

REGISTRO DEL PACIENTE (COMPLETE AMBOS LADOS)

INFORMACION DEL PACIENTE				FECHA DE HOY	
Apellido			Nombre		Inicial
Fecha de Nacimiento	Número de Seguro Social		-	-	
Dirección Física				#Apartamento	
Dirección Postal					
Ciudad		Estado	Código Postal		
Teléfono de Casa		Teléfono de Trabajo	Celular		
Podemos dejarle mensajes telefónicos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si Marcó Sí- Por Favor CirculeCuál Es El Mejor Número Arriba					
Está bien enviarle un mensaje de texto? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Está bien enviarle información por correo electrónico? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Registrarse en el Portal del Paciente de CHA <input type="checkbox"/> Sí Dirección de Correo Electrónico:	
Sexo al Nacer	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Identidad Sexual Actual	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Transgénero Masculino <input type="checkbox"/> Transgénero Femenino <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Decido no anotar	Orientación Sexual	<input type="checkbox"/> Lesbiana o Gay <input type="checkbox"/> Heterosexual <input type="checkbox"/> Bisexual <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> No sé <input type="checkbox"/> Decido no anotar
Raza	<input type="checkbox"/> Afro Americano <input type="checkbox"/> Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Más de un Raza <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Hawaiano Nativo <input type="checkbox"/> Me rehúso a declarar				
Etnicidad	<input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> No Hispano/Latino <input type="checkbox"/> Me rehúso a declarar Idioma Preferido:				
Estado Civil	<input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Pareja <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo				
Para menores, nombre de padre/madre o tutor legal			Parentesco		
Responsabilidad de la Custodia, si aplica		<input type="checkbox"/> Compartida <input type="checkbox"/> Custodia Exclusiva <input type="checkbox"/> Otra (<i>por favor explique</i>) _____ <i>Otro/a Padre/Madre biológico/a:</i> FAVOR DE TRAER FORMAS DE CUSTODIA E IDENTIFICACION CON FOTO			
Situación de Vivienda		<input type="checkbox"/> Con Hogar <input type="checkbox"/> Sin Hogar	Estado Militar	Veterano	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Si trabaja en agricultura		<input type="checkbox"/> Migrante <input type="checkbox"/> Temporal <input type="checkbox"/> Trabaja todo el año			
Empleador		Ocupación			
Farmacia de Preferencia					
CONTACTO DE EMERGENCIA					
Nombre		Parentesco			
Teléfono de casa		Celular	Ciudad/Estado		

PROVEEDOR DE ATENCION MEDICA ACTUAL			
Es CHA su proveedor de atención medica primaria?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<i>Si No – por favor indique:</i>
Es CHA su fuente primaria de su cuidado dental?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<i>Si No – por favor indique:</i>
Tiene seguro médico? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Tiene seguro dental? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
SEGURO MEDICO PRIMARIO			
SEGURO MEDICO SECUNDARIO – Si aplica			
PERSONA RESPONSABLE DE FINANZAS: <i>si el paciente es un menor, complete esta sección</i>			
Apellido		Nombre	
Dirección (si es diferente)		Ciudad	Estado Código Postal
Fecha de Nacimiento		Numero de Seguro Social	
Teléfono de Casa	Celular		Teléfono de Trabajo
Relación con el paciente <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Otro, por favor indique:			

La información de ingresos solicitada a continuación es muy importante para la continuación de nuestros fondos como un centro de salud calificado federalmente y también brinda información que nos ayuda a servir mejor a nuestros pacientes. Toda la información se mantendrá confidencial.

Por favor circular ambos abajo, el número de miembros del hogar y el rango del ingreso mensual.

Rango del Ingreso Mensual

Número de personas en su hogar	Menos que o igual a	Menos que o igual a	Menos que o igual a	Menos que o igual a	Menos que o igual a	Menos que o igual a	Igual a o más de
1	\$1,063	\$1,329	\$1,595	\$1,861	\$2,126	\$2,127	\$2,127
2	\$1,437	\$1,796	\$2,155	\$2,514	\$2,874	\$2,875	\$2,875
3	\$1,810	\$2,262	\$2,715	\$3,167	\$3,620	\$3,621	\$3,621
4	\$2,183	\$2,729	\$3,275	\$3,821	\$4,367	\$4,368	\$4,368
5	\$2,557	\$3,196	\$3,835	\$4,474	\$5,113	\$5,114	\$5,114
6	\$2,930	\$3,663	\$4,395	\$5,128	\$5,860	\$5,861	\$5,861
7	\$3,303	\$4,129	\$4,955	\$5,781	\$6,607	\$6,608	\$6,608
8	\$3,677	\$4,596	\$5,515	\$6,434	\$7,353	\$7,354	\$7,354
Más de 8 personas, aumente por persona	\$373	\$467	\$560	\$653	\$747		

