

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:
----------------------	-----------------------



CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO

Paciente:

Fecha de nacimiento

Fecha:

Tenga en cuenta que este consentimiento se aplica a los servicios prestados, tanto en persona como virtualmente, en cualquier lugar donde Community Health and Dental Care brinde servicios.

1. **CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO:** Por medio de este documento, solicito y autorizo a CHDC (Community Health and Dental Care, Inc.), sus prácticas de salud y proveedores, ya sean empleados directamente por CHDC o traídos en forma de consulta, incluidos médicos, enfermeras practicantes, proveedores médicos, dentistas, higienistas dentales de salud pública, proveedores de salud mental, equipo de tratamiento asistido por medicamentos, técnicos, enfermeras, flebotomistas, escribas, otros proveedores, recursos y personal calificado para realizar servicios y procedimientos de evaluación y tratamiento de acuerdo con el criterio del proveedor o proveedores médicos tratantes. Entiendo que CHDC utiliza tecnologías de telesalud/telemedicina que incluyen fotografía digital, audio y/ o video interactivo, almacenamiento basado en la nube y otros tipos de tecnologías seguras que cumplen con HIPAA. Se pueden tomar fotografías, videos interactivos y / o audio durante mi estadía por razones de tratamiento o para monitorear mi seguridad. Las fotografías pueden formar parte de mi expediente médico, según corresponda. Reconozco que no se han dado garantías en cuanto a los resultados de los tratamientos o exámenes en CHDC, o de otra manera. Me doy cuenta de que tengo derecho a rechazar cualquier medicamento, tratamiento, procedimiento o fotografía en la medida permitida por la ley.
2. **AVISO DE PRIVACIDAD:** Reconozco haber recibido el aviso de privacidad de información de salud de Community Health and Dental Care, Inc., y modificado periódicamente.
3. **AUTORIZACIÓN Y ASIGNACION DE SEGURO:** Solicito que el pago de los beneficios de salud autorizados se realice en mi nombre directamente al proveedor de servicios de CHDC que se me proporcionó. Autorizo a CHDC a divulgar cualquier información de salud a mi compañía de seguros de salud y/o sus agentes legítimos que sea necesario para procesar reclamos de seguros de salud relacionados 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 lo contrario se me pagara bajo los términos del plan de seguros de salud privada, de empleador grupal o plan de seguros de salud grupal, directamente a CHDC. Por la presente autorizo que las fotocopias de este formulario sean válidas como el original. Reconozco que CHDC realizará una búsqueda de cobertura de seguro activa para todos los pacientes que pagan por su cuenta, a menos que se solicite específicamente lo contrario con el personal de CHDC. Esta búsqueda se llevará a cabo después del alta si la factura del paciente nombrado permanece sin pagar durante un período de tiempo definido.
4. **CESIÓN DE BENEFICIOS:** En el caso de que el abajo firmante tenga derecho a beneficios de seguro de cualquier tipo de cualquier programa, plan de beneficios de salud o póliza de seguro que cubra al paciente o a cualquier otra parte responsable ante el paciente, dichos beneficios se asignan a CHDC y pueden pagarse directamente a CHDC. En caso de que se paguen beneficios, CHDC acreditará todos los pagos a la cuenta del paciente; Sin embargo, el paciente y el abajo firmante, si no es el paciente, seguirán

siendo responsables de cualquier parte de la factura de CHDC que no esté cubierta por esta asignación. En el caso de que sea necesario apelar una decisión de pago del seguro, autorizo a CHDC a apelar en mi nombre.

