



Community Health Center

Familia	Apellido	Segundo nombre	Nombre	Fecha de Nacimiento	Sexo m-f	Raza	Estado Civil	Número de Seguro Social (opcional)
Paciente								
Guardián Responsable								
Pareja								

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____

Código Postal: _____ Condado: _____

Números de Teléfono: (Casa) _____ (trabajo) _____ Cell _____

Correo electrónico: _____

Acuerdo de parte responsable (pueda que se solicite prueba del acuerdo de custodia/tutela de un adulto dependiente):

#1 Nombre de padre: _____ Teléfono: _____

Custodia (indicé): Primaria / Secundaria / Igual / Suspendida / Terminada

#2 Nombre de padre: _____ Teléfono: _____

Custodia (indicé): Primaria / Secundaria / Igual / Suspendida / Terminada

Tutor/a: _____ Teléfono: _____

Descripción de autoridad legal _____

Estatus miliario: Ninguno Activo Retirado o Jubilado Veterano

Estatus estudiantil: Ninguno Medio tiempo Tiempo completo

Etnicidad hispana o Latina: Si No

Situación de vivienda: Propio Alquilo Vivo con amigos/as o familia Sin hogar

*Sí alquila ¿recibe asistencia para el alquiler (HUD, MIRHA, Shelter plus Care, otro)? Si No

Si tiene empleo, porfavor dejen saber dónde _____ Tiempo completo (40 horas a la semana) Medio tiempo

Autónomo- cuenta propia Retirado o Jubilado desempleado

¿DESEA SER EVALUADO PARA SERVICIO DE DESCUENTO? SI NO

Si respondió Si, por favor pida información sobre la verificación de ingresos a nuestra asesora financiera.

Por favor estima sus ingresos mensuales a continuación. **Solo recopilamos estos datos para los fines de nuestra subvención federal para continuar recibiendo fondos para quienes no tienen seguro y necesitan nuestros servicios.** Por favor ayúdenos a mantener nuestros servicios de red de seguridad para quienes necesitan atención médica. Su nombre no se utilizará al reportar esta información para los fines de nuestra subvención, ni se compartirá con ninguna otra entidad. Por favor indique su nivel de ingresos mensuales de acuerdo con el tamaño de su hogar.

Volteé para completar el registro

Tamaño de Hogar	Ingresos mensuales				
1	< \$1,256	< \$1,670	< \$2,084	< \$2,510	\$2,511 +
2	< \$1,704	< \$2,266	< \$2,829	< \$3,407	\$3,408 +
3	< \$2,153	< \$2,863	< \$3,573	< \$4,303	\$4,304 +
4	< \$2,601	< \$3,459	< \$4,317	< \$5,200	\$5,201 +
5	< \$3,049	< \$4,055	< \$5,061	< \$6,097	\$6,098 +
6	< \$3,498	< \$4,652	< \$5,805	< \$6,993	\$6,994 +
7	< \$3,946	< \$5,248	< \$6,550	< \$7,890	\$7,891 +
8	< \$4,394	< \$5,844	< \$7,294	< \$8,787	\$8,788 +

¿Como es que usted escucho de nuestra clínica?

- Televisión Radio Periódico Folleto Referencia de otro paciente o médico
 Redes Sociales Otro: _____

¿Cómo le gustaría que no comuniquemos con usted para recordarle sobre su citas?

Llamada de teléfono o Mensaje de texto

Yo autorizo a CHCFD a dejar un mensaje detallado en mi teléfono (indique uno): Si No

Nombre de Contacto de emergencia (Persona a contactar en caso de una emergencia que NO vive en su hogar)

Nombre: _____ Teléfono: _____ Relación: _____

Yo autorizo a CHCFD a revelar mi información general a los siguiente:

(ejemplos: Horarios de citas/recoger recetas/reservar o cancelar citas)

Nombre: _____ Teléfono: _____ Relación: _____

Nombre: _____ Teléfono: _____ Relación: _____

Acuerdo de Pago: Por lo presente certifico que la información anterior es verdadera y que he informado todas las fuentes de ingresos que recibo para mantener a mi familia. Acepto hacer pagos puntuales y completos por cualquier cargo por los servicios recibidos y proporcionados por Community Health Center of Fort Dodge, Inc. De acuerdo con las tarifas establecidas. **Acepto pagar puntalmente los cargos que mis compañías de seguro medico consideren no cubiertos o que sean mi responsabilidad después de que se haya procesado el reclamo.** En caso de falta de pago, incumplimiento de los términos de mi plan de pago o no realizar un plan de pago, seré responsable de cualquier cargo adicional por pago atrasado asociado con mi factura atrasada. He leído todos los términos anteriores y por lo presente asumo la responsabilidad de pagar cualquier cargo de acuerdo con estos términos.

