



## ESPAÑOL

### REQUISITOS DE INSCRIPCIÓN PARA EL PLAN DE DESCUENTO

**1. Comprobante de ingresos familiares de todos los miembros del hogar que trabajan, amigos y familiares.**

- Los Último Talones de cheques de pago, *(Por favor, traiga al menos **4 talones de cheques de pago**) (Debe estar fechado dentro de los 30 días posteriores al registro) O*
- Declaración de impuestos del año anterior, O
- Verificación de empleador *(HHM le puede proporcionar la carta de empleador. Cartas escritas no serán aceptadas.)*

Documentos de (ASISTENCIA RECIVIDA DEL GOBIERNO) solo si esto se le aplica a usted o a alguien en su hogar:

- Estampillas de Alimentos (SNAP)
- Manutención de hijos (Child Support)
- Seguro Social/ Discapacidad
- Desempleo (Workforce Commision)
- TANF (Asistencia temporal para familias necesitadas)

**2. Identificación válida con foto y tarjeta de seguro, si la tiene.**

**3. Comprobante de domicilio:** (factura de electricidad, factura de agua, contrato de arrendamiento de apartamento o documentos hipotecarios)

**4. 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.**

**5. Se requerirá una tarjeta de HHM y una identificación con foto en cada cita.**

**6. Hay un cobro de \$10 por reemplazar las tarjetas HHM si es que la pierde.**

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

**Asegúrese de traer todos los documentos requeridos en el momento de la inscripción.**

**Todas las inscripciones deben dirigirse a la Suite 360 en el 3er piso en 5750 Pineland Dr.**

**Horario de Registración:**

**Lunes – Viernes**

**8:00 a.m. – 4:00 p.m.**

**(Las inscripciones también se pueden completar en cualquier de los 5 centros de salud de**

**HHM en el Metroplex)**



## Forma de Registración

Apellidos: \_\_\_\_\_ Primer Nombre: \_\_\_\_\_ Inicial de Segundo Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección de Domicilio: \_\_\_\_\_ Apt #: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ SS#: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Teléfono Residencial: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Teléfono Celular (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Teléfono de Trabajo: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Contacto de Emergencia: \_\_\_\_\_ Número Telefónico: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

### Estado Civil:

- Casada/o
- Soltera/o
- Viuda /o
- Divorciada/o

### Comunicación Preferida:

- Casa
- Trabajo
- Celular
- Correo electrónico

### ¿Podemos dejar correo de vos con sus resultados médicos?

- Si
- No

### Identidad de Género:

- Masculino
- Femenino
- Hombre transgénero
- Mujer transgénero
- Otro
- Elijo no revelar

### Orientación Sexual:

- Heterosexual
- Lesbiana o Gay/Homosexual
- Bisexual
- Otro
- Elijo no revelar

### Lenguaje Primario:

- Inglés
- español
- Lenguaje de señas
- Otro: \_\_\_\_\_

### Farmacia Preferida:

- HHM Health
- Otro:

### Etnia:

- Mexicana/o/Mexicano Americana/Chicana/o
- Puertorriqueña/o
- Cubana/o
- Otro Hispana/o/Latina/o/Origen Hispana/o
- Hispana/o/Latina/o
- No- Hispana/o /No- Latina/o
- Elijo no revelar

### Raza:

- Caucásico / Blanco
- Afroamericano /Negro
- Indio Americano/Nativo de Alaska
- Asia indio
- chino
- Mas de una raza
- filipino
- Japones
- coreano
- vietnamita
- tailandés
- Elijo no revelar
- Nativo Hawaiano
- samoano
- Guameño/Chamorro
- Otro isleño del pacifico
- Mas de una raza
- Otro:

### ¿Eres un veterano?:

- Si
- No

### Estas sin hogar?:

- Si
- No

### Si tu respuesta es sí, por favor elige:

- 
- Regio
- En la calle

### ¿Necesita asistencia de vivienda?

- Si
- No

- Transicional
- Desconocido
- Otro

### ¿Eres un trabajador Agrícola?

- Temporal
- agrícola
- Depende de Un trabajador agrícola
- Depende de un trabajador agrícola temporal
- No trabajo como agricultor

### Información del Padre /Tutor legal – Por favor complete si el paciente es menor de 18 años:

Nombre de Madre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Número telefónico: \_\_\_\_\_

Nombre de Padre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Número telefónico: \_\_\_\_\_

Nombre de Guardian Legal: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Número telefónico: \_\_\_\_\_



## Información del Seguro Medico

**\*Se requieren copagos al momento de las visitas y/o pago de servicios no cubiertos por el seguro**

Tipo De Seguro Médico:

- Asegurancia Privada
- Pago por si mismo
- Medicaid
- Medicare
- U otro

### Nombre de Plan:

Asegurancia Primaria: \_\_\_\_\_ Numero de póliza o de Miembro: \_\_\_\_\_

### Nombre de Plan:

Asegurancia Secundaria: \_\_\_\_\_: póliza/Id de miembro: \_\_\_\_\_ Numero de Grupo: \_\_\_\_\_

**Información del garantizador** (persona financieramente responsable de cualquier saldo del paciente):

Verifique si es el mismo que el paciente

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

relación al paciente: \_\_\_\_\_ Numero de Seguro Social (opcional): \_\_\_\_\_

Dirección postal: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Teléfono de hogar: \_\_\_\_\_ Teléfono celular: \_\_\_\_\_

**Información de Suscriptor** (Persona que tiene el seguro):  Compruebe si es igual que el paciente

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Relaciones con el paciente: \_\_\_\_\_ Número de Seguro Social (opcional): \_\_\_\_\_

Dirección postal: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

teléfono de hogar: \_\_\_\_\_ teléfono Celular: \_\_\_\_\_

### Información sobre el seguro dental:

Nombre del seguro: \_\_\_\_\_ Póliza/ID de miembro: \_\_\_\_\_ Numero de Grupo: \_\_\_\_\_

Nombre del suscriptor: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_



## Información de Ingresos del Paciente

Toda la información es estrictamente confidencial

HHM Health es un Centro de Salud Federalmente Calificado (FQHC, por sus siglas en inglés) y puede ofrecer servicios con descuento a los pacientes en función de la capacidad financiera o la incapacidad de pago. Este programa requiere que obtengamos información sobre los ingresos y el hogar de cada paciente al que brindamos servicios. Si califica, pagará un monto con descuento por su atención en HHM Health.

Si desea ser considerado para la Escala Móvil de Tarifas, complete la siguiente sección de este formulario en su totalidad. Si no se presenta toda la información requerida, se retrasará la determinación de los servicios con descuento. (nota: algunas secciones pueden repetirse en comparación con el Formulario de Registro de Paciente, continúe completando el formulario por completo)

Si no desea ser considerado para la Escala Móvil de Tarifas, por favor recíproco marcando la casilla a continuación y proporcionando su firma. Los pacientes que se nieguen a ser considerados para la Escala Móvil de Tarifas no necesitan presentar información sobre sus ingresos y su hogar. Además, puede omitir el resto del formulario de Información de Ingresos del Paciente.

No deseo ser considerado para el programa de descuento, y entiendo que los servicios se cotizarán utilizando las tarifas sin descuento alguno.

\_\_\_\_\_

Firma de padre o Guardian (si el paciente es menor de 18 años)

Fecha

### Sección I: CABEZA DE FAMILIA (en letra de imprenta en toda la sección del documento)

Apellido:	Nombre:	Inicial del Segundo nombre:	# de Dependientes:
Dirección:	Ciudad:	Código Postal:	Condado:
Fecha de nacimiento:	Número de Seguro Social:	Estado civil: <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo	

### Sección II: INGRESOS (por favor complete para cada miembro adulto del hogar que esté empleado o tenga alguna fuente de ingresos)

Persona Empleada	Nombre de la empresa	Ingresos brutos (antes de impuestos)	Pagado con qué frecuencia (marque uno)

#### Otras fuentes de ingresos

Manutención de los hijos \$	Pensión alimenticia \$	Desempleo \$	Discapacidad \$
Pensión/Jubilación \$	TANF \$	Seguridad social \$	Otro \$

Cobertura de seguro de salud: Medicaid Chip Medicare Seguros Privados Ninguno

### SECCIÓN III: MIEMBROS DEL HOGAR (enumere primero a todas las personas del hogar, incluido el jefe de Hogar)

Nombre (nombre, segundo nombre, apellido)	Fecha de nacimiento	Edad	Nombre (nombre, segundo nombre, apellido)	Fecha de nacimiento	Edad
1.			5.		
2.			6.		
3.			7.		
4.			8.		



## Acuerdo de Asociación en la Atención de HHM Health

HHM Health se complace en ser un socio con usted en su atención médica. Sabemos que el manejo de su salud incluye su participación. Usted, como paciente, tiene el control de su salud. Las decisiones que tomas todos los días tienen un impacto en tu salud. Su dieta, ejercicio y otras decisiones que tome afectan su salud tanto o más que cualquier médico.

