Welcome to Southern Nevada Community Health Center!

New Patient Registration Form

As a Federally Qualified Health Center, we are required to collect demographic information regarding the patients we serve. The information you provide is confidential. Please check "Choose not to disclose" if you do not wish to answer a specific question.

Patient / Client Information

Last Name:	First Name:	Middle Name:	DOB / /
Address:		Apt/Unit:	**Sex Assigned at Birth:** ☐ Male ☐ Female
City:	State:		Zip Code:

Main Phone: | **Cell Phone:** | **Email:**

Preferred Method of Contact: ☐ Call ☐ Text ☐ Email **Best Time of Day to Contact:** ☐ 7-11AM ☐ 11AM-2PM ☐ 2-5 PM

OK to Leave Message? ☐ Yes ☐ No **OK to Text?** ☐ Yes ☐ No

Marital Status:
☐ Single ☐ Married ☐ Divorced ☐ Partner ☐ Widowed ☐ Legally Separated ☐ Choose not to disclose

Primary Language:

Do you need an interpreter? ☐ Yes ☐ No
Hearing Impaired or need sign language interpreter services? ☐ Yes ☐ No

Race: ***Check all that apply***
☐ Asian ☐ Native Hawaiian ☐ Other Pacific Islander
☐ African American / Black ☐ American Indian or Alaska Native ☐ Caucasian / White
☐ Choose not to disclose

Ethnicity: ☐ Non-Hispanic ☐ Hispanic ☐ Choose not to disclose

US Veteran ☐ YES ☐ NO **Migratory agricultural** ☐ YES ☐ NO **Seasonal agricultural** ☐ YES ☐ NO

Living Arrangements:
☐ Permanent Residence (own, rent apartment/room/house) ☐ Transitional Housing (center, community, home)
☐ Shelter (safe havens, temporary overnight housing, armories) ☐ Permanent Supportive Housing
☐ Doubling up (living with other people for a temporary period) ☐Other:

Sexual Orientation:
☐ Lesbian or Gay ☐ Straight ☐ Bisexual
☐ Something else ☐ Don't know ☐ Chose not to disclose

Gender Identity:
☐ Male ☐ Transgender Male (Female to Male) ☐ Other: _____
☐ Female ☐ Transgender Female (Male to Female) ☐ Chose not to disclose

Emergency Contact

Name:	Phone:

Relationship: ☐ Parent ☐ Guardian ☐ Spouse ☐ Other:

We care about your privacy

INFORMATION NECESSARY TO RECEIVE CONFIDENTIAL INFORMATION (test results, etc.) ON THE PHONE:

MOTHER MAIDEN NAME:	PASSWORD:

Acknowledgement of Information

PRINT NAME:	SIGNATURE:
Relationship: ☐ Self ☐ Parent / Guardian	DATE:

Confidential Family Planning/Reproductive Health services for minors are available.

¡Bienvenido al Centro de Salud Comunitario del Sur de Nevada!

Formulario de registro para paciente nuevo.

Como centro de salud calificado federalmente, estamos obligados a recopilar información demográfica sobre los pacientes que atendemos. La información que proporciona es confidencial. Marque " Elijo no revelar" si no desea responder una pregunta especifica.

Patient / Client Information			
Apellido:	Primer Nombre:	Segundo Nombre:	Fecha de Nacimiento / /
Dirrecion:		Unidad:	**Sexo assignado al nacer** ☐ Masculino☐ Femenino
Ciudad:		Estado:	Codigo Postal:
Teléfono principal:	**Teléfono móvil:**	**Correo electronico:**	
Método preferido de contacto: ☐ Llamada ☐ Mensaje de texto ☐ Correo electrónico			
Mejor hora del día para contactar: ☐ **7-11 AM** ☐ **11 AM-2 PM** ☐ **2-5 PM**			
¿Está bien dejar un mensaje? ☐ Sí ☐ No **¿Esta bien enviar mensajes de texto?** ☐ Sí ☐ No			
Estado civil: ☐ Soltero ☐ Casado ☐ Divorciado ☐ Pareja ☐ Viudo ☐ Separado legalmente ☐ Elijo no revelar			
Idioma de Preferencia:			
¿Necesitas un intérprete? ☐ Sí ☐ No ¿Tiene problemas de audición o necesita servicios de intérprete de lenguaje de señas? ☐ Sí ☐ No			
Raza: marque todo lo que corresponda ☐ Asiático ☐ Nativo de Hawai ☐ Otro isleño del Pacífico ☐ Afroamericano / Negro ☐ Indio Americano o Nativo de Alaska ☐ Caucásico / Blanco ☐ Elija no revelar			
Etnicidad: ☐ No hispano ☐ Hispano ☐ Elija no revelar			
Veterano de los Estados Unidos ☐ SÍ ☐ NO **Agrícola migratorio** ☐ SÍ ☐ NO **Agrícola estacional** ☐ SÍ ☐ NO			
Vivienda actual: ☐ Residencia permanente (propia, alquilar apartamento/habitación/casa) ☐ Vivienda de transición (centro, comunidad, hogar) ☐ Refugio (refugios seguros, alojamiento temporal durante la noche) ☐ Alojamiento de apoyo permanente ☐ Doblar (vivir con otras personas por un período temporal) ☐ Otro:			
Orientacion Sexual: ☐ Lesbiana o Gay ☐ Heterosexual ☐ Bisexual ☐ Algo más ☐ No sé ☐ Eligió no revelar			
Identidad de genero: ☐ Masculino ☐ Transgénero Masculino (Femenino a Masculino) ☐ Otros: _____ ☐ Femenino ☐ Transgénero Femenino (Masculino a Femenino) ☐ Eligió no revelar			

