

AllCare
HEALTH CENTER

FORMULARIO DE REGISTRO DEL PACIENTE

Toda la información solicitada en este formulario es esencial para garantizar una atención de calidad al paciente o es requerida por la ley federal. Se mantendrá privado y confidencial como parte del historial médico del paciente.

SECCIÓN I: INFORMACIÓN Y DEMOGRAFÍA DEL PACIENTE

Primer nombre: _____ Apellido: _____

Nombre Preferido: _____ Inicial del segundo nombre: _____

Número de seguro social (SSN): _____ Fecha de nacimiento (mm /dd /aaaa): _____

Domicilio: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Idioma preferido: _____ ¿Necesita intérprete? Sí No

Complete todos los métodos de contacto. Marque la casilla para el método de contacto preferido:

Teléfono Preferido: _____ Celular Hogar Trabajo Otro

Alt. Teléfono: _____ Celular Hogar Trabajo Otro

Correo Electrónico: _____

Compruebe cuál de las siguientes opciones describe mejor su **sexo asignado al nacer**:

Hombre Mujer

Compruebe cuál de las siguientes opciones describe mejor su **identidad de género**:

Hombre Mujer Hombre transgénero / mujer a hombre Mujer transgénero / hombre a mujer

Elijo no revelar No lo sé / No aplica No binario

Compruebe cuál de las siguientes opciones describe mejor su **orientación sexual**:

Heterosexual / heterosexual Lesbiana, gay, homosexual Bisexual Algo más

Elijo no revelar No lo sé / No aplica

Compruebe cuál de las siguientes opciones describe mejor su **pronombres preferidos**:

Él Ella Ellos Ze, Hir

Negar a contestar Desconocido Otro: _____

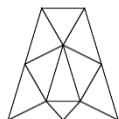
Compruebe cuál de las siguientes opciones describe mejor su **estado de la vivienda**:

¿Está sin hogar? Sí No

En caso afirmativo, describa el estado de su vivienda:

Refugio para indigentes Calle sin hogar Transicional Vivienda de apoyo permanente

Doblar Otro: _____



FORMULARIO DE REGISTRO DEL PACIENTE

Por favor, conteste a las siguientes preguntas:

- ¿Es usted un veterano? Sí No
- ¿Es usted un trabajador agrícola migrante? Sí No Temporero(a)
- ¿Está asistiendo a la escuela? Sí No

En caso afirmativo, ¿a qué escuela asiste? _____

Compruebe cuál de las siguientes opciones describe mejor su raza. Seleccione solo uno:

- Indio americano o nativo de Alaska Asiático Negro o Afroamericano Nativo de Hawái
- Isleño del pacífico Blanco Más de una raza Desconocido, no incluido en la lista o se niega a informar

Marque cuál de las siguientes opciones describe mejor su origen étnico. Seleccione solo uno:

- Hispano, latino o chicano No hispano, latino o chicano Negar a informar

Marque cuál de las siguientes opciones describe mejor su tipo de cobertura médica primaria. Seleccione solo uno:

- Medicaid Medicare Seguros privados o comerciales (incluso a través del Marketplace) Ninguno o sin seguro

SECCIÓN II: INFORMACIÓN DEL HOGAR DEL PACIENTE

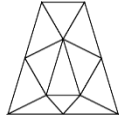
MARQUE el tamaño de su familia y el rango de ingresos del hogar (primero busque el tamaño de la familia y luego busque el rango de ingresos en la misma fila)

Tamaño de Familia	Ingresos Anuales:					
1	<input type="checkbox"/> \$0 - 12,880	<input type="checkbox"/> \$12,881 - 16,100	<input type="checkbox"/> \$16,101 - 19,320	<input type="checkbox"/> \$19,321 - 22,540	<input type="checkbox"/> \$22,541 - 25,760	<input type="checkbox"/> Sobre \$25,760
2	<input type="checkbox"/> \$0 - 17,420	<input type="checkbox"/> \$17,421 - 21,775	<input type="checkbox"/> \$21,776 - 26,130	<input type="checkbox"/> \$26,131 - 30,485	<input type="checkbox"/> \$30,486 - 34,840	<input type="checkbox"/> Sobre \$34,840
3	<input type="checkbox"/> \$0 - 21,960	<input type="checkbox"/> \$21,961 - 27,450	<input type="checkbox"/> \$27,451 - 32,940	<input type="checkbox"/> \$32,941 - 38,430	<input type="checkbox"/> \$38,431 - 43,920	<input type="checkbox"/> Sobre \$43,920
4	<input type="checkbox"/> \$0 - 26,500	<input type="checkbox"/> \$26,501 - 33,125	<input type="checkbox"/> \$33,126 - 39,750	<input type="checkbox"/> \$39,751 - 46,375	<input type="checkbox"/> \$46,376 - 53,000	<input type="checkbox"/> Sobre \$53,000
5	<input type="checkbox"/> \$0 - 31,040	<input type="checkbox"/> \$31,041 - 38,800	<input type="checkbox"/> \$38,801 - 46,560	<input type="checkbox"/> \$46,561 - 54,320	<input type="checkbox"/> \$54,321 - 62,080	<input type="checkbox"/> Sobre \$62,080
6	<input type="checkbox"/> \$0 - 35,580	<input type="checkbox"/> \$35,581 - 44,475	<input type="checkbox"/> \$44,476 - 53,370	<input type="checkbox"/> \$53,371 - 62,265	<input type="checkbox"/> \$62,266 - 71,160	<input type="checkbox"/> Sobre \$71,160
7	<input type="checkbox"/> \$0 - 40,120	<input type="checkbox"/> \$40,121 - 50,150	<input type="checkbox"/> \$50,151 - 60,180	<input type="checkbox"/> \$60,181 - 70,210	<input type="checkbox"/> \$70,211 - 80,240	<input type="checkbox"/> Sobre \$80,240
8	<input type="checkbox"/> \$0 - 44,660	<input type="checkbox"/> \$44,661 - 55,825	<input type="checkbox"/> \$55,826 - 66,990	<input type="checkbox"/> \$66,991 - 78,155	<input type="checkbox"/> \$78,156 - 89,320	<input type="checkbox"/> Sobre \$89,320

