



Paquete de registro para pacientes nuevos

Estoy interesado en recibir más información sobre cómo llenar la solicitud de Descuento en la atención médica:

(Sí/No) Seleccionar

Al firmar en seguida, reconozco que me ofrecieron ayuda para llenar la documentación del paciente.

Nombre del paciente (en letra de imprenta)

Firma del paciente

Fecha

SOLAMENTE para uso de oficina por debajo de esta línea

Marque aquí si el paciente rechazó la ayuda

Nombre del empleado que ayudó con la documentación (en letra de imprenta)

Fecha

Firma del empleado

Paquete de registro para pacientes nuevos

| | | |
|--------------------------------------|-----------------------------|----------------------------------|
| Fecha: | Fecha de nacimiento: | Número del Seguro Social: |
| Nombre completo del paciente: | | |
| Dirección: | | |
| Ciudad: | Estado: | Código postal: |

| | | |
|--|--|--|
| Teléfono particular: | Teléfono celular: | Teléfono de un familiar: |
| Mejor hora para comunicarnos con usted: | Día: Noche: | Dirección de correo electrónico: |
| Sexo al nacer: | <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino | Edad: |
| Nombre del contacto de emergencia: | | Número del contacto de emergencias: |
| ¿Fuma? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | |

| | | |
|------------------------------|---|---|
| Estado civil: | <input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Viudo/a <input type="checkbox"/> Soltero/a <input type="checkbox"/> Separado/a <input type="checkbox"/> Divorciado/a <input type="checkbox"/> Pareja de hecho | |
| Estado de estudiante: | <input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> Tiempo parcial <input type="checkbox"/> No soy estudiante | Condición de veterano: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |

| | | | |
|--|---|---------------------------|--|
| Condición de persona sin hogar: | <input type="checkbox"/> No estoy sin hogar <input type="checkbox"/> Refugio <input type="checkbox"/> Calle <input type="checkbox"/> Transicional <input type="checkbox"/> Comparto vivienda | | |
| Condición de trabajador migrante: | <input type="checkbox"/> Migrante <input type="checkbox"/> Estacional <input type="checkbox"/> No soy un trabajador agrícola | | |
| Barrera del idioma: | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Su lengua materna: | |

| | |
|-----------------------|---|
| 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"/> Otro asiático <input type="checkbox"/> Nativo hawaiano <input type="checkbox"/> Otro isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Guameño 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 declarado/Eelige no revelar su raza |
| Origen étnico: | <input type="checkbox"/> Chicano <input type="checkbox"/> Cubano <input type="checkbox"/> Mexicano <input type="checkbox"/> Mexicano-americano <input type="checkbox"/> Ni hispano ni latino <input type="checkbox"/> Portorriqueño <input type="checkbox"/> Otro (hispano o latino) <input type="checkbox"/> Se negó a especificar |

| | |
|--|--|
| Número de familiares en el hogar: | |
| ¿Cómo se enteró de la existencia de CHDC? | |

| | | | | |
|--|-----------------|-------------------|-----------------|---------------|
| *****Indique los ingresos de su hogar en una de las siguientes categorías que se enumeran a continuación***** | | | | |
| Ingreso: | Semanal: | Quincenal: | Mensual: | Anual: |
| | | | | |

Responsabilidad financiera

Todos los servicios profesionales prestados corren a cargo del paciente y deben abonarse en el momento del servicio, a menos que se hayan hecho otros arreglos con anticipación 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 que esta no cubra.

Asimismo, entiendo que las tarifas vencen y deben pagarse en la fecha en que se prestan los servicios y acepto abonar todos los cargos incurridos en su totalidad de inmediato ante la presentación del estado de cuenta correspondiente

Firma del paciente/tutor

Fecha



| | |
|-----------------------------|-----------------------------|
| Nombre del paciente: | Fecha de nacimiento: |
| | |

