

## Datos demográficos anuales de pacientes

Estimado paciente: El Centro de Salud brinda atención médica a bajo costo independientemente de la capacidad de pago. Somos el proveedor preferido de Medicaid; y acepta Medicare y varios productos de seguros. Si tiene estos productos o paga por cuenta propia, es posible que califique para un descuento llamado **escala móvil de tarifas**. Las tarifas nominales y los arreglos de pago también están disponibles. Para calificar para la "Escala móvil de tarifas", debe proporcionar Prueba de ingresos y ocupación del hogar. (Consulte la Solicitud de escala variable de tarifas para obtener más información). Estamos obligados a recopilar información personal como parte de nuestro acuerdo de subvención FQHC, que es la forma en que mantenemos los costos bajos. Gracias por su comprensión y cooperación al proporcionar esta información.

### Información del paciente

Apellido: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ Inicial: \_\_\_\_\_

Nombres anteriores/alias: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

SSN: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Teléfono de casa: \_\_\_\_\_ Teléfono celular: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_

Código postal: \_\_\_\_\_ Condado: \_\_\_\_\_

Estado del estudiante:  Tiempo completo  Tiempo parcial  No aplica

Cómo prefiere que le recuerden su cita:  Llamada  texto  Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_

Al proporcionar una dirección de correo electrónico, usted está reconociendo autorización para el envío de correspondencia por este medio.

Estado Civil :  Casado  Único  Divorciado  Separado  Viudo

Idioma :  Inglés  Español  Otro ¿Necesita un intérprete?:  Sí  No

Raza :  Blanco  Afroamericano  Asiático  Otro (especifique) \_\_\_\_\_  Elija no divulgar

Etnicidad :  Hispano o Latino  NO Hispano o Latino  Desconocido o elige no revelar

Sexo al nacer :  Masculino  Femenino  Otro: \_\_\_\_\_

Identidad de género actual :  Masculino  Femenino  Transgénero Masculino  Transgénero Femenino  
 No sé  Otro \_\_\_\_\_

Médico de Atención Primaria : \_\_\_\_\_ Ciudad/Estado: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

### Contacto de emergencia :

Apellido: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ Inicial: \_\_\_\_\_

Número de teléfono de contacto de emergencia : \_\_\_\_\_

### Complete si el paciente tiene 18 años de edad o menos, asiste a la escuela o tiene un tutor legal:

Para todos los pacientes menores de edad (menores de 18 años), se solicitará a los tutores legales que muestren documentación que demuestre que existe una relación legal. Esto es tanto para la seguridad del niño y del tutor como para garantizar que el padre o tutor legalmente designado sea responsable de tomar decisiones médicas en nombre del menor. Se requieren los documentos legales aplicables relacionados con la custodia, el divorcio, la separación, la adopción o el cambio de nombre de los padres del niño.

Nombre del padre/tutor: \_\_\_\_\_ Relación con el paciente: \_\_\_\_\_

Teléfono de casa: \_\_\_\_\_ Teléfono celular: \_\_\_\_\_

Estado de custodia actual:  Padres  Custodia paterna exclusiva  Custodia legal conjunta  
 Custodia DSS  Otro: \_\_\_\_\_

Dirección postal (si es diferente a la del paciente): \_\_\_\_\_

**Información del seguro:**

<u>Seguro Primario :</u> Compañía de seguros _____ Nombre del participante _____ Fecha de nacimiento del participante _____ SSN del participante _____	<u>Seguro secundario :</u> Compañía de seguros _____ Nombre del participante _____ Fecha de nacimiento del participante _____ SSN del participante _____
--	--

**Escala móvil de tarifas:** (requerido para fines estadísticos y asistencia financiera)

**Indique el número de personas que viven en la casa** (inclúyase a sí mismo):  
**Adultos (mayores de 18 años)** \_\_\_\_\_ **Niños (menores de 18 años)** \_\_\_\_\_

**Ingreso familiar anual** (marque uno):  Menos de \$15,000  \$15,000 a \$24,999  
 \$25,000 a \$34,999  \$35,000 a \$49,000  \$50,000 o más

