

Paquete de registro de nuevos pacientes

Fecha:	Fecha de nacimiento:	Numero de Seguridad Social:
Nombre Completo del Paciente:		
Dirección:		
Ciudad:	Estatad:	Código Postal:

Teléfono de Casa:	Teléfono Móvil:	
Mejor momento para contactarte:	Día: Noche:	Dirección de Correo Electrónico:
Género: <input type="checkbox"/> Masculino	<input type="checkbox"/> Femenino	Edad:
Nombre del Contacto de Emergencia:	Numero del Contacto de Emergencia:	
¿Eres fumador?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

Estado Civil:	<input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Compañero de Vida				
Estado del Estudiante:	<input type="checkbox"/> Tiempo Completo	<input type="checkbox"/> Tiempo Parcial	<input type="checkbox"/> No es Estudiante	Estado de Veterano:	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Estatus Sin Hogar:	<input type="checkbox"/> No Sin Hogar <input type="checkbox"/> Duplicando <input type="checkbox"/> Refugio <input type="checkbox"/> Calle <input type="checkbox"/> Transitorio				
Trabajador Migrante Estado:	<input type="checkbox"/> Migrante <input type="checkbox"/> No es un Trabajador Agrícola <input type="checkbox"/> Estacional				
Barrera del Idioma:	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Su Idioma Principal Hablado:			

La Raza:	<input type="checkbox"/> Indio asiático <input type="checkbox"/> Chino <input type="checkbox"/> Filipino <input type="checkbox"/> Japonés <input type="checkbox"/> Coreano <input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> Otros asiáticos <input type="checkbox"/> Hawái nativo <input type="checkbox"/> Otros isleños del Pacífico <input type="checkbox"/> Guamaniano o Chamorro <input type="checkbox"/> Samoano <input type="checkbox"/> Negro/Afroamericano <input type="checkbox"/> Indio americano/nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Más de una Raza <input type="checkbox"/> No reportado/Optó por no revelar la raza
Etnicidad:	<input type="checkbox"/> Chicano <input type="checkbox"/> Cubano <input type="checkbox"/> Mexicano <input type="checkbox"/> Mexicano-Americano <input type="checkbox"/> No Hispano ni Latino <input type="checkbox"/> Puertorriqueño <input type="checkbox"/> Otro (Hispano o Latino) <input type="checkbox"/> Se negó a especificar

Número de miembros de la familia en el hogar:	
¿Cómo se enteró de CHDC?	

***** Indique los ingresos de su hogar en una de las siguientes categorías enumeradas a continuación*****				
Familiar Ingreso:	Semanal:	Quincenal:	Mensual:	Anual:

Responsabilidad Financiera

Todos los servicios profesionales prestados se cargan al paciente y se deben en el momento del servicio, a menos que se hayan hecho otros arreglos por adelantado con Community Health and Dental Care. Aunque compilaremos los formularios necesarios para presentarlos a su compañía de seguros, es responsabilidad del paciente disputar cualquier servicio no cubierto por la compañía de seguros.

Además, entiendo que las tarifas vencen y son pagaderas en la fecha en que se prestan los servicios y acepto pagar todos los incurridos en su totalidad inmediatamente después de la presentación de la declaración correspondiente.

Escriba el nombre completo aquí para firmar electrónicamente

Firma del Paciente/Tutor	Fecha
Patient Name:	Date of Birth:



Deje las secciones en blanco si no se aplican

Información del Seguro del Paciente

SEGURO MÉDICO

Proveedor de Atención Médica Primaria:	
Cobertura de Seguro Médico Primario:	
Nombre de los Suscriptores:	Relación con el Paciente:
Número de Grupo:	Número de Identificación:

Cobertura de Seguro Médico Secundario:	
Nombre de los Suscriptores:	Relación con el Paciente:
Número de Grupo:	Número de Identificación:

SEGURO DENTAL

Proveedor Dental Primario:	
Cobertura de Seguro Dental Primario:	
Nombre de los Suscriptores:	Relación con el Paciente:
Número de Grupo:	Número de Identificación:

Cobertura de Seguro Dental Secundario:	
Nombre de los Suscriptores:	Relación con el Paciente:
Número de Grupo:	Número de Identificación:

SEGURO DE VISIÓN

Proveedor Primario de la Vista:	
Cobertura de Seguro de Visión Primaria:	
Nombre de los Suscriptores:	Relación con el Paciente:
Número de Grupo:	Número de Identificación:

Cobertura de Seguro de Visión Secundaria:	
Nombre de los Suscriptores:	Relación con el Paciente:
Número de Grupo:	Número de Identificación:

Patient Name:	Date of Birth:
----------------------	-----------------------



AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO/ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS/DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN/AVISO DE PRIVACIDAD

PACIENTE:	FECHA DE NACIMIENTO:	FECHA:

CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO: Mediante este documento, solicito y autorizo a CHDC (Community Health and Dental Care, Inc.), sus prácticas de salud y proveedores, incluidos médicos, dentistas, proveedores integrados de salud conductual, equipo de tratamiento asistido por medicamentos, técnicos, enfermeras, y otro personal calificado para realizar los servicios y procedimientos de evaluación y tratamiento que sean necesarios de acuerdo con el juicio de los profesionales de la salud que lo atienden. Reconozco que nadie puede dar ninguna garantía con respecto a los resultados de los tratamientos, exámenes o procedimientos.

AVISO DE PRIVACIDAD: Acuso recibo del Aviso de privacidad de la información de salud de Community Health and Dental Care, Inc.

AUTORIZACIÓN Y ASIGNACIÓN DEL SEGURO: Solicito que el pago de los beneficios de salud autorizados se realice en mi nombre directamente al proveedor de los servicios de CHDC que me brindó. Autorizo a CHDC a divulgar cualquier información de salud a mi compañía de seguros de salud y/o sus agentes legítimos que sea necesaria para procesar reclamos de seguros de salud relacionados y/o para verificar los beneficios del plan de acuerdo con los estándares de información de salud de HIPAA. Autorizo el pago de los servicios, que de otro modo se me pagarían según los términos de mi plan de seguro de salud privado, grupal o de mi empleador, directamente a CHDC. Por la presente autorizo que las fotocopias de este formulario sean válidas como el original.

GARANTÍA DE PAGO: Por la presente garantizo el pago de todas las tarifas y cargos relacionados con todos los servicios y bienes duraderos que se me proporcionen a través de las prácticas y proveedores de salud de CHDC desde mi primera fecha de examen o tratamiento. Acepto realizar el pago completo inmediatamente después de recibir un estado de cuenta de CHDC, ya sea una factura provisional o final. En caso de que no realice el pago completo o no cumpla con otros arreglos de pago realizados con la aprobación de CHDC, entiendo que se pueden iniciar las medidas de cobro correspondientes.

REGISTRO DE SALUD ELECTRÓNICO: Los proveedores de atención médica requieren acceso a la información de salud del paciente cuando y donde sea que un paciente se presente para recibir atención para garantizar la seguridad, la calidad y coordinar la atención del paciente en toda la red de proveedores, evitando la duplicación de servicios. CHDC tiene un registro de salud electrónico en todo el sistema que está disponible para los cuidadores en función de la "necesidad de saber", para compartir información sobre la atención del paciente brindada en el hospital, como paciente ambulatorio o en el consultorio del médico. La confidencialidad de los registros, incluidos los que reflejan el tratamiento de problemas de salud conductual, VIH/SIDA o problemas de drogas o alcohol, se mantiene de acuerdo con las normas gubernamentales y reglamentarias pertinentes. Los resúmenes de la atención del paciente se envían automáticamente al CHDC designado y a otros médicos comunitarios de atención primaria/de familia/de referencia, así como a los médicos consultados por el médico tratante para la coordinación de la atención. CHDC y/o el médico tratante pueden proporcionar y divulgar a las agencias de supervisión de atención médica federales y estatales, o previa solicitud por escrito, a todas las compañías de seguros o sus representantes, cualquier información con respecto al tratamiento del paciente aquí mencionado, incluidas las copias del expediente médico.

PORTAL DEL PACIENTE: El acceso al portal seguro del paciente es un servicio opcional que puedo suspender o cancelar en cualquier momento y por cualquier motivo. Entiendo que mi acceso al portal del paciente no afectará el nivel de atención que recibo. Entiendo que es mi responsabilidad notificar a CHDC si hay un cambio en mi cuenta de correo electrónico o si siento que se ha violado mi contraseña segura.

RECETAS ELECTRÓNICAS: Entiendo que los consultorios y consultorios de salud de CHDC pueden usar un sistema de recetas electrónicas que permite que las recetas y la información relacionada se envíen electrónicamente entre mis proveedores de CHDC y mi farmacia. He sido informado y entiendo que los proveedores de CHDC que utilizan el sistema de prescripción electrónica podrán ver información sobre los medicamentos que ya estoy tomando, incluidos los recetados por otros proveedores. Doy mi consentimiento a mis proveedores de CHDC para ver esta información de salud.

