



Community Health Centers

Formulario de Registro

Información de Paciente

(Patient Information)

Nombre: (Apellido/Last Name) (Primer Nombre/First Name)(Segundo Nombre/Second Name)(Prefiero ser llamado por/Preferred Name)

Dirección: (Address)

(Ciudad/City) (Estado/State) (Código Postal/Zip Code)

Teléfono Principal: (Primary Number) Teléfono alternativo: (Secondary Number)

Casa(Home) Celular(Cell) Trabajo(Work) Casa(Home) Celular(Cell) Trabajo(Work)

Email:

Gustaría usar esto como una comunicación con tu proveedor a través del portal para pacientes de API? Would you like to use this as communication with your provider and to receive test/lab results via Patient Portal

Si(Yes) No(No)

Como desea ser contactado? Teléfono(Phone): Texto(Text): Correo electrónico(Email): How would you like us to contact you?

Para texto, pueden aplicarse tarifas estándar de mensajería de texto. For text, standard text messaging rates may apply.

Cuál es la mejor dirección para mandar información medico si es necesario: What is the best address to send medical information if necessary:

(Dirección/Address) (Ciudad/City) (Estado/State) (Código Postal/Zipcode)

Fecha de Nacimiento: Date Of Birth

Numero de Seguro Social: SSN

Genero a fecha de Nacimiento: What Sex were you assigned at Birth?

Condición de Estudiante: Student Status

Femenino(Female) Masculino(Male)

Tiempo Completo(Full Time) Tiempo Parcial(Part Time)

Estado Civil: Marital Status:

Situación Laboral: Employment Status

Casado(Married) Divorciado(Divorced) Legalmente separado(Legally Separated) Solo(Single) Viudo(Widowed)

Autónomo/a(Self Employed) Desempleado/a(Unemployed) Jubilado/a(Retired) Militar Activo(Military) Tiempo Completo(Full Time) Tiempo Parcial(Part Time)

Comprendemos que las preguntas a continuación son nuevas. Esta información ayuda a proporcionarle la mejor atención de calidad. Hay una opción de no revelar a cada una de las preguntas. AxessPointe no discrimina en base a esta información.

Te piensas como? Do you think of yourself as

Cual es su identidad actual de genero? What is your Current Gender Identity

Algo más(Something else) Bisexual Derecho(Straight) Lesbiana/gay Nieto a reportar(Choose not to disclose)

Elige no revelar(Choose not to disclose) Femenino(Female) Masculino(Male) Otro(Other) Transgénico(Transgender)



Community Health Centers

Formulario de Registro (cont)

Nombre y Dirección de Empleador: _____

(Name and Address of Employer)

(Ciudad/City)(Estado/Staate) (Código Postal/Zip Code) (Telefono/Phone)

Preferencia de farmacia: _____

(Preferred Pharmacy)

(Nombre de Farmacia/Name of Pharmacy) (Ciudad/City) (Número de Teléfono/Phone)

Contacto de Emergencia: _____

(Emergency Contact)

(Apellido/Last Name) (Primer Nombre/First Name) (Relación/Relation)

(Dirección/Adress) (Ciudad/City) (Estado/State) (Código Postal/Zip Code) (Número de Teléfono/Phone)

Autorizo que esta persona pueda recibir información medico/dental? Sí (Yes) No(No)

(Do you authorize the Emergency Contact to receive medical/dental information of patient)

Si algunas otras persona (s) autorizadas, por favor de apuntar: _____

(If any other person(s) authorized, please list)

(Apellido/Last Name) (Primer Nombre/First Name)

(Relación/Relation) (Número de Teléfono/Phone)

La siguiente persona tiene permiso para traer el paciente (si es un menor o persona discapacitado) para visitas médicas/dentales:

(The following person has permission to bring patient (if patient is minor or disabled) to clinic visits)

(Nombre/Name) (Número de Teléfono/Number)

Persona Responsable

(Responsible Party)

(Apellido/Last Name)(Primer Nombre/First Name)(Segundo Nombre/Second Name)(Relación al Paciente/Relation)

Persona Asegurada

(Insured Party)

(Apellido/Last Name) (Primer Nombre/First Name) (Segundo Nombre/Second Name)

Fecha de Nacimiento de persona responsable: ___/___/___ Numero de Seguro Social: ___-___-___

(Date of Birth of Insured)

(SSN)

