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: ☐ Masculino ☐ Femenino ☐ Otro ☐ Prefiere no divulgar ☐ Intersexual ☐ No registra en el certificado de nacimiento

Teléfono celular:	**Teléfono del hogar:** ☐ Igual que el celular	**Teléfono del trabajo:** ☐ Igual que el celular

Dirección postal:	**Ciudad:**	**Estado:**	**Código postal:**

Correo electrónico:

Raza:
☐ Nativo de Alaska ☐ Coreano ☐ Otro asiático
☐ Indígena americana ☐ Vietnamita ☐ Negro o afroamericano
☐ Indio Asiático ☐ Samoano ☐ Caucásico Blanco
☐ Chino ☐ Nativo de Hawái ☐ Desconocido
☐ Filipino ☐ Guameña o Chamorro ☐ Negarse a decir
☐ Japonés ☐ Isleño del Pacífico

Etnia:
☐ Mexicano, mexicano americano, o chicano
☐ Otro origen hispano, latino/a o español
☐ Múltiple origen hispano, latino/a o español
☐ No hispano o latino/a
☐ Cubano ☐ Puertorriqueño
☐ Desconocido ☐ Negarse a decir

Orientación sexual:
☐ Asexual ☐ Bisexual
☐ Lesbiana o gay ☐ Omnisexual
☐ Pansexual ☐ Queer
☐ Heterosexual (ni lesbiana ni gay) ☐ No sabe
☐ Algo más ☐ Negarse a decir

Identidad de género:
☐ Femenino ☐ Cuestionando mi genero
☐ Masculino ☐ Dos espíritus
☐ Mujer transgénero ☐ Negarse a decir
☐ Hombre transgénero
☐ No binario/genderqueer
☐ Otro: _____

Pronombres de preferencia:
☐ ella ☐ ey / em / eirs
☐ él ☐ ve / vir / vis
☐ elle ☐ xe / xem / xyrs
☐ nombre de paciente ☐ Negarse a decir
☐ ze / hir / hirs ☐ Desconocidos
☐ Otro: _____

SITUACIÓN LABORAL

Situación laboral
☐ Tiempo completo ☐ Autónomo ☐ Estudiante a tiempo completo
☐ Medio tiempo ☐ Desempleado ☐ Estudiante a medio tiempo
☐ De temporal ☐ Desempleado por discapacidad ☐ En servicio militar activo
☐ Jubilado

Estado de veterano/militar:
☐ Sin experiencia previa ☐ Veterano/a
☐ Servicio activo ☐ Separado/a/ Veterano/a de guerra
☐ Servicio inactivo
☐ Reservista

¿Es usted empleado actualmente o fue empleado de nuestra empresa, o es familiar de un empleado? ☐ Sí ☐ No

SEGURO

Si no tiene seguro o tiene Medicaid, complete la sección *Tipo de seguro principal* 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: ☐ Sin seguro ☐ Medicaid ☐ Medicare ☐ 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:** ☐ Es usted ☐ Padre o madre/tutor ☐ Cónyuge ☐ 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, 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: ☐ 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?:
☐ 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
- ☐ En riesgo de quedarse sin hogar
- ☐ Hogar de transición
- ☐ Vivienda de apoyo permanente
- ☐ Vive con otras personas
- ☐ Sin hogar, refugio desconocido
- ☐ Vive en un refugio
- ☐ Veterano en riesgo de quedarse sin hogar
- ☐ Hotel con ocupación individual
- ☐ Calle, campamento, puente
- ☐ 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, 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***

