

¡Bienvenidos a One Community Health!

Información del Paciente



1. Sobre usted

| | | | |
|--|--|----------------------------------|--------------------|
| Nombre | Nombre preferido | Lenguaje | |
| Dirección de envío | Ciudad, Estado, Código Postal | Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA) | # de seguro social |
| Dirección física (si es diferente del de arriba) | Ciudad, Estado, Código Postal | # Teléfono móvil | # Teléfono de casa |
| Buzón de correo electrónico | El mejor número para usar: <input type="checkbox"/> # Teléfono móvil <input type="checkbox"/> # Teléfono de casa | | |

2. Información del Partido Responsable (si es diferente del de arriba)

| | | | |
|----------------------|----------------------------------|-----------------------------|------------------|
| Nombre | Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA) | Lengua | |
| Dirección de envío | Ciudad, Estado, Código Postal | # de seguro | # Teléfono móvil |
| Relación al Paciente | Teléfono de casa # | Buzón de correo electrónico | |

3. Seguro Médico

| | | | | | |
|-----------------------------------|-------------------|--------------------------|-----------------------------------|-------------------|----------------------|
| Seguro Médico Principal | # de Póliza | Seguro Médico Secundario | # de Póliza | | |
| Nombre del Seguro Médico | # de Grupo | Nombre del Seguro Médico | # de Grupo | | |
| Fecha de nacimiento del Asegurado | Fecha de Vigencia | Fecha de Vencimiento | Fecha de nacimiento del Asegurado | Fecha de Vigencia | Fecha de Vencimiento |

Compartiendo su Visita con su Doctor de Cabecera



One Community Health (OCH) solamente revelará la Información Médica Protegida (PHI por sus siglas en inglés) de acuerdo a lo permitido por las leyes de confidencialidad del paciente. OCH se reserva el derecho de usar o divulgar el PHI de los pacientes sin su consentimiento en la medida de lo permitido por la ley aplicable, e incluye sin limitación alguna los usos o divulgaciones identificadas en el Aviso de Prácticas de Privacidad de OCH.

Paciente

| | |
|--------|----------------------------------|
| Nombre | Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA) |
|--------|----------------------------------|

Nombre del Proveedor

| | |
|--------------------|-------------------------------|
| Nombre | Número(s) de teléfono |
| Dirección de envío | Ciudad, Estado, Código Postal |

Información protegida para compartir

Cierta información no puede ser liberada sin autorización específica según lo requiera la ley estatal o federal. Al marcar las casillas específicas a continuación, usted autoriza la divulgación de la siguiente información protegida con su proveedor:

- Diagnósticos, pronóstico y tratamiento de salud mental
- Diagnósticos, pronóstico y tratamiento del uso de sustancias
- Información sobre embarazo
- Virus del VIH/SIDA
- Enfermedades de transmisión sexual

Autorización

- He leído y entiendo completamente el consentimiento de arriba para librar información a mi proveedor de cuidado esencial.
- Este acuerdo quedará vigente mientras estoy inscrito en Hood River Valley High School o hasta ser revocado por mí por escrito. Si es revocado, yo entiendo que la revocación no afectará utilización o revelación de información que ya sucedió.

| | |
|----------------------------------|------------------------------------|
| Firma del paciente/representante | Fecha |
| Nombre impreso | Relación de representante personal |

Consentimiento para divulgar verbalmente información de salud



One Community Health (OCH) solo liberara Información De Salud Protegida (PHI por siglas en inglés) al ser permitido por las leyes sobre la confidencialidad del paciente. OCH reserva el derecho de usar o divulgar la PHI del paciente sin el consentimiento del paciente en la medida permitida por la ley aplicable, incluyendo, pero no limitado a los usos o divulgaciones identificados en el aviso de prácticas de privacidad de OCH.

Paciente

| | |
|--------|----------------------------------|
| Nombre | Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA) |
|--------|----------------------------------|

Número(s) de teléfono autorizado

Yo autorizo al personal de OCH a dejar mensajes de correo de voz detallados en el siguiente número(s) de teléfono:

| |
|-----------------------|
| Número(s) de teléfono |
|-----------------------|

Persona(s) Autorizado

Por la presente autorizo al personal de OCH a discutir mi PHI con la siguiente persona(s):

| Nombre | Relación | Número de teléfono |
|--------|----------|--------------------|
| | | |
| | | |

Cierta información no puede ser liberada sin autorización específica según lo requiera la ley estatal o federal. Al marcar las casillas específicas a continuación, usted autoriza la divulgación de la siguiente información protegida con la familia o amigo listados:

- Diagnósticos, pronóstico y tratamiento de salud mental
- Diagnósticos, pronóstico y tratamiento del uso de sustancias
- Información sobre embarazo
- Virus del VIH/SIDA
- Enfermedades de transmisión sexual

Autorización

- Entiendo que esta autorización es válida, siempre y cuando soy un paciente de OCH, revoco mi autorización.
- Entiendo que puedo revocar esta autorización por escrito en cualquier momento, pero que la revocación de esta autorización no se aplicará a la información ya liberada.
- Esta autorización permite la comunicación verbal (tanto en persona como en el teléfono) entre OCH y la persona designada (s) en este formulario. No permite que se liberen copias de expedientes médicos.
- Este formulario no es válido a menos que esté firmado y fechado.

| | |
|----------------------------------|-------|
| Firma del paciente/representante | Fecha |
|----------------------------------|-------|

| | |
|----------------|------------------------------------|
| Nombre impreso | Relación de representante personal |
|----------------|------------------------------------|

Petición para Descuentos



Para su asistencia, tenemos un programa de descuentos. Para saber si califica, por favor dénos la siguiente información.