Campania de saguaros/Insurance Company: _____

Número de grupo/Group Number: _____



Community Health Centers

Formulario de Registro (cont)

Directorios Avanzados

(Advanced Directives)

Usted Tiene un: Testamento vital? Si/Yes No DNR? Si/Yes No

(Do you have a)

(Living Will)

(DNR)

Poder Notarial? Si/Yes No

(Durable Power of Attorney)

Si tiene a alguien, Quien? _____

(If so, whom)

Información Demográfica

(Demographic Information)

Raza (Race):

Afroamericano/a(African American)

Asiático/a (Asian)

Blanco (White)

Isleño del Pacifico

Nativo americano/a (Native American)

Nego a reportar (Refuse to Report)

Otro Isleño del Pacifico (Other Pacific Islander)

Étni co/a (Ethnicity):

Hispanico/Latino (Hispanic)

No Hispanico/Latino (Non-Hispanic)

Niego a reportar (Refuse to Report)

Idioma de preferencia para su comunicación medico: _____

(Preferred Language for Medical Communication)

Necesita intérprete: Si/Yes No

Es usted un:

(Are you a)

Veterano (Veteran) Trabajador de agrícola/campo (Migrant Worker) Refugiado/a (Refugee)

Ingreso Anual por hogar: \$0-12,389 \$16,612-\$20,732 \$24,981 o más (or more)

(Annual Household Income)

\$12,490- \$16,611 \$20,733-\$24,980

Se niegan a informar (Choose not to disclose)

Está recibiendo asistencia de vivienda pública?

(Do you receive public housing)

Si/Yes No

Usted (por favor marque todas las que apliquen):

(Do you? Check all that apply)

Quedarse con una amiga y/o parientes de la serie en una base temporal?

Si/Yes No

Estancia en una vivienda de apoyo o de transición (Sober living facility, recovery home)?

Si/Yes No

Han sido liberados de una institución (cárcel u hospital) sin vivienda estable?

Si/Yes No

Vivir en una instalación pública o privada que demuestre refugio temporal (refugio, misión, motel)?

Si/Yes No

Vive en las calles, en un coche, parque, edificio abandonado, o cualquier otra situación inestable?

Si/Yes No



CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO: Autorizo los empleados, agente, y personal de AxessPointe Salud Comunitario Inc. (API) para realizar y doy consentimiento a tal tratamiento y exámenes medico/dental; incluyendo procedimientos diagnósticos o evaluaciones de salud de comportamiento. Entiendo que API también es un sitio de entrenamiento médico, dental, y estudiantes de apoyo.

(Firma de Paciente)_____

RESPONSABILIDAD FINANCIERAMENTE: Entiendo que soy responsable financieramente por todos los cargos aunque el seguro médico pague o no. API no está asociado con cada plan de seguro. Entiendo que soy responsable en asegurando me que mi proveedor participa en mi plan de seguro. Pagos se espera al tiempo del servicio.

(Inicial de Paciente)_____

DIVULGACION DE INFORMACION: Autorizo al centro el poder de compartir toda y cada información sobre medico/dental/o de facturación a cualquier medico participando en mi tratamiento; a cualquier farmacia o otro centro de salud a según yo/el paciente sea dado de alta o trasladado por tratamiento, facturas, garantía de calidad, colección o defensa de litigio o litigio pendiente; y a cualquier compañía de seguro, organización de revisión o a cualquier otro entidad, que sea directamente o indirectamente responsable por el pago o revisión de servicios prestados por API. D o y m i Consentimiento a usar y divulgar mi información médica protegida para llevar a cabo tratamiento, pago, o operaciones de cuidado de salud o dental por API.

ESCALA DE TARIFA REDUCIDA: Calificando por nuestra escala de tarifa basado en sus ingresos del hogar y tamaño de hogar puede resultar en cargos bajos. Es requerido reportar cualquier cambio de ingresos y tamaño de familia a la oficina que esto puede impactar la cantidad que usted es esperado a pagar. Nosotros revisaremos y renovaremos su información anual. Su elegibilidad no puede ser determinada hasta que recibamos toda la información de usted que se requiere. **Si es determinado que usted no sea elegible para una escala tarifaria y ha incurrido cargos, es esperado que pague el balance debido.** Podemos asistir en organizando un plan de pago si se ocupa. Se le pedirá que pague una tarifa mínimo a la primera visita hasta que el proceso sea completo del elegibilidad para la escala tarifaria. El costo restante de la primera cita y las visitas subsiguientes serán basados en el resultado de la determinación. Si no pago por los servicios al tiempo que sean prestados, mi balance debe ser pagado entre sesenta días, a menos que otro arreglamiento sea hecho. Nosotros revisaremos y renovaremos su información anual.

