



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 CLÍNICA DENTAL

Nombre del paciente: _____

Fecha de nac.: _____

ANTECEDENTES DENTALES

1. ¿Es esta su primera visita al dentista? Sí No
2. ¿Tiene dolor en los dientes, le sangran las encías o tiene dientes sensibles? Sí No
3. ¿Alguna vez se lastimó el rostro o la mandíbula, o tiene dolor en la mandíbula? Sí No
4. ¿Alguna vez ha tenido una reacción negativa a los materiales, medicamentos o anestésicos utilizados durante una visita al dentista? Sí No
5. ¿Se cepilla los dientes y se pasa hilo dental a diario? Sí No
6. ¿Consumo productos de tabaco, alcohol o drogas recreativas actualmente, o lo hizo alguna vez? Sí No
De ser así, explique: _____
7. ¿Usa comprimidos o enjuagues con fluoruro? Sí No
8. ¿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.

1. ¿Recibe algún tipo de tratamiento médico o estuvo hospitalizado alguna vez? Sí No
2. ¿Tuvo una enfermedad o le hicieron una cirugía recientemente? Sí No
3. ¿Toma medicamentos recetados, medicamentos no recetados o herbarios? Sí No
De ser así, enumérelos aquí: _____
4. ¿Tiene alergia a algún medicamento o al látex? Sí No
De ser así, enumérelas aquí: _____
5. ¿Alguna vez tuvo un sangrado excesivo que requiriera tratamiento médico? Sí No
6. Si es mujer, ¿está usted embarazada? Sí No
De ser así, ¿cuál es su fecha probable de parto? _____
7. ¿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 |

9. ¿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 DE COMUNICACIÓN PARA LA INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA (PHI)

Nombre del Paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

¿Cómo podemos contactarle?
1. ¿Cómo desea que le avisemos sobre las próximas citas? <i>Tenga en cuenta que se trata de mensajes automáticos.</i> <input type="checkbox"/> Llamada telefónica <input type="checkbox"/> Mensaje de texto <input type="checkbox"/> No me contacte
2. Si hay una cita disponible más temprano, ¿cómo desea que se le notifique? <input type="checkbox"/> Mensaje de texto <input type="checkbox"/> Llamada telefónica <input type="checkbox"/> Correo electrónico <input type="checkbox"/> No me contacte
3. ¿Podemos enviarle un correo electrónico sobre el pago de servicios? <i>Por ejemplo, estado de cuenta o presupuesto disponible, saldo pendiente, fecha de vencimiento. Esto también se puede ver en MyChart.</i> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
4. ¿Cómo desea que se le notifique la tramitación de su pago? <input type="checkbox"/> Correo (USPS) <input type="checkbox"/> Correo electrónico <input type="checkbox"/> MyChart <input type="checkbox"/> No me contacte
5. ¿Podemos enviarle cartas a su dirección sobre cambios específicos de la clínica que afecten a su atención? <i>Ejemplos: Su proveedor ha dejado la organización, la clínica se traslada o su proveedor le recomienda una visita.</i> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
6. ¿Le gustaría recibir el boletín trimestral por correo electrónico de Neighborhood Health Center (NHC)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
7. ¿Podemos enviarle una encuesta sobre su experiencia en NHC? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
8. ¿Se ha inscrito o estaría dispuesto a inscribirse en MyChart? <i>El portal electrónico para pacientes MyChart le permite consultar los resultados de laboratorio, solicitar la renovación de recetas y comunicarse directamente con su equipo asistencial.</i> <input type="checkbox"/> Sí: continúe con las preguntas 9 a 13 <input type="checkbox"/> No: Pase a la página 2: Autorización(es)