Información del seguro del paciente

Deje las secciones en blanco si no corresponden

SEGURO MÉDICO

| | |
|--|----------------------------------|
| Proveedor de atención médica principal: | |
| Cobertura del seguro médico principal: | |
| Nombre del suscriptor: | Relación con el paciente: |
| Número de grupo: | Número de identificación: |

| | |
|--|----------------------------------|
| Cobertura del seguro médico secundario: | |
| Nombre del suscriptor: | Relación con el paciente: |
| Número de grupo: | Número de identificación: |

SEGURO DENTAL

| | |
|--|----------------------------------|
| Proveedor de atención dental principal: | |
| Cobertura del seguro dental principal: | |
| Nombre del suscriptor: | Relación con el paciente: |
| Número de grupo: | Número de identificación: |

| | |
|--|----------------------------------|
| Cobertura del seguro dental secundario: | |
| Nombre del suscriptor: | Relación con el paciente: |
| Número de grupo: | Número de identificación: |

SEGURO PARA LA VISTA

| | |
|---|----------------------------------|
| Proveedor de atención para la vista principal: | |
| Cobertura del seguro para la vista principal: | |
| Nombre del suscriptor: | Relación con el paciente: |
| Número de grupo: | Número de identificación: |

| | |
|---|----------------------------------|
| Cobertura del seguro para la vista secundario: | |
| Nombre del suscriptor: | Relación con el paciente: |
| Número de grupo: | Número de identificación: |

| | |
|-----------------------------|-----------------------------|
| Nombre del paciente: | Fecha de nacimiento: |
|-----------------------------|-----------------------------|



CONSENTIMIENTO PARA RECIBIR TRATAMIENTO

PACIENTE:

FECHA DE NACIMIENTO:

FECHA:

Tenga en cuenta que este consentimiento corresponde a los servicios prestados, tanto de forma presencial como virtual, en cualquier lugar donde Community Health and Dental Care proporcione servicios.

1. CONSENTIMIENTO PARA RECIBIR TRATAMIENTO: Por medio del presente documento, solicito y autorizo a CHDC (Community Health and Dental Care, Inc.), a sus consultorios y proveedores de salud, ya sean empleados directamente por CHDC o incorporados como consultores, incluidos médicos, profesionales de enfermería y proveedores médicos, dentistas, higienistas dentales de la salud pública, proveedores de salud conductual, equipo de tratamiento asistido por medicamentos, técnicos, enfermeras, flebotomistas, escribientes y otros proveedores, recursos y personal calificados para llevar a cabo servicios y procedimientos de evaluación y tratamiento de acuerdo con el criterio de los proveedores médicos responsables. Entiendo que CHDC utiliza tecnologías de telesalud/telemedicina que incluyen la fotografía digital, audio o video interactivos, almacenamiento basado en la nube y otros tipos de tecnologías seguras que cumplen con la Ley de Transferencia y Responsabilidad de Seguro Médico (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA). Se pueden tomar fotografías, videos interactivos o audios durante mi estadía por motivos de tratamiento o para supervisar mi seguridad. Las fotografías pueden pasar a formar parte de mi expediente médico, según corresponda. Reconozco que no se me han dado garantías en cuanto a los resultados de los tratamientos o los exámenes en CHDC, ni de ningún otro tipo. Soy consciente de que tengo derecho a rechazar cualquier medicamento, tratamiento, procedimiento o fotografía en la medida en que lo permita la ley.

2. EL RECHAZO INFORMADO ocurre cuando un paciente rechaza un procedimiento o un tratamiento médicos después de que se le haya dado suficiente información para tomar una decisión informada. Esta información incluye los riesgos y beneficios del procedimiento, las consecuencias de rechazarlo y cualquier posible complicación. En CHDC, los rechazos informados se documentan en el expediente médico del paciente, y la documentación incluye las razones del paciente para el rechazo. Algunos ejemplos de rechazo informado son los siguientes: un paciente rechaza los medicamentos que podrían tener efectos adversos, como medicamentos para las convulsiones, la diabetes, la presión arterial alta; un paciente se niega a seguir una dieta recomendada, como una dieta baja en sodio para pacientes que tienen insuficiencia cardíaca, presión arterial alta o enfermedad renal; un paciente rechaza las recomendaciones estándar de tratamiento médico o prevención, como ir a la consulta del dentista, hacerse exámenes anuales de bienestar, pruebas de detección de cáncer de seno o de colon, o análisis de laboratorio para diagnóstico; un paciente rechaza la recomendación de un médico de consultar a un especialista; un paciente se rehúsa a ir a la sala de emergencias cuando un médico se lo recomienda.