Recursos de ingresos :

- Impuestos del año previo
- Sueldos y salarios
- Desempleo
- Auto-empleo
- Seguro Social/ SSI
- Compensación de Trabajadores
- Incapacidad
- Beneficios de veterano (VA)
- Fondos de pensión
- Becas
- Asistencia Pública/ Estampillas de comida

Proporcione información en cuanto a su composición

¿Cuántas personas se mantienen con estos ingresos? Use el número de personas quienes viven en la misma vivienda y quienes comparten los mismos ingresos, comida y renta. Ese número puede incluir usted, su esposa(o), y/o cualquier dependiente.

| Nombre | Fecha de nacimiento |
|--------|---------------------|
| 1. | |
| 2. | |
| 3. | |
| 4. | |
| 5. | |
| 6. | |
| 7. | |
| 8. | |

FOR OFFICE USE ONLY

All fields must be completed. Attach all proof(s) of income to this application. Run two tapes on calculator and attach to form.

| | |
|------------------------|--|
| Verified annual income | |
| # in Household | |
| Discount Level | |
| Proof of income | |
| Approved by | |
| Staff Name | |
| Date entered | |
| Chart # | |
| Account # | |

Billing Department Review by _____

Date _____

Auto declarado/sin ingresos (aceptable para UNA CITA SOLAMENTE)

¿Cómo recibe comida y alberga/refugio?

Marque todo lo que es aplicable a su situación corriente:

- En parques/calles/debajo puentes
- Vivo en carro
- Hotel / motel
- Me quedo con otros—no renta
- Acampando/viajando sin ingresos
- Recientemente encarcelado

Autorización

En cuanto a lo mejor de mi reconocimiento, la información dada es verdad y correcta. Doy a La Clínica del Cariño permiso para verificar información sobre mi estado financiero. Entiendo que esta información debe ser proveída dentro de 30 días de la fecha de la visita para calificar para descuentos, y si no doy prueba de ingresos, seré responsable por el costo entero de la visita.

Firma del Paciente/Garante _____

Fecha de hoy _____

¡Ayúdenos a ayudarlo!

Cuestionario de Ingresos



Somos un centro de salud comunitario y estamos obligados a recopilar información de ingresos de todos los pacientes. Esta información nos ayuda a proporcionarle servicios y a recibir fondos de subvención para ayudarlo. Por favor llene este formulario, todas las respuestas son confidenciales y no se comparten con ninguna otra organización o programa.

Persona Responsable / Garante

Nombre

Fecha

1. Número de personas que viven en su hogar (por favor encierre en un círculo la respuesta):

1 2 3 4 5 6 7 8 Otro: _____

2. Ingresos del hogar estimados: (marque la casilla más precisa a continuación) en dólares:

- | | | | | |
|--|--|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> \$0-5,000 | <input type="checkbox"/> \$25,001-30,000 | <input type="checkbox"/> \$50,001-55,000 | <input type="checkbox"/> \$75,001-80,000 | <input type="checkbox"/> \$100,001-110,000 |
| <input type="checkbox"/> \$5,001-10,000 | <input type="checkbox"/> \$30,001-35,000 | <input type="checkbox"/> \$55,001-60,000 | <input type="checkbox"/> \$80,001-85,000 | <input type="checkbox"/> \$110,001-120,000 |
| <input type="checkbox"/> \$10,001-15,000 | <input type="checkbox"/> \$35,001-40,000 | <input type="checkbox"/> \$60,001-65,000 | <input type="checkbox"/> \$85,001-90,000 | <input type="checkbox"/> \$120,001-130,000 |
| <input type="checkbox"/> \$15,001-20,000 | <input type="checkbox"/> \$40,001-45,000 | <input type="checkbox"/> \$65,001-70,000 | <input type="checkbox"/> \$90,001-95,000 | <input type="checkbox"/> \$130,001-140,000 |
| <input type="checkbox"/> \$20,001-25,000 | <input type="checkbox"/> \$45,001-50,000 | <input type="checkbox"/> \$70,001-75,000 | <input type="checkbox"/> \$95,001-100,000 | <input type="checkbox"/> Otro _____ |
| <input type="checkbox"/> Rechazar | | | | |

Cuidador Autorizado para Menores

Padre/ Guardian Legal

| Apellido | Nombre | Relacion al Menor |
|----------|--------|-------------------|
| | | |

Nombre del Menor

| Nombre |
|--------|
| |

Persona(s) Autorizado

| Nombre | Relaion al paciente |
|--------|---------------------|
| | |
| | |
| | |
| | |

Autorizacion

Por la presente doy mi autorización y consentimiento para que la(s) persona(s) nombrada(s) a continuación consienta(n) la atención y tratamiento médico/dental de mi(s) hijo(s). Por la presente autorizo y concedo que la(s) persona(s) nombrada(s) a continuación tiene(n) permiso para firmar para cualquier procedimiento médico/dental o tratamientos que se consideren necesarios para el bienestar de mi(s) hijo(s).

Estoy, por este documento, representando que tengo la autoridad para dar consentimiento a otra(s) persona(s) para que consienta(n) toda la atención y tratamiento médico/dental de dicho niño(s).

Firma del Padre/ Guerdian Legal

Fecha