



ESPAÑOL

REQUISITOS DE INSCRIPCIÓN

1. Prueba de los ingresos del hogar de todas las personas que trabajan en el hogar

- Más recientes talones de cheques de pago, (por favor traiga al menos 4 talones de cheque de pago) (Debe estar fechado dentro de los 30 días posteriores a la inscripción) O
- Declaración de impuestos del año anterior, O
- Declaración de ingresos del empleador, que establece los ingresos brutos y la frecuencia de pago. Esta carta debe estar FECHADA, FIRMADA e incluir un NÚMERO DE TELÉFONO.
- Acta de nacimiento
- Prueba de residencia, que incluye el arrendamiento del apartamento o los documentos de la hipoteca. (No aceptamos las facturas de utilidades por ejemplo electricidad, gas, cable etc.)
- Tarjeta de Seguro Social (si corresponde)

Carta de adjudicación recibida de (ASISTENCIA ESTATAL) solo si esto se aplica a usted o a cualquier persona en su hogar:

- Estampillas de Alimentos (SNAP)
- Manutención de menores (Child Support)
- Seguro Social por Discapacidad
- Desempleo
- SSI (Seguridad de Ingreso Suplementario)
- Vivienda Pública (SECCIÓN 8)
- TANF (Asistencia temporal para familias necesitadas)

2. Identificación con foto válida y tarjeta de seguro social, si corresponde.

Toda la información proporcionada debe estar actualizada, fechada dentro de los últimos 30 días.

Por favor asegúrese de traer todos los documentos requeridos en el momento de la inscripción

Todas las inscripciones por favor vayan al 3er piso

Horario de inscripción:

Lunes – Viernes

8:00 AM – 11:00 AM

1:00 PM – 4:00 PM

3. Deberá volver a certificarse cada 12 meses desde la última vez que renovó o se registró.

Para volver a certificarse, se le pedirá que traiga los documentos actualizados mencionados anteriormente.



Formulario de Inscripción

Primer Nombre: _____ Segundo Nombre: _____ Apellido: _____

Fecha de Nacimiento: ___/___/___ SS#: ___/___/___ Sexo: M F

Estado Civil: Soltero Casado Divorciado

Dirección: _____ APTO# _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono residencial (_____) _____ Teléfono celular (_____) _____

Teléfono del Empleador: (_____) _____ Correo Electrónico: _____

Contacto preferido: Teléfono residencial Teléfono del Empleador Teléfono celular Correo Electrónico

¿Podemos dejar un mensaje de voz con respecto a los resultados médicos? Sí No

Idioma de preferencia: Inglés Español Otro: _____ Etnicidad: Latino/hispano Otro

Raza: Indio americano o nativo de Alaska Asiático Negro o Afroamericano Hawaiano nativo Hawaiano nativo/Isleño de otra Isla del Pacifico Blanco/caucásico

Identidad de género: Hombre Mujer Mujer a Hombre Hombre a Mujer Género queer, ni exclusivamente masculino ni femenino Elija no revelar Otro _____

Orientación sexual: Lesbiana/Gay/Homosexual Heterosexual Bisexual Incierto Otro: _____

Contacto de emergencia:

Nombre _____ Numero del Emergencia: (_____) _____ Relación: _____

Información de los padres / tutores legales - Por favor complete si el paciente es menor de 18 años de edad

Nombre de la madre: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Teléfono (_____) _____

Nombre del padre: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Teléfono (_____) _____

Nombre del guardián: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Teléfono (_____) _____

Farmacia de Preferencia:

Nombre: _____ Teléfono (_____) _____ número de fax: _____

Dirección: _____

Seguro médico: ¿El paciente está cubierto por el seguro médico? ¿Medicaid o Medicare? Sí No

nombre del seguro: _____ Numero de Identificación : _____ Grupo #: _____

nombre del suscriptor: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Relación: _____

Seguro Dental:

Nombre del Seguro: _____ Numero de Identificación: _____ Grupo #: _____

nombre del suscriptor: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Relación: _____



Determinación de elegibilidad para el programa HHM

Complete esta sección solo si se está inscribiendo en el Programa de tarifas de diapositivas de HHM Health

Número de TODAS las personas que viven en su hogar: _____

Nombre(s) de TODAS las personas que viven en su hogar:

Nombre (nombre, inicial del segundo, apellido)	Relación con el solicitante	Trabaja SI o NO:
	Yo misma/ Yo mismo	

¿Recibe asistencia federal o estatal? Sí No

Si recibe asistencia, verifique lo que recibe:

Estampillas de Alimento (SNAP) TANF Vivienda Pública Manutención Manutención de menores (Child Support) Seguro social Discapacidad Desempleo

¿Su trabajo le paga: Semanal Quincenal Semestral Mensual Anual



Acuerdo de Asociación en Atención de HHM Health

HHM Health se complace en ser un socio con usted en su atención médica. Sabemos que la gestión de su salud incluye la participación de usted. Usted, como paciente, tiene el control de su salud. Las decisiones que usted toma cada día tienen un impacto en su salud. Su dieta, ejercicio, y otras decisiones que usted toma impactan su salud tanto como o más que cualquier médico.

Estamos comprometidos a educarlo sobre su salud y trabajar con usted. Tener mejor información y tomar un papel activo puede ayudarlo a tomar decisiones más saludables. Lo alentamos a que haga preguntas y comparta ideas con nuestro equipo de atención médica.

Lo alentaremos a tomar un papel activo en su atención médica tomando las siguientes decisiones sabias para cada visita que tenga:

1. Siempre traiga todos los medicamentos que esté tomando a cada visita. (Medicamentos con receta, medicamentos de venta libre, vitaminas y remedios herbarios y suplementos)
2. Haga una lista con anticipación de las cosas que tal vez desee discutir en su cita.
3. Asegúrese de hacer planes de transporte con anticipación y llegue 20 minutos antes a cada cita
4. Asegúrese de hacer preguntas si no entiende algo.
5. Siga el plan de tratamiento recomendado por su médico.
6. Tome todos los medicamentos como se le indique.
7. Responder a todas las comunicaciones de la clínica.
8. Por favor revise las reglas de la clínica, cumpla con las normas y guarde una copia de ellas con sus registros.
9. Informar de cualquier dirección, número(s) de teléfono y cambios de ingresos o seguros.
10. Aviso con 24 horas de anticipación si no puede asistir a la cita. No cumplir con la cita o dar aviso con 24 horas de anticipación resultará en una tarifa de no presentación de \$ 10 que se facturará.
11. Llegar tarde a una cita resultará en ser reprogramado para la próxima hora disponible.
12. Los pacientes que no cumplen o cancelan sus citas tres veces en un período de 12 meses o cinco veces para niños menores de 18 años pueden ser impedidos de programar citas futuras para un período de seis meses y serán atendidos solo el mismo día o sin cita previa.
13. Entiendo que mi tratamiento puede no tener éxito si no sigo las órdenes y referencias del médico.
14. No hay uso de teléfonos celulares ni carga de teléfonos celulares en la clínica.
15. HHM Health se reserva el derecho de rechazar los servicios a los pacientes que se hayan comportado de una manera que se considere inapropiada. (no dispuesto a colaborar, verbalmente abusivo, intoxicado, etc.)

Paciente: _____ Fecha: _____

Firma

Nombre Del Paciente: _____

Letra en Molde

Testigo del empleado: _____

Firma

Fecha

MRN #: _____



Formulario de liberación de autorización de HIPAA

Aviso de Prácticas de Privacidad Reconocimiento

_____ (Iniciales del paciente) Reconozco que he recibido el Aviso de Prácticas de Privacidad de HHM Health, que describe las formas en que la práctica puede usar y divulgar mi información de atención médica para su tratamiento, pago, operaciones de atención médica y otros usos y divulgaciones descritos y permitidos, entiendo que puedo comunicarme con el Oficial de Privacidad designado en el aviso si tengo una pregunta o queja. En la medida permitida por la ley, doy mi consentimiento para el uso y la divulgación de mi información para los fines descritos en el Aviso de prácticas de privacidad de HHM Health.

DECLARACIÓN DE INTENCIONES

Entiendo que el Congreso aprobó una ley titulada Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud ("HIPAA") que limita la divulgación de mi información médica protegida. Esta autorización está siendo firmada porque es crucial que mis proveedores médicos den fácilmente mi información médica protegida a las personas designadas en esta autorización para permitirme la ventaja de poder discutir y obtener consejo de mi familia y/o amigos.

