residencia que están relacionadas por vínculos sanguíneos, matrimonio, o la ley. Adultos y sus niños menores son considerados una familia. **Parientes mayores de 18 años (que no son estudiantes de tiempo completo) no califican como dependientes para este proceso de solicitud.** Por favor, complete las siguientes preguntas para determinar si usted o los miembros de su familia califican para nuestro programa de tarifa de descuento.

<u>Nombre del Miembro del Hogar</u>	<u>Fecha de Nacimiento</u>	<u>Semanal</u>	<u>Mensual</u>	<u>Anual</u>	Fecha en que todos los documentos fueron recibidos	Documentos recibidos por
Usted:						
Esposo (a):						
Dependiente:		X	X	X		
Dependiente:		X	X	X		
Dependiente:		X	X	X		
Dependiente:		X	X	X		

El número total de miembros de la familia que viven en su hogar (que trabajan y no trabajan): _____

Porcentaje de Pobreza Cualificado	Categoría Médica de Diapositivas	Categoría Dental de Diapositivas	Fecha Efectiva de la Diapositiva	Fecha de Terminación de Diapositiva

Nota: Incluya todas las fuentes de ingresos los adultos enumerados anteriormente. Estos incluyen, pero no se limitan a: salarios, propinas, seguridad social, discapacidad, pensiones, rentas vitalicias, pagos de veteranos, negocios netos o trabajo por cuenta propia, pensión alimenticia, manutención de menores, militares, ayuda pública de desempleo y cualquier otra forma de ingreso.

Toda la información se mantendrá confidencial

Certifico que la información antedicha es verdadera y correcta a lo mejor de mi conocimiento. También soy consciente de que esta información puede ser verificada aleatoriamente en cualquier momento con fines de verificación. Proporcionar información falsa a sabiendas puede resultar en la terminación del programa de tarifa de descuento y/o terminación de servicios en Fetter Health Care Network .

Firma de Solicitante/ Nombre impreso

Fecha

Firma/nombre impreso del Especialista de Elegibilidad Financiera

Fecha de Entrevista

Beneficio del plan de Descuento de Tarifa Variable

- ✓ Tarifas reducidas para personas sin seguro, con seguro insuficiente, plan de deducible alto y asegurado.
- ✓ Tarifas con descuento para servicios médicos, odontológicos y de farmacia

Requisitos:

Proporcionar verificación del tamaño de la familia y los ingresos

Sección A: Ingresos (Elija 1)

1. Talón de cheque de pago actual
2. Declaración de impuestos del año anterior
3. Cheque de desempleo
4. Cheque de pensión alimenticia, decreto judicial
5. Declaración notarial

Sección B: Tamaño de la familia (Elija 1)

1. Tarjeta de identificación con fotografía
2. Acuerdo ordenado por el tribunal
3. Declaración de impuestos
4. Tarjeta de seguro social para cada miembro de la familia del hogar
5. Actas de nacimiento de cada miembro de la familia del hogar

- ✓ Los servicios no se negarán por no poder pagar.
- ✓ Los servicios no se negarán por ningún motivo, incluidos: raza, color, sexo, nacionalidad, discapacidad, religión, orientación sexual o identidad de género.

Pago Aceptado:

Efectivo, débito y crédito, cheques y seguro



Autorización para la divulgación de información

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____ / _____ / _____

Últimos 4 de la Seguridad Social: _____

Fetter Health Care Network, Inc. está autorizado a recibir información confidencial a/de la siguiente agencia o individuo (por favor escriba el nombre de la agencia, miembro de familia o persona que recibirá o revelará la información):

nombre _____ Relación _____ Número de teléfono / fax _____

nombre _____ Relación _____ Número de teléfono / fax _____

Su información puede ser compartida de la siguiente manera (por favor marcar todas aquellas con las que concurra):

<input type="checkbox"/> Documentación	<input type="checkbox"/> Audio	<input type="checkbox"/> Video
<input type="checkbox"/> Electrónica	<input type="checkbox"/> Verbal	<input type="checkbox"/> Otro:

Iniciales	Fecha de caducidad	Permiso para liberar lo siguiente:
		Por el presente renuncio a cualquier psiquiatra-paciente y/o psicólogo-paciente privilegio con respecto a la información revelada a la persona mencionada o agencia.
		Por el presente renuncio a los privilegios relativos a los archivos de enfermedad infecciosa o contagiosa, incluyendo TB, VIH Información confidencial del SIDA , con respecto a los registros publicados a la persona o agencia anteriormente Nombrada.
		Por el presente renuncio a los privilegios relativos a los registros de abuso de drogas o alcohol y/o tratamiento otratamiento de salud mental con respecto a los registros emitidos al nombre de la persona o agencia.
		la presente Consentimiento Para el Lanzamiento De Información Para Caso Administración Servicios relacionado Para Des Planificación y el servicio social Ventajas.
		Por la presente, doy mi consentimiento para la divulgación de toda la información de atención médica para los servicios de primaria relacionados con el diagnóstico, el tratamiento, evaluación y seguimiento.
		I Por la presente, doy mi consentimiento para la divulgación de información de salud SOLAMENTE relacionada con el siguiente diagnóstico. Por favor especifica diagnóstico o estado no aplicable. _____
		Por la presente doy mi consentimiento para aceptar recordatorios detallados de citas por teléfono, correo electrónico o mensajes de texto utilizando la información archivado en el centro de salud.

