



**LINCOLN COMMUNITY HEALTH CENTER, INC.
CONSENTIMIENTO PARA RECIBIR TRATAMIENTO Y AVISO
DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD**

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____ LCHC #: _____

La siguiente información la debe completar el paciente o el padre/madre/representante legalmente autorizado del paciente.

Otorgo mi consentimiento al tratamiento médico que pueda incluir rayos X, vacunas y pruebas de laboratorio adecuados, incluyendo pruebas de VIH, para mí o para el paciente de quien soy padre/madre o el representante legalmente autorizado.

Entiendo que soy responsable de **TODOS LOS CARGOS INCURRIDOS**, sin importar el estado de mi seguro. Autorizo a mi proveedor de seguro a que pague a Lincoln Community Health Center por los servicios proporcionados. Acepto pagar todos los copagos y cargos que mi aseguradora no cubra. Entiendo que Lincoln Community Health Center puede compartir la información médica del paciente con Freedom House, Servicios Humanos del Condado de Durham, Local Access to Coordinate Healthcare (LATCH), Project Access of Durham County (PADC), y con otros proveedores de servicios en el sistema N.C. Ryan White CAREWare; si corresponde, de acuerdo con la ley federal y estatal para tratamiento, pago y operaciones.

Certifico que la información sobre los ingresos y otra información de registro que proporcioné al personal de Lincoln Community Health Center con el propósito de recibir los servicios es exacta. Además, comprendo que mis registros de salud están sujetos a auditoría federal y que, si Lincoln Community Health Center determina que he falsificado esta información, se me notificará y luego se me eliminará como solicitante de registro y ya no podré recibir servicios en el Centro, excepto en caso de una emergencia que ponga en riesgo mi vida.

Doy mi consentimiento para recibir mensajes de texto como recordatorios de mis citas. Usted podrá optar por salir en cualquier momento.

Al firmar esta declaración, yo (nombre escrito en letra de molde) _____ (nombre legal) certifico que he leído y que entiendo completamente el contenido de esta declaración.

Además, por el presente reconozco que he recibido una copia del Aviso de Prácticas de privacidad y Derechos y responsabilidades del paciente.

Firma del paciente: _____ Fecha: _____
(si es menor de edad, firma del tutor legal)

Relación del Representante legalmente autorizado con el paciente: _____

Firma del testigo: _____ Fecha: _____

FORMULARIO DE REGISTRO DE PACIENTES



Escriba en LETRA DE MOLDE. Devuelva los formularios completos a Registro.

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

MRN: _____ Fecha: ____/____/____

Nombre: _____ Sexo/Género legal: M F
PRIMER INICIAL APELLIDO PREFERIDO

Fecha de nacimiento: ____/____/____ N.º de Seguro Social: ____-____-____
mes día año

Dirección: _____ PO BOX: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal _____

Condado: _____ Correo Electronico _____

Teléfono de la casa/celular: _____ Teléfono del trabajo: _____

Nombre de Contacto en caso de emergencia: _____

Parentesco: _____ Teléfono: _____

¿Si necesitan servicios de intérprete? SÍ NO Idioma materno: Inglés Español
 Otro _____

Religión: _____

Raza: Indio americano o nativo de Alaska Asiático Afroamericano Nativo de Hawái Blanco
 Isleño del Pacífico Más de una raza No informado/Se negó a informar

Origen étnico Hispano No hispano Estado Civil: Soltero/a Viudo/a
Empleado Tiempo Completo Medio No Casado/a Divorciado/a
Estudiante Tiempo Completo Medio Separado/a

¿Es usted un veterano? SÍ NO ¿Es usted indigente? SÍ NO
¿Es usted un agricultor? SÍ NO ¿Vivienda Pública? SÍ NO
¿Es usted un estudiante? SÍ NO Permanente Temporal Inestable
¿Tiene necesidades especiales? Bariátrico Discapacidad auditiva Riesgo de caída Baja estatura
 Discapacidad del habla Discapacidad visual Silla de ruedas
 Ninguna

Cantidad de personas en la vivienda: Adultos: ____ Niños: ____

INFORMACIÓN DE LA PARTE RESPONSABLE (Completar esta sección si la Parte responsable NO es el paciente)

Parentesco de la parte responsable: Usted Cónyuge Padre Tutor legal Otro _____

Nombre: _____ Sexo/Género legal: M F
PRIMER NOMBRE INICIAL DEL SEGUNDO APELLIDO

Fecha de nacimiento: ____/____/____ N.º de Seguro Social: ____-____-____

Dirección: _____ PO BOX: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal _____