Contacto de emergencia	
Nombre:	Teléfono:
Relación: ☐ Padre ☐ Guardián ☐ Cónyuge ☐ Otro :	

Nos importa tu privacidad	
INFORMACIÓN NECESARIA PARA RECIBIR INFORMACIÓN CONFIDENCIAL EN EL TELÉFONO:	
APELLIDO MATERNO:	CONTRASEÑA:

Reconocimiento de información	
NOMBRE COMPLETO:	FIRMA:
PERSONA QUE FIRMA: ☐ Paciente ☐ Padre / Tutor	FECHA:

Se dispone de servicios confidenciales de planificación familiar y salud reproductiva para menores.

Approved Form (Rev. 03/2023 RS/LY)

Staff Initials_____

Insurance Information

Please provide identification and insurance cards at the time of registration.

Do you have: Any Medical Insurance: ☐ Yes ☐ No

If yes, mark all that apply:

☐ Medicaid ☐ Medicare ☐ Health Plan of Nevada ☐ Culinary ☐ Cigna

☐ Aetna ☐ Tricare ☐ Silver Summit Health Plan ☐ HPN Medicaid/Nevada Check-Up

☐ Anthem Blue Cross Blue Shield ☐ Hawaii Mainland Administrators

☐ Healthcare Partners of Nevada ☐ One Health

☐ Teachers Health Trust ☐ Prominence Health Plan HMO

☐ Multiplan (includes subsidiary Beechstreet) ☐ Managed Care Contracts

☐ Sierra Health & Life Insurance Co. ☐ Other: _____

Is it OK to bill your insurance? ☐ Yes ☐ No *If no, please explain why?* _____

(If we do not bill for services, you will be responsible to pay the full fee associated with you visit).

Is it OK to mail letters/billing statements to your home address? ☐ Yes ☐ No

If no, provide a mailing address/email of your choice.

Primary Insurance Company	Insured (Name on the Insurance Card)	**Relationship to patient:** ☐ Self ☐ Spouse/Partner ☐ Parent/Guardian ☐ Other
Name of Employer	Insured's Date of Birth	Group Number
Insurance Co. Contact Number (On the back of card)		ID Number

☐ Check if Address/Phone Same as Above. If different please complete: Phone ( )

Street: City: State: Zip Code:

Secondary Insurance Company	Insured (Name on the insurance Card)	**Relationship to patient:** ☐ Self ☐ Spouse/Partner ☐ Parent/Guardian ☐ Other
Name of Employer	Insured's Date of Birth	**Group Number**
Insurance Co. Contact Number (On the back of card)		ID Number

☐ Check if Address/Phone Same as Above. If different please complete: Phone ( )

Street: City: State: Zip Code:

Preferred Pharmacy Name:

Preferred Pharmacy Address or Cross Streets:

PRINT NAME:	SIGNATURE:
Relationship: ☐ Self ☐ Parent / Guardian ☐ Spouse/Partner ☐ Other	DATE:

☐ Check if Address/Phone Same as Above. If different please complete: Phone ( )

Street: City: State: Zip Code:

Approved Form (Rev. 03/2023 RS/LY)

Staff Initials_____

Información del seguro

Favor de proporcionar identificación, tarjetas de seguro al momento de registrar.