**He revisado la *escala móvil de tarifas* y entiendo que si mis circunstancias financieras cambian, puedo solicitar la *escala móvil de tarifas* en cualquier momento.**

\* **ACEPTO** y he llenado la Solicitud de escala móvil de tarifas: \_\_\_\_\_ (Iniciales) **(Solicitud de tarifa móvil completa)**

\*\* **RECHAZO** la escala móvil de tarifas en este momento: \_\_\_\_\_ (iniciales) **(NO complete la solicitud de tarifa móvil)**

**Arreglos de vivienda:**

<input type="checkbox"/> <b>Abrijo</b> (Refugios seguros, alojamiento temporal durante la noche, armerías) <input type="checkbox"/> <b>Transicional</b> (Centro, Hogar Comunitario) <input type="checkbox"/> <b>Otro</b> (Hotel, motel, ocupación diaria de habitación individual)	<input type="checkbox"/> <b>Duplicar</b> (vivir con otras personas por un período temporal y mudarse con frecuencia) <input type="checkbox"/> <b>Calle</b> (Acera, automóvil, parque, entrada, edificio público o abandonado)	<input type="checkbox"/> <b>Residencia permanente</b> (Propio, alquiler, apartamento/habitación/casa)
--	--	---

¿Vive dentro de los límites de la ciudad de Mount Vernon?:  Sí  No

¿Es usted un veterano?:  Sí  No

A mi leal saber y entender, la información anterior es completa y correcta. Entiendo que soy responsable de informar al médico o al personal sobre cualquier cambio en mi información demográfica o de salud o la de mi hijo menor.

**Entiendo que soy responsable de notificar al Centro de Salud del Condado de Knox si hay un cambio en la cobertura del seguro, la dirección o el número de teléfono. Reconozco que los copagos o tarifas nominales vencen y son pagaderos el día en que se reciben los servicios.**

Nombre del paciente/parte responsable (letra de imprenta): \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del Paciente / Responsable: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**Revisión anual** : ( *NO* complete esta sección, solo para uso instruido por el personal)

Firma del Paciente / Responsable: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del Paciente / Responsable: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

# Consentimiento anual para el cuidado

**Nombre del paciente:** \_\_\_\_\_ **Fecha de nacimiento del paciente:** \_\_\_\_\_

Este formulario de consentimiento se aplica al Centro de Salud Comunitario del Condado de Knox (KCCHC) que opera como un arreglo de atención médica clínicamente integrado compuesto por KCCHC y profesionales en conjunto. Todas las entidades de propiedad de KCCHC u operadas por este y todos los profesionales asociados con KCCHC compartirán la información médica de los pacientes según sea necesario para llevar a cabo operaciones de tratamiento, pago y atención médica según lo permita la ley. El KCCHC ofrece servicios médicos, dentales, de salud mental y de salud conductual que puedo utilizar como paciente de KCCHC.

**CONSENTIMIENTO PARA ATENCIÓN MÉDICA :** Entiendo que tengo derecho a tomar decisiones informadas sobre mi tratamiento de atención médica. Doy mi consentimiento para que los profesionales de atención médica de KCCHC realicen los servicios y tratamientos apropiados, que pueden incluir procedimientos de diagnóstico de rutina y tratamientos médicos/dentales que el médico tratante designado u otro miembro del personal médico/dental consideren necesarios. Entiendo que la práctica de la medicina / salud dental / conductual no es una ciencia exacta y que el diagnóstico y el tratamiento pueden implicar riesgos, lesiones o incluso la muerte. Reconozco que no se me han hecho garantías como resultado de ningún examen o tratamiento. Entiendo que es costumbre que no se realicen procedimientos sustanciales a un paciente a menos y hasta que él o ella haya tenido la oportunidad de discutirlos con el médico u otro profesional de la salud y el paciente haya dado su consentimiento informado para ese procedimiento en particular. Cada paciente tiene derecho a consentir, o rechazar el consentimiento, a cualquier procedimiento propuesto o curso terapéutico. Entiendo que mis proveedores de atención médica trabajan en equipo y que, para brindarme la mejor atención, mi médico tratante y otros proveedores de atención médica pueden consultar o derivar a proveedores en otras especialidades, según corresponda, como otros médicos, dentistas/cirujanos orales, farmacéuticos, dietistas, terapeutas, etc., incluida la obtención de mi historial de medicamentos de varias bases de datos de recetas. Sé que puedo hacerle preguntas sobre mi tratamiento a cualquier profesional de la salud de KCCHC que me atienda.