Teléfono de casa: _____ Teléfono del trabajo _____

Empleador: _____

INFORMACIÓN DEL SEGURO

Presente su tarjeta del seguro en admisión cada vez que ingrese

MRN: _____

SEGURO PRIMARIO

Nombre del plan: _____ Número de identificación: _____

Dirección: _____ Número del grupo: _____

Titular de la póliza: _____ Fecha de vigencia: _____

Número de Seguro Social del titular de la póliza: ____-____-____ Sexo: M F

Fecha de nacimiento del titular de la póliza: ____/____/____

Empleador: _____

SEGURO SECUNDARIO

Nombre del plan: _____ Número de identificación: _____

Dirección: _____ Número del grupo: _____

Titular de la póliza: _____ Fecha de vigencia: _____

Número de Seguro Social del titular de la póliza: ____-____-____ Sexo: M F

Fecha de nacimiento del titular de la póliza: ____/____/____

LCHC requiere el pago el día del servicio. Este pago incluye los deducibles y copagos pendientes, servicios no cubiertos, pagos de tarifas de escala variable y cualquier cargo pendiente después de que el seguro haya hecho el pago en su cuenta. Tome nota que su seguro podría no cubrir todos sus cargos y que usted es responsable por cualquier saldo sobre su cuenta y que se le cobrará hasta que su saldo esté pagado. El Programa de tarifa de escala variable es para familias con bajos ingresos. Este programa les permite a los pacientes obtener un descuento sobre los cargos. Usted debe solicitarlo con el personal de registro con verificación del ingreso total y el número de personas en su familia. Debe volver a solicitar el programa cada año y el pago se debe hacer al momento del servicio. La firma en este formulario indica que usted está enterado de las políticas y procedimientos anteriores y que fue informado sobre el programa de tarifa de escala variable. Por este medio autorizo la asignación de todos los beneficios del seguro para que se paguen directamente a LCHC.

Firmado: _____ Fecha: ____/____/____

SOLO PARA USO INTERNO

Firma del empleado de LCHC: _____

PCP asignado: _____

Lincoln Community Health Center, Inc.

SOLICITUD DE TARIFA DE ESCALA VARIABLE

Determinación de elegibilidad

PARA QUE LO COMPLETE EL PACIENTE/TUTOR LEGAL: Complete TODA la información de su familia a continuación:

Nombre	Relación	Fecha de nacimiento	Ingresos	Frecuencia	Tipo de documentación de ingresos	Enumere todos los planes de seguro médico por los que está cubierto	Deducible anual
Ejemplo: John Doe	Propio	5/16/46 mes/día /año	\$346	semanalmente	Formulario de impuesto	Medicare	Ninguno

Para determinar la elegibilidad para la Tarifa de escala variable, la documentación la debe proporcionar el paciente o el tutor legal

Yo entiendo que la información que proporcioné en este formulario está sujeta a verificación por parte de Lincoln Community Health Center. Certifico que la información anterior es verdadera y correcta según mi leal saber y entender y que entiendo y acepto que proporcionar información falsa puede resultar en que se me niegue la capacidad de solicitar el programa; además, Yo acepto adherirme a todos los términos y condiciones del Programa de descuento de escala variable. **Entiendo que debo proveer prueba de ingresos antes de recibir más servicios o tendrá que pagar el precio completo por los servicios sin descuento.**

Firma del paciente/tutor legal

Nombre en letra de molde

Fecha

..... (NO escriba debajo de esta línea. Para que lo complete el empleado de Lincoln Community Health Center.)

Documentación de ingresos aceptable [Ingrese (x) si se verificó y obtuvo]	Monto calculado Asociado con la Documentación
<input type="checkbox"/> Declaración de impuestos federal actualizada	
<input type="checkbox"/> Formulario de verificación de salario completado por el empleador	
<input type="checkbox"/> Cartas/documentos oficiales del Seguro Social, Tribunales, Manutención de menores, ESC, etc.	
Monto total de los ingresos	

Número total de miembros de la familia que solicitan el Programa de tarifa de escala variable

Ingrese (x) si se verificó y obtuvo	Información verificada y obtenida
<input type="checkbox"/>	Identificación aceptable para cada miembro de la familia que aparece en la Solicitud del Programa de tarifa de escala variable
<input type="checkbox"/>	Los nombres y fechas de nacimiento de todos los miembros de la familia que aparecen en la Solicitud del Programa de tarifa de escala variable.

Tarifa de escala variable Categoría	Escala variable vigente a partir de Fecha	Terminación de la escala variable Fecha

Yo certifico que toda la información proporcionada fue revisada y está completa según mi leal saber y entender.

Firma del empleado del Centro médico

Nombre en letra de molde

Fecha

Lincoln Community Health Center, Inc.

SOLICITUD DE TARIFA DE ESCALA VARIABLE

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____ MRN: _____
mes/ día / año (Solo para uso de la oficina)

Programa de descuento de escala variable

El Programa de descuento de escala variable es un programa federal que le permite a Lincoln Community Health Center hacer descuentos sobre los cargos normales por una visita médica. De acuerdo con la ley, se requieren dos componentes de información para calificar: el monto de dinero ganado en la familia y el número de personas que viven en la casa. Para ser elegible para la Tarifa de escala variable, debe proporcionar una prueba de ingresos exacta y aceptable, así como enumerar a todas la personas que viven en la casa o será responsable del 100% de todos los cargos. Usted debe informar cualquier cambio en el ingreso familiar o en el número de miembros en la casa cuando estos cambios ocurren. La falsificación de esta información resultará en la pérdida de los privilegios de la Tarifa de escala variable y la posible desvinculación de la clínica ya que es una violación a la ley federal.