Complete las preguntas 9-13 SÓLO si ha respondido SÍ a la pregunta 8
9. ¿Cómo desea que se le notifiquen los cambios hechos en su cuenta de MyChart? <i>Por ejemplo, cuenta bloqueada, nuevo dispositivo conectado, contraseña cambiada, información de contacto modificada, etc.</i> <input type="checkbox"/> Mensaje de texto <input type="checkbox"/> Correo electrónico <input type="checkbox"/> No me contacte
10. ¿Podemos enviarle un correo electrónico sobre las tareas que debe completar en su cuenta MyChart? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
11. ¿Cómo desea que se le notifique si tiene documentos que firmar o actualizaciones de documentos que revisar? <input type="checkbox"/> Mensaje de texto <input type="checkbox"/> Correo electrónico <input type="checkbox"/> MyChart <input type="checkbox"/> No me contacte
12. ¿Debemos notificarle por correo electrónico que los resultados de las pruebas, como los de laboratorio, están disponibles? <i>No proporcionaremos los resultados por correo electrónico, sólo una notificación de que los resultados de laboratorio están disponibles para verlos en MyChart.</i> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
13. ¿Le gustaría recibir una notificación cuando su proveedor o equipo asistencial le envíe un mensaje de MyChart, un recordatorio de asistencia o un recordatorio de próximas visitas virtuales? <input type="checkbox"/> Mensaje de texto <input type="checkbox"/> Correo electrónico <input type="checkbox"/> No me contacte



PERMISOS DE COMUNICACIÓN PARA LA INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA (PHI)

Autorizaciones: ¿Con quién podemos hablar sobre su atención médica?		
Nombre:		Relación:
Número de teléfono:	Idioma preferido: <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> español <input type="checkbox"/> Otros: _____	Necesita intérprete: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Añadir como contacto de emergencia? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Autorizado para firmar en nombre del padre/madre/tutor legal? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No aplicable	
¿Qué información estamos autorizados a revelar a esta persona? Por favor, marque todo lo que corresponda: <input type="checkbox"/> Toda la información <input type="checkbox"/> Salud mental <input type="checkbox"/> Instrucciones / consejos médicos <input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Salud reproductiva <input type="checkbox"/> Programación de citas <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Información sobre medicina <input type="checkbox"/> Otros: _____		

Nombre:		Relación:
Número de teléfono:	Idioma preferido: <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> español <input type="checkbox"/> Otros: _____	Necesita intérprete: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Añadir como contacto de emergencia? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Autorizado a firmar en nombre del padre/madre/tutor: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No aplicable	
¿Qué información estamos autorizados a revelar a esta persona? Por favor, marque todo lo que corresponda: <input type="checkbox"/> Toda la información <input type="checkbox"/> Salud mental <input type="checkbox"/> Instrucciones / consejos médicos <input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Salud reproductiva <input type="checkbox"/> Programación de citas <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Información sobre medicina <input type="checkbox"/> Otros: _____		

Representante legal, tutor, apoderado, etc. (en su caso)	
Nombre:	
Relación:	Número de teléfono:

Firma y autorización	
Entiendo que puedo cambiar o revocar esta autorización por escrito, en cualquier momento. Permanecerá en vigor hasta un (1) año a partir de la fecha a continuación. Entiendo que soy responsable de notificar a mi clínica si tengo cambios.	
Firma (paciente o tutor legal):	Date:
Nombre en letra de imprenta (paciente o tutor legal):	Relación (si no es el paciente):



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	



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 2024. 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	\$1,255	\$1,256	\$1,669	\$1,670	\$2,083	\$2,084	\$2,510	\$2,511	y arriba
	2	\$0	\$1,703	\$1,704	\$2,265	\$2,266	\$2,828	\$2,829	\$3,407	\$3,408	y arriba
	3	\$0	\$2,152	\$2,153	\$2,862	\$2,863	\$3,572	\$3,573	\$4,303	\$4,304	y arriba
	4	\$0	\$2,600	\$2,601	\$3,458	\$3,459	\$4,316	\$4,317	\$5,200	\$5,201	y arriba
	5	\$0	\$3,048	\$3,049	\$4,054	\$4,055	\$5,060	\$5,061	\$6,097	\$6,098	y arriba
	6	\$0	\$3,497	\$3,498	\$4,651	\$4,652	\$5,804	\$5,805	\$6,993	\$6,994	y arriba
	7	\$0	\$3,945	\$3,946	\$5,247	\$5,248	\$6,549	\$6,550	\$7,890	\$7,891	y arriba
	8	\$0	\$4,393	\$4,394	\$5,843	\$5,844	\$7,293	\$7,294	\$8,787	\$8,788	y arriba
	9	\$0	\$4,842	\$4,843	\$6,439	\$6,440	\$8,037	\$8,038	\$9,683	\$9,684	y arriba
	10	\$0	\$5,290	\$5,291	\$7,036	\$7,037	\$8,781	\$8,782	\$10,580	\$10,581	y arriba
FPG: Pautas federales de pobreza, publicadas por HHS, efectiva 01/17/2024 Para familias / hogares con más de 10 personas, agregue \$448 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 \$2,700 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 \$2,800 por mes en su trabajo. La esposa de José gana \$2,700 dólares al mes. Juntos, la pareja gana \$5,500 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, salud dental, salud reproductiva, salud conductual, y servicios de farmacia. 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 de Salud Reproductiva	\$0	SOLICITE VER EL CRONOGRAMA DEL PROGRAMA DE DESCUENTOS EN SERVICIOS DE SALUD REPRODUCTIVA			
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