Entiendo que algunos proveedores médicos del personal de KCCHC no son empleados ni agentes de KCCHC, sino contratistas independientes a quienes se les han otorgado los privilegios de usar las instalaciones para el cuidado y tratamiento de sus pacientes. KCCHC participa en uno o más intercambios de información de salud. Sus proveedores de atención médica pueden usar esta red electrónica para proporcionar acceso seguro a sus registros de salud para tener una mejor idea de sus necesidades de salud. KCCHC y otros proveedores de atención médica pueden permitir el acceso a su información médica a través del Intercambio de información médica para tratamiento, pago u otras operaciones de atención médica. Este es un acuerdo voluntario. Puede optar por no participar en cualquier momento notificando al administrador de la oficina.

**ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS DEL SEGURO:** Entiendo que se hacen cargos por los servicios de KCCHC proporcionados por el personal del centro de salud y sus Médicos/Dentistas/Salud Conductual Afiliados. También entiendo que, si estos cargos están cubiertos por un seguro u otro reembolso de terceros de cualquier tipo, por la presente autorizo la asignación de estos beneficios a KCCHC y sus médicos/dentistas afiliados. Autorizo a KCCHC a divulgar cualquier información de mis registros médicos/dentales a la asistencia médica, Medicaid, Medicare, otros pagadores gubernamentales, compañías de seguros privadas o planes u organizaciones que actúen en su nombre, según sea necesario para determinar los beneficios y procesar reclamos y otros involucrados en el cobro de cuentas.

Es política del KCCHC brindar servicios médicos, de salud mental, de salud del comportamiento y dentales esenciales, independientemente de la capacidad de pago del paciente. Entiendo y acepto que algunos servicios prestados se basan en mi capacidad de pago. Si califica, se puede aplicar un descuento a los saldos de copago, coseguro y/o deducible que sean mayores que la tarifa nominal. Para calificar para la "escala móvil de tarifas", debo proporcionar prueba de los ingresos del hogar y la ocupación del hogar. Si el pago de otros servicios se determina y se basa en una escala móvil de tarifas, entiendo que soy responsable de mi parte del costo de los servicios prestados en el momento del servicio y que no proporcionar "prueba de ingresos" resultará en me cobran el 100% del costo de los servicios recibidos y/o prestados. Además, entiendo que el incumplimiento de mis responsabilidades de pago de los servicios prestados puede resultar en la suspensión de las citas.

**OBJETOS PERSONALES DE VALOR:** Entiendo y acepto que el KCCHC no será responsable por la pérdida o daño de cualquier propiedad personal. Autorizo a KCCHC y/o a cualquier entidad autorizada por mi proveedor de atención médica, incluidos aquellos que usan sistemas de marcación automática, mensajes automáticos, correo electrónico, mensajes de texto u otra comunicación electrónica, a comunicarse conmigo por cualquier motivo utilizando cualquier número de teléfono, dirección de correo electrónico y/o dirección postal. dirección proporcionada.

**ATENCIÓN PADRES Y TUTORES:** Si firma en nombre de un menor, tenga en cuenta que, en determinadas circunstancias, las leyes estatales y federales pueden determinar que el menor controle la información médica protegida relacionada con ciertos aspectos del cuidado o tratamiento del menor. En este caso, KCCHC no puede divulgar la información de salud protegida aplicable sin el consentimiento del menor.