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? *Tenga en cuenta que se trata de mensajes automáticos.* ☐ Llamada telefónica ☐ Mensaje de texto ☐ No me contacte
2. Si hay una cita disponible más temprano, ¿cómo desea que se le notifique? ☐ Mensaje de texto ☐ Llamada telefónica ☐ Correo electrónico ☐ No me contacte
3. ¿Podemos enviarle un correo electrónico sobre el pago de servicios? *Por ejemplo, estado de cuenta o presupuesto disponible, saldo pendiente, fecha de vencimiento. Esto también se puede ver en MyChart.* ☐ Sí ☐ No
4. ¿Cómo desea que se le notifique la tramitación de su pago? ☐ Correo (USPS) ☐ Correo electrónico ☐ MyChart ☐ No me contacte
5. ¿Podemos enviarle cartas a su dirección sobre cambios específicos de la clínica que afecten a su atención? *Ejemplos: Su proveedor ha dejado la organización, la clínica se traslada o su proveedor le recomienda una visita.* ☐ Sí ☐ No
6. ¿Le gustaría recibir el boletín trimestral por correo electrónico de Neighborhood Health Center (NHC)? ☐ Sí ☐ No
7. ¿Podemos enviarle una encuesta sobre su experiencia en NHC? ☐ Sí ☐ No
8. ¿Se ha inscrito o estaría dispuesto a inscribirse en MyChart? *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.* ☐ Sí: continúe con las preguntas 9 a 13 ☐ 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? *Por ejemplo, cuenta bloqueada, nuevo dispositivo conectado, contraseña cambiada, información de contacto modificada, etc.* ☐ Mensaje de texto ☐ Correo electrónico ☐ No me contacte
10. ¿Podemos enviarle un correo electrónico sobre las tareas que debe completar en su cuenta MyChart? ☐ Sí ☐ No
11. ¿Cómo desea que se le notifique si tiene documentos que firmar o actualizaciones de documentos que revisar? ☐ Mensaje de texto ☐ Correo electrónico ☐ MyChart ☐ No me contacte
12. ¿Debemos notificarle por correo electrónico que los resultados de las pruebas, como los de laboratorio, están disponibles? *No proporcionaremos los resultados por correo electrónico, sólo una notificación de que los resultados de laboratorio están disponibles para verlos en MyChart.* ☐ Sí ☐ 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? ☐ Mensaje de texto ☐ Correo electrónico ☐ 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: ☐ Inglés ☐ español ☐ Otros: _____	Necesita intérprete: ☐ Sí ☐ No
¿Añadir como contacto de emergencia? ☐ Sí ☐ No	¿Autorizado para firmar en nombre del padre/madre/tutor legal? ☐ Sí ☐ No ☐ No aplicable	
¿Qué información estamos autorizados a revelar a esta persona? Por favor, marque todo lo que corresponda: ☐ Toda la información ☐ Salud mental ☐ Instrucciones / consejos médicos ☐ Médico ☐ Salud reproductiva ☐ Programación de citas ☐ Dental ☐ Información sobre medicina ☐ Otros: _____		

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

HISTORIAL MÉDICO DE ADULTOS

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

¿Cuál es la razón de su visita?_____

Indique cualquier alergia (medicamentos, ambiental, alimentos, etc.)	**Reacción**

Indique cualquier medicamento que toma actualmente (incluyendo vitaminas, hierbas, pastillas de dieta, medicamentos recetados y medicamentos comprados sin receta)	**Dosis**	**Frecuencia**

¿Qué farmacia usa usted?_____

HISTORIAL MÉDICO PERSONAL

Abuso como adulto	❑ Sí ❑No	Cataratas	❑ Sí ❑No	GERD	❑ Sí ❑No
Abuso cuando era niño	❑ Sí ❑No	Colesterol alto	❑ Sí ❑No	Glaucoma	❑ Sí ❑No
Abuso de sustancias	❑ Sí ❑No	Convulsiones	❑ Sí ❑No	Infarto de miocardio	❑ Sí ❑No
Accidente cerebrovascular	❑ Sí ❑No	Depresión	❑ Sí ❑No	Insuficiencia cardíaca	❑ Sí ❑No
Alergias	❑ Sí ❑No	Diabetes	❑ Sí ❑No	Meningitis	❑ Sí ❑No
Anemia	❑ Sí ❑No	Enfermedad cardíaca	❑ Sí ❑No	Osteoporosis	❑ Sí ❑No
Anemia de células falciformes	❑ Sí ❑No	Enfermedad de la tiroides	❑ Sí ❑No	Presión arterial alta	❑ Sí ❑No
Ansiedad	❑ Sí ❑No	Enfermedad de riñones	❑ Sí ❑No	Soplo cardíaco	❑ Sí ❑No
Artritis/ trastorno de articulaciones	❑ Sí ❑No	Enfermedad de TB	❑ Sí ❑No	Transfusión de sangre	❑ Sí ❑No
Asma	❑ Sí ❑No	Enfermedad del hígado	❑ Sí ❑No	Trastorno de coagulación	❑ Sí ❑No
Ataque cardíaco	❑ Sí ❑No	Enfermedad nerviosa/ muscular	❑ Sí ❑No	VIH/SIDA	❑ Sí ❑No
				Úlceras estomacales	❑ Sí ❑No
Cáncer	❑ Sí ❑No	Enfisema/EPOC	❑ Sí ❑No		
¿Qué tipo? _____					