Pertezco 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

Pertezco 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

Pertezco a la clase de descuento D. 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

Pertezco a la clase de descuento A. Me gustaría hablar con mi médico sobre anticonceptivos. Este servicio es gratuito por lo que no debo nada por la visita.

SERVICIOS DE SALUD REPRODUCTIVA

El programa de descuentos anterior no se aplica a los servicios de salud reproductiva ofrecidos en NHC. La Autoridad de Salud de Oregón (OHA) ha desarrollado un programa separado de descuentos para estos servicios. Si el ingreso de su familia es igual o inferior al 250 % de las pautas federales de pobreza (FPG), califica para recibir servicios de salud reproductiva con descuento. Si el ingreso de su familia es igual o inferior al 100% de FPG, estos servicios son de uso gratuito. Consulte el TABLA DE DESCUENTOS DEL PROGRAMA DE SERVICIOS DE SALUD REPRODUCTIVA para conocer los descuentos.



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.

NEIGHBORHOOD HEALTH CENTER 2024 PROGRAMA DE DESCUENTO

¿Para qué descuento califico?

INGRESO ANUALES											
Categoría	A		B		C		D		E		
PPF	0 - 100%		>100 - 133%		>133 - 166%		>166 - 200%		>200%		
Tamaño de la Familia	1	\$ -	\$ 15,060	\$ 15,061	\$ 20,030	\$ 20,031	\$ 25,000	\$ 25,001	\$ 30,120	\$ 30,121	& Up
	2	\$ -	\$ 20,440	\$ 20,441	\$ 27,185	\$ 27,186	\$ 33,930	\$ 33,931	\$ 40,880	\$ 40,881	& Up
	3	\$ -	\$ 25,820	\$ 25,821	\$ 34,341	\$ 34,342	\$ 42,861	\$ 42,862	\$ 51,640	\$ 51,641	& Up
	4	\$ -	\$ 31,200	\$ 31,201	\$ 41,496	\$ 41,497	\$ 51,792	\$ 51,793	\$ 62,400	\$ 62,401	& Up
	5	\$ -	\$ 36,580	\$ 36,581	\$ 48,651	\$ 48,652	\$ 60,723	\$ 60,724	\$ 73,160	\$ 73,161	& Up
	6	\$ -	\$ 41,960	\$ 41,961	\$ 55,807	\$ 55,808	\$ 69,654	\$ 69,655	\$ 83,920	\$ 83,921	& Up
	7	\$ -	\$ 47,340	\$ 47,341	\$ 62,962	\$ 62,963	\$ 78,584	\$ 78,585	\$ 94,680	\$ 94,681	& Up
	8	\$ -	\$ 52,720	\$ 52,721	\$ 70,118	\$ 70,119	\$ 87,515	\$ 87,516	\$ 105,440	\$ 105,441	& Up
	9	\$ -	\$ 58,100	\$ 58,101	\$ 77,273	\$ 77,274	\$ 96,446	\$ 96,447	\$ 116,200	\$ 116,201	& Up
	10	\$ -	\$ 63,480	\$ 63,481	\$ 84,428	\$ 84,429	\$ 105,377	\$ 105,378	\$ 126,960	\$ 126,961	& Up

PPF: Pautas Federales de Pobreza, publicado por Salud y Servicios Humanos, a partir del 1/17/2024.

Para familias/hogares con más de 10 personas, agregue \$5,380 por cada persona adicional.

