

DESCARGO DE RESPONSABILIDAD: Como Centro de Salud Calificado Federalmente (FQHC) estamos obligados a pedir la información mencionada abajo. Sabemos que esta es información muy personal. Por lo tanto, queremos que sepa que sus respuestas se mantendrán en la más estricta confidencialidad. La información recopilada se usa solo como un total de nuestra base de datos, por lo que de ninguna manera identifica a una persona o familia específica. La información recopilada ayuda a dar forma a futuros programas y servicios que estarán disponibles en nuestras clínicas, y a nivel local, estatal y federal. Gracias por su participación.



Complete este formulario para registrarse como paciente de Northwest Health Services.

| | | | | | | | |
|--|-------------------|--|---------|---|--|--|--|
| Fecha de hoy: | | Proveedor de Northwest Health Care: | | | | | |
| Información del paciente (escriba en letra de molde) | | | | | | | |
| Apellido: | | Primer nombre: | | Segundo nombre: | | Sufijo: <input type="checkbox"/> Jr. <input type="checkbox"/> Sr. <input type="checkbox"/> Otro | |
| Nombre anterior: | Nombre preferido: | N.º de Seguro Social: | | Fecha de nacimiento: / / | Sexo asignado al nacer: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino | | |
| Dirección de facturación | | Ciudad: | Estado: | Código postal: | País: | Condado: | |
| Domicilio (si es diferente): | | Ciudad: | Estado: | Código postal: | País: | Condado: | |
| Teléfono de casa: | | Teléfono de trabajo: | | | Teléfono celular: | | |
| Dirección de correo electrónico: | | | | | | | |
| Identidad de género: <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Femenino-a-masculino (FTM) <i>Hombre transgénero</i> <input type="checkbox"/> Masculino-a-femenino (MTF) <i>Mujer transgénero</i> <input type="checkbox"/> Elijo no revelar <input type="checkbox"/> Otro | | Orientación sexual: <input type="checkbox"/> Lesbiana o gay <input type="checkbox"/> Heterosexual <input type="checkbox"/> Bisexual <input type="checkbox"/> Algo más <input type="checkbox"/> No sabe <input type="checkbox"/> Elige no revelar <input type="checkbox"/> Lo desconoce | | Estado civil: <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Legalmente separado <input type="checkbox"/> Compañero de vida <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Se niega a especificar | | Condición de estudiante: <input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> No es estudiante <input type="checkbox"/> Tiempo parcial Aviso al paciente: (marque todos los que corresponden) <input type="checkbox"/> Correo electrónico <input type="checkbox"/> Llamada telefónica <input type="checkbox"/> Mensaje de texto <input type="checkbox"/> Portal para pacientes | |
| Raza: <i>marque todos los que corresponden</i> <input type="checkbox"/> Indio americano/nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro/afroamericano <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái <input type="checkbox"/> De otras islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Se niega a informar | | Origen étnico: <input type="checkbox"/> Hispano/latino <input type="checkbox"/> No hispano/latino <input type="checkbox"/> Lo desconoce <input type="checkbox"/> Se niega a informar | | Lenguaje preferido: <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Francés <input type="checkbox"/> Alemán <input type="checkbox"/> Japones <input type="checkbox"/> Italiano <input type="checkbox"/> Sudanés <input type="checkbox"/> Birmano <input type="checkbox"/> Tigrina <input type="checkbox"/> Se niega a informar <input type="checkbox"/> Otro _____ | | Preferencia para comunicación: <input type="checkbox"/> Teléfono celular <input type="checkbox"/> Teléfono de casa <input type="checkbox"/> Teléfono de trabajo <input type="checkbox"/> No llamar a la casa <input type="checkbox"/> No llamar al trabajo <input type="checkbox"/> No dejar mensaje <input type="checkbox"/> Está bien dejar mensaje | |
| Contacto con el paciente: <i>(marque todos los que corresponden)</i> <input type="checkbox"/> Mensaje de texto <input type="checkbox"/> Correo electrónico <input type="checkbox"/> Portal para pacientes | | ¿Cómo se enteró de nosotros? <input type="checkbox"/> Cartel <input type="checkbox"/> Google <input type="checkbox"/> Facebook/Instagram <input type="checkbox"/> Comercial de TV <input type="checkbox"/> Radio <input type="checkbox"/> Boca a boca/comunidad <input type="checkbox"/> Difusión <input type="checkbox"/> Otro: | | | | | |



MÉDICO



DENTAL



CONSEJERÍA



FARMACIA

UN PROVEEDOR CON DESCUENTO EN MEDICAMENTOS 340B



Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento _____

RESPONSABLE DE LA FACTURA

| | | | | | | |
|-----------------------|-----------------------------|---|--------------------|-------------------|----------|--|
| Apellido: | Primer nombre: | Segundo nombre: | Apellido anterior: | | | |
| N.º de Seguro Social: | Fecha de nacimiento: / / | Relación: <input type="checkbox"/> Paciente <input type="checkbox"/> Padre/madre <input type="checkbox"/> Compañero de vida <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Otro | | | | |
| Dirección: | Ciudad: | Estado: | Código postal: | País: | Condado: | |
| Teléfono de casa: | Teléfono de trabajo: | | | Teléfono celular: | | |

INFORMACIÓN DEL EMPLEADOR

| | | | | | |
|--------------------------|---|---------|----------------------|-----------------------------|----------|
| Nombre del empleador: | | | | | |
| Dirección del empleador: | Ciudad: | Estado: | Código postal: | País: | Condado: |
| Ocupación: | Situación laboral: <input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> Tiempo parcial <input type="checkbox"/> Sin empleo <input type="checkbox"/> Servicio activo <input type="checkbox"/> Jubilado <input type="checkbox"/> Trabaja por cuenta propia | | Teléfono de trabajo: | Fecha de jubilación: / / | |

CONTACTO DE EMERGENCIA/FAMILIAR MÁS CERCANO

| | | | | | |
|------------|----------------|-----------|-----------|----------------|--|
| Apellido: | Primer nombre: | Relación: | Teléfono: | | |
| Dirección: | | Ciudad: | Estado: | Código postal: | |

INFORMACIÓN DEL SEGURO: La tarjeta DEBE entregarse al representante de la recepción

| | | |
|--|---|-----------|
| Seguro primario: <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> BCBS <input type="checkbox"/> United Healthcare <input type="checkbox"/> Otro _____ | | |
| Nombre del titular de la póliza: | Fecha de nacimiento del titular de la póliza: | Relación: |
| Seguro secundario: <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> BCBS <input type="checkbox"/> United Healthcare <input type="checkbox"/> Otro _____ | | |
| Nombre del titular de la póliza: | Fecha de nacimiento del titular de la póliza: | Relación: |



MÉDICO



DENTAL



CONSEJERÍA



FARMACIA

UN PROVEEDOR CON DESCUENTO EN MEDICAMENTOS 340B

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento _____

SITUACIÓN DE VIVIENDA Y ESTATUS DE TRABAJADOR

| | | | |
|---|--|--|---|
| Situación sin hogar: <input type="checkbox"/> Compartiendo <input type="checkbox"/> En la calle <input type="checkbox"/> No está sin hogar <input type="checkbox"/> Transicional <input type="checkbox"/> Albergue <input type="checkbox"/> No sabe | | Estatus de trabajador migrante: <input type="checkbox"/> Migrante <input type="checkbox"/> No es un trabajador agrícola <input type="checkbox"/> Trabajador de temporada | ¿Ha servido alguna vez en las fuerzas armadas? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí |
|---|--|--|---|

