



FORMULARIO DE REGISTRO DE PACIENTES PEDIÁTRICO

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"/> Elige no declararlo <input type="checkbox"/> Intersexual <input type="checkbox"/> No registrado en el certificado de nacimiento | | | |
| Para pacientes de 12 años o más | Tel. móvil del paciente: | Dirección de correo electrónico del paciente: | |
| Nombre del padre/de la madre/tutor legal: | Teléfono móvil: | Correo electrónico: | |
| Dirección postal: | Ciudad: | Estado: | Código postal: |
| ¿Cuál es la mejor forma de comunicarse para recibir resultados, hacer un seguimiento o concertar una cita? (Marque todo lo que corresponda). | | | |
| <input type="checkbox"/> Teléfono móvil del padre/de la madre/tutor <input type="checkbox"/> Correo electrónico del padre/de la madre/tutor <input type="checkbox"/> Teléfono móvil del paciente <input type="checkbox"/> Dirección de correo electrónico del paciente | | | |
| 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"/> Negarse a decir <input type="checkbox"/> Algo más | 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"/> Decir <input type="checkbox"/> Otro: _____ | Pronombres preferidos: <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 DEL PADRE/DE LA MADRE/TUTOR | | | |
| Situación laboral: <input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> Trabajador(a) autónomo/a <input type="checkbox"/> Estudiante a tiempo completo <input type="checkbox"/> A tiempo parcial <input type="checkbox"/> Sin empleo <input type="checkbox"/> Estudiante a medio tiempo <input type="checkbox"/> Temporal <input type="checkbox"/> Desempleado <input type="checkbox"/> En servicio militar activo <input type="checkbox"/> Retirado/a 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 Veterano/a de guerra <input type="checkbox"/> Reservista | |
| ¿El paciente depende de un empleado actual o anterior de nuestra empresa? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | | | |
| SEGURO | | | |
| Si el paciente no tiene seguro o tiene Medicaid, complete <i>Tipo de seguro primario</i> y omita las preguntas restantes. Si el paciente tiene Medicare o un seguro privado, complete los datos a continuación. | | | |
| Tipo de seguro primario: <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: | |
| Nombre de la compañía de seguros secundaria: | | N.º de ID del seguro secundario: | |



FORMULARIO DE REGISTRO DE PACIENTES PEDIÁTRICO

INGRESOS FAMILIARES

Recopilar esta información nos permite ofrecerle servicios con descuento. Si no conoce sus ingresos mensuales, pídanos 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:

Fecha de nacimiento:

Número de seguro social:

/ /

Dirección de correo postal:

Ciudad:

Estado:

Código postal:

Número de teléfono:

Fijo

Móvil

Laboral

IDIOMA

¿Qué idioma habla en su hogar?:

Español Inglés Otro: _____

Necesita intérprete: Sí No

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

Niño en riesgo de quedarse sin hogar

Sin hogar, refugio desconocido

Calle, campamento, puente

Hogar de transición

Vive en un refugio

Calle, campamento, puente

Vivienda de apoyo permanente

Veterano en riesgo de quedarse sin hogar

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

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?

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 el historial médico, diagnóstico, y tratamiento del paciente a su compañía de seguros con respecto a los reclamos de beneficios. Si dicha aseguradora no cumple con esta obligación o si el paciente no está asegurado, seré responsable de las tarifas relacionada con el tratamiento del paciente mencionado anteriormente. Acepto que he recibido el aviso de prácticas de privacidad de NHC, en el cual se explica cómo la 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 ser el cuidador principal del paciente. En nombre del paciente, por este medio doy mi consentimiento para 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 serán provistos para el paciente en su idioma preferido de entendimiento y que este consentimiento para el tratamiento es efectivo 12 meses después de la fecha de la firma. En nombre del paciente, por este medio doy mi consentimiento para un tratamiento provisto por NHC y entiendo que puedo cancelar este consentimiento por escrito en cualquier momento.

