

Formulario de inscripción (POR FAVOR IMPRIMA)

Información para el paciente:			
Nombre:	Apellido:	Medio:	
Fecha de nacimiento:	Correo electrónico:	Número de teléfono:	
SSN:	Idioma:	¿Es usted un veterano militar US? Sí No	
¿Podemos dejar un mensaje? Sí No	Número de teléfono para dejar un mensaje:		
¿Podemos enviarle un mensaje de texto? Sí No	Número de teléfono para enviar mensajes de texto:		
¿Podemos enviarle un correo electrónico? Sí No	Correo electrónico:		
Identidad de género: Eligo no revelar Hombre Mujer Transgénero Hombre Transgénero Mujer	Sexo de nacimiento:		
Orientación sexual: Eligo no revelar Straight/ Heterosexual Lesbiana or Gay Bisexual No Se			
Dirección / Apartado de correos:	Ciudad:	Estado:	Código postal:
Información del seguro (para propósitos de subvención):			
¿Tiene seguro? Sí No <i>*por favor proporcione tarjeta de seguro</i>	Tamaño de la Familia	Ingresos Anuales	
¿Tiene un testamento directivo anticipado? Sí No			
En caso de emergencia			
Nombre de un familiar o amigo:	Relación:	Número de teléfono:	
Por favor, seleccione su raza. Marque todo lo que corresponda		Por favor, seleccione su origen étnico. Marque todo lo que corresponda	
<input type="checkbox"/> Indio americano / Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Indio asiático <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano <input type="checkbox"/> Chino <input type="checkbox"/> Filipino <input type="checkbox"/> Guameño o chamorro <input type="checkbox"/> Japonés <input type="checkbox"/> Coreano	<input type="checkbox"/> Nativo hawaiano <input type="checkbox"/> Otro asiático <input type="checkbox"/> Otro isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Samoano <input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Prefiero no revelar	<input type="checkbox"/> Mexicano, Mexicano Americano <input type="checkbox"/> Chicano <input type="checkbox"/> Puertorriqueño <input type="checkbox"/> Cubano <input type="checkbox"/> De origen Hispano, Latino o Español <input type="checkbox"/> No Hispano <input type="checkbox"/> Opto por no revelar	
Estado de vida			
Albergue para personas sin hogar Transitorio Duplicando l a calle Otros:			
Si usted es un trabajador agrícola migrante, ¿es estacional? Sí No			

Enumere los familiares/personas que puedan obtener o llamar y discutir su información médica.

Nombre: _____ **Número de teléfono:** _____ **Relación con el paciente:** _____
Nombre: _____ **Número de teléfono:** _____ **Relación con el paciente:** _____

CESIÓN Y LIBERACIÓN: Yo, el abajo firmante, tengo cobertura de seguro con _____ y cedo directamente a La Esperanza Clinic, Inc. todos los pagos y beneficios médicos que de otro modo me serían pagaderos por los servicios prestados. Entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos no cubiertos o reembolsados por mi compañía de seguros y/o sus agentes, incluidos todos los coseguros y deducibles. Acepto, en caso de falta de pago o pago parcial, pagar el saldo pendiente adeudado a la Clínica La Esperanza. Por la presente, autorizo a La Esperanza Clinic a (1) divulgar toda la información a mi plan de beneficios de salud con respecto a mi enfermedad y tratamientos, y (2) procesar las reclamaciones de seguro generadas en el curso de todos los servicios médicos que se me brindan.

ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS DE MEDICARE: Certifico que la información que proporcioné al solicitar el pago bajo el Título XVII de la Ley del Seguro Social es verdadera y correcta. Autorizo la divulgación de toda la información que me concierne a la Administración del Seguro Social o sus intermediarios o proveedores, así como cualquier información necesaria para presentar una reclamación de Medicare. Solicito que el pago de los beneficios autorizados se haga en mi nombre y sea pagadero a La Esperanza Clinic por los servicios médicos que me prestaron. Entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos no cubiertos o reembolsados por Medicare, incluidos todos los coseguros y deducibles.