REGISTRO DE VACUNACIÓN: Entiendo que CHDC participa en el registro de vacunación estatal del Departamento de Salud de Pensilvania que recopila el historial de vacunación y la información para cumplir con el objetivo de salud pública de prevenir la propagación de enfermedades prevenibles por vacunación. El registro cumple con las leyes federales de privacidad de la información de salud.

LIBERACIÓN DE RESPONSABILIDAD POR OBJETOS DE VALOR PERSONAL: He sido informado y entiendo que todas las prácticas y oficinas de salud de CHDC no brindan instalaciones para la custodia de objetos de valor. Por la presente libero a CHDC de cualquier responsabilidad debido a la pérdida o daño de cualquier objeto de valor que yo, o cualquier persona que me acompañe, pueda traer a una práctica, oficina o instalación de salud de CHDC.

PERMISO PARA ENVIAR POR FAX EL REGISTRO DE INMUNIZACIÓN INFANTIL A LAS ESCUELAS: Por la presente autorizo a CHDC a enviar o enviar por fax los registros de vacunación infantil a las escuelas, previa solicitud.

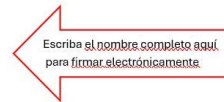
Consentimiento para comunicación electrónica

Doy mi consentimiento y autorizo a Community Health and Dental Care y sus entidades relacionadas, agentes, contratistas, incluidos, entre otros, programadores, facturación y otro personal a utilizar sistemas de marcación telefónica automatizados, mensajes de texto SMS y correo electrónico para (1) proporcionar mensajes (incluidos mensajes pregrabados o mensajes de texto) sobre mi cuenta, fechas de vencimiento de pagos, pagos atrasados, información para o relacionada con bienes y/o servicios médicos proporcionados, intercambio de información, cambios en la ley de atención médica, cobertura de atención médica, atención seguimiento y otra información de atención médica o (2) proporcionar mensajes (incluidos mensajes pregrabados) durante una llamada o mediante un mensaje de texto que transmita un mensaje de "atención médica" realizado por, o en nombre de, una "entidad cubierta" o su 'asociado comercial' según se definen esos términos en la regla de privacidad de HIPAA, 45 CFR 160.103. Entiendo que puedo optar por no participar llamando a Community Health and Dental Care al 610-326-9460

INTERCAMBIOS DE INFORMACIÓN DE SALUD: CHDC puede hacer que su información de salud esté disponible electrónicamente a través de un servicio de Intercambio de Información de Salud (HIE) estatal, regional o nacional o a través de NextGen Share © Network para facilitar el intercambio seguro de su información de salud entre varios proveedores de atención médica o otras entidades de atención médica para su tratamiento, pago u otros propósitos de operaciones de atención médica. Esto significa que podemos compartir la información que obtenemos o creamos sobre usted con un HIE, que se pondrá a disposición de entidades externas (como hospitales, consultorios médicos, farmacias o compañías de seguros) o podemos recibir información que crean u obtienen sobre usted (como historial de medicamentos, historial médico o información de seguros) para que cada entidad pueda brindar un mejor tratamiento y coordinación de sus servicios de atención médica. En los casos en que se requiera su consentimiento o autorización específicos para divulgar cierta información de salud a otros, no divulgaremos esa información de salud sin obtener primero su consentimiento. La información que requiere consentimiento adicional para ser compartida incluye notas de psicoterapia, tratamiento por abuso de sustancias o alcohol y registros de pruebas o tratamiento de enfermedades de transmisión sexual.

También participamos con Health Share Exchange (HSX), que es una organización sin fines de lucro responsable de facilitar el intercambio de datos entre proveedores de atención médica. Por ejemplo, si visitara un departamento de emergencias desconocido, el médico del ED podrá acceder a su registro de salud para ver su historial médico, incluida la información sobre alergias. El acceso a su información de salud durante una situación de emergencia puede salvarle la vida, especialmente si está inconsciente y no puede transmitir su información de salud importante al médico. Si por alguna razón no se siente cómodo con este tipo de intercambio de datos, tiene la opción de optar por no hacerlo. Esta es tu responsabilidad. Nota: si opta por no participar en HSX, es importante que sepa que su información no estará disponible para ver, incluso en situaciones de emergencia.

Yo, o mi representante legal, certifico que he leído este documento, que me ha sido completamente explicado y que entiendo su contenido, y por la presente acepto todos los términos y condiciones establecidos anteriormente y confirmar la recepción de una copia si se solicita.