SECCIÓN III: INFORMACIÓN DEL SEGURO

Nombre del seguro: _____ Número de póliza / ID de inscripción: _____

Identificación del grupo: _____ Identificación de miembro: _____



AllCare
HEALTH CENTER

FORMULARIO DE REGISTRO DEL PACIENTE

SECCIÓN IV: INFORMACIÓN DEL RESPONSABLE FINANCIERO

Primer nombre: _____ Apellido: _____

Nombre Preferido: _____ Inicial del segundo nombre: _____

Número de seguro social (SSN): _____ Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa): _____

Domicilio: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Complete todos los métodos de contacto. Marque la casilla para el método de contacto preferido:

Teléfono Preferido: _____ Celular Hogar Trabajo Otro

Alt. Teléfono: _____ Celular Hogar Trabajo Otro

Correo Electrónico: _____

Idioma preferido: _____ ¿Necesita intérprete? Sí No

SECCIÓN V: COMPARTIR INFORMACIÓN

Yo, _____, autorizo al personal médico y de coordinación de la atención de All Care Health Center a discutir (compartir) información médica o de salud relacionada con mi atención con:

_____.

Firma del paciente: _____ Fecha de hoy: _____

SECCIÓN VI: INFORMACIÓN DE CONTACTO DE EMERGENCIA

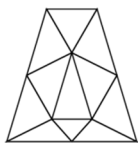
Contacto de emergencia: _____

Relación con el paciente: _____ Número de teléfono: _____

¿Cómo se enteró de All Care Health Center? _____

Autorizo la divulgación de información sobre la continuación de la atención y / o cualquier pago por servicios. Autorizo que se pueda utilizar una copia de este documento como documento original. Certifico que toda la información proporcionada es verdadera y precisa a mi leal saber y entendido.

Firma del paciente: _____ Fecha: _____



AllCare HEALTH CENTER

APLICACIÓN PARA ESCALA DE DESCUENTO –

Comprobante de ingresos personales/familiares (los últimos 30 días de talones de cheques consecutivos, declaración de impuestos o pensión de seguro social. Prueba de ingresos de la oficina del seguro social o la oficina de empleo (Workforce Development)).

INFORMACION DEL PACIENTE:

Nombre del Paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Domicilio: _____

Número de teléfono: (____) _____

Personas que viven en su hogar: (por favor incluya todas las personas viviendo en el mismo hogar)

Nombre	Relacion con usted	Fecha de nacimiento

Número de personas en el hogar: _____

Verificación de ingresos en el hogar:

_____ No deseo revelar mis ingresos. No estoy interesado (a) en recibir ningún descuento.

Empleado _____ Desempleado _____ Deshabilitado _____ Otro _____

Lugar donde trabaja: _____

Ingreso anual bruto (antes de impuestos): \$ _____

ACUERDO DEL PACIENTE: Al firmar esta forma estoy de acuerdo de que toda la información que he dado es una declaración verdadera y precisa a lo mejor de mi conocimiento. Yo autorizo a All Care Health Center (ACHC) a verificar toda la información proporcionada. Estoy de acuerdo de reportar inmediatamente cualquier cambio en mis ingresos, seguro médico, o tamaño de mi hogar. Entiendo que cualquier persona que obtenga o trate de obtener por medios ilegales los servicios a los cual él/ella no tiene derecho, pueden ser acusados bajo los estatutos federales y estatales. Autorizo permiso a que los designes del programa de la escala de descuentos en ACHC, revisen mis registros para propósitos de auditoria.