¿Tiene: algún seguro médico? ☐ Sí ☐ No

En caso afirmativo, marque todos los que correspondan:

☐ Medicaid ☐ Medicare ☐ Health Plan of Nevada ☐ Culinary ☐ Cigna
☐ Aetna ☐ Tricare ☐ Silver Summit Health Plan ☐ HPN Medicaid/Nevada Check-Up
☐ Anthem Blue Cross Blue Shield ☐ Hawaii Mainland Administrators
☐ Healthcare Partners of Nevada ☐ One Health
☐ Teachers Health Trust ☐ Prominence Health Plan HMO
☐ Multiplan (includes subsidiary Beechstreet) ☐ Managed Care Contracts
☐ Sierra Health & Life Insurance Co. ☐ Other: _____

¿Está de acuerdo en que le cobremos a su seguro? ☐ Sí ☐ No
En *caso de negar, explique por qué:* _____
(Si no cobramos los servicios a su aseguranza, usted será responsable de pagar la tarifa completa asociada con su visita).

¿Está bien enviar cartas / explicación de cargos a su domicilio? ☐ Sí ☐ No
Si no, proporcione una dirección alternativa o correo electrónico de su elección:

Compañía de seguro primario	Asegurado (nombre en la tarjeta de seguro)	**Relación con el paciente:** ☐ Paciente ☐ Cónyuge/Pareja ☐ Padre / Tutor ☐ Otro:
Nombre del empleador	Fecha de nacimiento del asegurado	Numero de grupo
Número de contacto de aseguranza (en el reverso de la tarjeta)		Número de identificación

☐ Marque si la dirección y teléfono es la misma que se muestra en primera seccion.
Si es diferente, complete: Teléfono ( )_____
Calle: Ciudad: Estado: Código postal:

Compañía de seguro secundario	Asegurado (nombre en la tarjeta de seguro)	**Relación con el paciente:** ☐ Paciente ☐ Cónyuge/Pareja ☐ Padre / Tutor ☐ Otro:
Nombre del empleador	Fecha de nacimiento del asegurado	Numero de grupo
Número de contacto de aseguranza (en el reverso de la tarjeta)		Número de identificación

☐ Marque si la dirección y teléfono es la misma quese muestra en primera seccion. Si es diferente, complete:
Teléfono ( )_____
Calle: Ciudad: Estado: Código postal:

Farmacia Preferida:
Dirección de farmacia o cruce de calles:

Persona responsible o fiador

NOMBRE COMPLETO:	FIRMA:
PERSONA QUE FIRMA: ☐ Paciente ☐ Padre/Tutor ☐ Cónyuge o pareja ☐ Otro	FECHA:

☐ Marque si la dirección y teléfono es la misma quese muestra en primera seccion.
Si es diferente, complete: Teléfono ( )_____
Calle: Ciudad: Estado: Código postal:

Approved Form (Rev. 03/2023 RS/LY)

Staff Initials_____

Certification of Income

In order for SNCHC to help our patients, we must ask everyone to complete the following information. This is requested of you so that SNCHC can receive Federal grant dollars to serve our patients. We appreciate your cooperation.

Income Information: If you are eligible, fees for service may be discounted using the sliding fee scale below. Your Income information is used to discover any needs for additional funding and services in your area.

☐ I have no Income ☐ I am unemployed ☐ I am homeless ☐ I am self-employed		**Office Use Only**
What is your weekly income before taxes? Hourly Rate ____ Number of hours you work per week _____	$	
What is your partner/spouse's weekly income before taxes? Hourly rate of pay _____ Number of hours you work per week _____	$	Sliding Fee Category _____
If you live with and/or are supported by your parents and they are aware of your visit, what is their weekly income before taxes?	$	
Other types of income: ☐ Alimony ☐ Child Support ☐ Social Security ☐ ADC ☐ Disability ☐ Pension ☐ Retirement ☐ Welfare Assistance ☐ Second Part-Time Job ☐ Other Income: _____	$	☐ Referred to Eligibility Specialist
If you do not have income, please explain how your basic needs are paid for:	$	
How many people are supported by this income?		

☐ **I decline the Sliding Fee Scale Discount Program.**

No patient will be denied services due to inability to pay.
Please ask to speak to a Eligibility Specialist about your options in the event you are unable to pay your account balance.

