Health Ministries Clinic
COMMUNITY HEALTH CENTER

FORMULARIO DE REGISTRO DE PACIENTES

NOMBRE COMPLETO			
FECHA DE NACIMIENTO (MM/DD/AA)	**SSN#**	**GÉNERO AL NACER** ☐ Masculino ☐ Femenino	
DIRECCIÓN	**CIUDAD**	**ESTADO**	**CÓDIGO POSTAL**
DIRECCIÓN POSTAL (SI ES DIFERENTE DE LA DIRECCIÓN)	**CIUDAD POSTAL**	**ESTADO POSTAL**	**CÓDIGO POSTAL**
TELÉFONO DE CASA	**TELÉFONO CELULAR**	**TELÉFONO DEL TRABAJO**	

NOMBRES ADICIONALES / ANTERIORES (EJ. APELLIDO DE SOLTERA)	**ESTADO CIVIL LEGAL** ☐ Soltero/a ☐ Casado/a ☐ Viudo/a ☐ Divorciado/a ☐ Separado/a ☐ Pareja
DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO (REQUERIDO PARA EL ACCESO AL PORTAL DEL PACIENTE)	**EMPLEADOR:** ☐ Tiempo completo ☐ Tiempo parcial ☐ Sólo cuando me necesiten

FARMACIA ☐ Health Ministries Clinic Pharmacy ☐ Otra farmacia (especifique):_____

RAZA *(Marque todo lo que aplique)*	**VIVIENDA** *¿SE ENCUENTRA ACTUALMENTE SIN HOGAR?*	**IDENTIDAD DE GÉNERO** *
☐ Blanco	☐ SI	☐ Masculino
☐ Negro/Afroamericano	☐ No	☐ Femenino
☐ Indio Americano/Nativo de Alaska	**Si es Sí**: ¿Está usando algunos de los siguientes servicios?	☐ Transgénero
☐ Nativo de Hawaii	☐ Albergue para Personas sin Hogar	☐ Declinó especificar
☐ Otros Isleños del Pacífico	☐ Transitorio	☐ Otro (por favor especifique):
☐ Samoano	☐ Vivienda Compartida	**ORIENTACIÓN SEXUAL*** *(No requerido si es menor de 18 años)*
☐ Guamanés o Chamorro	☐ Calle	
☐ Asiático	☐ Otro (por favor especifique): _____	☐ Heterosexual
☐ Vietnamita	**¿VIVE USTED EN UNA VIVIENDA PÚBLICA?**	☐ Bisexual
☐ Filipino	☐ Si ☐ No	☐ Lesbiana/Gay/Homosexual
☐ Coreano	**POBLACIÓN** *(Marque todo lo que aplique)*	☐ No sé
☐ Japonés		☐ Declinó especificar
☐ Asiático Indio	☐ Veterano	☐ Otro (por favor especifique): _____ _____
☐ Chino	☐ Trabajador Agrícola	
☐ Declinó especificar	☐ Trabajador Migrante	**La orientación sexual y la identidad de género pueden desempeñar un papel importante en la determinación de los resultados de salud. Si tiene alguna duda sobre la divulgación de esta información, diríjase a recepción o consulte a su equipo de atención médica.*
¿SE IDENTIFICA COMO HISPANO/LATINO?	☐ Trabajador Estacional	
☐ No	**IDIOMA PREFERIDO**	
☐ Sí, Mexicano, Mexicano Americano, Chicano	☐ Inglés	**¿CÓMO SE ENTERÓ DE HMC?**
☐ Sí, Puertorriqueño	☐ Español	☐ Redes sociales ☐ Folletos ☐ Google ☐ Amigos ☐Otro: _____
☐ Sí, Cubano	☐ Otro: _____	
☐ Sí, Otro Hispano Latino	☐ Necesita Intérprete	

CONTACTO DE EMERGENCIA

NOMBRE DEL CONTACTO DE EMERGENCIA	TELÉFONO:

Relación con el Paciente: ☐ Cónyuge ☐ Padre ☐ Hijo ☐ Otro: _____

NOMBRE DEL CONTACTO DE EMERGENCIA	TELÉFONO:

Relación con el Paciente: ☐ Cónyuge ☐ Padre ☐ Hijo ☐ Otro: _____

Health Ministries Clinic
COMMUNITY HEALTH CENTER

NOMBRE COMPLETO:	FECHA DE NACIMIENTO (MM/DD/AA):

INFORMACIÓN DEL SEGURO (HMC NECESITARÁ UNA COPIA DE SU(S) TARJETA(S) DE SEGURO)