TABLA DE INGRESOS

| Tamaño de la familia | | | | | |
|----------------------|---|--|--|--|--|
| 1 | <input type="checkbox"/> \$0 - \$13,590 | <input type="checkbox"/> \$13,591 - \$16,988 | <input type="checkbox"/> \$16,989 - \$20,385 | <input type="checkbox"/> \$20,386 - \$27,180 | <input type="checkbox"/> Más de \$27,181 |
| 2 | <input type="checkbox"/> \$0 - \$18,310 | <input type="checkbox"/> \$18,311 - \$22,888 | <input type="checkbox"/> \$22,889 - \$27,465 | <input type="checkbox"/> \$27,466 - \$36,620 | <input type="checkbox"/> Más de \$36,621 |
| 3 | <input type="checkbox"/> \$0 - \$23,030 | <input type="checkbox"/> \$23,031 - \$28,788 | <input type="checkbox"/> \$28,789 - \$34,545 | <input type="checkbox"/> \$34,546 - \$46,060 | <input type="checkbox"/> Más de \$46,061 |
| 4 | <input type="checkbox"/> \$0 - \$27,750 | <input type="checkbox"/> \$27,751 - \$34,688 | <input type="checkbox"/> \$34,689 - \$41,625 | <input type="checkbox"/> \$41,626 - \$55,500 | <input type="checkbox"/> Más de \$55,501 |
| 5 | <input type="checkbox"/> \$0 - \$32,470 | <input type="checkbox"/> \$32,471 - \$40,588 | <input type="checkbox"/> \$40,589 - \$48,705 | <input type="checkbox"/> \$48,706 - \$64,940 | <input type="checkbox"/> Más de \$64,941 |
| 6 | <input type="checkbox"/> \$0 - \$37,190 | <input type="checkbox"/> \$37,191 - \$46,488 | <input type="checkbox"/> \$46,489 - \$55,785 | <input type="checkbox"/> \$55,786 - \$74,380 | <input type="checkbox"/> Más de \$74,381 |
| 7 | <input type="checkbox"/> \$0 - \$41,910 | <input type="checkbox"/> \$41,911 - \$52,388 | <input type="checkbox"/> \$52,389 - \$62,865 | <input type="checkbox"/> \$62,866 - \$83,820 | <input type="checkbox"/> Más de \$83,821 |
| 8 | <input type="checkbox"/> \$0 - \$46,630 | <input type="checkbox"/> \$46,631 - \$58,288 | <input type="checkbox"/> \$58,289 - \$69,945 | <input type="checkbox"/> \$69,946 - \$93,260 | <input type="checkbox"/> Más de \$93,261 |



MÉDICO



DENTAL



CONSEJERÍA



FARMACIA

UN PROVEEDOR CON DESCUENTO EN MEDICAMENTOS 340B



LEA Y FIRME ESTA SECCIÓN

Yo, el paciente o padre/madre/tutor de este paciente, tengo la responsabilidad legal y el derecho a obtener tratamiento y, además:

- Entiendo que este consentimiento es válido por un año a partir de la fecha indicada abajo.
- Autorizo que el proveedor de atención médica dé el tratamiento necesario. Esta atención puede incluir, entre otros:
 - Radiología para diagnosticar un problema
 - Toma de muestras de sangre para detectar enfermedades contagiosas como hepatitis y VIH/sida
 - Toma de muestras de fluidos corporales o tejido corporal
 - Administración de medicamentos, inmunizaciones y vacunas
 - Servicios dentales
 - Servicios de salud conductual
- Autorizo que mi proveedor dé el tratamiento en emergencias si puede salvar la vida o la salud mía/de este paciente.
- Acepto que la atención en NHS enfatiza la coordinación de la atención y la comunicación en lo que nosotros, como equipo, consideramos mejor para el paciente.
- Entiendo que tengo derecho a rechazar cualquier tratamiento recomendado con el que no esté de acuerdo,