5. **COORDINACIÓN DE BENEFICIOS (COB):** La coordinación de beneficios es el proceso que utilizan las compañías de seguros para determinar cómo cubrir sus gastos médicos cuando está cubierto por más de un plan de seguro médico. Aclara quien paga que determinando que pagan es el pagador principal y secundario. También garantiza el procesamiento adecuado de las reclamaciones y ayuda a evitar pagos excesivos o pagos duplicados. Cuando una persona tiene varios planes de seguro, las reglas de COB determinan el orden en que los planes de seguro pagarán los servicios cubiertos. El plan principal es responsable de procesar primero el reclamo y pagar su parte del monto de la cobertura. Luego, el plan secundario revisaría el reclamo y pagaría el saldo restante dentro de sus límites de cobertura. Por ejemplo, supongamos que visita a su médico y le facturan \$250 por la cita. Su plan de salud primario puede cubrir la mayor parte de la factura. Digamos, por ejemplo, que son \$200. Luego, su plan secundario pagaría los \$50 restantes. Para evitar el pago excesivo o la duplicación, los planes no pagarán más del 100% del costo de los servicios médicos, lo que significa que los beneficios combinados no deben superar el costo total del tratamiento. También puede ser responsable de los deducibles, copagos y coaseguros. Entiendo que es mi responsabilidad, como paciente, garante o representante legal, proporcionar a CHDC toda mi cobertura de seguro en el momento del servicio, y es mi responsabilidad, la de mi garante o mi representante legal actualizar mi cobertura de beneficios según sea necesario en cada servicio y con cada uno de mis planes de cobertura de seguro. Por ejemplo, si estoy cubierto por dos planes pero luego pierdo lo que era mi cobertura primaria (plan A), lo que era mi cobertura secundaria (plan B) se convierte en mi cobertura primaria. Tendría que ponerme en contacto con mi antiguo secundaria (plan B) para actualizar ese archivo y reflejar que ya no estoy cubierto por el plan A. Al no hacerlo, el plan B no pagará ninguna reclamación, ya que ese registro de ser secundario espera el pago de otra fuente antes de que se emita cualquier pago. La falta de actualización de las coberturas del seguro puede resultar en que el paciente sea responsable de los cargos y de la actividad de cobro adicional.

6. **GARANTIA DE PAGO DEL PACIENTE Y RESPONSABILIDAD FINANCIERA:** Todos los servicios prestados se cobran al paciente y se deben pagar 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 ante su compañía de seguros, es responsabilidad del paciente disputar cualquier servicio no cubierto por la compañía de seguros. Por la presente, garantizo el pago de todas las tarifas y cargos relacionados con todos los servicios y bienes duraderos que se me brindan a través de las prácticas y proveedores de salud de CHDC desde mi primera fecha de examen o tratamiento, incluidos los servicios prestados virtualmente. Además, entiendo que las tarifas vencen y son pagaderas en la fecha en que se prestan los servicios y acepto pagar todos los cargos incurridos en su totalidad inmediatamente después de la presentación de la declaración correspondiente. Acepto realizar el pago completo inmediatamente después de recibir un estado de cuenta de CHDC, ya sea una factura provisional o final. En el 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 adecuadas.

Entiendo que, como paciente, garante o representante legal, soy responsable en última instancia de todas las obligaciones de pago que surjan del tratamiento o la atención y garantizo el pago de estos servicios. Yo, mi garante o mi representante legal, soy responsable de los deducibles, copagos, montos de coaseguro o cualquier otra responsabilidad de la paciente indicada por mi compañía de seguros que no esté cubierta por el seguro complementario.

Entiendo, como paciente, garante o representante legal, que soy responsable de conocer mi póliza de seguro. Por ejemplo, yo, mi garante o mi representante legal, seré responsable de cualquier cargo si se aplica alguno de los siguientes: (i) mi plan de salud requiere autorización previa o remisión por parte de un médico de atención primaria (PCP) antes de recibir servicios en CHDC, y no he obtenido dicha autorización o remisión; (ii) recibo servicios que exceden dicha autorización o remisión; (iii) mi plan de salud determina que los servicios que recibí en CHDC no son médicamente necesarios y/o no están cubiertos por mi plan de seguro; (iv) la cobertura de mi plan de salud ha caducado o expirado en el momento en que recibo los servicios en CHDC; o (v) he optado por no usar la cobertura de mi plan de salud. Si no estoy familiarizado con la cobertura de mi plan, me comunicaré directamente con mi proveedor de seguros o con el proveedor del plan.