SEGURO MÉDICO PRIMARIO:	SEGURO MÉDICO SECUNDARIO:
COMPAÑÍA DE SEGURO MÉDICO	COMPAÑÍA DE SEGURO MÉDICO
NOMBRE DEL TITULAR DE LA PÓLIZA (SI ES DIFERENTE AL DE ARRIBA):	NOMBRE DEL TITULAR DE LA PÓLIZA (SI ES DIFERENTE AL DE ARRIBA):
FECHA DE NACIMIENTO DEL TITULAR DE LA PÓLIZA (SI ES DIFERENTE DE LA DE ARRIBA):	FECHA DE NACIMIENTO DEL TITULAR DE LA PÓLIZA (SI ES DIFERENTE DE LA DE ARRIBA):
RELACIÓN DEL TITULAR DE LA PÓLIZA CON EL PACIENTE ☐ Uno mismo ☐ Cónyuge ☐Padre ☐Otro: _____	RELACIÓN DEL TITULAR DE LA PÓLIZA CON EL PACIENTE ☐ Uno mismo ☐ Cónyuge ☐Padre ☐Otro: _____

SEGURO DENTAL PRIMARIO

COMPAÑÍA DE SEGURO DENTAL
NOMBRE DEL TITULAR DE LA PÓLIZA (SI ES DIFERENTE AL DE ARRIBA):
FECHA DE NACIMIENTO DEL TITULAR DE LA PÓLIZA (SI ES DIFERENTE DE LA DE ARRIBA):
RELACIÓN DEL TITULAR DE LA PÓLIZA CON EL PACIENTE ☐ Uno mismo ☐ Cónyuge ☐Padre ☐Otro: _____

PARTE RESPONSABLE

(PERSONA RESPONSABLE DEL PAGO DE LA CUENTA DEL PACIENTE)

☐ Marque si es el mismo que el paciente

NOMBRE COMPLETO			
SSN#	FECHA DE NACIMIENTO (MM/DD/AA)		
DIRECCIÓN	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL
TELÉFONO DE CASA	TELÉFONO CELULAR	TELÉFONO DEL TRABAJO	
DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO	EMPLEADOR		

AUTORIZACIÓN DE COMUNICACIÓN

Si usted no está disponible, ¿con quién podemos comunicarnos? (*Marque todo lo que aplique*)

Autorizo a Health Ministries Clinic a compartir mi información médica personal con la(s) tercera(s) persona(s) indicadas a abajo. Entiendo que esta autorización es voluntaria. Entiendo que una vez que mi información es divulgada, puede ser divulgada por la(s) tercera(s) persona(s), y la información puede no estar protegida por las Leyes o Regulaciones Federales de Privacidad. Entiendo que este consentimiento permanecerá en efecto hasta que solicite una actualización.

☐ Comuníquese sólo Conmigo — Si no está disponible, ¿podemos dejarle un mensaje de voz? ☐ Si ☐ No

NOMBRE:	RELACIÓN:	TELÉFONO	☐ Inf. De Salud ☐ Facturas ☐ Citas ☐ Todo
NOMBRE:	RELACIÓN:	TELÉFONO	☐ Inf. De Salud ☐ Facturas ☐ Citas ☐ Todo
NOMBRE:	RELACIÓN:	TELÉFONO	☐ Inf. De Salud ☐ Facturas ☐ Citas ☐ Todo

Health Ministries Clinic
COMMUNITY HEALTH CENTER

NOMBRE DEL PACIENTE:	FECHA DE NACIMIENTO (MM/DD/AA)

INGRESOS DEL HOGAR

La siguiente información es usada para determinar si usted califica para tarifas y servicios con descuento. Esta información puede actualizarse en cualquier momento.

¿Tiene seguro? ¡Usted todavía puede calificar para un descuento!

Las escalas de descuentos también se aplican para posibles descuentos en la farmacia, junto con las citas médicas.

