

Por favor, presente la **tarjeta de seguro e identificación de foto** si está disponible.

Highway 54:(P)580-338-0072(F): 580-338-0077
Pathways:(P) 580-338-4638 (F): 580-338-4642

La prueba de ingresos debe presentarse para calificar para nuestra escala móvil.

NOMBRE LEGAL COMPLETO: _____

SEGURO SOCIAL: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____

Edad: _____

DIRECCION DE CORREO: _____

Ciudad: _____

Estado: _____

Zip: _____

Teléfono Casa: _____

Trabajo: _____

Celular: _____

CORREO ELECTRÓNICO: _____

Metodo Preferido De Contacto: Correo Telefono

Raza

ORIENTACION SEXUAL

IDENTIDAD DE GÉNERO

ESTADO MARITAL

(Marque todos los que aplica)

Blanco/Caucásico

Negro/Afroamericano

Asiático

Indio americano/Alaska

Nativo hawaiano

Otros isleños del Pacífico

Origen hispano/latino

No reportado/Rechazar el informe

Lesbianas o Gay

Recto (No Gay o Lesbiana)

Bisexuales

Algo más

No sé

Elija no divulgar

Masculino

Femenina

Transgénero

Hombre/Mujer a
Hombre

Transgénero

Mujer/ Macho a
Hombre

Elija no divulgar

Soltero

Casado

Viudo

Separado

Idioma Mejor Servido: _____

Intérprete necesario/requerido: Sí No

POR FAVOR MARQUE SI CORRESPONDE:

Veterano

Trabajador temporal

Migrante

Sin hogar

En Vivienda Pública

Farmacia: _____ **Ciudad:** _____ **Estado:** _____

Alergias médicas conocidas: _____

INFORMACION DE CONTACTO DE EMERGENCIA:

Nombre: _____

Teléfono: _____

Relación: _____

INFORMACIÓN DE SEGUROS

RESPONSABLE SI NO ES EL MISMO

Relación

SEGURO PRIMARIO: _____

NOMBRE: _____

Cónyuge

Padre

Guardián

Otro (Especificar)

NOMBRE DEL ASEGURADO: _____

FDN: _____

SSN: _____

FDN: _____

SSN: _____

DIRECCION: _____

DIRECCION: _____

CIUDAD, ESTADO, ZIP: _____

CIUDAD, ESTADO, ZIP: _____

TELEFONO – TRABAJO: _____

CASA: _____

CELL: _____

Imprimir nombre completo: _____ FDN: _____ Fecha de hoy: _____

PREGUNTA DE SALUD DEL PACIENTE (PHQ-9)

Durante las ultimas 2 semanas, con que frecuencia ha sido molestado por los siguientes problemas?

	Para Nada	Varios días	Más de la mitad de los días	Todos los Días
1. Poco interés o placer en hacer las cosas	0	1	2	3
2. Sentirse deprimido, deprimida o desesperanzado	0	1	2	3
3. Problemas para conciliar el sueño o permanecer dormido, o dormir demasiado	0	1	2	3
4. Sentirse cansado o tener poca energía	0	1	2	3
5. Falta de apetito o comer en exceso	0	1	2	3
6. Sentirse mal por ti mismo o que eres un fracaso o te has defraudado a ti mismo o a tu familia	0	1	2	3
7. Problemas para concentrarse en cosas, como leer el periódico o ver la televisión	0	1	2	3
8. ¿Moverse o hablar tan lentamente que otras personas podrían haber notado? O lo contrario: ser tan inquieto o inquieto que te has estado moviendo mucho más de lo habitual	0	1	2	3
9. Pensamientos de que estarías mejor muerto o de lastimarte a ti mismo de alguna manera	0	1	2	3

Para la oficina

0 + + +

= Puntuación total: _____

Si usted comprobó cualquier problema, ¿qué tan difícil es que estos problemas hayan hecho que usted haga su trabajo, cuidar de las cosas en casa, o llevarse bien con otras personas?

No es difícil	Algo difícil	Muy difícil	Extremam- -ente difícil
<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>



(Por favor, enumere todos los miembros en el hogar)

Número de personas en su casa: _____

NOMBRE Y FECHA DE NACIMIENTO

NOMBRE Y FECHA DE NACIMIENTO

FORMA DE ESCALA DE DESCUENTO

Panhandle Counseling and Health Center ofrece descuentos de tarifas móviles basados en los ingresos del hogar y el número de dependientes.