Paciente/Padre/Tutor/Representante Legal Firma: _____ **Fecha:** _____



Consentimiento para el tratamiento

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

1. **Por la presente autorizo** a los médicos, asistentes médicos, enfermeras de práctica avanzada y cualquier otro personal clínico de este centro de salud, en sus lugares de servicio, y doy mi consentimiento para procedimientos de diagnóstico de rutina, exámenes, tratamiento médico y tratamiento dental. Esto incluye, entre otros, análisis de laboratorio de rutina (como análisis de sangre, orina y otros estudios), toma de radiografías, rastreo cardíaco, administración de medicamentos, vacunas, procedimientos, exámenes y tratamientos prescritos por el personal médico, médicos, proveedores de nivel medio y personal dental. Esto también puede incluir servicios de asesoramiento necesarios para recibir servicios de planificación familiar según lo define la regulación federal. Entiendo que no se me ofrecen garantías con respecto a los resultados de mi tratamiento o la efectividad de ningún método anticonceptivo.
2. **Entiendo** que existen ciertos peligros y riesgos relacionados con todas las formas de tratamiento, y doy mi consentimiento a sabiendas de esto. Me doy cuenta de que, aunque se hará todo lo posible para mantener todos los riesgos y efectos secundarios al mínimo, los riesgos, los efectos secundarios y las complicaciones pueden ser impredecibles tanto en su naturaleza como en su gravedad.
3. **Divulgación de información:** Autorizo a La Esperanza Clinic a divulgar información médica y/o dental a compañías de seguros externas con el propósito de presentar reclamos de seguro relacionados con atención médica y/o dental.
4. **Autorizo además** la divulgación de información médica y/o dental sobre mi tratamiento aquí a mi médico o cualquier persona designada por mí.
5. **Entiendo que** los "Derechos y Responsabilidades de los Pacientes" están disponibles para mí si los solicito.
6. **Entiendo que** este formulario de consentimiento será válido y permanecerá vigente mientras asista a la Clínica La Esperanza. Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas sobre los servicios que se brindarán. Creo que tengo información suficiente para dar este consentimiento informado.

Firma del paciente

Fecha

Si el paciente tiene 17 años o menos o no puede dar su consentimiento, complete

lo siguiente: El paciente no puede dar su consentimiento debido a _____

Firma de la persona que da su consentimiento

Impresión

Relación con el paciente: Padre Guardián Otro _____

Consentimiento informado para telemedicina y/o telemedicina

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

Nombre de la persona que da el consentimiento si es diferente del paciente: _____

[Nombre en letra de imprenta]: _____

Relación con el paciente: yo padre tutor con otro: _____

Con el fin de atender mejor las necesidades de la comunidad, algunos servicios de atención médica están disponibles en el centro a través de telemedicina y telemedicina. Los servicios médicos de telemedicina y los servicios de telesalud son servicios de atención médica prestados por médicos y profesionales de la salud a pacientes ubicados en diferentes ubicaciones físicas utilizando telecomunicaciones u otra tecnología de la información. Las telecomunicaciones u otra tecnología de la información también se pueden utilizar para los registros virtuales, las visitas electrónicas, las evaluaciones iniciales, las evaluaciones y la comunicación previa y posterior a la visita por parte del personal del centro. Los proveedores pueden incluir, entre otros, médicos, enfermeras registradas de práctica avanzada, asistentes médicos, consejeros profesionales, terapeutas matrimoniales y familiares, trabajadores sociales clínicos y psicólogos.

La información compartida puede incluir registros médicos de pacientes, imágenes médicas, archivos de audio o video médicos, audio y video bidireccionales y datos de salida de dispositivos médicos. Los sistemas utilizados por el centro para transmitir y recibir esta información incorporarán protocolos de seguridad de red y software destinados a proteger la confidencialidad de la identidad e información del paciente.

Por la presente, doy mi consentimiento voluntario para autorizar a los proveedores de atención médica del centro a brindarme servicios de atención médica a través de telemedicina y / o telesalud.