LEVEL	P-0 100% or LESS	P-1** 101% to 150%	P-2** 151% to 175%	P-3** 176% to 200%	P-4** Over 200%
Size of Family 1	$0 - $14,580	$14,581 - $21,870	$ 21,871 - $ 25,515	$ 25,516 - $ 29,160	$ 29,161+
2	$0 - $19,720	$19,721 - $ 29,580	$ 29,581 - $ 34,510	$ 34,511 - $ 39,440	$ 39,441+
3	$0 - $24,860	$ 24,861- $ 37,290	$ 37,291 - $ 43,505	$ 43,506 - $ 49,720	$ 49,721+
4	$0 - $30,000	$ 30,001 - $ 45,000	$ 45,001 - $ 52,500	$ 52,501 - $ 60,000	$ 60,001+
5	$0 - $35,140	$ 35,141 - $ 52,710	$ 52,711 - $ 61,495	$ 61,496 - $ 70,280	$ 70,281+
6	$0 - $40,280	$ 40,281 - $ 60,420	$ 60,421 - $ 70,490	$ 70,491 - $ 80,560	$ 80,561+
7	$0 - $45,420	$ 45,421 - $ 68,130	$ 68,131 - $ 79,485	$ 79,486 - $ 90,840	$ 90,841+
8	$0 - $50,560	$ 50,561 - $ 75,840	$ 75,841 - $ 88,480	$ 88,481 - $101,120	$ 101,121+
For families/households with more than 8 persons, add $5,140 for each additional person.					
Based on 2023 Poverty Guidelines					

By signing below, I attest that the income and household information provided above is correct and true:

PRINT NAME:_____ SIGNATURE: _____DATE: _____

Relationship: ☐ Self ☐ Parent/Guardian

Approved Form (Rev. 03/2023 RS/LY)

Staff Initials_____

Certificación de Ingresos

Para que SNCHC pueda ayudar a nuestros pacientes , debemos pedirles a todos que completen la siguiente información. Se le solicita esto para que SNCHC pueda recibir dinero de subsidios federales para atender a nuestros pacientes. Apreciamos su cooperación.

Información de ingresos:		
☐ No tengo ingresos ☐ Estoy desempleado ☐ Estoy sin hogar ☐ Soy un trabajador independiente		**Uso de oficina solamente** Categoría de tarifa variable _____ ☐ Referido al Especialista de Elegibilidad
¿Cuál es su ingreso semanal antes de impuestos? Tarifa por hora _____Número de horas que trabaja por semana _____	$	
¿Cuál es el ingreso semanal de su pareja / cónyuge antes de impuestos? Tarifa de pago por hora _____Número de horas que trabaja por semana _____	$	
Si vive con sus padres o estás apoyado por ellos y ellos están al tanto de su visita, ¿cuál es su ingreso semanal antes de impuestos?	$	
Otros tipos de ingresos: ☐ Pensión alimenticia ☐ Manutención infantil ☐ Seguridad social ☐ ADC ☐ Incapacidad ☐ Pensión ☐ Jubilación ☐ Asistencia de bienestar ☐ Segundo trabajo a tiempo parcial ☐ Otros ingresos:	$	
Si no tiene ingresos, explique cómo se pagan sus necesidades básicas:	$	
¿Cuántas personas dependen este ingreso?		

☐ **Elijo no revelar mi información de ingresos, y entiendo que a no proporcionar mi información de ingresos me descalifica para deslizar los beneficios de la escala de tarifas.**

Solicitud de tarifa variable: Si usted es elegible, las tarifas por servicio pueden ser descontadas de acuerdo con una escala de tarifas. Debe proporcionar una prueba de los ingresos ingresados anteriormente para determinar el nivel de la escala de tarifas apropiado.

Si no puede proporcionar un comprobante de ingresos para su hogar, su tarifa será el precio completo.

A ningún paciente se le negarán los servicios debido a la incapacidad de pago. Por favor, pida hablar con un especialista de legibilidad acerca de sus opciones en caso de que usted no puede pagar el saldo de su cuenta.