Firma: _____

Fecha: _____

**CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE Y
AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN
DE INFORMACIÓN DE SALUD POR CHA**

Nombre del Paciente		Fecha de Nacimiento	
---------------------	--	---------------------	--

Coastal Health Alliance toma la privacidad de su información de salud muy en serio. Como una cortesía hacia usted, facturamos a su compañía de seguros y debemos compartir cierta información con ellos con el fin de procesar reclamos.

PACIENTES DE MEDI-CAL

Las organizaciones de servicio calificadas (QSO) que se indican a continuación tienen contrato con el Estado de California para proporcionar servicios de salud a los miembros de Medi-Cal. Medi-Cal puede asignarle a uno de los QSO para el manejo de sus servicios. Las QSO procesan reclamos por servicios proporcionados por CHA. También se requiere que las QSO presenten información de todos los reclamos pagados o procesados a California Medi-Cal para fines de administración.

Autorizo a CHA a que comparta mi información de salud, incluyendo información relacionada con mi tratamiento para abuso de alcohol y/o drogas, con una de las QSO que se indican a continuación a la cual he sido asignado, con el propósito de someter reclamos para pago, y a otras organizaciones para la continuidad de mi cuidado médico.

- Beacon Health
- Consultores Médicos
- Hospitales
- Partnership Health Plan
- Kaiser Permanente

OTROS PLANES DE SEGURO

Por la presente autorizo a CHA a compartir información sobre mi salud con consultores médicos, hospitales y otros especialistas con el propósito de procesar reclamos. Esto puede incluir compartir cierta información relacionada con mi tratamiento para abuso de alcohol y/o drogas a mi pagador de seguro con el propósito de someter reclamos para pago.

Al firmar abajo, admito que:

Mi tratamiento no se completará si no firmo este documento.

He recibido una copia de este documento firmado.

Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento mediante notificación escrita a CHA, excepto si CHA o la QSO ya lo han hecho.

Esta autorización expirará en la fecha en que ya no soy miembro de Medi-Cal, miembro del plan de salud, o dos años desde la fecha de mi firma, lo que ocurra primero.

Firma del Paciente o Representante Legal		Fecha	
Imprima Nombre del Representante Legal (si corresponde)		Parentesco con Paciente	
Revocación: Revoco mi autorización para revelar a mis pagador(es) información sobre mi desorden de abuso de sustancias.			
Firma del Paciente o Representante Legal		Fecha	

<p>Coastal Health Alliance (CHA) se dedica a brindar cuidado de salud primaria de alta calidad a toda la comunidad. Parte de hacer esto es tener un buen entendimiento de las “reglas básicas” con las que proporcionamos este cuidado. Para ofrecerle tratamiento y facturar su seguro médico por estos servicios, por favor lea completamente esta forma y firme abajo para confirmar que está de acuerdo con los siguientes anuncios. Si tiene preguntas, por favor hágalas antes de firmar esta forma.</p>	
Autorización para tratamiento	Al firmar abajo usted está de acuerdo con que empleados y proveedores de salud de CHA le examinen, tomen muestras, como de sangre u orina, y administren pruebas de rutina como rayos-X o supervisión del corazón. Antes de efectuar pruebas o tratamientos más invasivos, hablaremos con usted acerca de sus riesgos específicos y posibles beneficios, y quizás le pediremos que firme otra forma después que contestemos sus preguntas.
Autorización para historia farmacéutica	Al firmar abajo, usted está de acuerdo con permitir que empleados y proveedores de salud de CHA obtengan su historia de medicinas de otras entidades. Si desea rehusar, por favor firme aquí _____
Pago por Servicios	Al firmar abajo usted consiente a pagar por servicios provistos por CHA al momento cuando los recibe, incluyendo su co-pago, co-seguro o deducible; salvo que haya acordado otros arreglos con CHA. Usted también está de acuerdo que es responsable por los cargos en su totalidad, así sean pagados o no en parte por su seguro.
Seguro-Asignación de Beneficios	Al firmar abajo y proporcionarnos su información de seguro, usted aprueba que CHA presente reclamos a su plan de seguro, Medicare, Medi-Cal o cualquier otro plan o programa que pague por su cuidado médico. Usted también asigna los beneficios de tales planes o programas a CHA y consiente que los beneficios pueden ser pagados directamente a CHA. Usted también consiente a cooperar con CHA para que presentemos tales reclamos, e informarnos de cambios en información referente a usted, su elegibilidad o su cobertura bajo una póliza o programa en particular.
Asistencia Financiera	CHA ofrece un programa de escala gradual de precios basado en ingresos familiares. Para postular, debe proporcionarnos prueba de ingresos, tales como talones de cheque, talones de seguro de desempleo, AFDC, declaración de impuestos, pensión alimenticia, jubilación, etc. Al firmar abajo, usted consiente que le hemos informado sobre este programa.
Nota de Prácticas de Privacidad	CHA tiene una Notificación de Prácticas de Privacidad que describe sus derechos y cómo la información que usted comparte con nosotros será usada para darle tratamiento, facturarle por este tratamiento y manejar CHA. Al firmar abajo, usted consiente que ha recibido una copia de la Notificación de Prácticas de Privacidad. <input type="checkbox"/> Paciente prefirió no recibir copia de la Notificación de Prácticas de Privacidad