_____Escriba sus iniciales aquí expresando su comprensión del proceso de rechazo informado en CHDC.

3. AVISO DE PRIVACIDAD: Acuso recibo del Aviso de privacidad de la información médica para Community Health and Dental Care, Inc., y sus modificaciones ocasionales.

4. **AUTORIZACIÓN Y CESIÓN DE SEGUROS:** Solicito que el pago de los beneficios de salud autorizados se realice en mi nombre de forma directa al proveedor de los servicios que me presta CHDC. Autorizo a CHDC a divulgar cualquier información médica a mi compañía de seguros de salud o sus agentes legítimos que sea necesaria para procesar reclamaciones relacionadas con seguros de salud o para verificar los beneficios del plan de acuerdo con los estándares de información médica de la HIPAA. Autorizo el pago de los servicios, que de otro modo me serían pagaderos en virtud de los términos de mi plan de seguro de salud privado, grupal del empleador o grupal, de forma directa a CHDC. Por medio de la presente autorizo a que las fotocopias de este formulario sean tan válidas como el original. Reconozco que CHDC realizará una búsqueda de una cobertura de seguro activa para todos los pacientes que pagan por cuenta propia, a menos que el personal de CHDC solicite específicamente lo contrario. Esta búsqueda se realizará después del alta si la factura del paciente identificado permanece sin pago durante un período de tiempo definido.

5. **CESIÓN DE BENEFICIOS:** En caso de que el signatario tenga derecho a beneficios de un seguro de cualquier tipo por parte de cualquier plan de beneficios de un programa de salud o de una póliza de seguro que cubra al paciente o a cualquier otra parte responsable ante el paciente, dichos beneficios se cederán por el presente a CHDC y podrán pagarse directamente a CHDC. En caso de que se paguen los beneficios, CHDC acreditará todos los pagos a la cuenta del paciente; sin embargo, el paciente y el abajo firmante, si no el paciente, seguirán siendo responsables de cualquier parte de la factura de CHDC que no esté cubierta por esta cesión. En caso de que sea necesario apelar una decisión de pago del seguro, autorizo a CHDC a hacerlo en mi nombre.

6. **COORDINACIÓN DE BENEFICIOS (COB):** La coordinación de beneficios (Coordination of benefits, COB) es el proceso que utilizan las compañías de seguros para determinar cómo cubrir los gastos médicos cuando usted cuenta con la cobertura de más de un plan de seguro de salud. Aclara quién paga qué al determinar qué plan es el pagador principal y cuál es el secundario. También garantiza el procesamiento adecuado de las reclamaciones y ayuda a evitar sobrepagos o duplicados. Cuando una persona tiene varios planes de seguro, las reglas de la COB determinan el orden en que los planes de seguro pagarán por los servicios cubiertos. El plan principal es el responsable de procesar el reclamo primero y pagar su parte del monto de cobertura. El plan secundario luego revisa el reclamo y paga el saldo restante dentro de los límites de la cobertura. Por ejemplo, supongamos que va a la consulta del médico y recibe una factura de \$250 por la cita. Su plan de salud principal puede cubrir la mayor parte de la factura. Supongamos, por ejemplo, que son \$200. Entonces su plan secundario pagaría los \$50 restantes. Para evitar los sobrepagos 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 exceder el costo total del tratamiento. También es posible que sea responsable de los deducibles, copagos y coseguros. Entiendo que es mi responsabilidad, como paciente, garante o representante legal, proporcionar a CHDC toda la cobertura de mi seguro en el momento de la prestación del servicio, y es mi responsabilidad, la de mi garante o de mi representante legal actualizar la cobertura de mis 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 la que era mi cobertura principal (plan A), la que era mi cobertura secundaria (plan B) pasará a ser la principal. Tendría que comunicarme con mi plan secundario anterior (plan B) para actualizar ese expediente y que refleje que ya no está cubierto por el plan A. Si no lo hace, 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 algún pago. No actualizar las coberturas del seguro causará que el paciente sea responsable de los cargos y de otras actividades de cobranza.