INGRESO MENSUAL											
Categoría	A		B		C		D		E		
PPF	0 - 100%		>100 - 133%		>133 - 166%		>166 - 200%		>200%		
Tamaño de la Familia	1	\$ -	\$ 1,255	\$ 1,256	\$ 1,669	\$ 1,670	\$ 2,083	\$ 2,084	\$ 2,510	\$ 2,511	& Up
	2	\$ -	\$ 1,703	\$ 1,704	\$ 2,265	\$ 2,266	\$ 2,828	\$ 2,829	\$ 3,407	\$ 3,408	& Up
	3	\$ -	\$ 2,152	\$ 2,153	\$ 2,862	\$ 2,863	\$ 3,572	\$ 3,573	\$ 4,303	\$ 4,304	& Up
	4	\$ -	\$ 2,600	\$ 2,601	\$ 3,458	\$ 3,459	\$ 4,316	\$ 4,317	\$ 5,200	\$ 5,201	& Up
	5	\$ -	\$ 3,048	\$ 3,049	\$ 4,054	\$ 4,055	\$ 5,060	\$ 5,061	\$ 6,097	\$ 6,098	& Up
	6	\$ -	\$ 3,497	\$ 3,498	\$ 4,651	\$ 4,652	\$ 5,804	\$ 5,805	\$ 6,993	\$ 6,994	& Up
	7	\$ -	\$ 3,945	\$ 3,946	\$ 5,247	\$ 5,248	\$ 6,549	\$ 6,550	\$ 7,890	\$ 7,891	& Up
	8	\$ -	\$ 4,393	\$ 4,394	\$ 5,843	\$ 5,844	\$ 7,293	\$ 7,294	\$ 8,787	\$ 8,788	& Up
	9	\$ -	\$ 4,842	\$ 4,843	\$ 6,439	\$ 6,440	\$ 8,037	\$ 8,038	\$ 9,683	\$ 9,684	& Up
	10	\$ -	\$ 5,290	\$ 5,291	\$ 7,036	\$ 7,037	\$ 8,781	\$ 8,782	\$ 10,580	\$ 10,581	& Up

PPF: Pautas Federales de Pobreza, publicado por Salud y Servicios Humanos, a partir del 1/17/2024.

Para familias/hogares con más de 10 personas, agregue \$448 por cada persona adicional.

¿Qué soy responsable de pagar?

	A	B	C	D	E
Servicios médicos	\$25	\$35	\$40	\$45	100% de pago completo
Servicios de salud reproductiva	\$0	Solicite una copia de la tabla de descuentos de servicios de salud reproductiva.			
Servicios dentales*	\$25	50% de pago completo	60% de pago completo	70% de pago completo	100% de pago completo
Servicios de salud conductual	\$5	\$10	\$15	\$20	100% de pago completo
Tarifas de medicamentos recetados dispensados en farmacia**	\$5 tarifa de dispensación + medicamentos con descuento	\$8 tarifa de dispensación + medicamentos con descuento	\$10 tarifa de dispensación + medicamentos con descuento	\$12 tarifa de dispensación + medicamentos con descuento	100% de pago completo

*Se requiere un pago mínimo de \$25 al momento del servicio (puede no aplicarse en casos de dificultades financieras). Los suministros y equipos dentales no están incluidos en el descuento.

**Se anima a los pacientes a solicitar un presupuesto a su farmacéutico. Llame al 503-941-3160 para obtener más información.