LEVEL	P-0 100% or LESS	P-1** 101% to 150%	P-2** 151% to 175%	P-3** 176% to 200%	P-4** Over 200%
Size of Family 1	$0 - $14,580	$14,581 - $21,870	$ 21,871 - $ 25,515	$ 25,516 - $ 29,160	$ 29,161+
2	$0 - $19,720	$19,721 - $ 29,580	$ 29,581 - $ 34,510	$ 34,511 - $ 39,440	$ 39,441+
3	$0 - $24,860	$ 24,861- $ 37,290	$ 37,291 - $ 43,505	$ 43,506 - $ 49,720	$ 49,721+
4	$0 - $30,000	$ 30,001 - $ 45,000	$ 45,001 - $ 52,500	$ 52,501 - $ 60,000	$ 60,001+
5	$0 - $35,140	$ 35,141 - $ 52,710	$ 52,711 - $ 61,495	$ 61,496 - $ 70,280	$ 70,281+
6	$0 - $40,280	$ 40,281 - $ 60,420	$ 60,421 - $ 70,490	$ 70,491 - $ 80,560	$ 80,561+
7	$0 - $45,420	$ 45,421 - $ 68,130	$ 68,131 - $ 79,485	$ 79,486 - $ 90,840	$ 90,841+
8	$0 - $50,560	$ 50,561 - $ 75,840	$ 75,841 - $ 88,480	$ 88,481 - $101,120	$ 101,121+
Para familias/hogares con más de 8 personas, agregue $5,140 por cada persona.					
Basado en las Directrices de Niveles de Pobreza de 2023					

Al firmar a continuación, doy fe de que la información de ingresos y hogar proporcionada anteriormente es correcta y verdadera:

NOMBRE COMPLETO:_____**FIRMA:** _____**FECHA:** _____

PERSONA QUE FIRMA: ☐ Paciente ☐ Padre/Tutor

Staff Initials _____

Consent for Treatment and Services

_____ ***(Initial)*** **CONSENT FOR TREATMENT:** I authorize SNCHC and its medical, nursing and other staff, to provide such health care services and administer such diagnostic and therapeutic procedures and treatments as, in the judgment of SNCHC medical personnel, is deemed necessary or advisable. This includes all routine diagnostic tests and procedures, including administration and/or injection of pharmaceutical products and medications, and the withdrawal of blood for laboratory examination. I understand that no guarantees have been made to me as to the results or effectiveness of treatments or examinations performed by SNCHC personnel. I understand that I have the right to refuse consent to any proposed care, treatment, testing, surgery, or procedure. After evaluation, if my medical condition is beyond the capacity of SNCHC services, I will be referred elsewhere for further care.

__***(Initial)*** **VACCINE CONSENT:** I have read or have had explained to me the information contained in the Vaccine Information Statement(s) about the disease(s) and the vaccine(s). I have had a chance to ask questions which were answered to my satisfaction. I understand the benefits and risks of the vaccine(s) and request that the vaccine(s) indicated on the Vaccine Administration Record be given to me or to the person named above for whom I am authorized to make this request.

__***(Initial)*** **RELEASE OF INFORMATION:** We offer confidential services to all our clients. This means we will not release protected health information (PHI) about your visit to a friend, parent, guardian or relative without your permission. I authorize SNCHC to use and disclose my health information to provide for, arrange or coordinate my health care treatment, enable SNCHC to obtain payment for the services it provides to me; and permit SNCHC to carry out ordinary health care and business operations. The information I authorize to release may include infectious or contagious disease information, including HIV or AIDS-related information, diagnosis or treatment information; information about drug or alcohol abuse or treatment, and/or psychiatric or psychological information.

I understand that if I am treated for or diagnosed with a sexually transmitted infection or infectious disease, SNCHC is required by law to report this to public health agencies. I understand that clinic staff may also be required by law to report some claims of physical or sexual abuse.

__***(Initial)*** **NOTICE OF PRIVACY PRACTICE:** I acknowledge that a copy of the "NOTICE OF PRIVACY PRACTICE" has been made available to me.

_***(Initial)*** **PATIENT RIGHTS & RESPONSIBILITIES:** I acknowledge that my healthcare is a partnership between SNCHC Clinics and me; hence, I agree to actively participate and accept both my role and responsibility about my healthcare and the rights available to me. I have received the Patient Rights and Responsibilities notice.

___ ***(Initial)*** **RESPONSIBILITY FOR PAYMENT & ASSIGNMENT OF BENEFITS:** I assign to SNCHC all benefits to which I may be entitled from Medicare, Medicaid, other government agencies, insurance carriers and other third parties who are financially liable for the medical care and treatment provided by SNCHC. I agree, that, except as may be limited by law or SNCHC'S agreements with third party payers, in the event of non-payment by a third party for which I have provided an assignment of benefits, I am obligated to pay all amounts due for services provided at SNCHC facilities in accordance with the rates and terms of SNCHC in effect on the date of service. I also agree that I am responsible for any applicable copayments, coinsurance or deductibles.

