

**Información del paciente**

Apellido	Nombre	Inicial Media
Domicilio		
Ciudad	Estado	Código Postal
Teléfono de casa	Teléfono del trabajo	Teléfono celular
Correo electrónico		Estado Civil
Numero de Seguro Social: ____ - ____ - ____		Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____
		Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino

**Contactos de Emergencia**

Apellido	Nombre	Inicial Media
Domicilio		
Ciudad	Estado	Código Postal
Telefono de Casa	Teléfono del Trabajo	Teléfono celular
Correo Electrónico	Parentesco	

**Farmacia**

¿Tiene usted una farmacia de preferencia?  Sí  No

Farmacia: \_\_\_\_\_ Número Telefónico: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Tenemos obligación de pedir la siguiente información para fondos federales. Por favor marque cada columna que mejor corresponda al paciente:

- | Raza  | Etnicidad                                 | Idioma de Preferencia                | Vivienda                               |
|---|---|--------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Indio Americano / Nativo de Alaska | <input type="checkbox"/> Latino o Hispano | <input type="checkbox"/> Inglés      | <input type="checkbox"/> Doble         |
| <input type="checkbox"/> Asiático                           | <input type="checkbox"/> No Hispano       | <input type="checkbox"/> Español     | <input type="checkbox"/> No Sin Hogar  |
| <input type="checkbox"/> Negro / Afroamericano              |   | <input type="checkbox"/> Otro: _____ | <input type="checkbox"/> Refugio       |
| <input type="checkbox"/> Hawaiano Nativo                    |   |                                      | <input type="checkbox"/> Calle         |
| <input type="checkbox"/> Nativo de Otras Islas del Pacífico |   |                                      | <input type="checkbox"/> En transición |
| <input type="checkbox"/> Blanco                             |   |                                      |  |

**Consentimiento para Tratamiento-ADULTO:** Al firmar debajo, doy mi consentimiento para recibir cualquier tratamiento o procedimiento que el personal profesional de JVCHC considere necesario. Entiendo la declaración precedente y me someteré a las políticas establecidas.

**Consentimiento para Tratamiento-MENOR O ADULTO INCAPACITADO:** Al firmar debajo, declaro que soy el padre, custodio legal primario, o custodio conjunto del paciente que se presenta hoy para tratamiento. Al firmar debajo, como guardián, doy consentimiento para cualquier tratamiento o procedimiento que el personal profesional de JVCHC considere necesario. Entiendo la declaración precedente y me someteré a las políticas establecidas.

**Se me ha ofrecido una copia del Comunicado de Practicas de Privacidad de Jordan Valley Community Health Center.**

Nombre del Paciente (letra de molde): \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del Guardián Legal del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**Información de Salud Protegida**

Por este medio, autorizo la comunicación verbal de la Información de Salud Protegida sobre el cuidado, tratamiento y/o pago de mi protegido a la persona(s) especificadas en seguida. Esto no otorga a esta(s) persona(s) permiso para tomar decisiones de tratamiento de salud para el paciente.. Jordan Valley Community Health Center (JVCHC) no comunicara ninguna información (vía telefónica o de cualquier otra forma de comunicación) a cualquier amigo o familiar que no este en la siguiente lista. (45CFR. 164.502(F) & 164.502(G))

- 1. \_\_\_\_\_  
Nombre Parentesco / Relación Teléfono
  
- 2. \_\_\_\_\_  
Nombre Parentesco / Relación Teléfono
  
- 3. \_\_\_\_\_  
Nombre Parentesco / Relación Teléfono

**Confidencialidad:** Estoy enterado de que la información sobre mi tratamiento se considera confidencial y será usada de manera consistente con la conducta profesional apropiada y será comunicada únicamente a fuentes externas bajo los estatutos y reglamentos de ley estatal y federal o cuando sea requerido por una corte de jurisdicción competente.

**Información de Seguro y Facturación**

Información del Aval (A quien deberá enviarse la factura)		
Nombre: _____	Numero de Seguro Social (del Aval): _____	
Domicilio: _____	Ciudad/Estado/Código: _____	
Teléfono de casa: _____	Teléfono del Trabajo: _____	Otro teléfono: _____

**Acuerdo de Factura de Seguro:** Como cortesía, JVCHC registrara su licitud de seguro, dado que usted nos haya proporcionado su información válida y correcta sobre su seguro. Sin embargo, la responsabilidad del pago oportuno de su compañía de seguro es de usted. No es nuestra política contactar con proveedores externos a la red de servicio para establecer lo que han pagado o las razones de pago inferior a lo solicitado originalmente, ya que no tenemos esa información. Sin embargo, nosotros tratamos de cooperar al máximo en ofrecer a su proveedor de seguros toda la información necesaria.

**Reclamos de Compensacion a Trabajadores:** Nosotros no registramos los reclamos de compensación a trabajadores. Con gusto le daremos cualquier información que usted necesite para que pueda hacer su propio registro o solicitud con su patrón.