NEIGHBORHOOD HEALTH CENTER 2024 PROGRAMA DE DESCUENTO - SERVICIOS DE SALUD REPRODUCTIVA

INGRESO ANUALES												
Categoría	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	
Pago	0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%	
PPF	0 - 100%	>100 - 117%	>117 - 133%	>133 - 150%	>150 - 167%	>167 - 185%	>185 - 200%	>200 - 217%	>217 - 233%	>233 - 250%	>250%	
Tamaño de la Familia	1	\$ - \$ 15,060	\$ 15,061 \$ 17,620	\$ 17,621 \$ 20,030	\$ 20,031 \$ 22,590	\$ 22,591 \$ 25,150	\$ 25,151 \$ 27,861	\$ 27,862 \$ 30,120	\$ 30,121 \$ 32,680	\$ 32,681 \$ 35,090	\$ 35,091 \$ 37,650	\$ 37,651 & Up
	2	\$ - \$ 20,440	\$ 20,441 \$ 23,915	\$ 23,916 \$ 27,185	\$ 27,186 \$ 30,660	\$ 30,661 \$ 34,135	\$ 34,136 \$ 37,814	\$ 37,815 \$ 40,880	\$ 40,881 \$ 44,355	\$ 44,356 \$ 47,625	\$ 47,626 \$ 51,100	\$ 51,101 & Up
	3	\$ - \$ 25,820	\$ 25,821 \$ 30,209	\$ 30,210 \$ 34,341	\$ 34,342 \$ 38,730	\$ 38,731 \$ 43,119	\$ 43,120 \$ 47,767	\$ 47,768 \$ 51,640	\$ 51,641 \$ 56,029	\$ 56,030 \$ 60,161	\$ 60,162 \$ 64,550	\$ 64,551 & Up
	4	\$ - \$ 31,200	\$ 31,201 \$ 36,504	\$ 36,505 \$ 41,496	\$ 41,497 \$ 46,800	\$ 46,801 \$ 52,104	\$ 52,105 \$ 57,720	\$ 57,721 \$ 62,400	\$ 62,401 \$ 67,704	\$ 67,705 \$ 72,696	\$ 72,697 \$ 78,000	\$ 78,001 & Up
	5	\$ - \$ 36,580	\$ 36,581 \$ 42,799	\$ 42,800 \$ 48,651	\$ 48,652 \$ 54,870	\$ 54,871 \$ 61,089	\$ 61,090 \$ 67,673	\$ 67,674 \$ 73,160	\$ 73,161 \$ 79,379	\$ 79,380 \$ 85,231	\$ 85,232 \$ 91,450	\$ 91,451 & Up
	6	\$ - \$ 41,960	\$ 41,961 \$ 49,093	\$ 49,094 \$ 55,807	\$ 55,808 \$ 62,940	\$ 62,941 \$ 70,073	\$ 70,074 \$ 77,626	\$ 77,627 \$ 83,920	\$ 83,921 \$ 91,053	\$ 91,054 \$ 97,767	\$ 97,768 \$ 104,900	\$ 104,901 & Up
	7	\$ - \$ 47,340	\$ 47,341 \$ 55,388	\$ 55,389 \$ 62,962	\$ 62,963 \$ 71,010	\$ 71,011 \$ 79,058	\$ 79,059 \$ 87,579	\$ 87,580 \$ 94,680	\$ 94,681 \$ 102,728	\$ 102,729 \$ 110,302	\$ 110,303 \$ 118,350	\$ 118,351 & Up
	8	\$ - \$ 52,720	\$ 52,721 \$ 61,682	\$ 61,683 \$ 70,118	\$ 70,119 \$ 79,080	\$ 79,081 \$ 88,042	\$ 88,043 \$ 97,532	\$ 97,533 \$ 105,440	\$ 105,441 \$ 114,402	\$ 114,403 \$ 122,838	\$ 122,839 \$ 131,800	\$ 131,801 & Up
	9	\$ - \$ 58,100	\$ 58,101 \$ 67,977	\$ 67,978 \$ 77,273	\$ 77,274 \$ 87,150	\$ 87,151 \$ 97,027	\$ 97,028 \$ 107,485	\$ 107,486 \$ 116,200	\$ 116,201 \$ 126,077	\$ 126,078 \$ 135,373	\$ 135,374 \$ 145,250	\$ 145,251 & Up
	10	\$ - \$ 63,480	\$ 63,481 \$ 74,272	\$ 74,273 \$ 84,428	\$ 84,429 \$ 95,220	\$ 95,221 \$ 106,012	\$ 106,013 \$ 117,438	\$ 117,439 \$ 126,960	\$ 126,961 \$ 137,752	\$ 137,753 \$ 147,908	\$ 147,909 \$ 158,700	\$ 158,701 & Up

PPF: Pautas federales de pobreza, publicadas por el Fondo de Acceso a la Salud Reproductiva de Oregon el 03/01/2024

Para familias/hogares con más de 10 personas, agregue \$13,450 por cada persona adicional.

