

Formulario de actualización anual

Estimado paciente: Debido a los nuevos reglamentos sobre informes, ahora se requiere la siguiente información de cada paciente. Tenga en cuenta que toda la información es confidencial. Necesitaremos recopilar esta información anualmente.

Información del paciente						
Apellido		Nombre		MI	Fecha de nacimiento	
Dirección		Apt./Unidad	Ciudad		Estado	Código postal
Número de Seguro Social		Sexo <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer		Dirección de correo electrónico		
Por favor marque el teléfono principal		<input type="checkbox"/> teléfono residencial ()	<input type="checkbox"/> teléfono celular ()	<input type="checkbox"/> teléfono de trabajo ()		
Idioma principal: <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro: _____				¿Necesita un intérprete? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Raza (Por favor marque todos los que correspondan): <input type="checkbox"/> Indígena americano/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro o Afroamericano <input type="checkbox"/> Blanco			<input type="checkbox"/> Nativo de Hawái <input type="checkbox"/> Nativo de las islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Prefiero no responder			
Etnia: <input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> No Hispano/Latino <input type="checkbox"/> Prefiero no responder			Sexo de Nacimiento: <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer			
Identidad de Género: (¿Cómo Se Identifica Usted)? <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Transexual masculino/femenino a masculino <input type="checkbox"/> Otro: _____ <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Transexual femenino/masculino a femenino <input type="checkbox"/> Prefiero no responder						
Orientación Sexual: <input type="checkbox"/> Heterosexual <input type="checkbox"/> Homosexual <input type="checkbox"/> Bisexual <input type="checkbox"/> No sé <input type="checkbox"/> Prefiero no responder <input type="checkbox"/> Otro: _____						
Estado civil: <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo		Seguro médico: <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Medi-Cal <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Otro: _____		¿Tiene una Directiva Avanzada? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
¿Es usted un Veterano? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			¿Clase de trabajo? <input type="checkbox"/> Migrante <input type="checkbox"/> Temporal <input type="checkbox"/> No aplica			
¿Esta usted sin hogar?: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, por favor seleccione una de las siguientes: <input type="checkbox"/> Residencia permanente (no tiene límites de tiempo, renta) <input type="checkbox"/> Transitoria (centro, comunidad, hogar) <input type="checkbox"/> Vivienda compartida (vive con otras personas temporalmente y se muda a menudo) <input type="checkbox"/> Albergue (refugios, instalaciones de acogida temporal nocturna, edificios militares) <input type="checkbox"/> Calle (acera, automóvil, estacionamiento, entrada de edificio, edificio público o abandonado) <input type="checkbox"/> Otra (hotel, motel, ocupación diaria de habitación individual)						
¿Eres un estudiante de OCRM?: En caso afirmativo, seleccione uno de los siguientes programas: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Alumni Housing <input type="checkbox"/> Hope Family Housing <input type="checkbox"/> Pearl House (non-Hurttt) <input type="checkbox"/> Sea Glass (Hope Harbor) <input type="checkbox"/> Village of Hope <input type="checkbox"/> Double R Ranch <input type="checkbox"/> House of Hope <input type="checkbox"/> Rip Tide (Hope Harbor) <input type="checkbox"/> Strong Beginnings						
Información del cónyuge o del padre/tutor (Si corresponde):						
Apellido		Nombre		Fecha de nacimiento		
Por favor marque el teléfono principal		<input type="checkbox"/> teléfono residencial ()	<input type="checkbox"/> teléfono celular ()	<input type="checkbox"/> teléfono de trabajo ()		
Contacto de emergencia:						
Apellido		Nombre		Relación con el paciente	Número de teléfono ()	
Autorización para Divulgación de Información Médica y Asignación de Beneficios						
Por la presente, autorizo la divulgación de información médica o cualquier otra información necesaria a mi(s) compañía(s) de seguros, o agente de la misma, para satisfacer el procesamiento de reclamos. También autorizo el pago de beneficios médicos a Hurtt Family Health Clinic por los servicios prestados. Soy financieramente responsable por el pago de servicios no cubiertos por mi seguro.						

Reconozco que he llenado la información incluida con la mejor de mis habilidades y entiendo que si algo de mi información cambia o necesita ser actualizado, informaré a Hurtt Family Health Clinic.

Firma:	Relación con el paciente	Fecha:
--------	--------------------------	--------

Programa de Descuento de Tarifas

Somos una clínica sin fines de lucro que proporciona servicios de salud de bajo costo en función de una escala de tarifas variable. Los costos de las consultas de los pacientes se determinan mediante una escala de tarifas variables que se calcula en función de los ingresos y el número de personas del hogar. Este consultorio atiende a todos los pacientes, independientemente de que no se encuentren en capacidad de pagar. Esta información es confidencial.

Marque esta casilla y firme esta solicitud si no desea ser evaluado para determinar si califica para según la escala de cargos progresiva para el Programa de Descuento de Tarifas, y está eligiendo voluntariamente rechazar el programa.

Al marcar esta casilla, usted entiende que en caso de que un servicio no esté cubierto por su seguro, usted será responsable de pagar la tarifa completa asociada con su consulta.

Rechazo el Programa de Descuento de Tarifas y acepto la declaración anterior.

Apellido	Nombre	Fecha de nacimiento	Número de Seguro Social
Empleador:		Ocupación:	

Número total de dependientes en el Hogar: _____

El total de dependientes incluye a los miembros de la familia inmediata que viven en el hogar (es decir, madre/padre/hijos) y cualquier persona que vive en el hogar y contribuye mutuamente a los gastos del hogar.