Estamos comprometidos a educarlo sobre su salud y a trabajar con usted. Tener mejor información y tomar un papel activo puede ayudarte 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. Lleve siempre consigo todos los medicamentos que esté tomando a cada visita.  
(Medicamentos recetados, medicamentos de venta libre, vitaminas y remedios y suplementos a base de hierbas)
2. Haga una lista con anticipación de las cosas que tal vez desee analizar 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 según las indicaciones.
7. Responder a todas las comunicaciones de la clínica.
8. Revise las reglas de la clínica, cumpla y guarde una copia de ellas con sus registros.
9. Informar de cualquier dirección, número(s) de teléfono y cambios en los ingresos o el seguro.
- 10. Aviso con 24 horas de anticipación si no puede asistir a la cita. Si no asiste a la cita o no da aviso con 24 horas de anticipación, se le cobrará una tarifa de \$10 por no presentarse.**
11. Llegar tarde a una cita resultará en ser reprogramado para la próxima hora disponible.
- 12. Los pacientes que no asistan o cancelen sus citas tres veces en un período de 12 meses o cinco veces en el caso de los niños menores de 18 años pueden tener impedido programar citas futuras por un período de seis meses y serán atendidos el mismo día o sin cita previa solamente.**
13. Entiendo que mi tratamiento puede ser infructuoso si no sigo las órdenes y referencias del médico.
14. No se usa el teléfono celular ni se cargan los teléfonos celulares en la clínica.
15. HHM Health se reserva el derecho de negar servicios a los pacientes que se hayan comportado de una manera que se considere inapropiada. (Poco cooperativo, verbalmente abusivo, intoxicado, etc.)

Nombre de paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma de Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Testigo del empleado: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

MRN: \_\_\_\_\_



## **Formulario de autorización de liberación de HIPAA**

### **Aviso de Reconocimiento de Prácticas de Privacidad**

\_\_\_\_\_ (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 alguna pregunta o queja. En la medida en que lo permita 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**

Tengo entendido que el Congreso aprobó una ley titulada Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico ("HIPAA") que limita la divulgación de mi información médica protegida. Esta autorización se firma porque es crucial que mis proveedores médicos entreguen fácilmente mi información médica protegida a las personas designadas en esta autorización para permitirme la ventaja de poder discutir y obtener consejos de mi familia y/o amigos.

Por lo tanto, de conformidad con 45 CFR 164.501 (a) (1) (iv), una entidad cubierta (que sea un proveedor de atención médica según la definición de HIPAA) puede divulgar información médica protegida de conformidad con y en cumplimiento de esta autorización válida bajo 45 CFR Sec. 164.508.

### **AUTORIZACIÓN**

Yo, \_\_\_\_\_, un individuo, por la presente autorizo a todas las entidades cubiertas según se definen en HIPAA, incluidos, entre otros, un médico (incluidos, entre otros, un médico, podólogo, quiropráctico u osteópata), psiquiatra, psicólogo, dentista, terapeuta, enfermera, hospitales, clínicas, farmacias, laboratorios, servicio de ambulancia, centro de vida asistida, centro de atención residencial, centro de cama y comida, hogar de ancianos, compañía de seguros médicos o cualquier otro proveedor de atención médica o afiliado, Divulgar 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 pasado, presente o futuro y cualquier otra información que esté relacionada de alguna manera 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 tenga posesión de la información médica protegida, incluso si soy completamente competente para hacer preguntas y discutir este asunto en ese momento. Es mi intención dar una autorización completa a CUALQUIER información médica protegida a las personas nombradas en esta autorización.



### **Divulgaciones a amigos y/o familiares**

Doy permiso para que mi información médica protegida se divulgue con el fin de comunicar los resultados, los hallazgos y las decisiones de atención a los miembros de la familia y a otras personas que se enumeran a continuación:

1. Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_ Número telefónico: \_\_\_\_\_

2. Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_ Número telefónico: \_\_\_\_\_

3. Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_ Número telefónico: \_\_\_\_\_

### **La información no debe ser divulgada a nadie.**

**Complete lo siguiente indicando los elementos que desea que se divulguen. Se requiere la firma de un paciente menor de edad para la liberación de algunos de estos elementos. Si se va a divulgar toda la información de salud, marque solo la primera cajita.**

#### **Toda la información de salud**

- Antecedentes/Examen  físico Informes  de consulta Informes de operación
- Notas  de progreso del resumen del alta  de medicamentos  pasados/presentes
- Resultados  de laboratorio Informes  de pruebas diagnósticas Información de facturación
- Órdenes  del médico Alergias del  paciente  Radiología Informes e imágenes
- Informes  de electrocardiograma /cardiología Informes  de patología Registro de abuso de drogas, alcohol o sustancias
- Registros de salud mental (excluyendo notas de psicoterapia).  Resultados de pruebas de VIH/SIDA
- Información genética (incluidos los resultados de pruebas genéticas)
- Otro \_\_\_\_\_

