



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



# Formulario de registro para paciente nuevo.

## Sección 1

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 específica.

Patient / Client Information			
Apellido:	Primer Nombre:	Segundo Nombre:	Fecha de Nacimiento / /
Dirreccion:		Unidad:	<b>Sexo asignado al nacer</b> <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
Ciudad:	Estado:		Codigo Postal:
Teléfono principal:	Teléfono móvil:		Correo electronico:
¿Está bien dejar un mensaje? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Esta bien enviar mensajes de texto? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
<b>Estado civil:</b> <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Pareja <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Separado legalmente <input type="checkbox"/> Elijo no revelar			
<b>Idioma de Preferencia:</b>			
¿Necesitas un intérprete? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
¿Tiene problemas de audición o necesita servicios de intérprete de lenguaje de señas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
<b>Raza: marque todo lo que corresponda</b>			
<input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Nativo de Hawaii <input type="checkbox"/> Otro isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Afroamericano / Negro <input type="checkbox"/> Indio Americano o Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Caucásico / Blanco <input type="checkbox"/> Elija no revelar			
<b>Etnicidad:</b> <input type="checkbox"/> No hispano <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> Elija no revelar			
<b>Veterano de los Estados Unidos</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO <b>Agrícola migratorio</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO <b>Agrícola estacional</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO			
<b>Vivienda actual:</b>			
<input type="checkbox"/> Residencia permanente (propia, alquilar apartamento/habitación/casa) <input type="checkbox"/> Vivienda de transición (centro, comunidad, hogar) <input type="checkbox"/> Refugio (refugios seguros, alojamiento temporal durante la noche) <input type="checkbox"/> Alojamiento de apoyo permanente <input type="checkbox"/> Doblar (vivir con otras personas por un periodo temporal) <input type="checkbox"/> Otro:			
<b>Orientacion Sexual:</b>			
<input type="checkbox"/> Lesbiana o Gay <input type="checkbox"/> Heterosexual <input type="checkbox"/> Bisexual <input type="checkbox"/> Algo más <input type="checkbox"/> No sé <input type="checkbox"/> Eligió no revelar			
<b>Identidad de genero:</b>			
<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Transgénero Masculino (Femenino a Masculino) <input type="checkbox"/> Otros: _____ <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Transgénero Femenino (Masculino a Femenino) <input type="checkbox"/> Eligió no revelar			
Contacto de emergencia			
Nombre:		Teléfono:	
Relación: <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Guardián <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> 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: <input type="checkbox"/> Paciente <input type="checkbox"/> Padre / Tutor		FECHA:	

**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:**

- |  |                                   |   |   |                                |
|--|-----------------------------------|---|---|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Medicaid                                    | <input type="checkbox"/> Medicare | <input type="checkbox"/> Health Plan of Nevada          | <input type="checkbox"/> Culinary                     | <input type="checkbox"/> Cigna |
| <input type="checkbox"/> Aetna                                       | <input type="checkbox"/> Tricare  | <input type="checkbox"/> Silver Summit Health Plan      | <input type="checkbox"/> HPN Medicaid/Nevada Check-Up |                                |
| <input type="checkbox"/> Anthem Blue Cross Blue Shield               |                                   | <input type="checkbox"/> Hawaii Mainland Administrators |   |                                |
| <input type="checkbox"/> Healthcare Partners of Nevada               |                                   | <input type="checkbox"/> One Health                     |   |                                |
| <input type="checkbox"/> Teachers Health Trust                       |                                   | <input type="checkbox"/> Prominence Health Plan HMO     |   |                                |
| <input type="checkbox"/> Multiplan (includes subsidiary Beechstreet) |                                   | <input type="checkbox"/> Managed Care Contracts         |   |                                |
| <input type="checkbox"/> Sierra Health & Life Insurance Co.          |                                   | <input type="checkbox"/> 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)	<b>Relación con el paciente:</b> <input type="checkbox"/> Paciente <input type="checkbox"/> Cónyuge/Pareja <input type="checkbox"/> Padre / Tutor <input type="checkbox"/> 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)	<b>Relación con el paciente:</b> <input type="checkbox"/> Paciente <input type="checkbox"/> Cónyuge/Pareja <input type="checkbox"/> Padre / Tutor <input type="checkbox"/> 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: \_\_\_\_\_