Ingreso Bruto Total: \$ _____ Semanal (52) Bi-Mensual (24) Mensual (12) Anual (1)

Incluya los ingresos de todos los dependientes en el hogar y los ingresos de todas las fuentes, incluidos los salarios brutos, las propinas, la seguridad social, la discapacidad, las pensiones, las anualidades, los pagos de veteranos, los negocios netos o el trabajo por cuenta propia, la pensión alimenticia, la manutención de los hijos, las fuerzas armadas, el desempleo, la ayuda pública, y otra.

Si no hay ingresos:

Mi familia no tiene salarios ni ingresos. No estoy trabajando (recibiendo sueldo o salario por trabajo), o recibiendo beneficios de desempleo o incapacidad. Mi ingreso es \$0.

Esta aplicación requiere que el paciente reporte los ingresos de su hogar. Para completar su solicitud, proporcione a su representante de Servicio al Paciente una copia de los siguientes documentos de cada categoría:

Identificación emitida por el gobierno:

- Licencia de conducir o tarjeta de identidad de CA
- Tarjeta de identificación consular (CID)
- Pasaporte

Comprobante de ingresos:

- Talones de pago
- Declaración del impuesto sobre la renta federal/estatal
- Comprobante de sueldos recibidos y retención de impuestos (W-2)
- Ingreso en el extranjero
- Documentación de ingresos para trabajadores independientes (profesionales, por ejemplo)
- Estado de cuenta bancarios
- Declaración de dificultad financiera permanente
- Declaración patronal (firmada por el empleador)

Certifico que la información sobre el tamaño de la familia y los ingresos que se muestra arriba es correcta. Es posible que se requieran copias de verificación de ingresos antes de que se apruebe un descuento.

Nombre: _____

Firma: _____

Fecha: _____

Permiso para divulgar información

Tal como lo estipula la Ley Federal de Portabilidad y Responsabilidad de los Seguros de Salud de 1996 (Health Insurance Portability and Accountability Act), usted tiene el derecho de solicitar que las comunicaciones relativas a su información personal de salud se realicen mediante canales confidenciales. Si solicita recibir comunicaciones confidenciales sobre su información personal de salud a través de medios alternativos, debe proporcionar una dirección alternativa u otro medio para contactarlo. Debe proporcionar algún medio de contacto.

Hurt Family Health Clinic le preguntará el motivo de su solicitud, y haremos lo posible para adaptarnos a todas las solicitudes razonables.

Hurt Family Health Clinic también utiliza entidades externas para divulgar cierta información personal de salud, como en la coordinación de historias clínicas por parte de terceros, los intercambios de información de salud (health information exchanges, HIE) con hospitales y proveedores médicos locales y el portal para pacientes.

Esta solicitud prevalece sobre cualquier otra solicitud previa para la comunicación de información enviada antes de la fecha que se indica a continuación.

Autorización ampliada

Por favor liste las personas que desee que tengan acceso a su información de facturación, consultas o salud como su cónyuge, cuidador u otro miembro de la familia. Esto excluye la información que está protegida por las leyes estatales y federales.

Apellido	Nombre	Relación con el paciente	Número de teléfono ()

Si no desea agregar ninguna autorización extendida, marque la casilla a continuación:

- Yo (el paciente) no autorizo a divulgar información a nadie (esto excluye la información que está protegida por las leyes estatales y federales).

Restricciones a los métodos de comunicación

Nuestros métodos de comunicación con usted pueden ser a través de correo, correo electrónico seguro y teléfono, incluyendo dejar mensajes en su contestador automático / correo de voz. Indique a continuación las formas en que NO desea recibir comunicaciones:

- No deseo recibir llamadas en estos números de teléfono: No deseo recibir mensajes ni correos de voz en estos números de teléfono:

- No deseo recibir correos en las siguientes direcciones:

- | | | | |
|------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|----------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Intercambio de información médica (HIE) | <input type="checkbox"/> Coordinación de historias clínicas por parte de terceros | <input type="checkbox"/> Portal para pacientes | <input type="checkbox"/> Otro (especifique): |
|------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|----------------------------------------------|

Firma (paciente o representante legal)

Fecha

Si está firmado por otra persona que no sea el paciente, indique la relación: _____

Nombre en letra de molde: _____
(paciente o representante legal)

Intercambio de información médica (HIE)**AUTORIZACIÓN PARA QUE EL AGENTE CONSENTE AL TRATAMIENTO MÉDICO DE UN MENOR**

Autorizo _____ a dar su consentimiento para una radiografía,
(nombre completo de un adulto al que se le ha confiado el cuidado de un menor)

examen, inmunizaciones, anestesia, todos servicios médicos, dentales y de salud mental, o diagnóstico o tratamiento

quirúrgico y cuidados de hospital a _____ siendo aconsejado por un médico y
(nombre completo del menor)

cirujano con licencia y proporcionado por ese médico o bajo la supervisión de ese médico, sin afecto de donde se

proporciona el tratamiento.

Esta autorización se realiza bajo el Código Familiar §6910.

Esta autorización reemplaza cualquier solicitud previa de autorización para tratar a un menor presentado antes de la fecha a continuación. Permanece vigente hasta que se revoque por escrito.

Firma (paciente o representante legal)

Fecha

Si está firmado por otra persona que no sea el paciente, indique la relación: _____

Nombre en letra de molde: _____
(paciente o representante legal)