7. VERIFICACIÓN DE ASISTENCIA MÉDICA: Certifico que recibí un servicio o artículo en la fecha que se indica a continuación. Entiendo que el pago por este servicio o artículo será de fondos federales y estatales, y que cualquier reclamo, declaración o documento falso, u ocultación de material puede ser procesado bajo las leyes federales y estatales aplicables.

8. CONSENTIMIENTO TELEFÓNICO: Acepto permitir que CHDC, sus agentes y proveedores utilicen mensajes de voz pregrabados o artificiales, un sistema de marcación telefónica automática para comunicarse conmigo a los números de teléfono que proporcioné y que están en línea (incluidos los números de teléfono inalámbrico o celular), y dejar mensajes de correo de voz en estos números de teléfono e incluir en dichos mensajes información (incluida la información requerida por la ley) sobre el alcance de la experiencia y los montos que debo.

9. CONSENTIMIENTO PARA LA COMUNICACIÓN ELECTRÓNICA: Doy mi consentimiento y autorizo a Community Health and Dental Care y sus entidades, agentes, contratistas, incluidos, programadores, facturación y otro personal a utilizar sistemas de marcación telefónica automatizada, mensajes de texto SMS y correo electrónico para 1) proporcionarme mensajes (incluidos mensajes pregrabados o mensajes de texto) sobre mi cuenta, fechas de vencimiento de pagos, pagos atrasados, información sobre o relacionados con bienes médicos y/o servicios prestados, intercambiar información, cambios en la ley de atención médica, cobertura de atención médica, seguimiento de la atención y otra información de atención médica o 2) proporcionar mensajes (incluidos mensajes pregrabados) durante una llamada o a través de un mensaje de texto que entrega un mensaje de "atención médica" realizado por, o en nombre de, una "entidad cubierta"™ su "socio 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.

10. HISTORIA CLÍNICA ELECTRÓNICA: Los proveedores de atención médica requieren acceso a la información de salud del paciente, cuando o donde sea que un paciente se presente para recibir atención garantizando la seguridad, calidad y coordinar la atención del paciente en toda la red de electrónica que esta disponible para los cuidadores en función de la "necesidad de saber" para compartir información sobre la atención del paciente en el hospital, en el ambulatorio, o en el consultorio médico. La confidencialidad de los registros, incluidos los que reflejan el tratamiento de los problemas de salud conductual, los determinantes sociales, el VIH/SIDA y los problemas de uso de sustancias se encuentra principalmente según las normas gubernamentales y regulatorias pertinentes. Resúmenes de atención al paciente se envían de forma automática al CHDC designado y a otros centros de atención primaria/familia/médicos de referencia, así como a los médicos que son consultados por el médico tratante para coordinar la atención. CHDC y/o el médico tratante pueden proporcionar y entregar la supervisión de la atención médica federal y estatal o previa solicitud por escrito, a todas las compañías de

seguros o sus representantes, cualquier información con respecto al tratamiento del paciente aquí nombrado, incluidas las copias de la historia clínica. La información puede incluir exámenes clínicos, resultados, junto con diagnósticos relevantes.

11. **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, por sus siglas en inglés) 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 u otras entidades de atención médica para su tratamiento, pago u otras 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 se ha creado u obtenido sobre usted (como el historial de medicamentos, el historial médico o la información del seguro) 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 específica 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 para el abuso de sustancias o alcohol, y registros de pruebas o tratamiento para 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 Departamento de Emergencias podrá acceder a su registro médico 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 participar. Esta es su responsabilidad. Nota: si opta por no participar en HSX, es importante que sepa que su información no estará disponible para verla, incluso en situaciones de emergencia.

12. **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 reciba. Entiendo que es mi responsabilidad notificar a CHDC si hay un cambio en mi cuenta de correo electrónico o si siento que mi contraseña segura ha sido violada.

13. **PRESCRIPCIÓN ELECTRÓNICA:** Entiendo que las prácticas y oficinas de salud de CHDC pueden usar un sistema electrónico de recetas que permiten 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 recetas electrónicas podrán ver información sobre los medicamentos que ya estoy tomando, incluyendo los recetados por otros proveedores. Doy mi consentimiento a mis proveedores de CHDC para ver esta información de salud.