Por la presente libero a Fetter Health Care Network, sus funcionarios, agentes y empleados de todas y cada una de las responsabilidades, daños y reclamos que puedan surgir de la divulgación de la información autorizada anteriormente. Entiendo que firmar este formulario es voluntario y que, si no lo hago, no afectará la calidad de mi tratamiento en FHCN. Si cambio de opinión, entiendo que puedo retirar esta autorización mediante un aviso de retiro por escrito. El retiro entrará en vigencia inmediatamente después de que mi proveedor de atención médica reciba mi notificación por escrito, excepto que el retiro no tendrá ningún efecto sobre ninguna acción tomada por mi proveedor de atención médica en dependencia de esta autorización antes de recibir mi notificación de retirada por escrito.

Reconozco que este consentimiento para la divulgación de información de salud protegida es válido un año después de la fecha de firma, a menos que se indique lo contrario indicado anteriormente.

Firma del Paciente o del Representante del paciente

Fecha

Firma de testigo

Fecha



AUTORIZACION GENERAL PARA EL CUIDADO Y TRATAMIENTO MEDICO

Yo, _____, o el padre o tutor legal (s) De:
_____, un paciente registrado en Fetter Health Care Network, doy mi consentimiento para recibir tratamiento médico necesario.

AL PACIENTE: Usted tiene el derecho, como paciente, de estar informado sobre su afección y el procedimiento quirúrgico, médico o de diagnóstico recomendado que se utilizará para que pueda tomar la decisión de someterse o no a un tratamiento o procedimiento sugerido después de conocer los riesgos y peligros involucrados. A este punto de su atención, ningún plan de tratamiento específico ha sido recomendado. Este formulario de autorización sirve para obtener su permiso para realizar las evaluaciones necesarias para identificar el tratamiento y/o procedimiento adecuado para cualquier condición (es).

Esta autorización nos otorga su permiso para realizar exámenes médicos, pruebas y tratamientos razonables y necesarias. Al firmar a continuación, usted está indicando que (1) usted tiene la intención de que esta autorización continúe, incluso después de un determinado diagnóstico y/o tratamiento hayan sido recomendados; y 2) su autorización para tratamiento en éste oficina o cualquier otra oficina satelital bajo nuestra propiedad. La autorización permanecerá plenamente vigente hasta que se revoque por escrito. Usted tiene el derecho en cualquier momento de interrumpir servicios.

Usted tiene el derecho de discutir el plan de tratamiento con su médico; el propósito, los riesgos potenciales y los beneficios de cualquier prueba que se le hayan realizado. Si tiene cualquier preocupación sobre cualquier prueba o tratamiento que haya sido recomendado por su proveedor, le animamos a hacernos preguntas al caso.

Voluntariamente, usted esta solicitando a un médico, y/o a un proveedor de nivel intermedio (Enfermera Especializada, Asistente médico o especialista en enfermería clínica), y a otros proveedores de atención médica o a los profesionales designados según lo consideremos necesario, para que realicen exámenes, pruebas y tratamiento para la afección que le ha llevado a buscar atención en esta práctica. Usted entiende que, si se recomiendan procedimientos adicionales de prueba, invasivos o intervencionistas, se me pedirá que lea y firme formularios de autorización adicionales antes de la (s) prueba (es) o procedimiento (s).

Además, usted entiende que su información médica puede ser compartida en caso de necesitar ser referido a otros servicios con el fin de cuidado médico, y que cualquier procedimiento médicamente necesario se puede realizar si es en el mejor interés de su salud según lo considere necesario el personal médico Fetter Health Care Network.

AUTORIZACIÓN Y PERMISO

Yo certifico que he leído y entiendo completamente las declaraciones sostenidas anteriormente en esta página, y doy completamente autorización voluntariamente al contenido de estas declaraciones. Además, proporciono mi autorización para el desempeño de la evaluación, el tratamiento y los procedimientos descritos en estas declaraciones.

Firma del paciente o Personal Representante

Fecha

Nombre impreso del paciente o representante del paciente

Fetter Health Care Network pone a disposición copias de los siguientes documentos en nuestro sitio web

www.FetterHealthCare.org/patient-registration

A. "SCHIEx intercambio de información "que comparte la información de salud personal para proporcionar, coordinar o administrar atención médica y los servicios relacionados a este.

B. "Aviso a los consumidores", que explica los centros de salud son considerados empleados federales y son inmunes a las demandas judiciales, con el gobierno federal actuando como su principal aseguradora.

C. "Acceso de consumidores y horas de operación" que describe la accesibilidad de los sitios y servicios.

D. "Política de certificación de consumidores" formulario que explica la expectativa de pago y la información necesaria.

E. "Derechos del consumidor "y "Formulario de confirmación del hogar médico centrado en el consumidor" que describe mis derechos como consumidor en Fetter Health Care Network.

D. "Política de cancelación y no ausencias que explica el proceso de cancelación de citas.

F. "Orientación a los servicios del consumidor. La cual se refiere a las reglas de la instalación, mis derechos como consumidor de servicios y servicios ofrecidos en Fetter Health Care Network, Inc. Comprendo esta información y seré responsable de mis acciones.

G. "Aviso de prácticas de privacidad", que detalla cómo mi información de salud personal, incluyendo abuso de sustancias, salud mental y servicios médicos pueden ser utilizados y divulgados según lo permitido bajo la ley federal y estatal. He leído, o me han leído , el aviso y entiendo el contenido de este aviso.

H. "Autorización informada para los servicios de consejería", que explica los servicios y las políticas de consejería.

G."Límites a la confidencialidad", que resume mis derechos a la confidencialidad como consumidor en Fetter Health Care Network, Inc. He leído, o me han leído, el aviso y entiendo el contenido de este aviso.

H. "Autorización de divulgación de información", que resume mis derechos a la confidencialidad como consumidor en Fetter Health Care Network, Inc.

Reconozco que tengo acceso en línea a estos documentos anteriores y me comprometo a revisarlos.

Firma del paciente o representante de los pacientes: _____

Fecha: _____

Si no está firmado por el paciente, indique el parentesco con el paciente:
