



FORMULARIO DE REGISTRO DEL PACIENTE ADULTO

Fecha de hoy: _____

Tipo de formulario: Paciente nuevo Actualización anual

INFORMACIÓN DEL PACIENTE			
Apellido legal:	Primer nombre legal:	Segundo nombre legal:	Nombre de preferencia:
Nombre completo previo (si corresponde):	Fecha de nacimiento: / /	Edad:	Número de seguro social:
Sexo al nacer: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Prefiere no divulgar <input type="checkbox"/> Intersexual <input type="checkbox"/> No registra en el certificado de nacimiento			
Teléfono celular:	Teléfono del hogar: <input type="checkbox"/> Igual que el celular	Teléfono del trabajo: <input type="checkbox"/> Igual que el celular	
Dirección postal:	Ciudad:	Estado:	Código postal:
Correo electrónico:			
Raza: <input type="checkbox"/> Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Coreano <input type="checkbox"/> Otro asiático <input type="checkbox"/> Indígena americana <input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano <input type="checkbox"/> Indio Asiático <input type="checkbox"/> Samoano <input type="checkbox"/> Caucásico Blanco <input type="checkbox"/> Chino <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/> Filipino <input type="checkbox"/> Guameña o Chamorro <input type="checkbox"/> Negarse a decir <input type="checkbox"/> Japonés <input type="checkbox"/> Isleño del Pacífico		Etnia: <input type="checkbox"/> Mexicano, mexicano americano, o chicano <input type="checkbox"/> Otro origen hispano, latino/a o español <input type="checkbox"/> Múltiple origen hispano, latino/a o español <input type="checkbox"/> No hispano o latino/a <input type="checkbox"/> Cubano <input type="checkbox"/> Puertorriqueño <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/> Negarse a decir	
Orientación sexual: <input type="checkbox"/> Asexual <input type="checkbox"/> Bisexual <input type="checkbox"/> Lesbiana o gay <input type="checkbox"/> Omnisexual <input type="checkbox"/> Pansexual <input type="checkbox"/> Queer <input type="checkbox"/> Heterosexual (ni lesbiana ni gay) <input type="checkbox"/> No sabe <input type="checkbox"/> Algo más <input type="checkbox"/> Negarse a decir	Identidad de género: <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Cuestionando mi género <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Dos espíritus <input type="checkbox"/> Mujer transgénero <input type="checkbox"/> Negarse a decir <input type="checkbox"/> Hombre transgénero <input type="checkbox"/> Negarse a decir <input type="checkbox"/> No binario/genderqueer <input type="checkbox"/> Negarse a decir <input type="checkbox"/> Otro: _____	Pronombres de preferencia: <input type="checkbox"/> ella <input type="checkbox"/> ey / em / eirs <input type="checkbox"/> él <input type="checkbox"/> ve / vir / vis <input type="checkbox"/> elle <input type="checkbox"/> xe / xem / xyrs <input type="checkbox"/> nombre de paciente <input type="checkbox"/> Negarse a decir <input type="checkbox"/> ze / hir / hirs <input type="checkbox"/> Desconocidos <input type="checkbox"/> Otro: _____	
SITUACIÓN LABORAL			
Situación laboral <input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> Autónomo <input type="checkbox"/> Estudiante a tiempo completo <input type="checkbox"/> Medio tiempo <input type="checkbox"/> Desempleado <input type="checkbox"/> Estudiante a medio tiempo <input type="checkbox"/> De temporal <input type="checkbox"/> Desempleado <input type="checkbox"/> En servicio militar activo <input type="checkbox"/> Jubilado <input type="checkbox"/> por discapacidad		Estado de veterano/militar: <input type="checkbox"/> Sin experiencia previa <input type="checkbox"/> Veterano/a <input type="checkbox"/> Servicio activo <input type="checkbox"/> Separado/a/ <input type="checkbox"/> Servicio inactivo <input type="checkbox"/> Veterano/a de guerra <input type="checkbox"/> Reservista	
¿Es usted empleado actualmente o fue empleado de nuestra empresa, o es familiar de un empleado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
SEGURO			
Si no tiene seguro o tiene Medicaid, complete la sección <i>Tipo de seguro principal</i> y omita el resto de las preguntas. Si tiene Medicare o un seguro privado, complete los detalles que aparecen a continuación.			
Tipo de seguro principal: <input type="checkbox"/> Sin seguro <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Privado/otro			
Nombre de la compañía de seguros:		N.º de ID del seguro:	
Nombre del suscriptor:	Fecha de nac. del suscriptor: / /	Vínculo con el paciente: <input type="checkbox"/> Es usted <input type="checkbox"/> Padre o madre/tutor <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Otro: _____	
Nombre de la compañía de seguros secundaria:		N.º de ID del seguro secundario:	



FORMULARIO DE REGISTRO DEL PACIENTE ADULTO

INGRESOS DEL GRUPO FAMILIAR

Recoger esta información nos permite ofrecerle servicios con descuento. Si no conoce sus ingresos mensuales, pídasenos ayuda.

Cantidad de miembros del grupo familiar (incluido usted):

Ingresos mensuales del grupo familiar (estimados):

\$

PARTE RESPONSABLE ECONÓMICAMENTE

Persona indicada en la cuenta del paciente para los fines de facturación.

Persona responsable para la factura: Usted

Fecha de nacimiento:

Número de seguro social:

/ /

Dirección postal: La misma que se indicó antes

Ciudad:

Estado:

Código postal:

Número de teléfono:

Hogar

Celular

Trabajo

IDIOMA

¿Qué idioma habla en su hogar?:

Necesita intérprete: Sí No

Español Inglés Otro: _____

Prefiere: Hombre Mujer Sin preferencia

¿En qué idioma escribes en casa?: Español Inglés Otro: _____

MÁS INFORMACIÓN

Somos un centro de salud comunitario con la misión de atender a todos sin importar su capacidad de pago o su falta de seguro, lo que incluye a familias y personas sin hogar o a personas empleadas en actividades agrícolas.

Situación de vivienda:

Tiene hogar

Vive con otras personas

Hotel con ocupación individual

En riesgo de quedarse sin hogar

Sin hogar, refugio desconocido

Calle, campamento, puente

Hogar de transición

Vive en un refugio

Actualmente tiene hogar, pero no lo tuvo en los últimos 12 meses

Vivienda de apoyo permanente

Veterano en riesgo de quedarse sin hogar

Trabajadores agrícolas: En los últimos dos años, ¿usted u otro miembro de su familia tuvieron algún tipo de trabajo agrícola (trabajo de granja), lo que incluye, preparación de la tierra, siembra, cosecha, limpieza, clasificación, empaquetado, traslado, trabajo con ganado, etc.?

Sí No (si marca esta opción, no responda las dos siguientes preguntas)

Migrante – En los últimos dos años, ¿usted o un miembro de su familia vivieron fuera del hogar para trabajar en algún tipo de actividad agrícola (trabajo de granja)? O BIEN, en los últimos dos años, ¿usted o un miembro de su familia dejaron de migrar para trabajar en la agricultura (trabajo de granja) debido a una discapacidad o a la edad (demasiado mayores para trabajar)?

De temporada – En los últimos dos años, ¿usted o un miembro de su familia tuvieron un trabajo agrícola que solo estuvo disponible en ciertos momentos del año?

FIRMA Y AUTORIZACIÓN

Yo autorizo a Neighborhood Health Center (NHC) a proveer información sobre mi historial médico, diagnóstico, y tratamiento para mi compañía de seguros con respecto a mis reclamos de beneficios. Si dicha aseguradora no cumple con esta obligación o si no estoy asegurado(a), acuerdo ser responsable de cualquier tarifa relacionada con el tratamiento. Acepto que he recibido el aviso de prácticas de privacidad de NHC, en el cual se explica cómo mi información podría usarse y/o compartirse según sea requerido/permitido por las leyes. Acepto que he recibido y que cumpliré con los derechos y responsabilidades del paciente de NHC. Por este medio doy mi consentimiento para recibir un tratamiento provisto por el personal profesional de NHC y/o los estudiantes bajo la supervisión directa de los clínicos con licencia de NHC, ya sea en una clínica de NHC o a través de telesalud (por ejemplo, citas de audio y/o video). Entiendo que los servicios se me proveerán en mi idioma preferido de entendimiento y que el consentimiento para el tratamiento es efectivo 12 meses después de la fecha de la firma. Por este medio doy mi consentimiento para un tratamiento provisto por NHC y entiendo que puedo cancelar este consentimiento por escrito en cualquier momento.

Firma del paciente/tutor

Fecha



HISTORIA CLÍNICA DENTAL

Nombre del paciente: _____

Fecha de nac.: _____

ANTECEDENTES DENTALES

- ¿Es esta su primera visita al dentista? Sí No
- ¿Tiene dolor en los dientes, le sangran las encías o tiene dientes sensibles? Sí No
- ¿Alguna vez se lastimó el rostro o la mandíbula, o tiene dolor en la mandíbula? Sí No
- ¿Alguna vez ha tenido una reacción negativa a los materiales, medicamentos o anestésicos utilizados durante una visita al dentista? Sí No
- ¿Se cepilla los dientes y se pasa hilo dental a diario? Sí No
- ¿Consume productos de tabaco, alcohol o drogas recreativas actualmente, o lo hizo alguna vez? Sí No
De ser así, explique: _____
- ¿Usa comprimidos o enjuagues con fluoruro? Sí No
- ¿Qué tipo de tratamiento dental cree que necesita? _____

ANTECEDENTES MÉDICOS

La siguiente información es necesaria para que reciba el tratamiento dental y se mantendrá completamente confidencial. No se negará el tratamiento dental por las afecciones médicas existentes.

- ¿Recibe algún tipo de tratamiento médico o estuvo hospitalizado alguna vez? Sí No
- ¿Tuvo una enfermedad o le hicieron una cirugía recientemente? Sí No
- ¿Toma medicamentos recetados, medicamentos no recetados o herbarios? Sí No
De ser así, enumérelos aquí: _____
- ¿Tiene alergia a algún medicamento o al látex? Sí No
De ser así, enumérelas aquí: _____
- ¿Alguna vez tuvo un sangrado excesivo que requiriera tratamiento médico? Sí No
- Si es mujer, ¿está usted embarazada? Sí No
De ser así, ¿cuál es su fecha probable de parto? _____
- ¿Cuánto mide y pesa? Estatura: ____ pies ____ pulgadas Peso: _____ libras

8. Indique cuáles de los siguientes presenta actualmente o presentó alguna vez. Marque las opciones.

- | | | | |
|---|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Alcoholismo | <input type="checkbox"/> Problemas de coagulación | <input type="checkbox"/> Soplo cardíaco / prótesis valvular | <input type="checkbox"/> Osteoporosis/bifosfonatos |
| <input type="checkbox"/> Alergias | <input type="checkbox"/> Defecto cardíaco congénito | <input type="checkbox"/> / Endocarditis | <input type="checkbox"/> Marcapasos |
| <input type="checkbox"/> Ansiedad | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Antecedentes de transfusión de sangre | <input type="checkbox"/> Convulsiones |
| <input type="checkbox"/> Ansiedad | <input type="checkbox"/> Adicción a las drogas | <input type="checkbox"/> VIH/SIDA | <input type="checkbox"/> Anemia drepanocítica |
| <input type="checkbox"/> Artritis/trastorno de las articulaciones | <input type="checkbox"/> Enfisema/EPOC | <input type="checkbox"/> Hipertensión | <input type="checkbox"/> Problemas de los senos paranasales |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Tratamiento farmacológico para la disfunción eréctil | <input type="checkbox"/> Enfermedad renal | <input type="checkbox"/> Infección de transmisión sexual |
| <input type="checkbox"/> Autismo | <input type="checkbox"/> Desmayos/mareos | <input type="checkbox"/> Enfermedad hepática/hepatitis | <input type="checkbox"/> Úlceras estomacales |
| <input type="checkbox"/> Fractura de mandíbula | <input type="checkbox"/> Glaucoma/cataratas | <input type="checkbox"/> Trastorno de salud mental | <input type="checkbox"/> Accidente cerebrovascular |
| <input type="checkbox"/> Cáncer | <input type="checkbox"/> Cardiopatía/cirugía | <input type="checkbox"/> Infarto agudo de miocardio (ataque cardíaco) | <input type="checkbox"/> Enfermedad de la tiroides |
| <input type="checkbox"/> Dolor en el tórax/angina de pecho | <input type="checkbox"/> Insuficiencia cardíaca | <input type="checkbox"/> Trasplante de órgano | <input type="checkbox"/> Tuberculosis |
| | | | <input type="checkbox"/> Ninguna de las anteriores |

- ¿Tiene alguna enfermedad, afección o problema que no se haya enumerado en la lista anterior? Yes No
De ser así, explique: _____

Declaro que la información brindada está completa y es correcta. Por el presente, se autorizan todos los tratamientos necesarios.

Firma del paciente o tutor legal _____ Fecha _____



PERMISOS PARA COMUNICACIONES SOBRE INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA (PHI)

Los pacientes menores a los 18 años de edad pueden solicitar ciertos niveles de confidencialidad y consentimiento para varios asuntos de cuidados médicos, dependiendo de su edad. Más detalles sobre esto puede proveerse por el personal de NHC.

Nombre del paciente:	Fecha de nacimiento:
¿ESTÁ BIEN QUE NEIGHBORHOOD HEALTH CENTER SE COMUNIQUE CON USTED? <i>(por favor, marque todas las que apliquen):</i>	
1. ¿Podemos enviar facturas a su domicilio?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
2. ¿Podemos enviar recordatorios de citas automatizados?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
En caso afirmativo, ¿que tipo?	<input type="checkbox"/> Llamada telefónica <input type="checkbox"/> Mensaje de texto
3. ¿Podemos enviarle boletines informativos por correo electrónico?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
4. ¿Podemos llamarle sobre su visita/tratamiento con nosotros? Tipos de llamadas que podrían hacerse:	
Cuidados primarios (resultados de laboratorio, instrucciones médicas, referencias, medicamentos, etc.)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Cuidados dentales	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Salud mental (seguimiento de inquietudes, referencias, etc.)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Salud reproductiva (salud sexual, tratamiento de ITS, resultados de pruebas)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Comunicación Preferido: <input type="checkbox"/> No contacte <input type="checkbox"/> Correo <input type="checkbox"/> Teléfono <input type="checkbox"/> Correo Electrónico de MyChart <input type="checkbox"/> Mensaje de texto <input type="checkbox"/> No tiene preferencia	
¿CON QUIÉN PODEMOS HABLAR SOBRE SUS CUIDADOS MÉDICOS? Y COTACTOS DE EMERGENCIA (NOTA: esto no es una autorización para divulgar sus registros médicos):	
Yo autorizo a Neighborhood Health Center para hablar con la siguiente persona, directamente o por teléfono: <input type="checkbox"/> No se aplica	
Nombre:	Relación :
# de casa:	# de trabajo:
	# celular:
idioma preferido:	Necesidad de un intérprete : <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Use a esta persona como un contacto de emergencia	<input type="checkbox"/> Autorizada para firmar por el tutor legal si el tutor legal está ausente
Con respecto a <i>(marque todas las que apliquen):</i>	<input type="checkbox"/> Programar/cancelar citas
<input type="checkbox"/> Información sobre medicamentos recetados	<input type="checkbox"/> Resultados de laboratorio
<input type="checkbox"/> Toda la información	<input type="checkbox"/> Otro:
<input type="checkbox"/> Instrucciones o consejo médico	<input type="checkbox"/> Resultados de estudios de imágenes
Nombre:	Relación :
# de casa	# de trabajo
	# celular
idioma preferido	Necesidad de un intérprete : <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Use a esta persona como un contacto de emergencia	<input type="checkbox"/> Autorizada para firmar por el tutor legal si el tutor legal está ausente
Con respecto a <i>(marque todas las que apliquen):</i>	<input type="checkbox"/> Programar/cancelar citas
<input type="checkbox"/> Información sobre medicamentos recetados	<input type="checkbox"/> Resultados de laboratorio
<input type="checkbox"/> Toda la información	<input type="checkbox"/> Otro:
<input type="checkbox"/> Instrucciones o consejo médico	<input type="checkbox"/> Resultados de estudios de imágenes
INDIQUE UN REPRESENTANTE LEGAL, TUTOR LEGAL, CARTA PODER, ETC., SI HAY ALGUNO <i>(provea una evidencia)</i>	
Nombre: _____	<input type="checkbox"/> No se aplica
Relación : _____	Teléfono: _____
FIRMA REQUERIDA (abajo):	
Esta autorización puede cambiarse o revocarse por escrito en cualquier momento y permanecerá vigente hasta un (1) año a partir de la fecha indicada abajo. Al firmar abajo, reconozco que este documento se me entregó en mi idioma por escrito o leído para mí en su totalidad.	
Firma (paciente/tutor legal) _____	Fecha _____
Nombre (con letra de molde) _____	Relación _____



INFORMACIÓN SOBRE EL PROGRAMA DE TARIFA VARIABLE

¿POR QUÉ DEBO INSCRIBIRME EN EL PROGRAMA?

Neighborhood Health Center (NHC) ofrece servicios con descuento a pacientes que viven en o por debajo del 200% de las Normas Federales de Pobreza (FPG) más actuales. La elegibilidad para participar en el programa se basa solo en los ingresos del hogar y el tamaño de la familia del paciente, en lo que se refiere a las Normas Federales de Pobreza. Se anima a todos los pacientes a que presenten su solicitud, incluidos los pacientes con seguro. Los descuentos se aplican a todos los servicios de NHC que se brindan directamente en las clínicas de NHC y a los que se ofrecen en referencia. Los descuentos varían según la clase de pago con descuento asignada al paciente (consulte Clases de descuento A-D en la tabla de ingresos mensuales a continuación) y el servicio que utiliza el paciente en el momento de la cita (es decir, salud médica, dental o conductual). Tómese un momento para revisar esta hoja de información antes de completar su solicitud. Si tiene preguntas, solicite ayuda de un miembro del personal de NHC.

¿A QUIÉN DEBO INCLUIR EN MI TAMAÑO FAMILIAR?



NHC define a una familia como un grupo de dos o más personas que viven juntas y que se apoyan económicamente unas a otras.

No incluya:

- Miembros de la familia que no viven con usted
- Miembros de la familia que son económicamente independientes

¿Aún no estás seguro de a quién incluir? ¡Pregúntanos!

¿QUÉ ES UNA PRUEBA ACEPTABLE DE INGRESOS?

Para cada miembro que aporte ingresos a la familia, adjunte al menos uno de los siguientes documentos a su aplicación:

- ✓ Dos (2) semanas de talones de pago más recientes
- ✓ Talones de cheques del seguro de desempleo
- ✓ Año anterior W-2
- ✓ Declaración de impuestos completada del año anterior
- ✓ Documentación emitida por el gobierno para otros ingresos no salariales como Seguro Social, Compensación al trabajador, Asistencia en efectivo, Manutención infantil, Pensión alimenticia, Beneficios de veteranos, Jubilación o Pensión
- ✓ Tres (3) meses anteriores de extractos bancarios
- ✓ Carta del empleador
- ✓ Si trabaja por cuenta propia: declaración de impuestos del año anterior o extractos bancarios de los tres (3) meses más recientes

¿QUÉ DESCUENTO RECIBIRÉ?

A continuación, se muestra una tabla que muestra las Normas Federales de Pobreza (FPG) de 2023. Solo los pacientes que reporten un ingreso familiar igual o inferior al 200% de las FPG calificarán. Las columnas A - D son elegibles para servicios con descuento. La columna E (por encima del 200% FPG) debe pagar la totalidad de los cargos y no recibirá un descuento. Si pertenece a la Columna E, no es elegible para participar en el programa.

INGRESO MENSUAL											
Clase de Descuento		A		B		C		D		E	
FPG		0-100%		>100-133%		>133-166%		>166-200%		>200%	
Tamaño de la Familia	1	\$0	\$1,215	\$1216	\$1,616	\$1,617	\$2,017	\$2,018	\$2,430	\$2,431	& Up
	2	\$0	\$1,643	\$1644	\$2,186	\$2,187	\$2,728	\$2,729	\$3,287	\$3,288	& Up
	3	\$0	\$2,072	\$2073	\$2,755	\$2,756	\$3,439	\$3,440	\$4,143	\$4,144	& Up
	4	\$0	\$2,500	\$2,501	\$3,325	\$3,326	\$4,150	\$4,151	\$5,000	\$5,001	& Up
	5	\$0	\$2,928	\$2,929	\$3,895	\$3,896	\$4,861	\$4,862	\$5,857	\$5,858	& Up
	6	\$0	\$3,357	\$3,358	\$4,464	\$4,465	\$5,572	\$5,573	\$6,713	\$6,714	& Up
	7	\$0	\$3,785	\$3,786	\$5,034	\$5,035	\$6,283	\$6,284	\$7,570	\$7,571	& Up
	8	\$0	\$4,213	\$4,214	\$5,604	\$5,605	\$6,994	\$6,995	\$8,427	\$8,428	& Up
	9	\$0	\$4,642	\$4,643	\$6,173	\$6,174	\$7,705	\$7,706	\$9,283	\$9,284	& Up
	10	\$0	\$5,070	\$5,071	\$6,743	\$6,744	\$8,416	\$8,417	\$10,140	\$10,141	& Up

FPG: Pautas federales de pobreza, publicadas por HHS, efectiva 1/19/2023
Para familias / hogares con más de 10 personas, agregue \$428 por cada persona adicional

EJEMPLO 1

Susan es madre soltera de dos niños pequeños. Susan también se preocupa por su madre, que vive con ella y sus hijos. El tamaño de la familia de Susan es 4. Susan es la única persona de su familia que obtiene ingresos. Susan gana \$ 2,600 por mes en ingresos. Susan pertenece a la clase de descuento B.

EJEMPLO 2

José está casado con su esposa Miranda. Tienen tres hijos pequeños que viven con ellos. José gana \$ 2,300 por mes en su trabajo. La esposa de José gana \$2,700 dólares al mes. Juntos, la pareja gana \$ 5,000 por mes. El tamaño de la familia de José es 5. José pertenece a la clase de descuento D.

¿QUÉ SOY RESPONSABLE DE PAGAR?

Una vez que sepa a qué clase de descuento pertenece (A-D), los descuentos varían según el servicio que esté utilizando en el momento de su servicio. Los servicios se dividen en grupos e incluyen salud médica, dental y conductual. Se aplican descuentos a los servicios clínicos. Tenga en cuenta que los suministros y equipos dentales y de farmacia tienen descuentos separados porque no son servicios clínicos.

	A	B	C	D	E
Servicios Médicos y de Farmacia	\$25	\$35	\$40	\$45	100% de las cargas completas
Servicios Dentales*	\$25	50% de las cargas completas	60% de las cargas completas	70% de las cargas completas	100% de las cargas completas
Suministros y Equipos Dentales*	50% de las cargas completas	50% de las cargas completas	60% de las cargas completas	70% de las cargas completas	100% de las cargas completas
Servicios de Salud Conductual	\$5	\$10	\$15	\$20	100% de las cargas completas
Tarifas de Medicamentos recetados y dispensados en farmacia***	Tarifa de dispensación de \$5 + costo de medicamentos con descuento	Tarifa de dispensación de \$8 + costo de medicamentos con descuento	Tarifa de dispensación de \$10 + costo de medicamentos con descuento	Tarifa de dispensación de \$12 + costo de medicamentos con descuento	100% de las cargas completas

*Un pago de \$25 al momento del servicio

**Pídale a su farmacéutico una cotización sobre sus medicamentos. Llame a 503-941-3160 para más información.

EJEMPLO 1

Pertenezco a la clase de descuento B. Vine hoy para una visita médica con mi médico. Soy responsable de pagar \$35 por mi visita. NHC ajustará el resto de mis cargos de modo que \$35 sea mi única responsabilidad.

EJEMPLO 2

Pertenezco a la clase de descuento C. Vine hoy para un examen dental y una limpieza. El total de estos cargos fue de \$300. Soy responsable de pagar el 60% de estos cargos. NHC ajustará el resto de mis cargos para que \$180 sea mi única responsabilidad (\$180 = 60% de los \$300 cargos).

EJEMPLO 3

Pertenezco a la clase de descuento A. Vine hoy a una cita para hablar sobre mi diabetes con mi proveedor de comportamiento. Soy responsable de pagar \$5 por mi visita. NHC ajustará el resto de mis cargos para que \$5 sea mi única responsabilidad.

EJEMPLO 4

Pertenezco a la clase de descuento D. Soy diabético y NHC va a llevar mi medicamento de insulina a mi casa. Mi farmacéutico me dijo que pagaré un total de \$16 por mi insulina. Esto incluye el costo del medicamento más la tarifa de suministro.



NECESITO MÁS INFORMACIÓN

¿No está seguro de a quién incluir en el tamaño de su familia? ¿No está seguro de qué traer para demostrar sus ingresos? ¿No está seguro para qué clase de descuento calificará? ¿No está seguro de lo que se le cobrará por un servicio específico?

Pídale al personal de recepción de su clínica NHC que responda cualquier pregunta adicional que tenga.



SOLICITUD DE PROGRAMA DE DESCUENTO DE TARIFA VARIABLE

INSTRUCCIONES

1. Para recibir servicios con descuento, todos los pacientes deben solicitar anualmente para el Programa de descuento de tarifa variable. La elegibilidad se basa en el tamaño de la familia y los ingresos del hogar, ya que se relaciona con las Pautas Federales de Pobreza actuales.
2. Lea la hoja de información del programa de descuento de tarifa variable. Si tiene preguntas adicionales, pregunte le a la recepción.
3. Llene la solicitud y devuélvala al Neighborhood Health Center (NHC) con prueba de ingresos. No olvide firmar y poner le la fecha a su solicitud.
4. Si no puede agregar su comprobante de ingresos a su solicitud hoy, devuelva el comprobante de ingresos al NHC dentro de los 30 días posteriores a la entrega de esta solicitud.
5. Enumere se usted mismo como el primer miembro de la familia, luego siguen los demás. Para las personas que no tienen ingresos (por ejemplo, un hijo de su familia), el ingreso sería cero (\$ 0) para sus ingresos mensuales.

INFORMACION PERSONAL

Nombre Completo	
Dirección	
Numero de Teléfono	
Fecha de Hoy	

MIEMBROS DE LA FAMILIA

- Familia se define como un grupo de dos o más personas que viven juntas y que se apoyan mutuamente económicamente.
- Informe \$ 0 en "Ingresos Mensual" para cualquier miembro de la familia que no lo mantenga económicamente.

Nombre Completo	Fecha de Nacimiento	Relación	Ingreso Mensual (en bruto)
		Yo	\$
			\$
			\$
			\$
			\$
			\$

SI REPORTA CERO INGRESOS FAMILIARES O UN INGRESOS QUE NO SE PUEDE PROBAR

¿Cuánto tiempo ha estado sin una fuente de ingresos imponible?	<input type="checkbox"/> > 6 meses <input type="checkbox"/> 6 meses-1 año <input type="checkbox"/> 1-2 años <input type="checkbox"/> Mas de 2 años
¿Por qué no puede proporcionar comprobantes de ingresos?	

ATESTACIONES

Lea y ponga sus iniciales al lado de cada atestación

	Certifico que he leído la hoja de información del programa de descuento de tarifa variable y comprendo los requisitos para participar en el programa.
	Entiendo que el descuento no se aplicará hasta que NHC revise y acepte mi solicitud y la prueba de ingresos. Entiendo que, si no puedo proporcionar prueba de ingresos, no se aplicará un descuento hasta que mi solicitud de renuncia a la prueba de ingresos sea revisada y aprobada por el Director de Operaciones de NHC o su designado.
	Entiendo que la elegibilidad en el programa es válida por un año a partir de la fecha en que se aprueba mi solicitud. Entiendo que debo volver a presentar una solicitud cada año para permanecer en el programa.
	Entiendo que, si mis ingresos o el tamaño de mi familia cambian durante mi período de un año de elegibilidad, informaré los cambios a NHC y volveré a aplicar para el programa.
	Entiendo que, si mi seguro médico prohíbe una exención de mi copago, se cobrará el copago en completo al momento del servicio. Si no está seguro, comuníquese con su compañía de seguro médico.

FIRMA

Certifico que la información indicada es verdadera y precisa al firmar este formulario. Si se utiliza información falsa para obtener asistencia, se me eliminará del programa de descuento de tarifa variable.

Firma del solicitante	Fecha



-----**NO ESCRIBA DEBAJO DE ESTA LINEA**-----

USO PARA LA OFICINA ÚNICAMENTE

Applicant/s Information	
Patient/s MRN	
Monthly Family Income (from table on pg.1)	\$
Family Size (from table on pg.1)	
Proof of Income Status at Time of Application	<input type="checkbox"/> A. Yes, proof attached <input type="checkbox"/> B. Pending, 30-day grace period <input type="checkbox"/> C. No, applicant has listed zero or cash source of income, pending approval by COO or designee
Date	
Reviewed By	

Proof of Income Status: A or B	
Monthly Family Income (verified by proof)	\$
Discount Class	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E
Date Verified	
Reviewed By	
Proof of Income Status: C	
Decision	<input type="checkbox"/> Approved <input type="checkbox"/> Denied
Discount Class	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E
Date of Review	
Signature of COO or Designee	