**Responsabilidad Juridica/Reclamos de Accidente de Vehiculos de Motor:** Nosotros no registramos los reclamos de seguro de responsabilidad jurídica, tales como vehículos de motor o cobertura a terceros. Con gusto le daremos cualquier información que usted necesite para que pueda hacer su propio registro o solicitud para cobertura a terceros.

Yo solicito que el pago autorizado de beneficios de Medicare, Medicaid u otra compañía de seguros sea realizado, ya sea a mí o en mi representación al(los) medico(s) de JVCHC por cualquier servicio que se me haya dado por la parte que acepte el consentimiento escrito. Entiendo que los reglamentos pertinentes a la asignación de beneficios de Medicare son aplicables. Doy autorización a cualquier poseedor de información medica o de otro tipo, de entrega a la Administración de Seguridad Social y Centros de servicios para Medicare y Medicaid o sus intermediarios o empresas, cualquier información necesaria para estas u otra compañía de seguros. Doy permiso de que se use una copia de esta autorización en lugar del original. Entiendo que las facturas de cobro referentes a los servicios que yo reciba puedan ser liberados a mi proveedor de seguros para el pago por servicios recibidos.

- Al firmar al calce,
- i. Yo autorizo la información verbal de mi Información de Salud Protegida (PHI) a las personas listadas anteriormente.
  - ii. Yo acepto haber leído y entendido el acuerdo de factura de cobro de seguros de JVCHC.

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente o Guardián Legal

\_\_\_\_\_  
Fecha

## Política de Acuerdo de Responsabilidad de Pago

Gracias por elegir Jordan Valley Community Health (JVCHC) como su proveedor de servicios de salud. Nos comprometemos a ofrecerle servicio de la mas alta calidad. Por favor comprenda que el pago de servicios ofrecidos es importante para futuros tratamientos en JVCHC. Lo siguiente es una declaración de nuestra Política Financiera, que se requiere que usted lea y firme antes de recibir tratamiento.

**Pago al Tiempo del Servicio:** Es política de JVCHC cobrar el pago al momento del servicio. Esto incluye las cantidades de co-pago, deducibles, seguros privados, y tarifas escaladas de co-pago.

**Medicaid:** Por favor presente su tarjeta Medicaid vigente. Usted es responsable de su porción de costo al momento del servicio. En caso de que Medicaid niegue el pago, el balance restante por pagar es responsabilidad de usted.

**Seguro:** Podemos aceptar su adjudicación de beneficios de seguro, sin embargo, requerimos su co-pago y el pago del deducible al momento del servicio. El balance es su responsabilidad en caso de que su compañía pague o no lo haga. Nosotros no podemos cobrarle a su compañía de seguros a menos que usted nos ofrezca la información (tarjeta de seguro vigente, etc.) Estamos suscritos como proveedores con algunas compañías de seguros. Por favor pregunte en la recepción si el proveedor con quien usted está programado activamente con su aseguradora.

**Auto-Pago y Descuentos:** El pago total debe hacerse al momento del servicio si usted no está asegurado. Aceptamos efectivo, cheques, tarjetas VISA, MASTERCARD, y DISCOVER. Jordan Valley Community Health Center ofrece un descuento por pago adelantado y descuento por tarifas escaladas si usted desea solicitarlo. Por favor pregunte con el personal de la recepción los detalles de inscripción en nuestros programas de tarifas de escaladas o descuento por pago adelantado.

**Acuerdo Financiero:** Yo acepto pagar a JVCHC por los servicios que me provean. Reconozco que el pago debe hacerse al momento del servicio y debe pagarse al recibir la factura de declaración de servicios. **La falta de pago resultará en la cancelación de citas a futuro hasta que la cuenta haya sido pagada por completo.** Si el pago no ha sido recibido en 120 días a partir de la fecha de servicio, puede ser remitida a cobranza. Pueden realizarse acuerdos de pago con su departamento de facturación si las cuentas no pueden pagarse totalmente al momento del servicio. Le agradecemos revisar y comprender nuestra Política Financiera. Por favor háganos saber si tiene preguntas o dudas.

Yo he leído la Política de Responsabilidad Financiera. Entiendo y acepto la Política de Responsabilidad Financiera.

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente o Guardián Legal

\_\_\_\_\_  
Fecha

## Política de Cita Dental

La demanda de servicios de Jordan Valley Community Health Center es mucho mayor que el numero de citas que tenemos disponibles. Por esto, es muy importante que los pacientes asistan a sus citas

Si usted no puede asistir a su cita de consulta, debe llamar por lo menos con 24 horas de anticipacion para que podamos dar cita a otro paciente en su lugar.

La siguiente es la Política de Cita Dental de Jordan Valley Community Health Center para consultas:

- Después de 2 citas perdidas, es posible que no se vuelva a programar cita para usted. Si usted llega 10 minutos tarde, se considera cita perdida.
- En caso de que no podamos re-programarle una cita debido a citas perdidas, es posible que usted sea descartado formalmente de nuestra clínica.

Al firmar al calce yo acepto haber leído y entendido la política de citas.

\_\_\_\_\_



Firma del Paciente o Guardián Legal

Fecha

Revised: 06/10/2010