Tamaño del Hogar	Ingreso Anual				
	Escala A	Escala B	Escala C	Escala D	No Califica: (>200% de DFP)
1	☐ < $15,060	☐ $15,061-$22,590	☐ $22,591-$26,355	☐ $26,356-$30,120	☐ > $30,121
2	☐ < $20,440	☐ $20,441-$30,660	☐ $30,661-$35,770	☐ $35,771-$40,880	☐ > $40,881
3	☐ < $25,820	☐ $25,821-$38,730	☐ $38,731-$45,185	☐ $45,186-$51,640	☐ > $51,641
4	☐ < $31,200	☐ $31,201-$46,800	☐ $46,801-$54,600	☐ $54,601-$62,400	☐ > $62,401
5	☐ < $36,580	☐ $36,581-$54,870	☐ $54,871-$64,015	☐ $64,016-$73,160	☐ > $73,161
6	☐ < $41,960	☐ $41,961-$62,940	☐ $62,941-$73,430	☐ $73,431-$83,920	☐ > $83,921
7	☐ < $47,340	☐ $47,341-$71,010	☐ $71,011-$82,845	☐ $82,846-$94,680	☐ > $94,681
8	☐ < $52,720	☐ $52,721-$79,080	☐ $79,081-$92,260	☐ $92,261-$105,440	☐ > $105,441

☐ **Más de 9 miembros en el hogar**-*Por favor, pregunte en la recepción para obtener información adicional*

☐ ***NO CALIFICO PARA LA ESCALA DE DESCUENTO, Y/O ELIJO DECLINAR***

☐ ****TESTIFICO QUE ESTOY POR ENCIMA DEL 200% DE LAS DIRECTRICES FEDERALES DE POBREZA (FPG)****

CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO DE MENORES

SÓLO PARA PACIENTES **MENORES DE 18** AÑOS

Yo, como Padre/Guardián Legal** del paciente **menor** de edad, estoy de acuerdo en permitir que las siguientes personas den su consentimiento para el tratamiento de dicho menor:

NOMBRE:	FECHA DE NACIMIENTO (MM/DD/AA)	RELACIÓN CON EL MENOR
NOMBRE:	FECHA DE NACIMIENTO (MM/DD/AA)	RELACIÓN CON EL MENOR
NOMBRE:	FECHA DE NACIMIENTO (MM/DD/AA)	RELACIÓN CON EL MENOR

***Los Guardianes Legales por favor traigan sus documentos indicando su relación con el menor (si es aplicable)*

Health Ministries Clinic (HMC) se compromete a proveer un ambiente inclusivo y acogedor para todos los pacientes y empleados. HMC cumple con todas las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina, excluye a las personas o las trata de diferente manera por motivos de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad, sexo, género, identidad de género o cualquier otro estatus legalmente protegido.

HMC OFFICE USE ONLY

If the above patient needed help filling out this form and the patient and/or legal representative is present

Staff Name: _____ Staff Signature: _____ Date Completed: _____

Health Ministries Clinic
COMMUNITY HEALTH CENTER

NOMBRE DEL PACIENTE:	FECHA DE NACIMIENTO:

ACUERDO DE PAGO

Estoy de acuerdo que todos los pagos y copagos deben ser pagados a la hora del servicio. Entiendo que para poder ser elegible para la escala de descuento debo de proveer prueba de ingresos. Prueba puede consistir en mi declaración de impuestos anterior, talón de cheque (3), informe de desempleo, etc. Esta información debe ser proveída a la hora de la visita para que la escala pueda ser ofrecida. Entiendo que, si mi cuenta tiene 90 días de atraso, recibiré una carta indicando que necesito hacer pagos en mi cuenta o seré sujeto a que mi cuenta atrasada sea cancelada como una deuda mala. Entiendo que pagos parciales serán aceptados al menos que se negocie lo contrario.

PRESENTACION DE RECLAMOS DE SEGUROS

Autorizo a Health Ministries Clinic (HMC) a proveer información a las compañías de seguros con respecto a mi enfermedad y tratamientos. Entiendo que mi seguro será presentado como una cortesía y estoy de acuerdo en ser financieramente responsable de cualquier balance debido a Health Ministries Clinic, Inc. Entiendo que, si no proveo a HMC la información actual y exacta de mi seguro médico, todos los cargos serán mi responsabilidad o de la parte responsable. Todos los copagos y coseguros deben pagarse al momento del servicio. Estos pagos no garantizan el pago total. Los estados de cuenta serán enviados por correo por cargos que excedan el pago inicial realizado. Entiendo que seré responsable de cualquier cargo no pagado por mi seguro.

PACIENTES CON MEDICARE

Pacientes con Medicare o Medicaid, por favor, tenga en cuenta que puede haber un copago aplicable por los servicios prestados. Autorizo que los beneficios de Medicare sean hechos a mi o en mi nombre a Health Ministries Clinic, Inc. por cualquier servicio proveído a mí por Health Ministries Clinic, Inc. Autorizo a cualquier poseedor de información médica sobre mí a que divulgue a los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) y sus agentes cualquier información necesaria para determinar estos beneficios o los beneficios pagables a servicios relacionados. Entiendo que mi firma solicita que se efectúe el pago y autoriza la divulgación de la información médica necesaria para pagar el reclamo. En los casos asignados a Medicare, el médico o proveedor se compromete a aceptar la determinación del cargo de la compañía de Medicare como el cargo completo, y el paciente es responsable únicamente del deducible, el coseguro y los servicios no cubiertos. El coseguro y el deducible se basan en el cargo determinado por la compañía de Medicare.