Firma _____ Fecha _____
(Paciente o Representante – Padre/Madre, Guardián, Poder Legal – circulé cual)

**Usted tiene derecho a una copia firmada de esta forma. Solo pídala.
Gracias por escoger Coastal Health Alliance!**

GHA ofrece varias maneras de pagar por los servicios que brindamos. El pago se espera al momento del servicio. Si esto no es posible, se deben hacer arreglos para el pago. Si no tiene cobertura de seguro médico o tiene un deducible grande y sus ingresos están por debajo de cierta cantidad, es posible que sea elegible para nuestro programa de tarifas flexibles u otros programas financiados por el gobierno. Las opciones de pago disponibles incluyen lo siguiente:

Si tiene SEGURO: Necesitaremos copia de su tarjeta vigente del plan de seguro. Conozca su cobertura de atención médica. Cada plan es diferente. Al comienzo del año, muchas personas tienen deducibles. Hasta que sus gastos del año alcancen el monto deducible, debe pagar al momento del servicio. Es posible que tenga un co-pago con cada visita. Para cualquier servicio no cubierto por su seguro, usted tendrá que pagar al momento del servicio. Una vez que usted ha alcanzado su deducible y co-pagos que apliquen, recaudaremos pago de la compañía de seguros.

Si tiene un seguro HMO: asegúrese que uno de nuestros médicos sea su médico de atención primaria (PCP) y sepa con qué grupo médico él/ella está afiliado/a. Si no somos su médico de atención primaria y sus servicios no fueron autorizados por su PCP, debe pagar al momento del servicio.

Si tiene Medicare: necesitamos copia de su tarjeta de Medicare y de su plan de seguro complementario. Si sus beneficios de Medicare se han transferidos a un plan HMO (Kaiser Senior Advantage, Scan, Western Health Advantage, Health Net, etc.) asegúrese que uno de nuestros médicos sea su médico de atención primaria (PCP) y sepa con qué grupo médico él/ella está afiliado/a. Deberá hacer el co-pago de visita al momento del servicio.

Si tiene Medi-Cal o Partnership Health Plan: debemos ver su tarjeta al momento del servicio. Si no podemos confirmar su elegibilidad, debe pagar al momento del servicio. Para los miembros de Partnership Health Plan, asegúrese que uno de nuestros médicos sea su médico de atención primaria (PCP). Si no le han asignado un PCP, informe a la recepción.

Si no tiene seguro, Medicare, Medi-Cal o Partnership Health Plan, requerimos el pago al momento del servicio. Con nuestra opción de "Pago directo" puede pagar el costo total o inscribirse en un plan de pago.

Esta opción puede usarse cuando pacientes prefieren que facturemos primero a su compañía de seguros antes de hacer un pago. También puede usarse cuando pacientes no tienen seguro de salud y les gustaría establecer un plan de pago para pagar su factura. Su firma en el formulario de "Pago directo" autoriza a la clínica a cargar a su tarjeta de crédito o débito Visa o MasterCard la porción de su factura no cubierta por su seguro. El Especialista Financiero arreglará esto para usted.

Un descuento de 50% por pronto pago se ofrecerá a pacientes sin seguro que paguen los servicios de hoy en su totalidad ya sea con efectivo o con tarjeta de crédito / débito.

Cuentas con balances serán remitidas a cobranzas.

Signature: _____

Date: _____