7. **GARANTÍA DE PAGO DEL PACIENTE Y RESPONSABILIDAD FINANCIERA:** Todos los servicios prestados corren a cargo del paciente y deben abonarse en el momento del servicio, a menos que se hayan hecho otros arreglos con anticipación con Community Health and Dental Care. Aunque compilaremos los formularios necesarios para su archivo a su compañía de seguros, es responsabilidad del paciente disputar cualquier servicio que esta no cubra. Por la presente, garantizo el pago de todas las tarifas y cargos relacionados con todos los servicios y bienes duraderos que se me proporcionen en las consultas de salud y me den los proveedores de CHDC desde mi primera fecha de examen o tratamiento, incluidos los servicios proporcionados de manera virtual. Asimismo, entiendo que las tarifas vencen y deben pagarse en la fecha en que se prestan los servicios y acepto abonar todos los cargos incurridos en su totalidad de inmediato ante la presentación del estado de cuenta correspondiente. 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 acuerdos de pago realizados con la aprobación de CHDC, entiendo que se pueden iniciar las medidas de cobranza 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, somos responsables de los deducibles, copagos, montos de coseguro o cualquier otra responsabilidad del paciente indicada por mi compañía aseguradora que no esté cubierta por el seguro complementario.

Entiendo que, como paciente, garante o representante legal, soy responsable de conocer mi póliza de seguro. Por ejemplo, yo, mi garante o mi representante legal, seremos responsables de cualquier cargo si corresponde alguna de las siguientes situaciones: (i) mi plan de salud requiere autorización previa o derivación por parte de un médico de atención primaria (Primary Care Physician, PCP) antes de recibir servicios en CHDC y no he obtenido dicha autorización o derivación; (ii) recibo servicios que exceden dicha autorización o derivación; (iii) mi plan de salud determina que los servicios que recibí en CHDC no son necesarios desde el punto de vista médico o no están cubiertos por mi plan de seguro; (iv) la cobertura de mi plan de salud ha vencido o expirado para el momento en que recibo los servicios en CHDC; o (v) he decidido no usar la cobertura de mi plan de salud. Si no estoy familiarizado con la cobertura de mi plan, me comunicaré con mi compañía de seguro o el proveedor del plan directamente.

8. **VERIFICACIÓN DE ASISTENCIA MÉDICA:** Certifico que recibí un servicio o artículo en la fecha que figura a continuación. Entiendo que el pago por este servicio o artículo provendrá de fondos federales y estatales, y que cualquier reclamación, declaración o documento falsos, u ocultación de material puede ser procesado de acuerdo con las leyes federales y estatales correspondientes.

9. **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 mi expediente (incluidos números de teléfono inalámbricos o celulares), y dejar mensajes de correo de voz en ellos e incluir en dichos mensajes información (incluida la información requerida por la ley) sobre la experiencia de extensión y los montos que debo.

10. **CONSENTIMIENTO PARA COMUNICACIONES ELECTRÓNICAS:** Doy mi consentimiento y autorizo a Community Health and Dental Care y a sus entidades relacionadas, agentes, contratistas, incluidos, entre otros, programadores, facturadores y otro personal, a usar sistemas de marcado telefónico automatizado, mensajes de texto y correo electrónico para lo siguiente: (1) proporcionarme mensajes (incluidos mensajes pregrabados o mensajes de texto) sobre mi cuenta, fechas de vencimiento de pago, pagos atrasados, información sobre bienes o servicios médicos proporcionados o en relación con estos, intercambiar información, cambios en las leyes de atención médica, cobertura de la atención médica, seguimiento de la atención y otra información de atención médica; o (2) proporcionar mensajes (incluidos mensajes pregrabados) durante una llamada o mediante un mensaje de texto que entregue un aviso de “atención médica” realizado por una “entidad cubierta” o su “socio comercial” o en nombre de estos, tal como se definen esos términos en la Norma de Privacidad de la HIPAA, 45 CFR 160.103. Entiendo que puedo elegir excluirme llamando a Community Health and Dental Care al 610-326-9460.