Indique cualquier otra condición médica:_____

HISTORIAL MÉDICO DE MUJERES

¿Último Papanicolau?_____¿Tuvo resultados normales? ❑ Sí ❑No ¿Tuvo un Papanicolau anormal antes? ❑ Sí ❑No

¿Ha estado alguna vez embarazada? ❑ Sí ❑No ¿Cuándo fue el primer día de su último periodo menstrual?_____

¿Ha estado alguna vez embarazada? ❑ Sí ❑No ¿Cuántas veces ha estado embrazada?_____

¿Cuándo fue su última mamografía?_____

¿Exposición al DES? ❑ Sí ❑No

HISTORIAL DE CIRUGÍAS

Amigdalectomía ❑ Sí ❑No
Apendectomía ❑ Sí ❑No
Cesárea ❑ Sí ❑No
Cirugía cardíaca ❑ Sí ❑No
Cirugía cosmética ❑ Sí ❑No
¿Qué tipo?_____
_____
Cirugía de bypass de la arteria coronaria ❑ Sí ❑No

Cirugía de fracturas ❑ Sí ❑No
Cirugía de la columna ❑ Sí ❑No
Cirugía de la vesícula ❑ Sí ❑No
Cirugía de mama ❑ Sí ❑No
Cirugía de ojos ❑ Sí ❑No
Cirugía del cerebro ❑ Sí ❑No
Cirugía del colon ❑ Sí ❑No
Cirugía del intestino delgado ❑ Sí ❑No

Histerectomía, Reemplazo conjunto completo ❑ Sí ❑No
Ligadura de trompas ❑ Sí ❑No
Reemplazo de válvulas ❑ Sí ❑No
Reparación de hernia ❑ Sí ❑No
Tercera extracción molar ❑ Sí ❑No
Vasectomía ❑ Sí ❑No

Indique cualquier otra cirugía que usted haya tenido: _____

HISTORIA FAMILIAR

❑ Se desconoce el historial médico de la familia ❑ Adoptado(a) Si indicó cáncer, ¿qué tipo de cáncer?_____
Otra condició en el historial médico de la familia:_____

Relación	¿Vive todavía?	Edad	Adicción a drogas/ alcohol	Cáncer	Problemas cardiacos	Diabetes	Colesterol alto	Presión arterial alta	Enfermedad mental
Madre									
Padre									
Hermana									
Hermano									
Hija									
Hijo									

HISTORIAL SOCIAL

Uso do Tabaco ¿Usa actualmente? ❑ Sí ❑No ¿Usó anteriormente? ❑ Sí ❑No ¿Listo(a) para dejarlo?❑ Sí ❑No
Actualmente fumo algunos días? ❑ Sí ❑ No

Tipo de tabaco usado: ❑ Cigarrillos ❑ Pipa ❑Puros ❑Cigarrillos electrónicos ❑Rapé ❑Masticado

¿Cuántos paquetes fuma o fumó anteriormente por día?_____

¿Cuántos años ha fumado o fumó anteriormente?_____ ¿Qué año dejó de fumar?_____

Uso de Drogas ❑ Sí ❑ Nunca ❑ No actualmente

Type:

❑ Anfetaminas
❑ Barbitúricos
❑ Benzodiazepinas
❑ Cannabis
❑ Cocaína
❑ Crack
❑ Disolventes
❑ Drogas inyectables
❑ Estimulantes recetados
❑ Éxtasis
❑ Fenciclidina
❑ Hachís
❑ Heroína
❑ Ketamina
❑ LSD
❑ Mescalina
❑ Methamphetamine
❑ Opiáceos
❑ Oxido nitroso
❑ Psilocibina
❑ Vaping
❑Otro: _____