_____	_____	_____
Print Name	**Signature**	**Date**

Relationship: [ ] Self [ ] Parent [ ] Guardian [ ] Other _____

Approved Form (Rev. 03/2023 RS/LY)

Staff Initials_____

Consentimiento para tratamiento y servicios.

_____*(INICIALES)* **CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO:** Autorizo a SNCHC y a su personal médico, de enfermería y de otro tipo a proporcionar dichos servicios de atención médica y administrar procedimientos y tratamientos de diagnóstico y terapéuticos que, a juicio del personal médico de SNCHC , se consideren necesarios o aconsejables. Esto incluye todas las pruebas y procedimientos de diagnóstico de rutina, la administración y / o inyección de productos farmacéuticos y medicamentos, y la extracción de sangre para el examen de laboratorio. Entiendo que no se me han garantizado los resultados o la efectividad de los tratamientos o exámenes realizados por personal de SNCHC. Entiendo que tengo derecho a rechazar el consentimiento para cualquier cuidado, tratamiento, prueba, cirugía o procedimiento propuesto. Después de la evaluación, si mi condición médica excede la capacidad de los servicios de SNCHC, se me derivará a otro lugar para recibir más atención.

_____*(INICIALES)* **CONSENTIMIENTO DE LA VACUNA:** He leído o me han explicado la información contenida en la (s) Declaración (es) de información sobre la vacuna sobre la (s) enfermedad (es) y la (s) vacuna (s). He tenido la oportunidad de hacer preguntas que fueron respondidas a mi entera satisfacción. Entiendo los beneficios y riesgos de las vacunas y solicito que las vacunas indicadas en el Registro de Administración de Vacunas se me entreguen a mí o a la persona mencionada anteriormente para quien estoy autorizado a hacer esta solicitud.

__*(INICIALES)* **DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN:** Ofrecemos servicios confidenciales a todos nuestros clientes. Esto significa que no divulgaremos información médica protegida sobre su visita a un amigo, padre, tutor o pariente sin su permiso. Autorizo a SNCHC a usar y divulgar mi información de salud para proporcionar, organizar o coordinar mi tratamiento de atención médica, permitir que SNCHC obtenga el pago por los servicios que me brinda; y permitir a SNCHC llevar a cabo operaciones comerciales y de atención médica ordinarias. La información que autorizo a divulgar puede incluir información de enfermedades infecciosas o contagiosas, incluida información relacionada con el VIH o SIDA, diagnóstico o información de tratamiento; información sobre abuso o tratamiento de drogas o alcohol, y / o información psiquiátrica o psicológica.

Entiendo que, si recibo tratamiento o me diagnostican una infección de transmisión sexual o una enfermedad infecciosa, la ley requiere que SNCHC informe esto a las agencias de salud pública. Entiendo que la ley también puede exigir al personal de la clínica que informe algunos reclamos de abuso físico o sexual.

___*(INICIALES)* **AVISO DE PRÁCTICA DE PRIVACIDAD:** Reconozco que se me ha facilitado una copia del "AVISO DE PRÁCTICA DE PRIVACIDAD".

_ *(INICIALES)* **DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DEL PACIENTE:** Reconozco que mi atención médica es una asociación entre SNCHC Clinics y yo; por lo tanto, acepto participar activamente y acepto mi rol y responsabilidad sobre mi atención médica y los derechos disponibles para mí. He recibido el aviso de Derechos y responsabilidades del paciente.

_____*(INICIALES)* **RESPONSABILIDAD POR EL PAGO Y LA ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS:** Asigno a SNCHC todos los beneficios a los que tengo derecho de Medicare, Medicaid, otras agencias gubernamentales, compañías de seguros y otros terceros que son financieramente responsables por la atención médica y el tratamiento brindado por SNCHC . Estoy de acuerdo en que, salvo que esté limitado por la ley o los acuerdos de SNCHC con terceros pagadores, en caso de que un tercero no pague por los cuales he proporcionado una asignación de beneficios, estoy obligado a pagar todos los montos adeudados por servicios prestados en las instalaciones de SNCHC de acuerdo con las tarifas y los términos de SNCHC vigentes en la fecha del servicio. También acepto que soy responsable de los copagos, coseguros o deducibles aplicables.

_____	_____	_____
Nombre Completo	**Firma**	**Fecha**

PERSONA QUE FIRMA: [ ] Paciente [ ] Padre [ ] Tutor [ ] Otro:_____

Approved Form (Rev. 03/2023 RS/LY)

Staff Initials_____