(Inicial de Paciente)_____



MEDICARE/MEDICAID SIGNATURE AUTHORIZATION AND ASSIGNMENT: Yo pido que el pago autorizado por beneficios de Medicare/Medicad sea hecho de parte de mi/el paciente para cualquier servicios prestados por o en el centro, incluyendo servicios de proveedor. Yo autorizo a cualquier poseedor de información médica, dental o otra información de mi liberal a API para servicios de Medicare o Medicad, el departamento de Salud de Ohio y sus agentes, cualquier información necesario para determinar los beneficios o servicio respectivos. Yo asigno los beneficios pagables para el proveedor o otro servicio médico/dental al proveedor o organización facilitando los servicios y autorizo el proveedor de API o organización para someter una reclamación a Medicare/o Medicad para pago. Entiendo que yo, el paciente, soy responsable por cualquier deducibles, co-pago y cualquier porciento aplicable de los cargos restantes.

(Inicial de Paciente)_____

AUTORIZACIÓN PARA RECIBIR MENSAJES PREGRABADOS: Doy consentimiento expreso previo papa a API, sus proveedores o agentes, a contactar me por mi teléfono celular o teléfono residencial usando todo tipo de voz artificial o pregrabado o tecnologías de auto marcador para cualquier propósito permitido., incluyendo recordatorios de citas. Entiendo que el tratamiento no puede ser condicionado en mi acuerdo con esta disposición.

(Firma de Paciente)_____

CERTIFICACION Y RECONOCIMIENTO: Yo certifico que toda la información anterior y la información suministrado por mí, de parte del proceso del registro esta correcta.

Paciente/Firma de Persona Responsable (Patient/Responsible Party Signature) Fecha (Date)

Me han proporcionado el aviso de prácticas de privacidad de AxessPointe. Entiendo que puedo recibir una copia en papel a solicitud.

Paciente/Firma de Persona Responsable (Patient/Responsible Party Signature) Fecha (Date)

API Personal/Firma de Testigo (API Staff/Witness Signature) Fecha (Date)



Aplicación para Tarifas Reducida

___ Entiendo que por no someter mi información financiera, estoy negando la aplicación para las tarifas reducidas y estoy 100% responsable para algún médico, dental y/o cargos laboratorios acumulados. Si deseado, puedo solicitar para las tarifas reducidas en una fecha posterior.

Nombre Impreso de Paciente(Patient Name)

Firma de Paciente (Patient Signature)

Personal de API (API Staff Witness)

Fecha (Date)

Información Personal

Apellido (Last Name)

Primer Nombre (First Name)

FN (DOB)

Dirección (Address)

Ciudad/Estado (City)

Código Postal (Zip)

Seguro Social (SSN)

Número de Teléfono (Phone Number)

Número Alternativo (Alternative Number)

Correo Electronico (Email): _____

Escriba los nombres de todos los miembros en casa que son dependientes, incluyendo usted, y esposo/a
(List all dependent household members, including Self & Spouse)

<u>Nombre (Name)</u>	<u>SS# (SSN)</u>	<u>FN (DOB)</u>	<u>Relación(Relation)</u>
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Firma de Paciente (Patient Signature)

Fecha (Date)



Community Health Centers

Aplicación para Tarifas Reducida

Prueba de Ingresos

Debe entregar cualquier de las siguientes pruebas de ingresos que aplica a usted, si mas de una se aplica, todas formas deben ser sometidas. (You must provide any of the following proof of income that applies to you; if more than 1 apply, ALL FORMS need to be submitted.)

() Los últimos 3-4 talones de cheques de cada miembro del hogar que contribuye al ingreso bruto anua (Last 3-4 paystubs)

() Mas reciente declaración de impuestos (Current Tax Return)

() Seguro Social/Carta de Notificación de Incapacida (Social Security/Disability Award Letter)

() Carta Notarial de Apoyo (Notarized Letter of Support)

() Pensión alimenticia y/o Decreto de Manutención (Alimony and/or child support award)

() Carta de Notificación de Desempleo (Ohio Employment Commission or Unemployment statement)

() Otra Prueba Requerida por API _____ (Other Proof as Requested by API)

La información que he proporcionado sobre el tamaño de mi familia y los ingresos bruto anual de mi familia de todos los recursos son verdad, exactos, y completos a mi saber y entender.