Entiendo lo siguiente:

- El mismo estándar de atención se aplica a los servicios de atención médica prestados a través de telemedicina y/o telemedicina que se aplica a una visita en persona.
- Las leyes que protegen la privacidad y confidencialidad de la información de atención médica se aplican a los servicios de atención médica prestados a través de telemedicina y/o telesalud.
- No estaré físicamente en la misma habitación que mi proveedor de atención médica. Se me notificará y se obtendrá mi consentimiento para cualquier persona que no sea mi proveedor de atención médica presente en la sala.
- Existen ciertos peligros y riesgos relacionados con todas las formas de tratamiento, independientemente del medio utilizado, y doy mi consentimiento a sabiendas de esto.

- Existen riesgos potenciales para el uso de la tecnología, incluidas interrupciones del servicio, intercepción y dificultades técnicas. Si se determina que las telecomunicaciones o la tecnología de la información no son adecuadas, se puede interrumpir la visita.
- Tengo derecho a negarme a participar o decidir dejar de participar en una visita de telemedicina/telesalud en cualquier momento.
- Entiendo que es posible que esta visita deba convertirse en una visita en persona para situaciones y/o casos que requieran un examen físico para determinar un diagnóstico y para el tratamiento y la atención adecuados.
- El centro y los proveedores de atención médica del centro no tienen ninguna responsabilidad por la exactitud o integridad de la información médica que se les envía ni por ningún error en su transmisión electrónica.
- Puedo dar mi consentimiento para que mi registro médico o un informe que contenga una explicación del tratamiento proporcionado se envíe a mi médico de atención primaria.
- Este consentimiento informado para la telemedicina y/o la telemedicina es válido y permanece en vigor mientras yo sea paciente del centro, hasta que retire mi consentimiento, o hasta que el centro cambie sus servicios y me pida que complete un nuevo formulario de consentimiento.

Firma del paciente o representante legal

Fecha

APPROVED
AUTHORIZED FOR USE



RESPONSABILIDADES DEL PACIENTE

LLAME PARA CANCELAR Y REPROGRAMAR CITAS: Si no puede asistir a su cita programada, llame al **(325) 658-5339** lo antes posible para cancelar y reprogramar. No cancelar desperdicia un tiempo de cita que puede ser utilizado por otro paciente.

PÓLIZA DE NO LLAMAR PARA CANCELAR LA CITA: Nuestra PÓLIZA es que después de la 3^a vez que un paciente no llama para cancelar o reprogramar una cita, puede ser puesto en un estado de "Solo sin cita previa". Pueden venir sin cita previa y esperar a ser vistos si el horario lo permite.

LLAMADA DE RECORDATORIO: LEC llama a los pacientes para recordar y confirmar la fecha y hora de la cita. Asegúrese de que tengamos su número de teléfono correcto en el archivo y háganos saber si **no desea** que dejemos un mensaje en su contestador automático.

FUERA DEL HORARIO DE ATENCIÓN / FINES DE SEMANA: Si tiene preguntas o inquietudes fuera del horario de atención o los fines de semana, llame al (325) 658-5339. Ofrecemos una línea de asesoramiento de enfermería las 24 horas, los 7 días de la semana, los 365 días del año, que es atendida por una enfermera registrada.

SI TIENE UNA EMERGENCIA, LLAME AL 9-1-1.

MEDICAMENTOS: Traiga sus medicamentos a cada visita e informe a la enfermera de cualquier necesidad de reposición.

PAGO: Se espera el pago en cada visita. **LEC** se esfuerza por brindar atención de calidad a precios asequibles y depende de su esfuerzo de buena fe para pagar los servicios que recibe. Si no puede pagar nuestras tarifas, puede solicitar un descuento en la escala móvil de tarifas. Se puede organizar un plan de pago si es necesario.

INFORMACIÓN DE CONTACTO: Informe al personal de registro de pacientes de cualquier cambio en su número de teléfono, dirección o seguro para que podamos procesar su pago de manera rápida y correcta y organizar cualquier referencia a especialistas. Si no está inscrito en MyChart, pida al personal de registro de pacientes que lo ayude a configurarlo.