SEGURO Y PAGO

- Entiendo que el copago/pago total vence en el momento del servicio.
- Si el copago o el saldo pendiente del paciente no se puede pagar en el momento del servicio, y la naturaleza de la visita no es una emergencia según lo determinado por la política de clasificación del NHS, puede que reprogramen la cita.
- Entiendo que NHS ofrece el programa de descuento para personas sin seguro médico que pagan por cuenta propia y no califican para el Programa de descuento del cargo según la escala variable (Sliding Fee Discount) de NHS. Para recibir el programa de descuento para personas sin seguro:
 - Es necesario un pago de \$100 en el momento del servicio.
 - Se aplicará un 20 % de descuento sobre el total de los cargos y
 - El saldo restante se le facturará al paciente y deberá pagarlo al recibir el servicio.
- Entiendo que el NHS cobrará un cargo por cheques rechazados. Después de dos cheques rechazados, solo se aceptará el pago con efectivo o con tarjeta de débito/crédito.
- Entiendo que NHS acepta Medicare, Medicaid y la mayoría de los principales seguros comerciales.
- Autorizo a Northwest Health Services, Inc. (NHS) a revelar a Medicare/Medicaid/el seguro la información médica privada necesaria para procesar mis reclamos o los del paciente.
- Acepto que NHS presentará el reclamo y complete los pasos para cobrar el pago del seguro.
- Autorizo que Medicare/Medicaid/el seguro pague directamente a NHS.
- Acepto que si Medicare/Medicaid/el seguro no paga el reclamo en su totalidad, yo soy responsable del saldo restante.

Firma: _____ Fecha: _____

QUEJAS

Si cree que se violaron sus derechos de privacidad, puede presentarnos una queja. Debe presentar las quejas por escrito en el formulario que NHS le entrega. Para obtener un formulario, comuníquese con el director de Cumplimiento (Compliance) al (816) 271-8227. También puede presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles (Office for Civil Rights) del Departamento de Salud y Servicios Humanos (Department of Health and Human Services) de EE. UU. **No lo sancionarán por presentar una queja.**



MÉDICO



DENTAL



CONSEJERÍA



FARMACIA

UN PROVEEDOR CON DESCUENTO EN MEDICAMENTOS 340B



¿QUIÉN PUEDE TENER SU INFORMACIÓN MÉDICA?

Complete este formulario. En él nos dirá qué familiares y amigos tienen permiso para tener su información médica.

| | | | |
|---|------------|----------------------|----------------|
| Nombre del paciente: | | Fecha de nacimiento: | |
| SOBRE ESTE FORMULARIO: | | | |
| <ul style="list-style-type: none">• Permite que las personas que se mencionan abajo tengan información sobre su atención médica o pago.• Informa a las personas que se mencionan abajo su ubicación, salud o muerte. | | | |
| ESTAS PERSONAS PUEDEN TENER MI INFORMACIÓN MÉDICA: | | | |
| 1. Nombre: | | Relación con usted: | |
| Teléfono: | Dirección: | | |
| Ciudad: | | Estado: | Código postal: |
| 2. Nombre: | | Relación con usted: | |
| Teléfono: | Dirección: | | |
| Ciudad: | | Estado: | Código postal: |
| 3. Nombre: | | Relación con usted: | |
| Teléfono: | Dirección: | | |
| Ciudad: | | Estado: | Código postal: |
| FIRME AQUÍ: | | | |
| <p>Firmando abajo, autorizo a Northwest Health Services a hablar sobre mi información médica o revelarla a las personas mencionadas arriba. Marque todo lo que apruebe:</p> <p><input type="checkbox"/> Toda la información</p> <p><input type="checkbox"/> Información de facturación <input type="checkbox"/> Información de la cita <input type="checkbox"/> Resultados de los análisis de laboratorio</p> <p><input type="checkbox"/> Resultados de las pruebas de VIH <input type="checkbox"/> Tratamientos</p> <p><input type="checkbox"/> Servicios de salud conductual <input type="checkbox"/> Abuso de sustancias <input type="checkbox"/> Servicios dentales</p> <p><input type="checkbox"/> Otros _____</p> | | | |
| Firma del paciente/tutor: | | Fecha de hoy | |
| Su permiso vence en un año a menos que se cancele por escrito. | | | |