Entiendo que Panhandle Counseling and Health Center ofrece descuentos de tarifas móviles basados en los ingresos del hogar y el número de dependientes. La verificación de los ingresos del hogar es necesaria para solicitar descuentos. La prueba de ingresos puede ser en forma de sus **talones de cheques de pago**, carta de **seguro social**, carta de **desempleo**, carta de **cupón de alimentos** o declaración de **impuestos del año actual**. **Al llenar este formulario y firmarlo, deseo participar en el programa** de descuento de tarifas deslizantes.

Al firmar este formulario, afirmo que toda la información dada es una declaración de ingresos exacta en este momento de solicitud. Acepto reportar cualquier cambio o circunstancia. La verificación de los ingresos se realiza al menos anualmente, más a menudo a medida que cambian los ingresos o las circunstancias.

Entiendo que una persona que obtiene o intenta obtener servicios a los que no tiene derecho puede ser procesada bajo la ley estatal y federal aplicable.

¿Hay alguien en su hogar empleado? Si _____ No _____ Si si, enumere a continuación (incluidos los salarios de la granja, las no agrícolas y los salarios de trabajo por cuenta propia)

Nombre: _____ **Donde Empleado:** _____

Firma del solicitante: _____ **Fecha:** _____

Entiendo que Panhandle Counseling and Health Center ofrece descuentos de tarifas sobre los ingresos de mi hogar y el número de dependientes.

Mi firma a continuación indica que no quiero participar en este programa.

Firmado: _____ **Fecha:** _____



Escala De Descuento 2021

Quién puede calificar?

La escala de descuento es una fórmula que se utiliza para determinar la disponibilidad de cargos reducidos para los pacientes que califican según el número de miembros de la familia y el ingreso medio anual de la familia, independientemente de si el paciente o la familia tiene aseguranza o no.

COMO LEER LA ESCALA DE DESCUENTO

1. Busque la fila correspondiente al número de personas de su familia.
2. Muévase hacia la derecha hasta que encuentre el cuadro que contiene su promedio de ingreso anual. Por cada miembro adicional de la familia mayor de 8, agregue \$ 4,540. En la fila A, se le pide al paciente que pague \$ 15.00 por su visita. En las otras categorías, se le pide al paciente que pague el porcentaje de los cargos facturados.

CÓMO CALIFICO

1. Para calificar para la escala de descuento, debe completar un formulario. Las formas se pueden recoger en la clínica.
2. Debe proveer prueba de ingresos presentando al menos uno de los siguientes elementos:
 - a. Las tasas de impuestos del año más reciente.
 - b. Talones de cheque de un mes, preferiblemente con los ingresos del año hasta la fecha.
 - c. Impresión de beneficios de la Oficina de Asistencia Pública (historial de beneficios de estampillas).
 - d. Estado fijo de ingresos; es decir, pensión, seguro social o estado bancario que muestre depósitos.

% de los reglamentos Federales Sobre Pobreza	0-100%	101%-150%	151%-175%	176%-180%	181%-200%	Mas de 200%
Cantidad adeudada	Cobro Minimo	20%	40%	60%	80%	Costo completo
Tamaño de la familia	A	B	C	D	E	F
1	\$0 \$12,880	\$12,881 a \$19,320	\$19,321 a \$22,540	\$22,541 a \$23,184	\$23,185 a \$25,760	\$25,761 & Arriba
2	\$0 \$17,420	\$17,421 a \$26,130	\$26,131 a \$30,485	\$30,486 a \$31,356	\$31,357 a \$34,840	\$34,841 & Arriba
3	\$0 \$21,960	\$21,961 a \$32,940	\$32,941 a \$38,430	\$38,431 a \$39,528	\$39,529 a \$43,920	\$43,921 & Arriba
4	\$0 26,500	\$26,501 a \$39,750	\$39,751 a \$46,375	\$46,376 a \$47,700	\$47,701 a \$53,000	\$53,001 & Arriba
5	\$0 \$31,040	\$31,041 a \$46,560	\$46,561 a \$54,320	\$54,321 a \$55,872	\$55,873 a \$62,080	\$62,081 & Arriba
6	\$0 \$35,580	\$35,581 a \$53,370	\$53,371 a \$62,265	\$62,266 a \$64,044	\$64,045 a \$71,160	\$71,161 & Arriba
7	\$0 \$40,120	\$40,121 a \$60,180	\$60,181 a \$70,210	\$70,211 a \$72,216	\$72,217 a \$80,240	\$80,241 & Arriba
8	\$0 \$44,660	\$44,661 a \$66,990	\$66,991 a \$78,155	\$78,156 a \$80,388	\$80,389 a \$89,320	\$89,321 & Arriba