¿Cómo usa estas drogas? ❑ Fumadas ❑ Inyectadas ❑ Otra:_____ ¿Cuántas veces por semana? _____

Uso de Alcohol ❑ Sí ❑ No ❑ No actualmente

Número de bebidas por semana ____ Vasos de vino (5oz) ____ Latas de cerveza (12oz) ____Tragos de licor (1.5oz)

Sexualmente Activo(a) ❑ Sí ❑ No ❑ No actualmente

Parejas: ❑ Hombres ❑ Mujeres ❑ Ambos ❑ Mujer transgénero ❑ Hombre transgénero ❑ Otro ❑ Elige no revelar ❑ No binario/ Género queer ❑ Interrogatorio

Birth control: ❑ Abstinencia ❑ Píldora ❑ Parche ❑ Capuchón cervical ❑ Condón ❑ Diafragma ❑ Conciencia de fertilidad ❑ Implante ❑ Inyección ❑ DIU ❑SIU ❑ Menopausia ❑Ritmo ❑Espermicida ❑ Esponja ❑ Cirugía ❑ Anillo vaginal ❑ Vasectomía ❑ Retiro ❑ Otro: _____

¿Cuántos hijos tiene usted?_____

Estilo de Vida

¿Hace ejercicio? ❑ Sí ❑ No ¿Cuántas veces por semana? _____ ¿Por cuánto tiempo (horas o minutos)?____

¿Sigue alguna dieta específica? ❑ Sí ❑ No Si responde que sí, ¿qué tipo de dieta? _____

Ambiente en el Hogar

¿Tiene un lugar estable en donde vivir? ❑Sí ❑Sí, pero me procupa perderlo ❑No (temporal, sin hogar, refugio, otro)

¿Con qué frecuencia se siente solo(a)? ❑Nunca ❑Rara vez ❑Algunas veces ❑Con frecuencia ❑Siempre ❑Se negó a responder

¿Cuánto estrés ha experimentado en el último mes? ❑Ninguno ❑Un poquito ❑Algo ❑Bastante ❑Demasiado ❑Negó a responder

¿Tiene a alguien a quien llamar para pedirle ayuda? ❑ Sí ❑ No

Saguridad en sus Relaciones Debido a que muchas personas experimentan una violencia o abuso y esto afecta su salud, estamos preguntando:

¿Con qué frecuencia alguna persona (incluyendo amigos y familiares) le hace a usted lo siguiente?:

Le lastima físicamente:	❑Nunca	❑Rara vez	❑Algunas veces	❑Con cierta frecuencia	❑Muy frecuente
Le insulta o menosprecia:	❑Nunca	❑Rara vez	❑Algunas veces	❑Con cierta frecuencia	❑Muy frecuente
Amenaza con lastimarle:	❑Nunca	❑Rara vez	❑Algunas veces	❑Con cierta frecuencia	❑Muy frecuente
Le grita o dice vulgaridades:	❑Nunca	❑Rara vez	❑Algunas veces	❑Con cierta frecuencia	❑Muy frecuente

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 seria 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?	☐ > 6 meses ☐ 6 meses-1 año ☐ 1-2 años ☐ 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 medico.

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**

NEIGHBORHOOD HEALTH CENTER

----------***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	☐ A. Yes, proof attached ☐ B. Pending, 30-day grace period ☐ 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	☐ A ☐ B ☐ C ☐ D ☐ E
Date Verified	
Reviewed By	
Proof of Income Status: C	
Decision	☐ Approved ☐ Denied
Discount Class	☐ A ☐ B ☐ C ☐ D ☐ 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 a 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 completes
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 completes
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 completes
Servicios de Salud Conductual	$5	$10	$15	$20	100% de las cargas completes
Tarifas de Medicamentos recetadas 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 completes

**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 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

Pertenezco 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.

NEIGHBORHOOD HEALTH CENTER

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	
PFP		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

PFP: 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	
PFP		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

PFP: 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%	
PFP	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

PFP: Pautas federales de pobreza, publicadas por el Fondo de Acceso a la Salud Reproductiva de Oregón 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%	
PFP	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

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

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