Al firmar a continuación, reconozco que he leído y entendido este formulario, o que me lo leyeron y me lo explicaron. Entiendo que tengo derecho a revocar/retirar este consentimiento, por escrito, en cualquier momento. Mi revocación será efectiva excepto en la medida en que KCCHC haya tomado medidas basándose en mi consentimiento para el uso o divulgación de mi información médica. La provisión de tratamiento futuro puede retirarse si retiro mi consentimiento.

*¿Con quién podemos discutir y compartir sus registros de salud? Autorizo a KCCHC a compartir mis registros médicos con:*

Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Fecha/hora \_\_\_\_\_ Firma del paciente/padre/tutor/otro \_\_\_\_\_

Relación si no es paciente \_\_\_\_\_

Fecha / Hora \_\_\_\_\_ Firma del Testigo \_\_\_\_\_



**Consentimiento informado para servicios de telesalud**

**Salud médica / dental / conductual**

Yo, \_\_\_\_\_, doy mi consentimiento para participar en telesalud con el Centro de Salud Comunitario del Condado de Knox como parte de los servicios médicos, dentales o de salud conductual. Entiendo que los servicios de telesalud pueden incluir evaluación, evaluación, consulta y/o planificación de tratamiento y terapia. Se ha explicado cómo se usará la telesalud y que no es lo mismo que una visita directa del paciente al proveedor de atención médica. La telesalud ocurrirá principalmente a través de comunicaciones telefónicas interactivas de audio y/o video.

Al firmar este consentimiento, estoy verificando que entiendo lo siguiente:

1. Tengo derecho a retener o retirar el consentimiento para el servicio de telesalud en cualquier momento sin afectar mi derecho a recibir atención o tratamiento en el futuro, ni poner en peligro la pérdida o el retiro de ningún beneficio del programa al que de otro modo sería elegible.
2. Las leyes que protegen la confidencialidad de mi información personal también se aplican a la telesalud. Como tal, entiendo que la información que divulgue durante el transcurso de mis sesiones es confidencial, tal como lo sería si estuviera en la clínica. Entiendo que la visita se transmite a través de líneas dedicadas y no puede ser accedida por personas no autorizadas.
3. Doy mi consentimiento para ser entrevistado por el proveedor de atención médica consultor. También entiendo que otras personas pueden estar presentes para operar el equipo de video y que estarán sujetas al mismo estándar de confidencialidad para toda la información obtenida.
4. Acepto que ciertas situaciones, incluidas las emergencias y las crisis, son inapropiadas para los servicios de psicoterapia por audio, video o computadora. Si tengo una crisis o una emergencia, debo llamar inmediatamente al 911 o ir al hospital o centro de crisis más cercano. Al firmar este documento, reconozco que me han dicho que si siento tendencias suicidas, debo llamar al 911, a las agencias locales de crisis del condado o a la Línea Directa Nacional de Suicidio al 1-800-784-2433.
5. Entiendo que se puede realizar un examen limitado durante la conferencia telefónica o por video y que tengo derecho a pedirle a mi proveedor de atención médica que suspenda la conferencia en cualquier momento. Entiendo que algunas partes del examen pueden ser realizadas por personas en mi ubicación bajo la dirección del proveedor de atención médica consultor.
6. Entiendo que puede haber problemas tecnológicos como interrupciones o dificultades que puedan ocurrir. Debido a esto, mi proveedor de atención médica o yo podemos interrumpir la consulta/visita de telesalud si consideramos que las conexiones de teleconferencia de audio/video no son adecuadas para la situación.
7. Por la presente, libero al Centro de Salud Comunitario del Condado de Knox, su personal y cualquier otra persona que participe en mi atención de cualquier responsabilidad que pueda surgir de la toma y el uso autorizado de tales imágenes o radiografías digitales.
8. Entiendo que la facturación se realizará desde el proveedor y el centro de atención médica en función de los servicios de telesalud proporcionados.