Acuerdo De Pago De Cuidado De Salud



1. **SEGURO**– Participamos en la mayoría de los planes de Seguro. Sin embargo, debe saber que sus beneficios de Seguro son su responsabilidad. Pongase en contacto con su compañía de seguros para verificar que nuestros médicos están en su red y con cualquier pregunta que pueda tener con respecto a su cobertura.
2. **CO-PAGOS Y DEDUCTIBLES**– Se fomentan los copagos y deducibles en el momento del servicio. Este acuerdo es parte de su contrato con su compañía de seguros. Los pacientes que no pueden pagar el saldo adeudado en su totalidad pueden hacer arreglos de pago mensuales poniéndose en contacto con el personal del PCHC.
3. **SERVICIOS NO CUBIERTOS**– Tenga en cuenta que algunos de los servicios que recibe pueden no estar cubiertos o no ser considerados médicamente necesarios por Medicare u otras aseguradoras. Se le pedirá que firme para estos servicios y será responsable de estos cargos.
4. **COMPROBANTE DE SEGURO**– Debemos obtener una copia de su tarjeta de seguro actual para proporcionar un comprobante de seguro. Si no nos proporciona la información correcta del seguro de manera oportuna, usted será responsable del saldo de la reclamación.
5. **PRESENTACIÓN DE RECLAMACIONES**– Enviaremos sus reclamos y le ayudaremos de cualquier manera que podamos para ayudar a que se paguen sus reclamos. Es posible que su compañía de seguros necesite que usted les proporcione información directamente. Es su responsabilidad cumplir con su solicitud. Tenga en cuenta que el saldo de su reclamo es su responsabilidad, independientemente de que su compañía de seguros pague o no por su reclamo. Su beneficio de seguro es un contrato entre usted y su compañía de seguros.
6. **DESCUENTOS DE LA ESCALA DE TARIFAS DE DESLIZAMIENTO**– Como Centro de Salud Federalmente Calificado, podemos ofrecerle un descuento de tarifa móvil basado en los ingresos de su hogar. Las pautas y las aplicaciones están disponibles en la recepción. Una vez que se reciba su solicitud completa con comprobante de ingresos, será revisada. Una vez calificado, recibirá una carta indicando el monto del descuento ofrecido junto con la fecha de vencimiento.
7. **COLECCIONES**– Si no hemos recibido un pago después de 60 días, su cuenta se pondrá en estado de cobro, y recibirá una carta notificándole que su cuenta ha vencido. Si un pago no se realiza en 30 días, recibirá un aviso final que requiere que el pago se realice en 5 días. Si su cuenta sigue sin pagarse, es posible que su cuenta se envíe a una agencia de cobro externa. Las cuentas del paciente se enviarán a los cobros en Pre-Collect, lo que le da al paciente 30 días para pagar antes de que se cobren los intereses o se reporten en su crédito. Todas las cuentas que tienen una devolución de correo pueden enviarse a cobros y colocarse en cobros directos.

**EL CONSEJO DE ADMINISTRACIÓN DE PCHC HA APROBADO ESTE DOCUMENTO.
Se proporcionará una copia al paciente en el momento de la firma.**

Firma del paciente

Fecha



ACUERDO PACIENTE- PROVEEDOR

Estimado paciente,

Bienvenido y gracias por elegir Panhandle Counseling and Health Center. Estamos comprometidos a proporcionarle la mejor atención médica basada en sus necesidades de salud. Nuestra esperanza es que podamos formar una asociación para mantener todo su ser lo más saludable posible, sin importar cuál sea su estado actual de salud. Su compromiso con nuestra práctica de Hogar Médico Centrado en el Paciente le proporcionará un tipo de atención ampliada. Panhandle Counseling and Health Center trabajará con usted y otros proveedores de atención médica como equipo para cuidar lo de usted. También tendrá un mejor acceso a través de visitas telefónicas y web y correo electrónico seguro.

Como su proveedor de atención primaria, PCHC:

- Escucharemos y aprenderemos acerca de usted, su familia, situaciones de vida, preferencias, metas de salud y otras necesidades que le conciernen.
- Estaremos encantados de cuidar su enfermedad a corto plazo, enfermedad crónica a largo plazo y su bienestar.
- Le ayudaremos a mantenerse al día sobre todas sus vacunas/immunizaciones y pruebas de detección preventiva.
- Conectate con otros miembros de tu equipo de atención (especialistas, entrenadores de salud, etc.) y coordina tu atención con ellos a medida que cambian tus necesidades de salud.
- Una enfermera de guardia está disponible para después de horas para sus necesidades urgentes.
- Notificarle de los resultados de las pruebas de manera oportuna.
- Comuníquese con claridad para que entienda su(s) condición y todas sus opciones. También le ayudaremos a tomar la mejor decisión para su salud.
- Como parte de esta asociación, también le pedimos que nos proporcione comentarios para que podamos mejorar la forma en que le servimos.

