



Christ Community

HEALTH SERVICES, AUGUSTA, GEORGIA

Formulario del Paciente

Información del paciente

Nombre: _____ Nombre Previo: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Número de Seguro Social : _____ Estado Civil: _____ Sexo (circule uno): Hombre / Mujer

Raza: _____ Origen Étnico: _____ Idioma preferido: _____

¿Cómo se enteró usted de nosotros? _____

Dirección de correo: _____

Dirección física (si es diferente): _____ Estado civil: _____ Código Postal: _____

Dirección del correo electrónico: _____

Teléfono: ()- _____ [] Casa [] Trabajo [] Celular

Teléfono: ()- _____ [] Casa [] Trabajo [] Celular

Teléfono: ()- _____ [] Casa [] Trabajo [] Celular

¿A quién va a ver usted hoy? (circule uno)

Dr. Campbell / Dr. Scarborough / Dr. Ayers

Katie Driver, APRN / Rebecca Lyle,

En caso de emergencia, ¿a quién podemos contactar?

Nombre _____ Parentezco _____ Teléfono _____

Nombre _____ Parentezco _____ Teléfono _____

¿Está usted empleado? (circule uno) SÍ / NO

Nombre del empleador: _____

Dirección del empleador: _____

Número del teléfono del empleador: _____

Por favor de proporcionar su tarjeta(s) de seguro y licencia de conducir (o tarjeta de identificación). Si ha sido proporcionada una nueva tarjeta de su seguro médico, por favor llene la siguiente información. Si ninguna tarjeta fue proporcionada, por favor complete todas las secciones que apliquen.

Asegurado o Asegurador (si no es igual de lo de arriba) _____

[] Igual que el paciente

Nombre: _____

Seguro Social #: _____

Dirección: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Teléfono: () _____ [] Casa [] Trabajo [] Celular

Teléfono: () _____ [] Casa [] Trabajo [] Celular

Seguro Primario

Igual que el paciente Igual que el asegurador o Grupo Responsable Otro

Grupo Asegurado: _____ Parentesco con paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Teléfono del Asegurado: _____ Seguro Social #: _____

Compañía de Seguro: _____ Identificación del Asegurado: _____ Co-pago \$ _____

Empleador: _____ Grupo de la póliza: _____ Grupo # _____

Seguro Secundario

Igual que el paciente Igual que el asegurador o la persona responsable Otro

Grupo Asegurado: _____ Parentesco con paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Teléfono del Asegurado: _____ Seguro Social #: _____

Compañía de Seguro: _____ Identificación de Asegurado: _____ Co-pago \$ _____

Empleador: _____ Grupo de la póliza: _____ Grupo # _____

Doy mi permiso para exámenes, tratamientos y el acceso de información médica a compañías de seguro, representantes de declaraciones, liquidadores y otros médicos para procesar las declaraciones y asignar al médico el pago para los servicios médicos. Yo comprendo que es mi responsabilidad ver que las autorizaciones y pre-certificaciones estén llenados para mí y mis dependientes.

Firma del paciente o persona autorizada

Yo entiendo que es mi responsabilidad saber cuáles proveedores de salud aceptan mi seguro médico y están dentro de la red de proveedores para el pago de radiologías, laboratorios, y otros procedimientos.

Firma del paciente o persona autorizada

Yo entiendo que soy responsable de cualquier costo que no esté cubierto por el seguro por servicios prestados a mí o a mis dependientes, sea por deducibles, servicios que no son cubiertos por mi seguro o servicios por proveedores que están fuera de la red de proveedores de mi seguro.

Firma del paciente o persona autorizada

Pacientes de Medicare: También autorizo a que compartan la información sobre mí o mis dependientes y de su a la Administración del Seguro Social de Salud y Financiamiento de la Administración o de sus intermediarios, toda la información necesaria o relacionada con una reclamación de Medicare. Doy permiso que una copia de esta autorización sea utilizada en lugar del original y de solicitar los pagos de seguro médico beneficios ya sea para mí o al que acepta la asignación. Se aplican los eglamentos relativos a la asignación de los beneficios de Medicare.

Firma del paciente o persona autorizada

He leído las frases arriba, revisado la información para corrección y he hecho todos los cambios necesarios.

Firma del paciente o persona autorizada

Fecha



Política de privacidad de Reconocimiento (HIPAA)

Nombre del Paciente _____

Fecha de Nacimiento _____

Me han dado la oportunidad de revisar la Nota de Practicas de Privacidad por de la información de salud protegida antes de firmar este consentimiento. Doy permiso a *Christ Community Health Services* de compartir información acerca de mí (o otra persona para quien tengo autorización de firmar) que es protegido bajo las leyes federales para los propósitos del tratamiento, pago y servicios de la salud. También permito a *Christ Community Health Services* comunicar con los siguientes individuos acerca de mi condición o tratamiento. **Al acuerdo con las leyes federales, yo entiendo que no se les dará información médica a individuos, inclusive a mis parientes, si yo no he escrito su nombre aquí abajo.**

Nombre _____

Parentesco con Paciente _____

Número de Teléfono _____ [] Casa [] Trabajo [] Celular

Nombre _____

Parentesco con Paciente _____

Número de Teléfono _____ [] Casa [] Trabajo [] Celular

Nombre _____

Parentesco con Paciente _____

Número de Teléfono _____ [] Casa [] Trabajo [] Celular

***¿Podemos dejarle mensaje al número de su casa o celular? (circule uno) SÍ / NO**

***¿Le gustaría recibir mensajes de texto en su teléfono? (circule uno) SÍ / NO**

*Si usted no se encuentra en casa, con quienes más podemos dejar un mensaje? _____

**Yo entiendo que mi información médica se va a transmitir por fax, internet, email o transmisión electrónica.

Firma _____ **Fecha** _____



Christ Community

HEALTH SERVICES, AUGUSTA, GEORGIA

VERIFICACIÓN FINANCIERA

Gracias por elegir a *Christ Community* como su proveedor de atención médica. Con el fin de ponerle en nuestro programa de pagos por escala conocido como (sliding scale), debemos verificar la situación financiera de su hogar. CCHSA define "hogar" como cualquier grupo de personas económicamente dependientes unos de otros. Gracias por tomarse el tiempo para llenar este formulario.