11. **EXPEDIENTE ELECTRÓNICO DE SALUD:** Los proveedores de atención médica requieren acceso a la información médica del paciente cuando o donde sea que un paciente se presente para recibir atención, para garantizar la seguridad, la calidad y coordinar la atención al paciente en toda la red de proveedores, de forma tal que se evite la duplicación de servicios. El CHDC cuenta con una historia clínica electrónica en todo el sistema que está a disposición de los cuidadores en función de la “necesidad de saber” para compartir información sobre la atención al paciente que se brinda en el hospital, en el ámbito de atención ambulatoria o en el consultorio médico. La confidencialidad de los registros, incluido el tratamiento que refleja problemas de salud conductual, determinantes sociales de la salud, VIH/SIDA y problemas de abuso de sustancias, se mantiene de acuerdo con las normas gubernamentales y regulatorias pertinentes. Los resúmenes de atención del paciente se envían automáticamente al CHDC designado y a otros médicos comunitarios de atención primaria, familiares o que hacen las derivaciones, así como a aquellos a los que el médico tratante consulta para coordinar la atención. El CHDC o el médico tratante pueden proporcionar y divulgar a las agencias de supervisión de la 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 copias del expediente médico. Esta información puede incluir exámenes clínicos y resultados, junto con diagnósticos relevantes.

12. **INTERCAMBIOS DE INFORMACIÓN MÉDICA:** CHDC puede hacer que su información médica esté disponible de forma electrónica mediante un servicio de intercambio de información médica (Health Information Exchange, HIE) estatal, regional o nacional o a través de NextGen Share® Network, para facilitar el intercambio seguro de su información médica 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 obtengamos o generemos 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 ellos generen u obtengan sobre usted (como el historial de medicamentos, la historia clínica o información del seguro) para que cada entidad pueda brindarle un mejor tratamiento y coordinación de los servicios de atención médica. En los casos en que sea necesario su consentimiento o autorización específica para divulgar determinada información médica a otros, no la divulgaremos 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 tratamientos para enfermedades de transmisión sexual.

También participamos en 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 acudiera un Departamento de Emergencias desconocido, el médico del lugar podrá acceder a su expediente médico para ver su historia clínica, incluida la información sobre alergias. El acceso a su información médica durante una situación de emergencia puede salvarle la vida, en especial si está inconsciente y no puede transmitir la información médica importante al doctor. Si por alguna razón no se siente cómodo con este tipo de intercambio de datos, tiene la opción de elegir excluirse de ello. Usted será responsable de esto. Nota: si decide excluirse de HSX, es importante que sepa que su información no estará disponible para su visualización, ni siquiera en situaciones de emergencia.

13. 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. Comprendo que mi acceso al portal para pacientes 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 considero que ha habido una transgresión en mi contraseña segura.

14. RECETA ELECTRÓNICA: Entiendo que los consultorios y consultorios de salud de CHDC pueden usar un sistema de recetas electrónicas que permite que estas y la información relacionada se envíen de forma electrónica entre mis proveedores de CHDC y mi farmacia. Se me ha informado y comprendo que los proveedores de CHDC que utilicen el sistema electrónico de prescripción podrán ver información sobre los medicamentos que ya estoy tomando, incluso aquellos recetados por otros proveedores. Doy mi consentimiento a mis proveedores de CHDC para que vean esta información médica.