Asignación de Beneficios: Por lo presente asigno y autorizo pago directo a Community Health Center of Fort Dodge, Inc. De toda cobertura de seguro u otros beneficios bajo cualquier programa gubernamental, cualquier póliza o plan de seguro, o cualquier otro beneficio disponible. Esta asignación permanecerá en efecto hasta que sea revocada por escrito.

Consentimiento para el tratamiento: Por lo presente solicito y doy consentimiento para que los profesionales de atención de Community Health Center of Fort Dodge, Inc. Me brindan tratamiento a mí y/o a mi familia.

Consentimiento para revelar información protegida: Yo autorizo a Community Health Center of Fort Dodge, Inc. A divulgar información relacionada con el paciente a compañías de seguros, planes de salud o terceros pagadores, o sus agentes autorizados, con el fin de determinar los beneficios pagaderos en relación con los servicios proporcionados.

Community Health Center of Fort Dodge, Inc. es parte de un acuerdo de atención médica organizada que incluye a los participantes de OCHIN. Una lista actualizada de participantes de OCHIN está disponible en el sitio web www.ochin.org. Como socio commercial de Community Health Center of Fort Dodge, Inc. OCHIN proporciona tecnología de información y servicios relacionados a Community Health Center of Fort Dodge, Inc. y otros participantes de OCHIN. OCHIN también participa en actividades de evaluación y mejoría de calidad por parte de sus participantes. Por ejemplo, OCHIN coordina actividades de revisión clínica por parte de las organizaciones participantes para establecer estándares de mejores prácticas y acceder a los beneficios clínicos que pueden derivarse del uso de sistemas de registros médicos electrónicos. OCHIN también ayuda a los participantes a trabajar en colaboración para mejorar la gestión de referencias de pacientes internas y externas. Community Health Center of Fort Dodge puede compartir su información de salud con otros participantes de OCHIN cuando sea necesario para los fines de operación de atención médica por el acuerdo de atención médica organizado. Nuestra clínica puede usar herramientas con inteligencia artificial para mejorar su atención, pero todas las decisiones son revisadas por su proveedor de atención médica.



Sobre nuestro aviso de Prácticas de Privacidad

Estamos comprometidos a proteger su información personal de salud de conforme la ley. El aviso o Prácticas de Privacidad adjunto establece:

- Nuestras obligaciones bajo la ley con respecto a su información personal de salud.
- Cómo Podemos usar y divulgar la información de salud que guardamos sobre usted.
- Sus derechos en relación con su información de salud personal.
- Nuestros derechos a cambiar nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad.
- Cómo presentar una queja si cree que se han violado sus derechos de privacidad.
- Las condiciones que se aplican a usos y divulgaciones no descritas en este aviso.
- La persona para contactar para obtener más información sobre nuestras prácticas de privacidad es nuestro oficial de seguridad.

Estamos obligados por ley a darle una copia de este aviso y a obtener su reconocimiento por escrito de que ha recibido una copia de este aviso.

Por lo presente reconozco que he recibido una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad:

Fecha de nacimiento del paciente: _____

Nombre del paciente: _____

Fecha: _____

Firma del paciente o persona responsable

Fecha:

Descripción de la autoridad legal para actuar en nombre del paciente.

La práctica de privacidad completa está disponible a pedido.



Community Health Center of Fort Dodge, Inc.

Acuerdo de Citas perdidas

Nombre del Paciente

Fecha de nacimiento.

Lo valoramos como nuestro paciente y necesitamos su cooperación para cumplir con las citas para que podamos brindarle atención médica, dental y de salud mental. Faltar o cancelar una cita tarde significa que no podemos ocupar el tiempo de esta cita con otro paciente que necesita atención desesperadamente.

Nuestra política requiere **(ponga sus iniciales en cada casilla después de leer):**

Confirmación de cita: Debe enviar un mensaje de texto o llamar para confirmar su cita el día hábil o día laboral anterior. Nuestra clínica cierra a las 5:00 p.m. Es su responsabilidad llamar. Si no llama para confirma, le daremos su cita a otra paciente. Esto se considerará una cita perdida.

Cancelaciones Puntuales: Si necesita cancelar o reprogramar su cita, debe avisarnos con al menos 24 horas de antelación. Las cancelaciones realizadas con menos de 24 horas de antelación se considerarán citas perdidas.

Llegadas puntuales: Si llega más de 15 minutos tarde a su cita, podremos dar su cita a otro paciente. Esto se considerará una cita perdida.

Cumplimiento: A los pacientes solo se les permite TRES citas pdidas en un período de 12 meses. Después de la tercera cita perdida, no se le programarán citas, pero podrá utilizar nuestra clínica como paciente del "mismo día".

Muchos pacientes utilizan los servicios de Community Health Center de Fort Dodge Inc. Su ayuda para asistir a sus citas nos permite brindar una atención mejor y mas oportuna a todos nuestros pacientes.

Firma de Paciente o padre/guardián

Fecha

Descripción de la autoridad legal para actuar en nombre del paciente