Nombre: _____ **Fecha de Nacimiento:** _____ **Teléfono:** _____

Por favor escriba los nombres de todas las personas que viven en su hogar y su relación con usted.

- | | |
|----------|----------|
| 1. _____ | 5. _____ |
| 2. _____ | 6. _____ |
| 3. _____ | 7. _____ |
| 4. _____ | 8. _____ |

Por favor, indique a continuación todo tipo de apoyo financiero que se reciba de cualquier persona en el hogar y la cantidad de cada fuente de apoyo. Por favor, indique si el apoyo financiero que recibe es semanal, quincenal o mensual. Comprobante de ingresos deben acompañar este formulario con el fin de verificar el apoyo financiero.

- | | |
|--------------------------------------|--|
| 1. Cheque de pago \$ _____ | 8. Compensación a los Trabajadores \$ _____ |
| 2. Desempleo \$ _____ | 9. TANF \$ _____ |
| 3. Seguro Social \$ _____ | 10. Vales \$ _____ |
| 4. Discapacidad \$ _____ | 11. Préstamos para estudiantes \$ _____ |
| 5. Cupones de Alimento \$ _____ | 12. Otros \$ _____ |
| 6. Pensión Alimenticia \$ _____ | 13. Ayuda financiera de amigos o familiares \$ _____ |
| 7. Manutención de los Hijos \$ _____ | |

Yo certifico bajo pena de ley que la información anterior es correcta y está completa. Estoy de acuerdo en pagar mi parte del costo en cada cita antes de que los servicios sean prestados. Entiendo que no voy a recibir los servicios a menos que mi parte del costo ha sido pagado en su totalidad. Entiendo que si cualquier otro apoyo financiero se revelar a CCHSA, CCHSA tiene el derecho de ajustar mi parte del costo. Entiendo que si yo presento información financiera fraudulenta, CCHSA reserva el derecho de darme de alta como paciente de su práctica. Entiendo que CCHSA no divulgará ninguna información financiera a ninguna otra organización a menos que se considere necesario para continuar el tratamiento y la atención médica, pero no sin mi conocimiento y aprobación previa.

Firma del paciente

Fecha



Por favor, revise nuestras políticas no se presenta, financieros y firme abajo. Si usted tiene alguna duda, consulte al personal de la Oficina o el gerente de Oficina. Gracias.

Las Políticas financieras y de cumplimiento con citas médicas

I. Política Financiera

Se requiere el pago completo antes de que los servicios son prestados. Los pacientes asegurados deben pagar su co-pago, y los pacientes no asegurados deben pagar su costo descontado. Los pacientes deben presentar prueba de apoyo financiero. Los pacientes sin prueba de ingresos se pueden recibir un costo reducido por un máximo de 60 días. Los análisis de laboratorio deben ser pagados en el momento de servicio. De no ser posible un plan de pagos se puede arreglar.

II. El costo del servicio

Nuestra escala móvil de tarifas para las visitas de la oficina es de \$ 25.00, \$ 35.00, \$ 45.00, \$ 55.00 y el 50% del precio de venta de los servicios prestados.

III. Las visitas de la enfermera

Las visitas para ver a la enfermera cuestan \$5.00.

IV. La política de(No-show) no presentarse a su cita

La política de no presentarse a su cita aplica a todos los pacientes nuevos y establecidos. Si no se presenta a su cita, se aumenta el tiempo de espera para otros pacientes. Nuestra política de no presentarse a su cita, nos ayuda a ofrecer una mejor continuidad de la atención a cada uno de nuestros pacientes y crea más facilidad en la programación de citas con un tiempo de espera reducido. Un "No Show" es cualquier momento un paciente pierde una cita sin llamar para notificarnos de su incapacidad de mantener su cita **antes de las 3 en la tarde del día antes de la cita**. Los pacientes asumen toda la responsabilidad de notificar a la oficina si no van a poder presentarse.

- *En la primera ofensa de faltar sin notificarnos en un período de 12 meses se le dará una advertencia.*
- *Para un paciente establecido, la segunda ofensa de faltar sin notificarnos se le dará una segunda advertencia.*
En el caso de un paciente nuevo, si falta dos veces a una cita sin notificarnos dentro de un plazo de 12 meses, no se le permitirá sacar otra cita con nosotros.
- *En el caso de un paciente establecido, la tercera falta a una cita sin notificarnos previamente será motivo de terminación de sus atenciones médicas. La situación será presentada a la atención de su proveedor y será revisada por nuestra Junta de Revisión del paciente. Después de la revisión, es posible que no pueda sacar otra cita en la clínica durante un período de 12 meses.*

He leído esta información. Entiendo y acepto cumplir con estas políticas. Entiendo que si no tengo el pago en el momento del servicio, la cita será reprogramada. Yo entiendo la política y las consecuencias si me olvido de una cita o si falto a una cita sin cancelar **antes de las 3 en la tarde el día antes de mi cita**.

Firma

Fecha