**He leído este documento y entiendo el riesgo y los beneficios de los servicios de telesalud y me han explicado mis preguntas sobre los servicios. Por la presente doy mi consentimiento para participar en una visita de telesalud bajo las condiciones descritas en este documento.**

\_\_\_\_\_ [Inicial] **Consentimiento verbal** : en lugar del consentimiento por escrito requerido o las firmas del beneficiario, se solicitó y recibió permiso verbal antes de iniciar la visita de telesalud después de haber cubierto todos los elementos del consentimiento informado.

**Nombre del paciente en letra de imprenta:** \_\_\_\_\_ **Fecha de nacimiento:** \_\_\_\_\_

**Firma del paciente:** \_\_\_\_\_ **Fecha de nacimiento:** \_\_\_\_\_

**Firma del padre/tutor (si es menor de 18 años):** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

## Historia médica y dental del paciente

Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

**Alergias :** No tengo ninguna alergia. \_\_\_\_\_ (Inicial)

Tengo las siguientes alergias a medicamentos, ambientales o alimentarias (Escriba el nombre y el efecto que tuvo)

Alergia a medicamentos/ambiental/alimentos	¿Qué pasa? (reacción)
<i>Ejemplo:</i> aspirina	Me sale un sarpullido.

**Historial Médico: Marque si tiene o ha tenido problemas/historial con alguno de los siguientes :**

Cardíaco

- Infarto de miocardio
- Alta presión sanguínea
- Colesterol alto
- Ritmo cardíaco irregular
- Accidente cerebrovascular / AIT
- Transplante de corazón
- Válvulas cardíacas artificiales

Enfermedad de tiroides

Diabetes

Gastroenterología

- úlceras sangrantes
- diverticulitis
- Vesícula biliar
- ERGE
- Hernia

Salud Mental / Conductual

- AÑADIR / TDAH
- Ansiedad / Depresión
- Evento traumático / TEPT
- Otro: \_\_\_\_\_
- Adicciones: \_\_\_\_\_

Circulatorio

- Amputado
- coágulos de sangre
- Enfermedad Arterial Periférica
- Enfermedad vascular periférica

Inmune

- Lupus
- Artritis reumatoide

Enfermedad infecciosa

- VIH
- SARM
- VRE
- Hepatitis

musculoesquelético

- Artritis
- Gota
- Heridas abiertas
- osteoporosis

Dental

- Sangrado de las encías
- Rechinar los dientes
- Dientes sueltos/empastes rotos
- Tratamiento periodontal
- Sensibilidad dental

Pulmones

- Asma
- EPOC
- Apnea obstructiva del sueño
- Embolia pulmonar
- Tuberculosis

Renal

- Diálisis
- Enfermedad del riñon

Cáncer

- Sin antecedentes de cáncer
- Sí, antecedentes de cáncer
- En caso afirmativo: Escriba: \_\_\_\_\_

Endocrino

Nombre del último médico de atención primaria visto (PCP) \_\_\_\_\_ Ciudad/Estado: \_\_\_\_\_

Nombre del último dentista visto: \_\_\_\_\_ Ciudad/Estado: \_\_\_\_\_

**Cirugías:**

<i>Ejemplo:</i> reemplazo de rodilla derecha	¿Cuándo? hace 6 años

**Firma del paciente o padre/tutor** (si el paciente es menor de edad): \_\_\_\_\_ **Fecha** \_\_\_\_\_



## Medicamentos anuales del paciente/Lista de medicamentos

Fecha de hoy \_\_\_\_\_

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

**TODOS LOS PACIENTES:** Esta información se mantendrá en **estricta confidencialidad** y se utilizará únicamente para una atención segura y adecuada. Proporcione el nombre del medicamento/fármaco, la dosis que toma y la frecuencia con la que toma el medicamento/fármaco. Utilice el reverso de esta página si necesita más espacio.

Los medicamentos utilizados durante el tratamiento pueden interactuar tanto con medicamentos recetados como sin receta; incluyendo suplementos herbales. Estas reacciones pueden resultar en **INTERACCIONES SEVERAS**. Es **extremadamente** importante que informe a su proveedor de **cualquier** medicamento que use actualmente o haya tomado para que pueda ser considerado en la planificación de su tratamiento.