14. **REGISTRO DE INMUNIZACIÓN:** 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.

15. **SERVICIO DE ESCRIBA:** I am aware that the provider may use a virtual and/or in-person scribe service during my visit. This scribe will document my electronic medical records in real- and non-real me.

Estoy consciente de que mi proveedor puede utilizar el servicio de escritura virtual y/o en persona durante mi visita. Este escriba documentara mis registros médicos electrónicos en tiempo real y no real. La conexión virtual se utiliza de acuerdo con las directrices de HIPAA y se utiliza para una mejor prestación de atención médica, una mejor documentación médica y elección si quiero usar la escritura en mi visita con mi proveedor. También me doy cuenta de que al firmar este formulario doy mi consentimiento para permitir que el proveedor use la escritura en todas mis visitas. Si en algún momento decido no permitir la escritura, debo hacérselo saber al proveedor, y el proveedor no usará la escritura. Entiendo y estoy de acuerdo en que: dar mi permiso para escribir durante mi visita es voluntario; mi examen, tratamiento, pago, inscripción en el plan de salud o elegibilidad para los beneficios no se verán afectados si digo "no" a la escritura; Puedo pedirle a mi proveedor que detenga o pause la escritura en cualquier momento; Mi permiso por escrito para permitir la escritura expira 12 meses a partir de la fecha de hoy; Se me pedirá que dé mi permiso verbal para escribir en cada visita y puedo decir "no" cada vez y no se producirá la escritura; mis preguntas sobre la escritura han sido respondidas.

Además de los Términos y Condiciones establecidos en los puntos 1 a 15 anteriores, lo siguiente también se aplica a los servicios prestados en, o prestados virtualmente por, CHDC:

LIBERACIÓN DE RESPONSABILIDAD POR OBJETOS DE VALOR PERSONALES: Se me ha 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 llevar a un consultorio, oficina o centro de salud de CHDC.

FORMULARIOS/DOCUMENTOS QUE DEBEN SER COMPLETADOS POR EL PROVEEDOR/PRACTICANTE PROFESIONAL: He sido informado y entiendo que cualquier formulario/documento/papeleo puede completarse a discreción de mi proveedor, equipo de atención o CHDC. También he sido informado y entiendo que cualquier formulario/documento/papeleo que deba completarse y/o ser firmado por el personal de CHDC, incluido cualquier proveedor o profesional, puede tardar hasta 72 horas en completarse. Ejemplos de formularios incluyen, entre otros, el Seguro Social y la discapacidad del Seguro Social, certificado médico, el formulario PAIEB, examen físico y los formularios de examen físico deportivo, permiso de licencia de conducir, la FMLA, los formularios dentales anuales, el formulario médico escolar, el formulario de guardería y / o niño sano escolar, la evaluación médica preoperatoria y postoperatoria, el formulario de certificación médica para evitar el cierre de servicios público. Tenga en cuenta que esto excluye los formularios de solicitud de registros médicos, que pueden tardar hasta 30 días en procesarse.

PERMISO PARA ENVIAR POR FAX EL REGISTRO DE VACUNACIÓN INFANTIL A LAS ESCUELAS: Por la presente otorgo permiso para que CHDC envíe o envíe por fax los registros de vacunación infantil a las escuelas, previa solicitud.

TELÉFONO CELULAR Y GRABACIÓN DE VIDEO: Se me ha informado que, en ningún momento, mientras esté en las instalaciones de CHDC y/o reciba servicios de CHDC, tanto en persona como virtualmente, se me permite utilizar mi teléfono celular o dispositivo móvil. Esto incluye todas las ubicaciones, pasillos, salas de consulta, salas de examen y todos los demás espacios de CHDC en todas las ubicaciones. También se me ha informado que tampoco hay grabación de video ni captura de fotografías de ningún tipo, ya sea mediante el uso de teléfonos celulares, dispositivos móviles o cualquier otro equipo utilizado, para capturar videos y/o fotografías. El uso de teléfonos celulares/dispositivos móviles y la grabación de video están estrictamente prohibidos.