Eh dado esta información sobre mi situación financiera y manera y habilidad de pago para el propósito de la adquisición de mí y mis familias beneficios descontado de mis cuentas con AxessPointe Centro de Salud Comunitario, Inc. (API). Entiendo que API va a depender en tal información para determinar la tarifa de descuento aplicable para mi cuenta.

Entiendo que conscientemente falsificando información, en este caso puede resultar en persecución criminal bajo las leyes del Estado de Ohio.

Estoy de acuerdo a reportar algún cambio en mis ingresos o sobre el tamaño de mi familia a API antes o al mismo tiempo de la próxima visita para mí o con mi familia con API. Yo se que la información que eh proporcionado va continuar a ser dependida hasta que haiga cambios.

Yo entiendo que anualmente necesito que entregar verificación de ingresos más corriente y mi cuenta será revisada anualmente y ajustado según los ingresos y tamaño de mi familia al tiempo de cada revisión anual. Si API no tiene razón para sospechar que la información que eh entregado es falso, inexacto, o que no eh reportado los cambios apropiadamente, API puede iniciar una revisión de mí estatúo y voy autorizar acceso a mi documentación financiera. Si niego una autorización, API va discontinuar a descontar mi cuenta.

Mi firma hacia bajo indica que toda la información que he proporcionado es verdad a mi mejor saber y entender.

Firma de Solicitante (Applicant Signature)

Fecha (Date)



Para Uso De Oficina Solamente- Información de Elegibilidad
(Office Use Only- Eligibility Information)

Ingreso Bruto Anual: _____ **Numero de Dependiente, incluyendo solicitante:** ____
(Annual Gross Income) (Number of Dependents, including applicant)

Aplicación Aprobada **Fecha de Inicio:** _____ **Fecha de Finalización:** _____
(Application Approved) (Start Date) (End Date)

ESCALA MOVIL DE MEDICO/BH Y DENTAL

(MEDICAL/BH & DENTAL SLIDING SCALES)

() **Escala A:** (\$15 Tarifa fija para visita medico/BH / \$35 Para visita dental- **Laboratorios extra**)

Slide A: (\$15 Flat Fee Medical/BH visit / \$35 Flat Fee Dental visit -Labs are extra)

() **Escala B:** (\$25 Tarifa fija para visita medico/BH / \$50 Para visita dental- **Laboratorios extra**)

Slide B: (\$25 Flat Fee Medical/BH visit / \$50 Flat Fee Dental visit -Labs are extra)

() **Escala C:** (\$50 Tarifa fija para visita medico/BH / \$80 Para visita dental- **Laboratorios extra**)

Slide C: (\$50 Flat Fee Medical/BH visit / \$80 Flat Fee Dental visit -Labs are extra)

() **Escala D:** (\$75 Tarifa fija para visita medico/BH / \$115 Para visita dental- **Laboratorios extra**)

Slide D: (\$75 Flat Fee Medical/BH visit / \$115 Flat Fee Dental visit -Labs are extra)

() **Aplicación Denegado- RESPONSABLE POR 100% DE LOS CARGOS**

Application Denied- RESPONSIBLE FOR 100% OF CHARGES

Firma de Personal(Patient Signature): _____ Fecha(Date): _____

2019

Effective 1/1/2019 Updated 1/31/2019
Based on HHS 2019 Federal Poverty Guidelines

Medical, Pharmacy & Dental Program Sliding Fee Discount Guidelines

		A (See Note 1)					B		C		D		E		
MEDICAL/BEHAVIORAL	Pt. Pays	Nominal Fee \$15	Flat Fee \$25	Flat Fee \$50	Flat Fee \$75	Full Charge									
PHARMACY	Pt. Pays	Nominal Fee \$5	Flat Fee \$10	Flat Fee \$15	Flat Fee \$20	Full Charge									
DENTAL	Pt. Pays	Nominal Fee \$35	Flat Fee \$50	Flat Fee \$80	Flat Fee \$115	Full Charge									
		% of FPL ≤ 100%		% of FPL >100%-133%		% of FPL >133%-166%		% of FPL >166%-200%		% of FPL >200%					
	1	\$ 12,490	\$ 16,612	\$ 20,733	\$ 24,980	\$ 24,981									
	2	\$ 16,910	\$ 22,490	\$ 28,071	\$ 33,820	\$ 33,821									
	3	\$ 21,330	\$ 28,369	\$ 35,408	\$ 42,660	\$ 42,661									
	4	\$ 25,750	\$ 34,248	\$ 42,745	\$ 51,500	\$ 51,501									
	5	\$ 30,170	\$ 40,126	\$ 50,082	\$ 60,340	\$ 60,341									
	6	\$ 34,590	\$ 46,005	\$ 57,419	\$ 69,180	\$ 69,181									
	7	\$ 39,010	\$ 51,883	\$ 64,757	\$ 78,020	\$ 78,021									
	8*	\$ 43,430	\$ 57,762	\$ 72,094	\$ 86,860	\$ 86,861									