PÓLIZA de Tolerancia Cero: LEC practica la Tolerancia Cero con el Abuso, el Acoso o la Violencia. Si algún paciente se comporta de manera violenta o amenazante, LEC tiene el derecho de terminar la atención de inmediato. LEC no tolerará ningún acoso por el bien de los empleados y todos los pacientes involucrados.

Firma del paciente

Fecha

Nombre del paciente (en letra de imprenta)



PROGRAMA DE DESCUENTO DE ESCALA MÓVIL DE TARIFAS

La Esperanza Clinic, Inc. ofrece un programa de descuento de escala móvil de tarifas (SFS) para pacientes sin seguro o con seguro insuficiente. La clínica determina la elegibilidad para los deslizadores siguiendo las Pautas Federales de Pobreza del HHS.

¿Qué no está cubierto por el Programa de Descuento de Escala Móvil de Tarifas?

- Pacientes por encima del 200% de la Población Federal
Las pautas no son elegibles para los descuentos de la escala móvil de tarifas.
- Servicios fuera del alcance (servicios que no se consideran médicamente necesarios)
- Medicamentos - Recetas
- Tarifas de laboratorio/radiología externa
- Suministros
- Inyectables fuera del estándar de atención
- Anticonceptivos reversibles de acción prolongada

Solicitamos el pago de la Tarifa de Descuento de la Escala de Tarifa Móvil en la fecha del servicio.

Los servicios no cubiertos pueden estar cubiertos al inscribirse y calificar en otros programas de cobertura de salud. Comuníquese con nuestro Departamento de Alcance al (325) 658-5339 si necesita ayuda con cualquiera de los siguientes:

- Inscripción en Medicaid/Medicare
- Inscripción en el seguro Market Place
- Servicios no cubiertos Programa de escala móvil de tarifas
- Alimento
- Transporte y la cita médica

ESCALA MÓVIL DE TARIFAS CONDICIONES A DEL DE PROGRAMA

A ningún paciente se le niegan los servicios por no poder pagar.

1. Para calificar para el Programa de Descuento de la Escala Móvil de Tarifas (SFS), debe traer el comprobante de ingresos de su familia dentro de los / días.
 - a. Comprobante de ingresos: 1 mes de talones de pago actuales, formularios de impuestos más actualizados, una carta del empleador, documentos que verifiquen el monto de los ingresos de otras fuentes, por ejemplo. Desempleo, SSI, pensión alimenticia, manutención de los hijos, etc.
 - b. Familia: Paciente, cónyuge (incluido el matrimonio de derecho consuetudinario y entre personas del mismo sexo reconocido por la jurisdicción de los EE. UU.) e hijos de hasta 18 años o hasta 21 años si son estudiantes de secundaria o universitarios.
 - c. Si no tiene su comprobante de ingresos en su primera visita/cita, puede estimar el ingreso bruto anual actual de su familia, pero debe llevar la documentación al centro de salud dentro de los 7 días.
2. Si su comprobante de ingresos es elegible, recibirá un descuento hasta el 31 de enero. Los pacientes deben volver a solicitar el programa de escal a móvil de tarifas después del 31 de enero del año siguiente.
3. Puede ser elegible para Medicaid, Medicare o programas de cobertura de salud subsidiados. Aunque no es un requisito para inscribirse en nuestro Programa de Descuento de Escala Móvil de Tarifas, podemos ayudarlo a programar una cita con un asesor de inscripción certificado para determinar si es elegible para estos programas. Comuníquese con nuestro Departamento de Divulgación al (325) 658-5339.
4. Si no nos presenta su comprobante de ingresos dentro de la fecha especificada a continuación, será responsable del costo total de la visita y de las visitas posteriores hasta que se proporcionen los ingresos.

Entiendo que necesito traer mi Comprobante de Ingresos antes de _____ para recibir mi Estado de Descuento de la Escala Móvil de Tarifas. _____ iniciales del paciente. A ningún paciente se le niegan los servicios por no poder pagar.

Rechazo el Programa de Descuento por Escala de Tarifas en este momento y acepto la responsabilidad de los cargos.

Nombre: _____ Firma del paciente _____ Fecha _____



FORMULARIO DE SOLICITUD DE ESCALA MÓVIL DE TARIFAS

Solicitar cobertura de salud NO es un requisito previo para la elegibilidad del descuento de la Escala Móvil de Tarifas.