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

16. SERVICIO DE ESCRIBIENTE: Soy consciente de que el proveedor puede utilizar un servicio de escribiente virtual o presencial durante mi consulta. Este escribiente documentará mis registros médicos electrónicos en tiempo real y no real. La conexión virtual se utiliza de acuerdo con los lineamientos de la HIPAA y se utiliza para mejorar la prestación de la atención médica, mejorar la documentación médica y el control de calidad. También se me ha informado que es mi elección si deseo el uso de un escribiente en la consulta con mi proveedor. También soy consciente de que, al firmar este formulario, doy mi consentimiento para que el proveedor pueda hacer uso de un escribiente en todas mis consultas futuras. Si en algún momento decido no permitir el uso de un escribiente, debo hacérselo saber al proveedor y este no hará uso del servicio. Entiendo y acepto lo siguiente: Dar mi permiso para que haya un escribiente durante la consulta 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 que haya un escribiente; Puedo solicitar a mi proveedor que detenga o pause la escritura en cualquier momento; mi permiso por escrito para permitirla expira dentro de 12 meses a partir de la fecha de hoy; Se me pedirá que proporcione mi permiso verbal para que haya un escribiente en cada consulta, y puedo decir "no" cada vez y no se escribirá nada. Se han respondido a mis preguntas sobre la escritura y el consentimiento para esta.

Además de los Términos y Condiciones establecidos en los puntos 1 a 16 anteriores, lo siguiente también corresponde a los servicios prestados en CHDC o provistos virtualmente por CHDC:

EXENCIÓN DE RESPONSABILIDAD POR OBJETOS DE VALOR PERSONALES: Se me ha informado y entiendo que los consultorios y oficinas de CHDC no ofrecen 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 podamos llevar a un consultorio, oficina o centro de salud de CHDC.

SOLICITUD DE DESCUENTO EN LA ATENCIÓN MÉDICA: De conformidad con la Administración de Recursos y Servicios de Salud (Health Resources and Services Administration, HRSA), CHDC tiene un programa de escala de descuento, llamado “descuento en la atención médica”. Esta es una política aprobada por la junta que se aplica de manera uniforme a todos los pacientes y aborda lo siguiente: definiciones de ingresos y familia, evaluación de la elegibilidad de los pacientes con base solo en los ingresos y el tamaño de la familia, una estructura que garantice que los cargos por paciente se ajusten en función de la capacidad de pago, y el establecimiento de cargos nominales fijos a un nivel que sería nominal desde la perspectiva del paciente y no reflejaría el costo real del servicio que se presta. En CHDC, todas las solicitudes de descuentos en la atención médica son revisadas y aprobadas o rechazadas por el departamento de finanzas. Las solicitudes de descuentos en la atención médica pueden efectuarse en cualquier momento consultando a un representante de servicios para el paciente.

FORMULARIOS/DOCUMENTACIÓN QUE DEBE LLENAR EL PROVEEDOR/PROFESIONAL DE LA SALUD: Se me ha informado y comprendo que cualquier formulario/documento/documentación puede llenarse a discreción de mi proveedor, equipo de atención o de CHDC. También se me ha informado y comprendo que cualquier formulario, documento o documentación que deba completarse o firmarse por parte del personal del CHDC, incluidos cualquier proveedor o profesional de la salud, puede tardar hasta 10 días en llenarse. Algunos ejemplos de formularios incluyen, entre otros, el Seguro Social y la discapacidad del Seguro Social, el formulario de certificación médica, el formulario de Agente de inscripción independiente de Pennsylvania (Pennsylvania Independent Enrollment Broker, PAIEB), los formularios de examen físico y examen físico deportivo, la licencia de conducir, la FMLA, los formularios dentales anuales, el formulario de medicamentos para la escuela, el formulario de buena salud para niños de jardín de niños o escuela, la evaluación médica preoperatoria y postoperatoria, el formulario de certificado médico para evitar el corte de servicios públicos. 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 mande o envíe por fax los registros de vacunación infantil a las escuelas, si estas lo solicitan.

GRABACIÓN EN VIDEO O CON TELÉFONO CELULAR: Se me ha informado que en ningún momento puedo utilizar mi teléfono celular o dispositivo móvil mientras me encuentre en las instalaciones de CHDC o reciba servicios de CHDC, tanto de forma presencial como virtual. Esto incluye todos los sitios, 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 se permite la grabación de video o captura de fotografías de ningún tipo, ya sea mediante el uso de teléfonos celulares, dispositivos móviles o cualquier otro equipo utilizado para capturar videos o fotografías. Está estrictamente prohibido el uso de teléfonos celulares y dispositivos móviles y la grabación de video.