DELEGACIÓN DE CONSENTIMIENTO: complete si el paciente es menor de 18 años

Yo \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ como padre/tutor legal

Nombre impreso

Relación con el menor

**dar mi permiso a las siguientes personas que se enumeran a continuación para traer al niño mencionado con anterioridad a HHM Health para recibir tratamiento y para dar su consentimiento a todas las vacunas, inyecciones u otras terapias y procedimientos médicos que consideren apropiados.**

1. Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Relación con el niño: \_\_\_\_\_

2. Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Relación con el niño: \_\_\_\_\_

3. Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Relación con el niño: \_\_\_\_\_

**Firma:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

**Firma de la persona o representante legalmente autorizado de la persona**



## Autorización de Tratamiento y Pago

**Nombre del paciente:** \_\_\_\_\_ **Fecha de nacimiento:** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

[Nombre en letra de imprenta]:

---

**Relación con el paciente:**  yo  padre  tutor  otro: \_\_\_\_\_

Por la presente y de manera voluntaria doy mi consentimiento para autorizar a los proveedores de atención médica del centro a brindarme servicios de atención médica en los lugares de servicio del centro. Los servicios de atención médica pueden incluir, entre otros, evaluaciones físicas y mentales de rutina; pruebas y procedimientos de diagnóstico y seguimiento; exámenes y tratamientos médicos y/o dentales; procedimientos y pruebas de laboratorio de rutina; radiografías y otros estudios de imagen; administración de medicamentos; y procedimientos y tratamientos recetados por los proveedores de atención médica del centro. Los servicios de atención médica también pueden incluir el asesoramiento necesario para recibir los servicios adecuados, incluida la planificación familiar (según se define en 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 la vacuna" (VIS, por sus siglas en inglés) antes de recibir cada vacuna.

Entiendo que existen ciertos peligros y riesgos relacionados con todas las formas de tratamiento, y doy mi consentimiento a sabiendas de esto.

Entiendo que este consentimiento es válido y permanece en vigor 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 del servicio médico vence el día de la visita. El pago se puede realizar en efectivo o con tarjeta de crédito. Se deben hacer arreglos financieros y de seguro con el centro antes de cualquier servicio.

### **Programa de descuentos:**

Es política de HHM establecer un programa de descuento de tarifa variable basado en la capacidad del paciente para pagar todos los servicios dentro del alcance del proyecto aprobado por HHM, independientemente del modo de entrega, es decir, la Columna I, II o III del Formulario 5 para el cual existe un cargo establecido. El SFDS se establece e implementa para garantizar que las tarifas y los descuentos uniformes y razonables se apliquen de manera consistente y adecuada a todos los pacientes de 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 descuentos de tarifa variable son los siguientes:

un.

- a. Definición de Ingreso y Tamaño de la Familia
- b. Documentos que deben proporcionar los pacientes para respaldar la definición de ingresos.
- c. Determinación de las pautas de elegibilidad
- d. Estructura de la Escala Móvil de Descuento de Tarifas



## **Formulario de Responsabilidad del Paciente**

**Mi firma en este formulario indica que:**

1. Certifico que he leído y Nombre de la persona que da su consentimiento si es diferente del paciente: comprendo completamente el consentimiento anterior y que los hechos indicados son ciertos.
2. 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.
3. Entiendo que los proveedores de nivel medio (asistentes médicos, enfermeras practicantes de familia y asistentes médicos capacitados) pueden estar involucrados en mi tratamiento, y doy mi consentimiento para ello.
4. Entiendo que es posible que se me pida que firme un formulario de consentimiento informado por separado para ciertos tratamientos.
5. Por la presente doy voluntariamente mi consentimiento para el Tratamiento al Centro.
6. 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 y asigno al centro, si lo hubiere,

**Firma del Paciente/Representante Legal**

**Fecha**

**Imprimir Nombre**

**Relación con el paciente**

Firma del testigo, si no es paciente

Imprimir nombre

Fecha

**Interprete/Traductor a completar cuando corresponda:**

He leído/traducido de manera 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. Entendió todos los términos y condiciones y reconoció su acuerdo y consentimiento al firmar el documento en mi presencia.

Interpretado/Traducido

Firma del Intérprete/Traductor

Nombre del intérprete/traductor: Fecha