Nombre del paciente o del padre/de la madre/tutor en letra de imprenta

Firma del paciente o del padre/de la madre/tutor

Fecha



HISTORIA MÉDICA Y SOCIAL PEDIÁTRICA (3-11 AÑOS)

Por favor, tómese unos minutos para responder a estas preguntas. Estamos haciendo estas preguntas porque las respuestas pueden ayudarnos a proporcionarle mejor cuidado a su bebé y apoyo a usted.

Nombre del bebe: _____ Fecha/nac: _____

Nombre de la persona que llena el formulario: _____

De este bebe, soy: Madre Padre Abuelo/a Padre de crianza Otro: _____

¿Su bebé está tomando algún medicamento, vitaminas, o suplementos regularmente? No Si Si marco que sí, ¿cuál es? _____

¿Su bebé tiene alguna alergia (medicamentos, alimentos o estacional)? No Si ¿Cuál?: _____

¿Su bebe ha sido vacunado? No Si ¿Dónde recibió su bebé vacunas previas? _____

PROBLEMAS DE SALUD DEL BEBÉ (Marque la casilla si su bebé ha tenido alguno de estos problemas)

- | | | | |
|---|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Dolores de estomago | <input type="checkbox"/> Problemas de oído/audición | <input type="checkbox"/> Convulsiones/Epilepsia |
| <input type="checkbox"/> Asma/Problemas respiratorios | <input type="checkbox"/> Retraso mental | <input type="checkbox"/> Problema cardíaco/murmullo | <input type="checkbox"/> Enfermedad de células falciformes |
| <input type="checkbox"/> Defecto de Nacimiento: _____ | <input type="checkbox"/> Eczema | <input type="checkbox"/> Problema con el hígado | <input type="checkbox"/> Dolor de muelas/Caries |
| <input type="checkbox"/> Problema de sangrado | <input type="checkbox"/> Problemas oculares/vision | <input type="checkbox"/> Problema con los riñones/vejiga | <input type="checkbox"/> Tuberculosis |
| <input type="checkbox"/> Problemas óseos/articulares/musculares | <input type="checkbox"/> Infecciones frecuentes del oído | <input type="checkbox"/> Neumonía | <input type="checkbox"/> Infección del tracto urinario |
| <input type="checkbox"/> Varicela | <input type="checkbox"/> Otro: _____ | | |

¿Su bebé ha sido hospitalizado o se ha sometido a una cirugía? No Si ¿Cuando? ¿Por qué?: _____

¿Nació el bebe prematuro? No Si Si marco que si ¿cuántas semanas antes? _____

¿Tuvo la madre algún problema durante el embarazo o el parto? No Si Si marcó que sí, explique: _____

HISTORIA MÉDICA FAMILIAR (Marque si un miembro de la familia tuvo alguno de estos. Familia = El hermano, la hermana, la madre, el padre, la abuela y el abuelo de su bebé)

- | Relación con el niño | Relación con el niño |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Alcohol / Problema de drogas | <input type="checkbox"/> Hepatitis |
| <input type="checkbox"/> Ansiedad | <input type="checkbox"/> Presión alta |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Colesterol alto |
| <input type="checkbox"/> Autismo | <input type="checkbox"/> Discapacidad intelectual |
| <input type="checkbox"/> Defecto de Nacimiento | <input type="checkbox"/> Enfermedad renal |
| <input type="checkbox"/> Problema de sangrado | <input type="checkbox"/> Enfermedad mental |
| <input type="checkbox"/> Cáncer | <input type="checkbox"/> Alergias estacionales |
| <input type="checkbox"/> Pérdida auditiva infantil | <input type="checkbox"/> SIDS (Muerte súbita de un bebe) |
| <input type="checkbox"/> Retraso mental | <input type="checkbox"/> Derrame cerebral antes de los 50 años |
| <input type="checkbox"/> Depresión | <input type="checkbox"/> Problema de tiroides |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Tuberculosis |
| <input type="checkbox"/> Eczema | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |
| <input type="checkbox"/> Epilepsia/ Convulsiones | |
| <input type="checkbox"/> Problema cardíaco antes de los 55 años | |

Firma: _____

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 REPRESENTATE 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 | |