Por lo tanto, de conformidad con 45 CFR 164,501(a)(1)(iv) una entidad cubierta (siendo un proveedor de atención médica según lo definido por HIPAA) se le permite revelar información médica protegida de conformidad con y en cumplimiento con esta autorización válida bajo 45 CFR Sec. 164,508.

AUTORIZACIÓN

Yo, _____, un individuo, por la presente autoriza a todas las entidades cubiertas según se define en HIPAA, incluyendo pero no limitado a un médico, (incluyendo pero no limitado a un médico, podólogo, quiropráctico u osteópata,) psiquiatra, psicólogo, dentista, terapeuta, enfermera, hospitales, clínicas, farmacia, laboratorio, servicio de ambulancia, centro de vida asistido, centro de atención residencial, centro de alojamiento y pensión, hogar de ancianos, compañía de seguros médicos o cualquier otro proveedor de atención médica o afiliado, para revelar la siguiente información:

Toda la información de atención médica, informes y/o registros relacionados con mi historial médico, condición, diagnóstico, pruebas, pronóstico, tratamiento, información de facturación e identidad de los proveedores de atención médica, ya sea pasada, presente o futura y cualquier otra información que esté de alguna manera relacionada con mi atención médica. Además, esta divulgación incluirá la capacidad de hacer preguntas y discutir esta información médica protegida con la persona o entidad que tiene posesión de la información médica protegida, incluso si soy plenamente competente para hacer preguntas y discutir este asunto en el momento. Es mi intención dar una autorización completa a CUALQUIER información médica protegida a las personas mencionadas en esta autorización.



Divulgaciones a amigos y/o familiares

Doy permiso para que mi Información de Salud Protegida sea divulgada con el propósito de comunicar resultados, hallazgos y decisiones de cuidado a los miembros de la familia y otras personas enumeradas abajo:

1. Nombre: _____ relación: _____ Teléfono (____) _____
2. Nombre: _____ relación: _____ Teléfono (____) _____
3. Nombre: _____ relación: _____ Teléfono (____) _____

Información no debe ser divulgada a nadie.

Completa lo siguiente indicando los elementos que desea que se revelen. La firma de un paciente menor es necesaria para la liberación de algunos de estos elementos. Si se va a divulgar toda la información médica, marque sólo la primera casilla.

Toda la información de salud

- | | | | |
|--|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Historia/Examen físico | <input type="checkbox"/> Medicamentos pasados/ presentes | <input type="checkbox"/> Resultados de laboratorio | <input type="checkbox"/> Órdenes del médico |
| <input type="checkbox"/> Alergias al paciente | <input type="checkbox"/> Informes de operación | <input type="checkbox"/> Informes de consulta | |
| <input type="checkbox"/> Notas de progreso | <input type="checkbox"/> Resumen de alta | <input type="checkbox"/> Informes de pruebas diagnósticas | |
| <input type="checkbox"/> Reportes de ECG/ Cardiología | <input type="checkbox"/> Informes de patología | <input type="checkbox"/> datos de facturación | <input type="checkbox"/> Imágenes e informes de radiología |
| <input type="checkbox"/> Registros de salud mental (excluyendo notas de la psicoterapia) | | <input type="checkbox"/> Información genética (incluidos los resultados de las pruebas genéticas) | |
| <input type="checkbox"/> Registros de abuso de drogas, alcohol o sustancias | | <input type="checkbox"/> Resultados/Tratamiento de las pruebas de VIH/SIDA | |
| <input type="checkbox"/> Otro _____ | | | |

DELEGACIÓN DE CONSENTIMIENTO – Por favor complete si el paciente es menor de 18 años de edad

Yo, _____, _____ como padre/tutor legal
NOMBRE IMPRESO relación con el niño

dar mi permiso a las siguientes personas enumeradas a continuación para llevar al niño mencionado anteriormente a HHM Health para tratamiento y para dar su consentimiento a todas las inmunizaciones, inyecciones u otras terapias y procedimientos médicos que parezcan apropiados.