Centro de Salud prefiere **Conway's Pharmacy** y **Wal-Mart of Mt. Vernon Pharmacy** . La mayoría de las recetas se transmiten electrónicamente para su comodidad. Indique **Conway's** , **Wal-Mart** u otra farmacia que prefiera.

Nombre de la farmacia : \_\_\_\_\_ Ciudad de la farmacia : \_\_\_\_\_

Medicamento/Droga	Dosis	Cuántas veces al día	para que lo estas tomando
<i>EJEMPLO: Lisinopril</i>	<i>10 miligramos</i>	<i>2 MAÑANA __ MEDIODÍA __ CENA 2 CAMA</i>	<i>Alta presión sanguínea</i>



## Solicitud de tarifa variable

Solicitud Inicial \_\_\_\_ Año \_\_\_\_

Renovación \_\_\_\_ Año \_\_\_\_

Fecha de hoy : \_\_\_\_\_

Nombre del solicitante: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Teléfono #1: \_\_\_\_\_ Teléfono #2: \_\_\_\_\_

Es política del Centro de Salud Comunitario del Condado de Knox (KCCHC) proporcionar servicios médicos, de salud mental, de salud del comportamiento y dentales esenciales, independientemente de la capacidad de pago del paciente. Si califica, se puede aplicar un descuento a los saldos de copago, coseguro y/o deducible que sean mayores que la tarifa nominal. Para calificar para la "escala móvil de tarifas", debe proporcionar prueba de los ingresos del hogar y la ocupación del hogar. La tarifa nominal actual es de \$20 por servicios médicos, \$10 por servicios de salud mental y conductual y \$20 por servicios dentales.

**Tenga en cuenta:** las tarifas de laboratorio tienen un gran descuento y el costo real del laboratorio presentado a KCCHC se cobra al paciente sin recargo ni solicitud de tarifas de servicio adicionales.

		<i>Ingresos del hogar* (completar solo UNA columna por miembro)</i>		
<i>Los miembros del hogar Nombre y apellido</i>	<i>Fecha de nacimiento</i>	<i>Anual</i>	<i>Mensual</i>	<i>Quincenal</i>
<i>Ser</i>				
<b>INGRESOS TOTALES*</b>		<i>ps</i>	<i>ps</i>	<i>ps</i>
<b># de niños dependientes menores de 18 años</b>				

\*Los ingresos incluyen todos los ingresos/salarios devengados e ingresos no devengados, incluidos sueldos, salarios, propinas, discapacidad a largo plazo, trabajo por cuenta propia, desempleo, seguridad social, pensiones/jubilación y compensación laboral.

Número total de miembros que viven en su hogar (usted mismo + cónyuge + hijos + otros miembros calificados arriba) :

**ACUERDO DE DESCUENTO DE TARIFA MÓVIL :** Entiendo y acepto que algunos servicios prestados se basan en mi capacidad de pago. Si el pago de otros servicios se determina y se basa en una escala móvil de tarifas, entiendo que soy responsable de mi parte del costo de los servicios prestados en el momento del servicio y que si no proporciono una "prueba de ingresos" se me cobrará 100% del costo de los servicios recibidos y/o prestados.

Acepto, ya sea como paciente, agente, tutor, pariente o representante, que en consideración de los servicios prestados, garantizo y me obligo individualmente a pagar la cuenta del KCCHC en su totalidad. Además, entiendo que el incumplimiento de mis responsabilidades de pago de los servicios prestados puede resultar en la suspensión de las citas.

**Certifico que la información sobre el tamaño de la familia y los ingresos que se muestra arriba es correcta. Se requieren copias de declaraciones de impuestos, talones de pago y/o otra información que verifique los ingresos antes de la aprobación de un**



descuento. Si la documentación definida no está disponible, completaré y firmaré el formulario IRS 4506-T para respaldar esta declaración de ingresos

**Firma del paciente/tutor** (si el paciente es menor de edad): \_\_\_\_\_ **Fecha** \_\_\_\_\_

**Si es tutor, relación con el paciente:** \_\_\_\_\_