**Persona responsable o fiador**

NOMBRE COMPLETO:	FIRMA:
PERSONA QUE FIRMA: <input type="checkbox"/> Paciente <input type="checkbox"/> Padre/Tutor <input type="checkbox"/> Cónyuge o pareja <input type="checkbox"/> Otro	FECHA:

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: \_\_\_\_\_



# Solicitud de tarifa variable

## Sección 3



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: Si es elegible, las tarifas por el servicio pueden descontarse de acuerdo con una escala de tarifa variable. Debe proporcionar comprobante de ingresos para determinar el nivel de escala**

Rechazo el programa de descuento de escala de tarifa variable.

No tengo ingresos  Estoy desempleado  Estoy sin hogar  Soy un trabajador independiente

¿Cuál es su ingreso semanal antes de impuestos? Tarifa por hora ____ Número de horas que trabaja por semana ____	\$	<b>Uso de oficina solamente</b>  Categoría de tarifa variable  _____  <input type="checkbox"/> Referido al Especialista de Elegibilidad
¿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: <input type="checkbox"/> Pensión alimenticia <input type="checkbox"/> Manutención infantil <input type="checkbox"/> Seguridad social <input type="checkbox"/> ADC <input type="checkbox"/> Incapacidad <input type="checkbox"/> Pensión <input type="checkbox"/> Jubilación <input type="checkbox"/> Asistencia de bienestar	\$	
<input type="checkbox"/> Segundo trabajo a tiempo parcial <input type="checkbox"/> Otros ingresos:	\$	
Si no tiene ingresos, explique cómo se pagan sus necesidades básicas:	\$	
¿Cuántas personas dependen este ingreso?		

**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%
<b>Size of Family</b>					
<b>1</b>	\$0 - \$12,760	\$12,761 - \$15,950	\$15,951 - \$19,140	\$19,141 - \$25,520	\$25,521 +
<b>2</b>	\$0 - \$17,240	\$17,241 - \$21,550	\$21,551 - \$25,860	\$25,861 - \$34,480	\$34,481 +
<b>3</b>	\$0 - \$21,720	\$21,721 - \$27,150	\$27,151 - \$32,580	\$32,581 - \$43,440	\$43,441 +
<b>4</b>	\$0 - \$26,200	\$26,201 - \$32,750	\$32,751 - \$39,300	\$39,301 - \$52,400	\$52,401 +
<b>5</b>	\$0 - \$30,680	\$30,681 - \$38,350	\$38,351 - \$46,020	\$46,021 - \$61,360	\$61,361 +
<b>6</b>	\$0 - \$35,160	\$35,161 - \$43,950	\$43,951 - \$52,740	\$52,741 - \$70,320	\$70,321 +
<b>7</b>	\$0 - \$39,640	\$39,641 - \$49,550	\$49,551 - \$59,460	\$59,461 - \$79,280	\$79,281 +
<b>8</b>	\$0 - \$44,120	\$44,121 - \$55,150	\$55,151 - \$66,180	\$66,181 - \$88,240	\$88,241 +
<b>For families/households with more than 8 persons, add \$4,480 for each additional person.</b>					
<b>Based on 2020 Poverty Guidelines published 1/17/2020</b>					

**NOMBRE COMPLETO:** \_\_\_\_\_ **FIRMA:** \_\_\_\_\_ **FECHA:** \_\_\_\_\_

PERSONA QUE FIRMA:  Paciente  Padre/Tutor



# 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: \_\_\_\_\_