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Relación con el niño: _____
Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Relación con el niño: _____
Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Relación con el niño: _____

Firma: _____ Fecha: _____
Firma del Representante Legalmente Autorizado del Individuo o Individuo



Autorización de Tratamiento y Pago

Nombre del paciente: _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____

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

[Nombre en Molde]: _____

Relación con el paciente: propio/a padre tutor otro: _____

Por la presente y voluntariamente doy mi consentimiento para autorizar a los proveedores de atención médica del centro a que me proporcionen servicios de atención médica en los lugares de servicio del centro. Los servicios de atención de la salud pueden incluir, sin limitación, la evaluación física y mental de rutina; pruebas y procedimientos de diagnóstico y seguimiento; exámenes y tratamiento médico y/o dental; procedimientos y pruebas de laboratorio de rutina; radiografías y otros estudios por imágenes; administración de medicamentos; y procedimientos y tratamientos prescritos por los proveedores de atención médica del centro. Los servicios de atención médica también pueden incluir consejería necesaria para recibir servicios apropiados, incluyendo planificación familiar (como se define por las leyes y reglamentos federales).

Entiendo que se me pedirá que firme un consentimiento informado por separado para cada vacuna que se me administre y que recibiré una "Declaración de información sobre vacunas" (VIS) antes de recibir cada vacuna.

Entiendo que hay ciertos peligros y riesgos relacionados con todas las formas de tratamiento, y mi consentimiento se da sabiendo esto.

Entiendo que este consentimiento es válido y permanece vigente mientras 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.

Entiendo que el pago por el servicio médico vence el día de la visita. El pago se puede realizar en efectivo o con tarjeta de crédito. Los arreglos de seguro / financieros deben hacerse con el centro antes de cualquier servicio.

Programa de descuentos de tarifas variables

La política de HHM es establecer un programa de descuento de tarifas variables basado en la capacidad del paciente para pagar todos los servicios dentro del alcance aprobado del proyecto de HHM, independientemente del modo de entrega, es decir, columna I, II, O III del formulario 5 por el que existe un cargo establecido. El SFDS se establece e implementa para garantizar que las tarifas y descuentos uniformes y razonables se apliquen de manera consistente y adecuada a todos los pacientes con HHM para abordar las barreras financieras a la atención. La elegibilidad para el SFDS se basará en los ingresos y el tamaño de la familia y no en otros factores.

Los componentes del programa de descuento tarifas variables son los siguientes:

- a. Definición de ingresos y tamaño de la familia
- b. Documentos requeridos por los pacientes para apoyar la definición de ingresos.
- c. Determinación de las directrices de elegibilidad
- d. Estructura de la escala de descuento de tarifas variables



Formulario de responsabilidad del paciente

Mi firma en este formulario indica que:

- a. Certifico que he leído y entiendo completamente el consentimiento anterior y que los hechos indicados son ciertos.
- b. 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 naturaleza como en gravedad.
- c. Entiendo que los proveedores de nivel medio (asistentes médicos, enfermeras practicantes familiares y asistentes médicos capacitados) pueden estar involucrados en mi tratamiento, y doy mi consentimiento para ello.
- d. Entiendo que se me puede pedir que firme un formulario de consentimiento informado por separado para ciertos Tratamiento(s).
- e. Por la presente doy voluntariamente mi consentimiento para el Tratamiento al Centro.
- f. Yo, el abajo firmante, autorizo al centro a divulgar cualquier información adquirida en el curso de mi tratamiento a mi(s) compañía(s) de seguros, a otro médico o centro(s) médico(s). Por la presente acepto que soy responsable de dicha(s) tarifa(s). Autorizo el pago directamente al centro, si lo hubiera,

Firma del Paciente/Representante Legal

Fecha

Imprimir Nombre en Molde:

Relación con el paciente

Firma del Testigo, si no es paciente

Imprimir Nombre en Molde:

Fecha

Intérprete/Traductor a completar cuando corresponda:

He leído/traducido de forma precisa y completa el documento anterior a:

Inserte el nombre del paciente o del representante legal del paciente

En _____, el idioma principal del Paciente o del Representante Legal del Paciente. El/la entendió todos los términos y condiciones y reconoció su acuerdo y consentimiento al mismo firmando el documento en mi presencia.

Interpretado/Traducido

Firma del intérprete/traductor

Imprimir Nombre del intérprete/traductor:

Fecha