INTELIGENCIA ARTIFICIAL (IA): La mayoría de las personas ya utilizan la inteligencia artificial (IA) en su vida diaria, a veces sin siquiera pensarlo como IA impulsado. Los sistemas de posicionamiento global (GPS) son aplicaciones de navegación basadas en IA, por ejemplo, que nos ayudan a encontrar la ruta más rápida entre los puntos A y B y sugieren rutas alternativas cuando un accidente ha atascado el tráfico. La IA agiliza las compras por internet recordando nuestras preferencias de compra y recomendando productos similares y complementarios. La IA en la atención médica describe la aplicación de algoritmo de aprendizaje automático (ML) y otras tecnologías cognitivas en entornos médicos. En el sentido más simple, la IA es cuando las computadoras y otras máquinas imitan la cognición humana y son capaces de aprender, pensar y tomar decisiones o realizar acciones. CHDC, podemos utilizar IA para asistirnos a programar citas, redirigir llamadas telefónicas, integrar datos de proveedores externos en registros médicos electrónicos y/o enviar mensajes de texto relacionados con el tratamiento y las campañas de concientización.

Yo, mi garante o mi representante legal, certifico que he leído este documento, que me lo han explicado en su totalidad y que entiendo su contenido, y por el presente acepto todos los términos y condiciones establecidos anteriormente y reconozco a ver recibo una copia si se solicita.

Firma del Paciente/Garante/Representante Legal



Nombre del paciente: _____
Firma del paciente: _____ Fecha: _____
Padre/Garante/Representante Legal: _____ Fecha: _____
Representante de CHDC: _____ Fecha: _____

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 práctica. Para su privacidad, indique su método preferido para que le comuniquemos información médica confidencial, como resultados de pruebas o laboratorios, a usted y/o a 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 enumera a continuación. Indique su dirección de correo electrónico para recibir programas educativos

INDIQUE SUS PREFERENCIAS DE COMUNICACIÓN A CONTINUACIÓN:

Dar permiso para dejar información de salud que me pertenezca a mí, a mi dependiente o a mi hijo, a los números que se enumeran a continuación:

Método	Sí	No	Código de área, # de teléfono, extensión, correo electrónico
Teléfono de la casa			
Contestador			
Teléfono del trabajo			
Teléfono celular			
Correo electrónico para nuestro Portal del Paciente Registro seguro de correo electrónico			
Envíe un correo electrónico para recibir programas de educación para pacientes en línea ordenados por el proveedor			

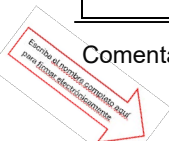
Sin un permiso específico, no divulgaremos ninguna información de salud a nadie más que a usted. En algunos casos, es posible que desee que otra persona tenga acceso a su información médica. Identifique a esas personas y su relación con usted (es decir, cónyuge, padre, hijo, hija, pareja, etc.):

.....

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

Nombre	Parentesco (es decir, cónyuge, padre, hijo, hija, etc.)	Código de área, # de teléfono - Extensión

Comentarios:



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 específica de información de salud en cualquier momento.

Firma del Paciente o del Representante Legal del Paciente

Fecha

Representante de CHDC _____

(Por favor, escriba el nombre en letra de imprenta)

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)

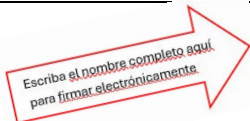
Adultos

- 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 su ingreso familiar bruto

\$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 \$ 25.00 para servicios médicos / visión / BH, \$ 40.00 para servicios dentales y \$ 7.00 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.

Escriba 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%	70%	55%	40%	25%	0%
Descuento dental:	100%	80%	60%	40%	20%	0%
Descuento dental especial*:	100%	50%	45%	40%	25%	0%
Descuento en dispensarios:	100%	80%	60%	40%	20%	0%

** Dental especial: se aplican tarifas adicionales por los servicios de laboratorio*

Procesado por: _____

Fecha: _____

Verificado por: _____

Fecha: _____