ACUERDO DE ASISTENCIA

Estoy de acuerdo en ponerme en contacto con HMC a través del teléfono, sitio web o portal del paciente antes de que necesite cancelar o reprogramar mi cita. Entiendo que todas las citas (ej. médicas, dentales y de salud conductual) se consideran como citas falladas si no me presento a la clínica para una cita programada. Una cita fallada será implementada cuando un paciente se presenta a su cita 10 minutos o más después de la cita. Entiendo que debo llegar 15 minutos antes de la hora de mi cita, para completar el proceso de registro requerido y pagar las tarifas en la recepción. Estoy de acuerdo en que si tengo dos (2) citas falladas dentro de un período de un año, se me pedirá que me reúna con un Coordinador de Cuidados de Pacientes y/o persona designada antes de programar otra cita. Entiendo que si tengo una tercera (3) cita fallada en un período de un año, me pueden informar que ya no tendré la habilidad de programar citas futuras o posiblemente ser puesto en " citas para el mismo día" por un mínimo de seis (6) meses. Entiendo que, si se me suspenden los privilegios de programación de citas, puedo solicitar que mi estatus sea revisado por el Director Ejecutivo y/o la persona designada. Reconozco y entiendo las expectativas sobre la necesidad de asistir a mis citas programada y las posibles consecuencias si esto no ocurre.

TECNOLOGÍA ELECTRÓNICA DE INFORMACIÓN MÉDICA

HMC participa en la tecnología electrónica de información médica (TEIM). Esta tecnología permite que un proveedor o un plan de salud haga una sola solicitud a través de una Organización de Información de Salud (OIS), para obtener registros electrónicos de un paciente específico de otros participantes TEIM para fines de tratamiento, pago u operaciones de atención médica. Las OIS están requeridas a usar medidas de protección adecuadas para evitar usos y divulgaciones no autorizadas. Tiene dos opciones con respecto al TEIM. En primer lugar, puede permitir que personas autorizadas accedan a su información médica electrónica a través de una OIS. Si elige esta opción, no tiene que hacer nada. En segundo lugar, puede restringir el acceso a toda su información a través de una OIS (excepto por ley). Si desea restringir el acceso, debe presentar la información requerida en línea en http://www.KanHIT.org o completando y enviando por correo un formulario. No puede restringir el acceso sólo a determinada información; su elección es permitir o restringir el acceso a toda su información. Si tiene alguna pregunta sobre TEIM o OIS, visite http://www.KanHIT.org

CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE PARA LOS SERVICIOS DE ESCRIBA Y TELESALUD

Entiendo que HMC provee servicios de telesalud y usa servicios de audio escriba. Doy mi permiso para que me audio graben durante mis visitas, en caso de que mi proveedor use dichos servicios. Reconozco que mi participación es voluntaria y que puedo revocar este consentimiento en cualquier momento presentando a HMC una notificación por escrito con 30 días de anticipación.

RECONOCIMIENTO DEL PACIENTE Y AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Reconozco que HMC me ha dado el derecho de revisar y obtener una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad, que describe cómo la información médica sobre mí puede ser usada y divulgada, así como una descripción completa de los usos y divulgaciones de mi información médica protegida y mis derechos bajo HIPAA. Entiendo que HMC se reserva el derecho de cambiar los términos de este aviso periódicamente, y que puedo ponerme en contacto con Health Ministries Clinic en cualquier momento para obtener la copia más actualizada de estos documentos. Entiendo que, si tengo alguna pregunta con respecto a cualquiera de estos documentos, puedo ponerme en contacto con HMC. Se puede obtener una copia en papel en la recepción.

Reconozco que he leído, comprendo completamente y acepto los términos de las directrices y pólizas financieras indicadas arriba.