Elegibilidad

Todos los pacientes del Lincoln Community Health Center son elegibles para solicitar la escala variable. La determinación del descuento, en su caso, depende del ingreso y el tamaño de la familia en comparación a los Lineamientos de pobreza federales actuales. El descuento puede aplicar a los deducibles de seguro/Medicare, así como a los servicios aprobados no cubiertos. El descuento no aplica a los copagos del seguro.

Plazo

La información se debe actualizar cada doce (12) meses o por cualquier cambio en el ingreso o el tamaño de la familia.

Definiciones y ejemplos de la prueba aceptable requerida

Determinación de ingresos

1. El ingreso se basa en el ingreso bruto de todos los miembros de la familia que reciben ingresos.
 - a. Ingreso utilizado para calcular el estado de pobreza:
 - b. Incluye utilidades, compensación por desempleo, compensación al trabajador, Seguro Social, Ingreso de seguridad complementario, asistencia pública, pagos a veteranos, beneficios a sobrevivientes, ingreso por pensión o jubilación, interés, dividendos, rentas, regalías, ingreso de bienes raíces, fideicomisos, asistencia educativa, pensión alimenticia, asistencia de afuera de la familia y otras fuentes misceláneas.
 - c. Los beneficios no monetarios (como subsidio para vivienda) no cuentan.
 - d. Si una persona vive con otras, sume el ingreso de todos los miembros de la familia.
2. Las formas aceptables de prueba para determinar el ingreso incluyen las siguientes.
 - a. Declaración de impuesto sobre la renta Una copia firmada de la declaración más reciente de impuesto sobre la renta que muestre el Ingreso bruto ajustado.
 - b. Carta de una agencia: Una carta de la Administración del Seguro Social, la Administración de Veteranos o la Agencia de Servicio Social que indique el nivel de ingresos.
 - c. Verificación de desempleo: Documentación de la Employment Securities Commission (ESC) que pruebe el estado de desempleo y el monto de compensación por desempleo que se recibe.
 - d. Documentos oficiales que indican la manutención de menores o pensión alimenticia como adjudicada por un juez.
 - e. Documentación oficial: Documentación que compruebe la jubilación, discapacidad, beneficios de SSI.
 - f. Formulario de verificación de salario completado por el empleador.

Determinación del tamaño de la familia

1. Todos los miembros de una familia que están aportando recursos financieros incluyendo alojamiento y alimentación y/o que se apoyan financieramente se cuentan como una familia.
2. El tamaño de la familia se puede documentar con cualquiera de lo siguiente.
 - a. Una copia de la declaración más reciente de impuesto sobre la renta que muestre el tamaño de la familia.
 - b. Tarjeta del Seguro Social
 - c. Certificado de nacimiento
 - d. Tarjetas de Medicaid para cualquier hijo dependiente
 - e. Licencia de conducir o tarjetas de identificación del estado
 - f. Documentos del tribunal o del gobierno que indiquen el número de miembros de la familia.
 - g. Contratos de arrendamiento o una carta del propietario que indica el número de miembros de la familia. La información de contacto se debe proporcionar de manera que se pueda verificar.

Determinación de identificación

1. Formulario de identificación con fotografía emitida por el gobierno.
2. Verificación de ubicación de la vivienda/residencia (por ejemplo, factura de servicios, declaración de hipoteca o contrato de arrendamiento).

Completar y firmar la solicitud adjunta.

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____ MRN: _____
mes / día / año (Solo para uso de la oficina)

FORMULARIO DE VERIFICACIÓN DE SALARIOS LINCOLN COMMUNITY HEALTH CENTER

MRN _____

RE: _____ **SSN:** _____

Esta persona ha solicitado el programa de descuento en Lincoln Community Health Center. Por favor, compruebe la información de empleo e ingreso. Este formulario debe ser llenado por el empleador.

¿Es esta persona actualmente empleada por usted o su empresa?

Si **No**

¿Esta persona tiene cobertura de seguro médico ? **Si** **No**

Si es así, complete la siguiente información:

Nombre del seguro de la empresa: _____

Número certificado: _____ Número de grupo: _____

Dirección de la compañía de seguros: _____

Fecha efectiva de la cobertura: _____

Por favor complete la siguiente información:

Tarifa de pago por hora:	¿Con qué frecuencia recibe pago?
Pago mensual bruto:	Pago anual bruto:
<i>POR FAVOR INCLUYA BONOS / pago de vacaciones</i>	

Gracias por su ayuda en este asunto. Si usted tiene alguna pregunta acerca de este formulario, por favor póngase en contacto con:

Lincoln Community Health Center al (919) 956-4530

LA PERSONA QUE LLENE ESTE FORMULARIO DEBE FIRMAR ABAJO

Nombre de la compañía Nombre / título de la persona que lleno el formulario Fecha

Dirección de la compañía Ciudad Estado Código Postal Numero de teléfono