INGRESO MENSUAL												
Categoría	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	
Pago	0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%	
PPF	0 - 100%	>100 - 117%	>117 - 133%	>133 - 150%	>150 - 167%	>167 - 185%	>185 - 200%	>200 - 217%	>217 - 233%	>233 - 250%	>250%	
Tamaño de la Familia	1	\$ - \$ 1,255	\$ 1,256 \$ 1,469	\$ 1,470 \$ 1,670	\$ 1,671 \$ 1,883	\$ 1,884 \$ 2,096	\$ 2,097 \$ 2,322	\$ 2,323 \$ 2,510	\$ 2,511 \$ 2,724	\$ 2,725 \$ 2,925	\$ 2,926 \$ 3,138	\$ 3,139 & Up
	2	\$ - \$ 1,704	\$ 1,705 \$ 1,993	\$ 1,994 \$ 2,266	\$ 2,267 \$ 2,555	\$ 2,556 \$ 2,845	\$ 2,846 \$ 3,152	\$ 3,153 \$ 3,407	\$ 3,408 \$ 3,697	\$ 3,698 \$ 3,969	\$ 3,970 \$ 4,259	\$ 4,260 & Up
	3	\$ - \$ 2,152	\$ 2,153 \$ 2,518	\$ 2,519 \$ 2,862	\$ 2,863 \$ 3,228	\$ 3,229 \$ 3,594	\$ 3,595 \$ 3,981	\$ 3,982 \$ 4,304	\$ 4,305 \$ 4,670	\$ 4,671 \$ 5,014	\$ 5,015 \$ 5,380	\$ 5,381 & Up
	4	\$ - \$ 2,600	\$ 2,601 \$ 3,042	\$ 3,043 \$ 3,458	\$ 3,459 \$ 3,900	\$ 3,901 \$ 4,342	\$ 4,343 \$ 4,810	\$ 4,811 \$ 5,200	\$ 5,201 \$ 5,642	\$ 5,643 \$ 6,058	\$ 6,059 \$ 6,500	\$ 6,501 & Up
	5	\$ - \$ 3,049	\$ 3,050 \$ 3,567	\$ 3,568 \$ 4,055	\$ 4,056 \$ 4,573	\$ 4,574 \$ 5,091	\$ 5,092 \$ 5,640	\$ 5,641 \$ 6,097	\$ 6,098 \$ 6,615	\$ 6,616 \$ 7,103	\$ 7,104 \$ 7,621	\$ 7,622 & Up
	6	\$ - \$ 3,497	\$ 3,498 \$ 4,092	\$ 4,093 \$ 4,651	\$ 4,652 \$ 5,245	\$ 5,246 \$ 5,840	\$ 5,841 \$ 6,469	\$ 6,470 \$ 6,994	\$ 6,995 \$ 7,588	\$ 7,589 \$ 8,148	\$ 8,149 \$ 8,742	\$ 8,743 & Up
	7	\$ - \$ 3,945	\$ 3,946 \$ 4,616	\$ 4,617 \$ 5,247	\$ 5,248 \$ 5,918	\$ 5,919 \$ 6,589	\$ 6,590 \$ 7,299	\$ 7,300 \$ 7,890	\$ 7,891 \$ 8,561	\$ 8,562 \$ 9,192	\$ 9,193 \$ 9,863	\$ 9,864 & Up
	8	\$ - \$ 4,394	\$ 4,395 \$ 5,141	\$ 5,142 \$ 5,844	\$ 5,845 \$ 6,590	\$ 6,591 \$ 7,337	\$ 7,338 \$ 8,128	\$ 8,129 \$ 8,787	\$ 8,788 \$ 9,534	\$ 9,535 \$ 10,237	\$ 10,238 \$ 10,984	\$ 10,985 & Up
	9	\$ - \$ 4,842	\$ 4,843 \$ 5,665	\$ 5,666 \$ 6,440	\$ 6,441 \$ 7,263	\$ 7,264 \$ 8,086	\$ 8,087 \$ 8,958	\$ 8,959 \$ 9,684	\$ 9,685 \$ 10,507	\$ 10,508 \$ 11,282	\$ 11,283 \$ 12,105	\$ 12,106 & Up
	10	\$ - \$ 5,290	\$ 5,291 \$ 6,190	\$ 6,191 \$ 7,036	\$ 7,037 \$ 7,935	\$ 7,936 \$ 8,835	\$ 8,836 \$ 9,787	\$ 9,788 \$ 10,580	\$ 10,581 \$ 11,480	\$ 11,481 \$ 12,326	\$ 12,327 \$ 13,225	\$ 13,226 & Up

PPF: Pautas federales de pobreza, publicadas por el Fondo de Acceso a la Salud Reproductiva de Oregon el 03/01/2024

Para familias/hogares con más de 10 personas, agregue \$1,121 por cada persona adicional.