PCHC confía en usted, para participar con PCHC en su cuidado:

- Notificaremos cuando haya visto a otros proveedores de atención médica como: oftalmólogos, dentistas, quiroprácticos y cualquier especialista. Con esta información podemos servirle mejor con recordatorios sobre los exámenes de salud.
- Acepte que todos los proveedores de atención médica de PCHC recibirán toda la información relacionada con su atención médica si es necesario y que usted es un socio en sus necesidades de atención médica.
- Mantenga sus citas programadas; hacer citas de seguimiento en cada visita según las instrucciones.
- Si no puede mantener las citas, incluidos los laboratorios, cancele lo antes posible, pero reprograma para que pueda seguir el plan de atención que ha sido desarrollado por usted y acordado por su equipo médico.
- Traiga todos los medicamentos, remedios, cualquier suplemento que esté tomando, y cualquier nueva preocupación. Háganos saber si no entiende algo.
- Las recargas de medicamentos requieren un aviso de 24-48 horas.
- Póngase en contacto con nosotros fuera del horario de atención, solo si su problema no puede esperar hasta el siguiente día hábil. Si es una llamada de emergencia al 911 inmediatamente.
- Cuando sea posible, pongase en contacto con nosotros antes de ir a la sala de emergencias.
- Conozca su cobertura y beneficios de seguro médico. Pague su parte de cualquier tarifa.
- Denos comentarios para ayudar a PCHC a mejorar nuestro cuidado por ti.

Por favor, rellene debajo del nombre del proveedor que ha elegido para ser su proveedor de atención primaria para PCH.

_____ es el proveedor que he elegido y estoy de acuerdo en asociarme con este proveedor para mis necesidades de atención médica.

Firma del paciente/Tutor

Nombre impreso del paciente/Tutor

Fecha

Proveedor/Designado Firmador

Fecha

ACUERDOS Y RECONOCIMIENTO DEL PACIENTE



AUTORIZACION PARA TRATAMIENTO MEDICO

Panhandle Counseling and Health Center y su personal están autorizados a administrar cualquier tratamiento médico, dental, diagnóstico o terapéutico que se considere necesario o aconsejable. Represento a Panhandle Counseling and Health Center que tengo el derecho de dar su consentimiento o rechazar el consentimiento a cualquier procedimiento o curso terapéutico propuesto, sin emergencia o circunstancias extraordinarias.

REDES DE INFORMACION ELECTRONICA DE SALUD

Hasta ahora, los proveedores y los planes de salud han intercambiado información sobre usted con fines de tratamiento, pago y operaciones de atención médica directamente por entrega a mano, teléfono, correo, fax o correo electrónico. Este proceso consume mucho tiempo y es costoso, puede no ser seguro y, a menudo, no es confiable. Las redes electrónicas de información de salud cambian este proceso. La nueva tecnología permite a un proveedor o un plan de salud enviar una sola solicitud a través de una red de información de salud para obtener registros electrónicos para un paciente específico de otros participantes de la red. Su expediente médico electrónico será incluido en la red y accedido por otros participantes de la red que tengan una relación con usted, a menos que usted decida afirmativamente no participar enviando y optando por no participar a la red. Al optar por no participar, se bloquearía la presencia de su información por parte de los participantes de la red.

ASIGNACION DE BENEFICIOS DE SEGURO

Estoy de acuerdo en que el seguro o los beneficios médicos para los cargos de Panhandle Counseling and Health Center de otro modo se pagarán a mí a Panhandle Counseling and Health Center. Cualquier pago recibido por los servicios de salud se puede aplicar a cualquier factura no pagada de la que sea responsable, sujeto a las reglas de coordinación de beneficios.

PRECERTIFICACIONES

Entiendo que Panhandle Counseling and Health Center ayudará con los requisitos de precertificación de seguros que son responsabilidad del asegurado y médico, pero no asumirá la responsabilidad por la precertificación o cualquier impacto que puede tener en el pago del seguro.

Panhandle Counseling and Health Center ayudará con los requisitos de precertificación de seguros que son responsabilidad del asegurado y médico, pero no asumirá la responsabilidad por la precertificación o cualquier impacto que pueda tener en pago del seguro.

