

Formulario De Informacion al Paciente

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

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)	<input type="radio"/> Lesbianas o Gay	<input type="radio"/> Masculino	<input type="radio"/> Soltero
<input type="radio"/> Blanco/Caucásico	<input type="radio"/> Recto (No Gay o Lesbiana)	<input type="radio"/> Femenina	<input type="radio"/> Casado
<input type="radio"/> Negro/Afroamericano	<input type="radio"/> Bisexuales	<input type="radio"/> Transgénero Hombre/Mujer a Hombre	<input type="radio"/> Viudo
<input type="radio"/> Asiático	<input type="radio"/> Algo más	<input type="radio"/> Transgénero Mujer/ Macho a Hombre	<input type="radio"/> Separado
<input type="radio"/> Indio americano/Alaska	<input type="radio"/> No sé	<input type="radio"/> Elija no divulgar	
<input type="radio"/> Nativo hawaiano	<input type="radio"/> Elija no divulgar		
<input type="radio"/> Otros isleños del Pacífico			
<input type="radio"/> Origen hispano/latino			
<input type="radio"/> No reportado/Rechazar el informe			

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:		<input type="radio"/> Cónyuge
NOMBRE DEL ASEGURADO:		FDN:	SSN:	<input type="radio"/> Padre
FDN:		DIRECCION:		<input type="radio"/> Guardián
SSN:		CIUDAD, ESTADO, ZIP:		<input type="radio"/> Otro (Especificar)
DIRECCION:		TELEFONO – TRABAJO:	CASA:	CELL:
CIUDAD, ESTADO, ZIP:				



PO Box 548 • Guymon, OK 73942 • 580-338-4638 • Fax: 580-338-4642

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 Dias
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 Extremamente difícil



(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.

****Si no esta interesado en la escala, marque el rango de ingresos del hogar en la pagina siguiente.****

Firmado: _____ **Fecha:** _____



Escala de tarifas deslizante 2023

¿Quién puede calificar?

La tarifa deslizante es un descuento de cargos para aquellos que no tienen seguro o que tienen seguro, pero tienen un deducible alto. Además, es para aquellos cuyo seguro no cubre los servicios prestados. Independientemente si usted tiene seguro o no, usted todavía debe cumplir con las pruebas de ingresos.

La tarifa deslizante es una fórmula utilizada para determinar la disponibilidad de cargos reducidos a los pacientes que califican de acuerdo con el número en la familia y el ingreso anual promedio de la familia. La escala es la siguiente:

¿COMO LEER LA ESCALA DE TARIFAS DE DESLIZAMIENTO?

1. Localice la fila correspondiente al número de personas de su familia.
2. Muevase a la derecha hasta que encuentre el rango que contiene su ingreso anual promedio.
3. Vaya a la parte superior de esa columna. El porcentaje mostrado es su parte de la factura.

Por cada miembro adicional de la familia **mayor de 8 agregar \$5,140**. En la categoría de pago mínimo, se le pide al paciente que pague \$15.00 por la visita al consultorio. En las otras categorías se le pide al paciente que pague ese porcentaje de la factura.

¿COMO CALIFICO?

Para calificar para la tarifa deslizante, debe llenar un formulario. Estos pueden ser recogidos en la clínica, usted debe proporcionar un comprobante de ingresos presentando al menos uno de los siguientes artículos:

1. Formularios de impuestos del año más reciente.
2. Talones de cheques de pago durante un mes, preferible con ingresos anuales proporcionados.
3. Impresión de beneficios de la Oficina de Asistencia Pública (historial de beneficios de cupones de alimentos).
4. Declaración de pensión, Seguro social o estado de cuenta de los bancos que muestre los depósitos.

% Of Federal Poverty Guidelines	0-100%	101%-150%	151%-175%	176%-180%	181%-200%	Over 200%
Amount Owed	Minimum Charges	20%	40%	60%	80%	Full Charge
Family Size	A	B	C	D	E	F
1	\$0 \$14,580	\$14,581 to \$21,870	\$ 21,871 to \$25,515	\$25,516 to \$26,244	\$26,243 to \$29,160	\$29,161 & Above
2	\$0 \$19,720	\$19,721 to \$29,580	\$29,581 to \$34,510	\$34,511 to \$35,496	\$35,497 to \$39,440	\$39,441 & Above
3	\$0 \$24,860	\$24,861 to \$37,290	\$37,291 to \$43,505	\$43,501 to \$44,748	\$44,749 to \$49,720	\$49,721 & Above
4	\$0 \$30,000	\$30,001 to \$45,000	\$45,001 to \$52,500	\$52,501 to \$54,000	\$54,001 to \$60,000	\$60,001 & Above
5	\$0 \$35,140	\$35,141 to \$52,710	\$52,711 to \$61,495	\$61,496 to \$63,252	\$63,253 to \$70,280	\$70,281 & Above
6	\$0 \$40,280	\$40,281 to \$60,420	\$60,421 to \$70,490	\$70,491 to \$72,504	\$72,505 to \$80,560	\$80,561 & Above
7	\$0 \$45,420	\$45,421 to \$68,130	\$68,131 to \$79,485	\$79,486 to \$81,756	\$81,757 to \$90,840	\$90,841 & Above
8	\$0 \$50,560	\$50,561 to \$75,840	\$75,841 to \$88,480	\$88,481 to \$91,008	\$91,009 to \$101,120	\$101,121 & Above

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, póngase 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.
- Dénos 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 dental, 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