NOMBRE DEL PACIENTE/PADRE O GUARDIÁN (DELETREADO):	FECHA DE NACIMIENTO DEL PACIENTE:
FIRMA DEL PACIENTE/PADRE O GUARDIÁN:	FECHA:

☐ Paciente/Padre o Guardián se niega aceptar el Aviso de Prácticas de Privacidad

Health Ministries Clinic
COMMUNITY HEALTH CENTER

DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DEL PACIENTE

Health Ministries Clinic (HMC) es un centro de salud comunitario que existe para promover y mejorar la calidad de vida brindando atención de salud integrada. Cada paciente que confía su atención a HMC es tratado con dignidad, respeto y compasión. HMC reconoce que todos los pacientes tienen derechos fundamentales y se dedica a honrar estos derechos. Cada persona debe ser informada de los derechos y responsabilidades del paciente antes de que se le brinde atención médica.

DERECHOS DEL PACIENTE

Mientras los pacientes están bajo la atención de HMC, el personal se compromete a respetar la privacidad del paciente y su derecho a ser un socio activo en la toma de decisiones sobre su atención médica. Los pacientes tienen derecho a:

1. Ser tratado con cortesía, dignidad y respeto, teniendo en consideración preferencias personales, culturales, psicosociales, religiosas y espirituales, independientemente de su raza, color, origen nacional, edad, discapacidad, orientación sexual, identidad de género o preferencia de lenguaje.
2. Esperar que las comunicaciones y los registros relacionados con su atención, incluyendo la fuente de pago, se mantengan confidenciales.
3. Esperar que las conversaciones o consultas se mantengan en privado; las personas que no participen directamente en la atención no estarán presentes sin el permiso del paciente o de su guardián.
4. Una comunicación eficaz que considere las necesidades de lenguaje, así como las deficiencias auditivas, visuales y del habla.
5. Solicitar información sobre tarifas y pólizas de pago.
6. Prácticas de facturación precisas y honestas.
7. Solicitar una estimación razonable del costo clínico de la atención y/o poder recibirlo antes del tratamiento.
8. Disponer de información completa sobre el estado de salud, el diagnóstico, el pronóstico y el tratamiento.
9. Recibir información completa para tomar decisiones informadas sobre el tratamiento.
10. Ser respetado en relación con el derecho a rechazar la atención, el tratamiento o los servicios conforme a la ley y reglamentos.
11. Elegir un proveedor que se alinee con las metas del tratamiento.
12. Tener acceso, solicitar enmiendas y obtener información sobre las divulgaciones de la información de salud del paciente, conforme a la ley y reglamentos.
13. Expresar sugerencias o quejas a un miembro de la administración de la clínica.
14. Participar en las decisiones sobre su atención médica, a menos que sea médicamente no aconsejable.
15. Asignar legalmente a alguien para que ejerza los derechos indicados anteriormente en su nombre, si no puede ejercer dichos derechos por sí mismo.

RESPONSABILIDADES DEL PACIENTE

Mientras sea paciente de Health Ministries Clinic se espera que los pacientes:

1. Provean, de acuerdo con su mejor conocimiento, información precisa sobre quejas actuales, enfermedades pasadas, hospitalizaciones, medicamentos.
2. Notifiquen cambios inesperados en su salud a la enfermera o al proveedor.
3. Hagan preguntas para obtener un entendimiento mejor (tratamientos, procedimientos, medicamentos, etc.)
4. Sean considerado con los demás pacientes y con el personal de la clínica.
5. Sean socios en su atención.
6. Asistan a las citas programadas y/o cancelarlas/reprogramarlas lo antes posible para dar a los demás la oportunidad de ser atendidos.
7. Informen al proveedor de atención médica si se sienten incómodos con un plan de tratamiento recomendado.
8. Provean información financiera y de seguros correcta necesaria para determinar la habilidad de pago de los servicios.
9. Hagan esfuerzos razonables para pagar los servicios en el momento de la visita, o de acuerdo con su plan de pago. Si esto no es posible, notifíque a HMC.
10. Provean la información necesaria para ayudar con servicios de asistencia.
11. Notifiquen a HMC los cambios relacionados con su situación financiera o su seguro médico.
12. Respeten los derechos y la propiedad de otros pacientes, personal y otras personas dentro de las instalaciones de HMC.
13. Conozcan las normas y reglamentos que se aplican mientras sea paciente en la clínica.
14. Entiendan que el comportamiento agresivo (incluyendo, pero no limitado a la agresión física, acoso verbal, lenguaje abusivo, lenguaje sexual dirigido a otros, amenazas) puede resultar en el expulsión de HMC.

HE LEÍDO Y ENTIENDO LAS PÓLIZA INDICADAS Y ME COMPROMETO A CUMPLIRLAS.

_____ _____/_____/_____
Nombre del Paciente/Padre/Guardián (deletree nombre) Fecha de Nacimiento

_____ _____/_____/_____
Firma Fecha