CERTIFICACION

Por la presente certifico que he leído cada una de las declaraciones anteriores, que me han explicado cada elemento a mi satisfacción y he recibido una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad y este Acuerdo y Reconocimiento del Paciente. Además, certifico que soy el paciente o debidamente autorizado por el paciente para aceptar los términos del Acuerdo del Paciente y el Reconocimiento. Una fotocopia de este documento tiene el mismo efecto que el original.

DIVULGACION DE INFORMACION

Entiendo que mis registros médicos y la información de facturación son hechos y retenidos por Panhandle Counseling and Health Center y son accesibles para el personal de Panhandle Counseling and Health Center según sea necesario para realizar sus respectivas tareas de trabajo. El personal de Panhandle Counseling and Health Center que asista puede usar y divulgar información médica para fines operativos y a cualquier otro médico o proveedor de atención médica involucrado en mi continuidad de la atención. Existen salvaguardias para desalentar el acceso indebido a mi información médica protegida. Panhandle Counseling and Health Center y su personal están autorizados a revelar todo o parte de mi expediente médico a cualquier compañía de seguros o plan de salud, proveedor de compensación de trabajadores o grupo de empleadores autoasegurado sorteado responsable de cualquier parte de Panhandle Counseling y los cargos del Centro de Salud y a cualquier proveedor de atención médica que esté o pueda involucrarse con mi atención.

RECONOCIMIENTO DE AVISO DE PRACTICAS DE PRIVACIDAD Y CONSENTIMIENTO

Una descripción completa de cómo su información médica será utilizada y divulgada por PANHANDLE COUNSELING AND HEALTH CENTER está en nuestro AVISO DE PRACTICAS DE PRIVACIDAD, que usted debe leer antes de firmar este acuerdo. Una copia está disponible para usted al registrarse y se publica en PANHANDLE COUNSELING AND HEALTH CENTER.

Al firmar este acuerdo, reconozco haber recibido el Aviso de Prácticas de Privacidad de Panhandle Counseling y Health Center y autorizo el uso y la divulgación de mi información médica como se describe en el Aviso de Prácticas de Privacidad.

Paciente o Parte Responsable

Relación

Fecha firmada

Testigo

Base de denegación, si se deniega: _____

PCHC
PANHANDLE COUNSELING & HEALTH CENTER
Health Clinic
**PERMISO PARA DISCUTIR VERBALMENTE LA
INFORMACION DE SALUD PROTEGIDA**

La cumplimentación de este formulario es opcional

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección postal de los pacientes: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Zip: _____

Teléfono Hogar: _____ Trabajo: _____ Teléfono celular: _____

Doy permiso a Panhandle Counseling and Health Center para discutir VERBALMENTE la siguiente información médica y de facturación sobre mí (Marque todas las casillas que correspondan):

- Información sobre citas.
- Información médica, incluyendo mis síntomas, diagnóstico, medicamentos y plan de tratamiento.
- Información de salud conductual, incluyendo mis síntomas, diagnóstico, medicamentos y plan de tratamiento.
- Información de dependencia química, incluyendo mis síntomas, diagnóstico, medicamentos y plan de tratamiento.
- Laboratorio/Pruebas
- Información de facturación y pago
- Otro (describa): _____

**Panhandle Counseling
and Health Center
tiene mi permiso para
discutir la información
anterior con:**

1. Nombre: _____
Dirección de la calle: _____
Ciudad, Estado, Zip: _____
Casa #: _____ Trabajo #: _____

2. Nombre: _____
Dirección de la calle: _____
Ciudad, Estado, Zip: _____
Casa #: _____ Trabajo #: _____

Fecha: _____

Entiendo que tengo el derecho de revocar mi permiso en cualquier momento, excepto cuando Panhandle Counseling Health Center ya haya hecho divulgaciones en base a esta solicitud. Entiendo que debo notificar a Panhandle Counseling and Health Center por escrito si quiero revocar mi permiso.

Firma del Paciente/Representante AutorizadoX _____
Si es representante autorizado, firme y adjunte copias de la documentación legal de apoyo.

Razón por la que el paciente no puede firmar: _____



ATESTACION CON RESPECTO A LA PRUEBA DE INGRESOS

Yo, _____ atesto que, a mi leal saber y entender, la siguiente información proporcionada en esta declaración es verdadera y correcta. Entiendo que el PCHC puede solicitar información adicional para fundamentar las declaraciones hechas en esta declaración y/o reevaluar mi situación en treinta días.

Tamaño del hogar

Ingresos del hogar

Entiendo que proporcionar a sabiendas información falsa a PCHC con respecto a mi situación financiera resultará en ser responsable del monto total de los cargos incurridos en esta clínica.

Firma del paciente

Firma de testigo

Fecha firmada