Firma del paciente o padre o tutor legal/representante autorizado

Nombre Impreso

Fecha

Representante de CHDC

Preferencias de comunicación de información de salud de CHDC

PACIENTE: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____ FECHA: _____

Como nuestro paciente, es posible que necesitemos comunicarnos con usted cuando no esté en la consulta. Para su privacidad, indique su método preferido para que le comuniquemos información médica confidencial, como resultados de pruebas o de laboratorio, a usted y/u otras personas involucradas en su atención. Tenga en cuenta que las "llamadas telefónicas de recordatorio de citas" se pueden dejar en los números de contacto que se indican a continuación. Indique su dirección de correo electrónico para recibir programas educativos de atención médica en línea ordenados por su proveedor de atención.

POR FAVOR INDIQUE SUS PREFERENCIAS DE COMUNICACIÓN A CONTINUACIÓN:

Dar permiso para dejar información de salud sobre mí, mi dependiente o hijo, en los números que se indican a continuación:

Method	Sí		Código de Área, Número de Teléfono, Extensión, Correo Electrónico
Teléfono de Casa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Contestador Automático	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Teléfono del Trabajo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Teléfono Móvil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Correo Electrónico para Nuestro Portal del Paciente Seguro Registro de Email	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Correo Electrónico para Recibir Pedido del Proveedor Programas de Educación para Pacientes en Línea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Sin un permiso específico, no divulgaremos ninguna información de salud a nadie más que a usted. En algunos casos, es posible que desee que otra persona tenga acceso a su información de salud. Identifique a esas personas y su relación con usted (es decir , cónyuge, padre, hijo, hija, pareja, etc.):

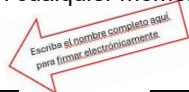
.....

- No divulgar información de salud a nadie más que a mí.
- Doy permiso para divulgar información de salud que me concierne a las personas que se enumeran a continuación.

Nombre	Relación (es decir, cónyuge, padre, hijo, hija, etc.)	Código de Área, Número de Teléfono - Extensión

Comments

Asumo la responsabilidad de informar a la práctica de los cambios en mi(s) número(s) de teléfono o mis preferencias o de revocar esta autorización de información de salud específica en cualquier momento.



Firma del Paciente o Representante Legal del Paciente Fecha

(Nombre Impreso) **Representante de CHDC** _____

Formulario de Consulta de Alcance

Como paciente de Community Health & Dental Care, usted es elegible para recibir asistencia **GRATUITA** de nuestro equipo de coordinadores de casos de pacientes altamente experimentados. Revise la siguiente lista de servicios y proporcione su firma para confirmar recibo. Si desea consultar con uno de nuestros coordinadores de casos, indique a continuación:

Familias

- Medicaid
- Servicios de dispensario de CHDC
- Chip
- Solicitud de descuento de atención médica de CHDC (tarifa variable)
- Servicios de inscripción (elección de un HMO y CHDC como PCP)
- CCIS (Servicio de Información de Cuidado Infantil, cuidado infantil subsidiado)
- SNAP (Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria)
- Asistencia en Efectivo
- Comidas Escolares (Asistencia)
- ERAP (Programa de Asistencia de Alquiler de Emergencia)
- LIHEAP (Programa de Asistencia para Calefacción de Bajos Ingresos)
- LIHWAP (Programa de Asistencia de Agua para Hogares de Bajos Ingresos)
- Women's Health (Mamografías gratuitas, exámenes clínicos de mama y pélvicos, y PAP)
- Mercado de Seguros Médicos de Pensilvania (PENNIE)
- Referencias a opciones de tratamiento de salud mental y abuso de sustancias
- Consejo de alfabetización del condado de Montgomery, el condado de Chester y el condado de Berks
- Asistencia jurídica gratuita
- WIC (mujeres, bebés y niños)
- Laurel House (violencia doméstica)
- Safe Haven (Servicio adoptivo)
- CADCOM (Asistencia con servicios públicos)
- Referencias de vivienda
- Programa de asistencia de transporte para pacientes de CHDC (Transporte gratuito para nuestros pacientes)
- TransNet, Barta, Rover (Programa de Transporte de Asistencia Médica)
- PAP (Programa de asistencia farmacéutica para pacientes)
- "New Eyes" (anteojos gratis: monturas y lentes)

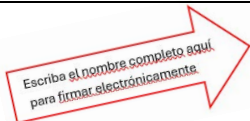
Adultos

- Envejecimiento y referencias para adultos
- Planes Medicare Advantage
- Medicare Parte D (cobertura de medicamentos recetados)
- Referencias de exención de servicios de apoyo
- Programa de Exención de SIDA
- Pace
- Pace-Net

¿Le gustaría programar una cita con un coordinador de casos de pacientes?