INTELIGENCIA ARTIFICIAL (IA): La mayoría de las personas ya utilizan la inteligencia artificial (IA) en su vida diaria, a veces sin siquiera pensar que está impulsada por esta. Los sistemas de posicionamiento global (global positioning systems, 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 acelera las compras en línea al recordar nuestras preferencias de compra y recomendando productos similares y complementarios. La IA en la atención médica describe la aplicación de algoritmos de aprendizaje automático (machine learning, 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. En CHDC podemos usar la IA para ayudarnos a programar citas, redirigir llamadas telefónicas, integrar datos de proveedores externos en registros de salud electrónicos o enviar mensajes de texto relacionados con el tratamiento y las campañas de concientización.

Yo, mi garante o mi representante legal, certificamos que he leído este documento, que me lo han explicado en su totalidad y que entiendo su contenido, y por la presente acepto todos los términos y condiciones establecidos anteriormente y acuso recibo de una copia si así lo solicito.

Firma del paciente/garante/representante legal

Nombre del paciente: _____

Firma del paciente: _____

Fecha: _____

Padre/madre/Garante/Representante legal: _____

Fecha: _____

Representante de CHDC: _____

Fecha: _____



Preferencias de comunicación sobre la información de salud de CHDC

Como nuestro paciente, es posible que necesitemos comunicarnos con usted cuando no se encuentre en el consultorio. Para asegurar su privacidad, indíquenos el método que prefiera para que le comuniquemos información médica confiable, como resultados de pruebas o análisis de laboratorio, a usted u otras personas involucradas en su atención. Tenga en cuenta que pueden dejarse "llamadas telefónicas para recordatorio de citas" a los números de contacto que indique a continuación. Indique su dirección de correo electrónico para recibir los programas educativos de atención médica en línea indicados por su proveedor de atención médica.

PACIENTE: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____ FECHA: _____

INDIQUE SUS PREFERENCIAS DE COMUNICACIÓN A CONTINUACIÓN:

Dar permiso para dejar información médica mía, de mi dependiente o mi hijo en los números que se enumeran a continuación:

| Método | Sí | No | N.º de teléfono, ext., correo electrónico |
|--|-----------------------|-----------------------|---|
| Teléfono celular | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| Mensaje de voz | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| Teléfono del trabajo | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| Teléfono particular | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| Correo electrónico para nuestro Portal del paciente seguro Registro por correo electrónico | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |

Sin un permiso específico, no divulgaremos ninguna información médica a nadie que no sea 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 (p. ej., cónyuge, padre, hijo, hija, cónyuge, etc.):

.....

- No divulgar información médica a nadie que no sea yo.
- Autorizo a divulgar información médica relacionada conmigo a las personas que se enumeran a continuación.

| Nombre | Relación (es decir, cónyuge, padre, hijo, hija, etc.) | Código de área, n.º de teléfono - Extensión |
|--------|---|---|
| | | |
| | | |

Comentarios

Asumo la responsabilidad de informar al consultorio sobre cambios en mi(s) número(s) de teléfono o mis preferencias, o de revocar esta autorización específica de información médica en cualquier momento.

Ingreso familiar: ingreso bruto combinado de todos los miembros de un hogar, independientemente de su relación.

Tamaño de la familia:

Ingreso bruto anual del hogar: \$

Marque esta casilla para negarse a llenar la información de ingresos del hogar

Firma del paciente o representante legal del paciente

Fecha

(Nombre en letra de imprenta)

Representante de CHDC

Formulario de la consulta externa

Como paciente de Community Health & Dental Care, usted es elegible para recibir asistencia **GRATUITA** de nuestro equipo de Administradores de Casos de Pacientes, que tienen gran experiencia. Revise la siguiente lista de servicios y proporcione su firma para acusar recibo de la recepción. Si desea consultar con uno de nuestros coordinadores de casos, indíquelo a continuación:

Familias

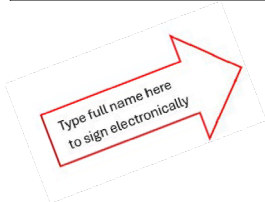
- Medicaid
- Servicios de dispensario de CHDC
- Chip
- Solicitud de descuento para la atención médica de CHDC (escala de descuento)
- Servicios de inscripción (elección de un HMO y de CHDC como PCP)
- Servicios de Información para cuidado Infantil (Child Care Information Service, CCIS; cuidado infantil subsidiado)
- Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (Supplemental Nutritional Assistance Program, SNAP)
- Asistencia en efectivo
- Alimentación escolar (asistencia)
- Programa de Asistencia de Emergencia para el Alquiler (Emergency Rental Assistance Program, ERAP)
- Programa de Asistencia de Energía a los Hogares de Bajos Ingresos (Low Income Heating Assistance Program, LIHEAP)
- Programa de Asistencia de Agua para Hogares de Bajos Ingresos (Low Income Household Water Assistance Program, LIHWAP)
- Mujeres Saludables (Healthy Women; mamografías gratuitas, exámenes clínicos de senos y pelvis, y pruebas de Papanicolaou)
- Mercado de Seguros de Salud de Pennsylvania (PENNIE)
- Derivaciones a opciones de tratamiento para salud mental y abuso de sustancias
- Consejo de Alfabetización de los condados de Montgomery, Chester y Berks
- Asistencia jurídica
- Programa WIC para mujeres, bebés y niños
- Laurel House (violencia doméstica)
- Safe Haven (servicio de adopción)
- CADCOM (asistencia con los servicios públicos)
- Referencias de alojamiento
- Programa de asistencia con el transporte para pacientes de CHDC (transporte gratuito para nuestros pacientes)
- TransNet, Barta, Rover (Programa de Transporte para Asistencia Médica)
- Programa de Asistencia Farmacéutica para pacientes (Pharmaceutical Assistance Program, PAP)
- "New Eyes" (anteojos gratuitos: armazones y lentes)

Adultos

- Derivaciones para adultos mayores y adultos
- Planes de Medicare Advantage
- Medicare Parte D (cobertura de medicamentos con receta)
- Derivaciones para la exención de servicios de apoyo
- Programa de exención del SIDA
- Pace
- Pace-Net

¿Le gustaría programar una cita con un administrador de casos de **S/N** **Seleccionar**

Firma del paciente:



Nombre del paciente: _____ **Fecha de nacimiento:** _____

**Community Health & Dental Care Citas
perdidas, en vigencia a partir del 1 de enero de 2024**

CHDC requiere que los pacientes llamen al **(610) 326-9460** para avisar al menos 24 horas antes de la hora de la cita programada si no pueden asistir a esta.

Si los pacientes no dan aviso de su cancelación con 24 horas de anticipación y no se presentan a la cita programada, se la considerará como una **CITA PERDIDA**.

Una “**CITA PERDIDA**” es cuando un paciente falta a una consulta programada sin notificar al CHDC o cuando el paciente notifica al CHDC que no asistirá a la consulta programada con menos de 24 horas de anticipación. Las consultas programadas incluyen servicios médicos, odontológicos, oftalmológicos, obstétricos y ginecológicos, de salud conductual, podiatría, administración de casos, fisioterapia, flebotomía; pero no incluye el transporte. Las consultas programadas incluyen aquellas presenciales y virtuales (telesalud).

Tener tres (3) CITAS PERDIDAS al año calendario por cualquier paciente causará un estado de Mismo día para el consultorio. El estado de Mismo día significa que solo puede llamar el día necesario para programar una cita; no se programarán citas para el futuro.

Tener seis (6) CITAS PERDIDAS por año calendario por cualquier paciente dará como resultado ser dado de baja del consultorio; no se programarán citas para el futuro.

Esperamos poder brindarles a usted y a su familia una atención de “la más alta calidad”.

Gracias por elegir a **CHDC**.

Firma del paciente/garante/representante legal



Nombre del paciente en letra de imprenta

Fecha de nacimiento del paciente (MM/DD/AAAA)