Fecha:	Nombre:	DOB:
Dirección postal:	Ciudad y Estado:	Código Postal:
Teléfono celular:	Teléfono del trabajo:	Teléfono de la casa:

¿Le gustaría programar una cita con un Consejero de Inscripción Certificado para ver si usted y/o los miembros de su hogar son elegibles para Medicaid, Medicare o seguro médico subsidiado? Sí No

Enumere a todos los miembros de la familia inmediata y a las personas que viven en su hogar (cónyuge o compañero de vida e hijos que dependen de los ingresos familiares). Por favor, no incluya invitados, padres ancianos o compañeros de cuarto.

Nombre	Sexo	Fecha de nacimiento	"X" si NO tiene seguro de salud	Nombre de la compañía de seguros
(YO MISMO)				

Dígale a un miembro del personal si tiene más miembros de la familia en el hogar para agregar.

¿Cuáles su ingreso familiar bruto ANTES de las deducciones? Incluya a continuación a todos los adultos que trabajan, mayores de 19 años:

Nombre de los miembros del hogar que reciben ingresos	Ingreso Anual Estimado Ingreso Mensual X 12	Fuente(s) De Ingreso	Comprobante de Ingresos Fecha Solicitada Fecha de verificación	Notas del personal de LEC



Certifico que la información sobre los ingresos y la composición del hogar es verdadera y correcta a mi leal saber y entender. He leído la Solicitud de Descuento de la Escala Móvil de Tarifas (SFS) y cumpliré con todos los requisitos de descuento de SFS.

1. Entiendo y acepto que soy responsable de notificar a La Esperanza Clinic de cualquier cambio en el tamaño de mi hogar o ingresos al completar una nueva solicitud.
2. Entiendo que mi aprobación de SFS es válida hasta el 31 de enero con todos los documentos requeridos.
3. Entiendo que soy responsable de pagar el copago de mi visita al consultorio en el momento del servicio, junto con cualquier cargo no elegible para deslizamiento en el que pueda incurrir durante mi visita.
4. Entiendo que si no proporciono toda la documentación requerida dentro de los 7 días posteriores a esta solicitud, no se me aprobará un descuento de tarifa variable y seré responsable de todos los cargos actuales y futuros de las visitas al consultorio.

Firma del solicitante: _____

Fecha: _____

Envíe su comprobante de ingresos por correo electrónico a: frontdesk@esperanzahealth.org

USO EXCLUSIVO DEL PERSONAL:

Personal de LEC:	Fecha:
Toda la documentación recibida: SÍ NO PENDIENTE:	En caso afirmativo, ¿se recibió el PDI en un plazo de 7 días? SÍ NO
Escala móvil de tarifas: A B C D	No descuento



Resultados de elegibilidad de la escala móvil de tarifas

Basado en sus ingresos anuales de \$ _____ y el tamaño de una familia de _____, usted califica para el nivel _____ de SFS
(7 días - Fecha de inicio del estado pendiente: _____, Fecha de finalización: _____)

Basado en sus ingresos anuales de \$ _____ y el tamaño de una familia de _____, usted califica para el nivel _____ de SFS
(Fecha de finalización: 31 de enero de ____).

Por cada visita al consultorio, el paciente pagará:

- \$ _____ Médico
- \$ _____ Laboratorio
- \$ _____ Servicios de Salud Conductual y Nutrición
- \$ _____ Dental
- \$ _____ Procedimientos (EN CLÍNICA)
- \$ _____ Radiología

***Los pacientes son responsables de los costos adicionales no cubiertos por SFS.**

***Los pacientes serán notificados por escrito antes de que se proporcionen los cargos no elegibles.**

También puede ser elegible para los siguientes programas de cobertura de salud. Para saber si califica, comuníquese con nuestros Consejeros de Inscripción Certificados al (325)658-5339.

- Medicaid
- Medicare
- Chip
- Mujeres Saludables de Texas
- Cobertura de salud subsidiada

Firma del paciente

Fecha

Firma de aprobación LEC

Fecha