S/N:

Firma del Paciente:



Nombre del Paciente:

Fecha de nacimiento:

Community Health and Dental Care, Inc.
Solicitud de descuento para el cuidado de la salud

Complete la solicitud por completo y adjunte toda la información de ingresos.

INFORMACIÓN PERSONAL

Apellido:	Nombre:
Fecha de nacimiento:	Número de Seguro Social:
Domicilio:	Número de Teléfono de Casa:
	Número de Teléfono Celular:
Ciudad/Estado/Código postal:	Correo Electrónico:

INFORMACIÓN DEL HOGAR - Enumere los miembros del hogar reclamados en el formulario de impuestos (1040, 1040A y / o 1040EZ) y / u otros formularios

NOMBRE	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL	FECHA DE NACIMIENTO	RELACIÓN

Por favor, revise la declaración que mejor describa su situación de vivienda:

- Vivo en mi casa que alquilo, arriendo o poseo
- Vivo con miembros de la familia y no tengo ningún costo de vivienda
- Me quedo con una serie de amigos y / o miembros de la familia extendida de forma temporal
- Me quedo en una vivienda de apoyo o de transición (como un centro de vida sobrio o un hogar de recuperación)
- Vivo en una instalación pública o privada que proporciona refugios temporales (como un refugio, misión, instalación de ocupación de habitación individual o motel)
- He sido liberado de una institución (como la cárcel o el hospital) sin una vivienda estable a la que regresar
- Vivo en las calles, en un automóvil, estacionamiento, acera, en un edificio abandonado o en cualquier situación inestable o no permanente.
- Vivo en un entorno de cuidado de crianza

Encierre en un círculo la cantidad más cercana a los ingresos de su hogar

\$12,000	\$13,500	\$15,000	\$16,500	\$18,000	\$19,500	\$21,000	\$22,500	\$24,000	\$25,500
\$27,000	\$28,500	\$30,000	\$31,500	\$33,000	\$34,500	\$36,000	\$37,500	\$39,000	\$40,500
\$42,000	\$43,500	\$45,000	\$46,500	\$48,000	\$49,500	\$51,000	\$52,500	\$54,000	\$55,500
\$57,000	\$58,500	\$60,000	\$61,500	\$63,000	\$64,500	\$66,000	\$67,500	\$69,000	\$70,500
\$72,000	\$73,500	\$75,000	\$76,500	\$78,000	\$79,500	\$81,000	\$82,500	\$84,000	\$85,500

He completado esta solicitud de elegibilidad de descuento de atención médica y confirmo que toda mi información es correcta a mi leal saber y entender. Entiendo que se cobrará un pago mínimo de \$ 20.00 para servicios médicos / visión / BH, \$ 35.00 para servicios dentales y \$ 5.00 para dispensarios en el momento de cada visita. Entiendo que los descuentos están disponibles independientemente de mi estado de seguro y si no califico para un descuento, seré responsable de pagar el 100% de los cargos facturados. Por ejemplo, si soy elegible para un descuento del 80%, seré responsable del 20% de los cargos aplicables. Soy consciente de que este descuento no se aplica a las tarifas de laboratorio dental y médico. Entiendo que para las personas autodeclaradas mi descuento por diapositivas puede cambiar sujeto a aprobación administrativa.

Community Health and Dental Care me ha ofrecido y explicado los beneficios de solicitar el descuento de atención médica. En este momento elijo no solicitar el descuento de atención médica. Entiendo que puedo presentar una solicitud en cualquier momento si cambio de opinión o si mi situación personal cambia, como el tamaño del hogar, el estado del seguro y / o los ingresos brutos.

Escribe el nombre completo aquí para firmar electrónicamente

FIRMA DEL SOLICITANTE: _____ Fecha: _____

**NO LLENE DEBAJO DE ESTA LÍNEA -INFORMACIÓN DE ELEGIBILIDAD - SOLO PARA USO
EN LA OFICINA
COMPROBANTE DE INGRESOS**

- Declaraciones de impuestos sobre la renta más recientes (1040, 1040A, 1040EZ; línea de ingresos brutos ajustados aplicable)
- Dos talones de pago recientes ___ Semanal ___ Quincenal ___ Mensual ___
(marque uno)
- Cartas de Seguro Social/Discapacidad
- Prueba de residencia
- Otro: _____

Ingreso bruto anual \$ _____ Tamaño de la familia: _____

Descuento para pacientes aplicado a los cargos aplicables:

Descuento médico/de la vista: 100% 80% 60% 40% 20% 0%

Descuento dental: 100% 70% 55% 40% 25% 0%

Dispensary Discount: 100% 80% 60% 40% 20% 0%

Procesado por: _____ Fecha: _____