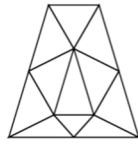
****Al firmar a continuación, estoy de acuerdo en traer prueba de ingresos dentro de 30 días para recibir cualquier descuento por el cual soy elegible.**

Firma Del Apicante: _____ Fecha: _____

Firma del Representante de ACHC: _____ Fecha: _____

PARA USO DE OFICINA SOLAMENTE

Annual Household Income: _____ Date Verified: _____ Poverty %: _____ Slide scale: _____



Documentos que puede traer como comprobante de ingresos para la Escala de Descuentos

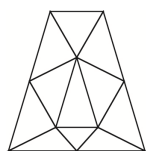
seleccione 1 de las opciones de la lista de abajo

Tiene 30 días del día de la fecha de la aplicación para traer comprobante de ingreso

Documentos que se aceptan como comprobante de ingresos (POI):

- Salarios de empleo**
 - *Los 2 talones de cheques más recientes si le pagan **por quincena** (30 días consecutivos)
 - *Los 4 talones de cheques más recientes si le pagan **por semana** (30 días consecutivos)
 - *Los 2 talones de cheque más recientes si le pagan **por mes** (60 días consecutivos)
- Salarios de Seguro Social** (la carta de beneficios mensuales de la administración de seguro social, NO ACEPTAMOS FORMAS 1099)
- Seguro Social para incapacitados** (la carta de beneficios mensuales de la administración de seguro social, NO ACEPTAMOS FORMAS 1099)
- Declaración de impuestos del año pasado** (solamente estará activo hasta abril 15 de este año, NO ACEPTAMOS W2s)
- Declaración de impuestos de este año** (NO ACEPTAMOS W2s)
- Comprobante de ingresos de la oficina de Seguro Social** (Registro de ingresos de Seguro Social)
- Desempleo** (la declaración de beneficios de desempleo, debe de tener fecha dentro de los 30 días)

Si no tiene ninguno de estos documentos comuníquese con nuestra *Consejera de ayuda financiera* a 712-256-6589 para discutir otros documentos determinados individualmente y a discreción de la dirección.



AllCare
HEALTH CENTER

Derechos y Responsabilidades del Paciente

Es póliza de All Care Health Center atender a todos pacientes y no discriminar basado en raza, color, religión, origen nacional, edad, sexo, orientación sexual, identidad de género, o discapacidad.

Cada paciente tiene el derecho a:

- Alta calidad de cuidado de la salud, de médicos con experiencia y entrenados para satisfacer las necesidades médicas.
- Atención considerada y respetuosa que respete sus valores sociales, religiosos y culturales.
- Una respuesta razonable acerca de su tratamiento.
- Un tratamiento confidencial.
- Información completa acerca de su condición de salud.
- Información recopilada en su expediente médico.
- Participar en las decisiones acerca de su tratamiento.
- Aceptar o negar a algún tratamiento.
- Ser informado de las directrices por adelantado, recibir asistencia en su formulación.
- Ser informado de alguna investigación que podría afectar su cuidado.
- Ser informado y permiso por escrito a los procedimientos de diagnóstico realizados por nuestro personal.
- Recibir en forma apropiada, métodos clínicamente aprobados para aliviar el dolor cuando estos métodos estén disponibles y cumplan con las necesidades de su salud.
- Conocer la experiencia profesional y la certificación de los proveedores médicos, nuestro estado de acreditación y otra medida de calidad.
- Asistencia médica económica e información acerca de cómo operamos.
- Información sobre los planes de salud usados por "All Care Health Center."
- Influir en el funcionamiento del Centro "All Care Health Center" a través de la Junta de directores que representan las comunidades que servimos.
- Un proceso justo y eficiente para resolver las diferencias con nosotros e informarle sobre los procedimientos utilizados por los planes de salud en los cuales participamos en caso de queja.
- Su tutor o guardián, familiar más cercano, o persona legalmente autorizada responsable puede ejercer sus derechos en caso que usted sea incapaz de participar.

Responsabilidades del Paciente

- Participar en las decisiones específicas de salud.
- Trabajar en colaboración con los proveedores de cuidado de la salud en el desarrollo y ejecución de un plan acordado tratamiento.
- Divulgar la información pertinente y comunicar de acuerdo a las necesidades y lo requerido.
- Divulgar la información financiera y pagar por los servicios de forma responsable.
- Utilizar el departamento de quejas internas del "All Care Health Center" y los procesos de apelación para resolver los problemas que puedan surgir.
- Evitar la transmisión de su enfermedad.
- Mostrar respeto por otros pacientes y trabajadores de la salud.
- Cumplir con los procedimientos administrativos y operativos de los planes de salud, proveedores de salud y los programas gubernamentales de beneficios de salud.
- Informar algún delito o fraude a los recursos apropiados o a las autoridades legales.
- Evitar comer y beber en el centro de salud.