Note 1: For Eligible Slide A patients seen at Broadway WH - the \$15 MEDICAL patient payment is collected MONTHLY vs. per Visit.

* For family units with more than 8 members, add the following for each additional member:

MEDICAL, PHARMACY & DENTAL	
≤ 100%	\$ 4,420
>100%-133%	\$ 5,879
>133%- 166%	\$ 7,337
>166%-200%	\$ 8,840
>200%	\$ 8,841

Planificación Avanzada del Cuidado

¿Qué es la planificación anticipada del cuidado?

La planificación anticipada de la atención consiste en aprender acerca de los tipos de decisiones que podrían necesitar ser hecho, teniendo en cuenta esas decisiones antes de tiempo, y luego dejar que otros saber acerca de sus preferencias, a menudo poniéndolos en una *directiva anticipada*. Una directiva anticipada es un documento legal que entra en vigor **sólo** si usted está incapacitado e incapaz de hablar por sí mismo. Esto podría ser el resultado de una enfermedad o lesión grave, no importa cuántos años tengas. Ayuda a otros a saber qué tipo de atención médica desea.

Haciendo sus deseos conocidos

Hay dos elementos en una directiva anticipada: un testamento en vida y un poder notarial duradero para el cuidado de la salud. También hay otros documentos que pueden complementar su directiva anticipada o independiente. Puede elegir qué documentos crear, dependiendo de cómo desea que se tomen las decisiones. Estos documentos incluyen:

- Testamento vital
- Poder duradero para el cuidado de la salud
- Otros documentos sobre órdenes de DNR (no resucitar), donación de órganos y tejidos, diálisis y transfusiones de sangre

Testamento vital. Un testamento vital es un documento escrito que le ayuda a decirle a los médicos cómo desea ser tratado si está muriendo o permanentemente inconsciente y no puede tomar decisiones sobre el tratamiento de emergencia. En un testamento en vivo, usted puede decir cuál de los procedimientos descritos en la página 2 desea, cuáles no quiere y bajo qué condiciones se aplica cada una de sus opciones.

Poder duradero para el cuidado de la salud. Un poder de abogado duradero para El cuidado de la salud es un documento legal que Proxy de salud, alguien para hacer medicina Decisiones para usted en momentos en que No ser capaz de hacerlo. Su proxy, también Conocido como un sustituto o agente, debe ser Familiarizado con sus valores y deseos. Esto significa que él o ella será capaz de decidir como lo haría cuando el tratamiento Es necesario tomar decisiones. Un proxy puede ser Elegido en adición o en lugar de vivir será. Tener un proxy de atención médica le ayuda a Planificar situaciones que no se pueden prever, Como un grave accidente automovilístico. Un poder de abogado duradero para el cuidado de la salud Le permite ser más específico acerca de su Tratamiento médico que un testamento vital.

Otros documentos de planificación de atención avanzada. Es posible que también desee preparar documentos separados para expresar sus deseos sobre un solo problema médico o algo que ya no está cubierto en su directiva anticipada. Un testamento habitualmente cubre solamente los tratamientos de mantenimiento de la vida específicos discutidos anteriormente. Es posible que desee dar a su proveedor de atención médica instrucciones específicas sobre otros problemas, como transfusiones de sangre o diálisis renal. Esto es especialmente importante si su médico sugiere que, dada su condición de salud, tales tratamientos podrían ser necesarios en el futuro. Dos problemas médicos que pueden surgir al final de la vida son órdenes DNR y donación de órganos y tejidos.

Si desea obtener más información sobre estos temas, por favor pregunte recepción socio o visite: **Instituto Nacional sobre el Envejecimiento Centro de Información @ <http://www.nia.nih.gov/>**