

**Patient Registration Form**

Patient Number _____

Nombre: _____
Primer Segundo ApellidoFecha de Nacimiento: ____/____/____ Sexo de Nacimiento: () Masculino () Femenino
Favor marcar uno

Número de Seguro Social: ____ - ____ - ____

Dirección física: _____ PO Box: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono de Casa: (____) _____ Teléfono de Trabajo: (____) _____

Celular: (____) _____ Correo Electrónico: _____

Estado Civil: _____ Estatus de Estudiante: () Tiempo Completo () Medio Tiempo
Favor marcar uno si es aplicable

Nombre del Cónyuge: _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____

Empleador del Paciente: _____ Empleador del Cónyuge: _____

Contacto de Emergencia: _____ Teléfono: (____) _____

Información del responsable de la cuenta: (¿Quién paga los Cobros?) Nombre del Garante: _____

Teléfono: (____) _____ Número de Trabajo: (____) _____

Relación con el Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____

Dirección física: _____ PO Box: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Número de Seguro Social: ____ - ____ - ____ Empleador: _____

Si el Paciente es menor de edad:**Padre/Tutor legal del Menor (1)**Nombre: _____
Primer Segundo Apellido

Relación con el paciente: _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____

Teléfono: (____) _____ Teléfono del Trabajo: (____) _____

Padre/Tutor legal del menor (2) [Si es Aplicable]Nombre: _____
Primer Segundo Apellido

Relación con el Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____

Teléfono: (____) _____ Teléfono del Trabajo: (____) _____

*****NOTIFICACION IMPORTANTE: La Información del Padre/Tutor legal
Listada no Es Autorización y/o Designación de un Representante Personal******Por favor continúe en
la próxima pagina*



Patient Registration Form (Page 2) Patient Number _____

Estadísticas Demográficas

Característica – Población Especial (Datos utilizados por Goshen Medical Center debido a que es un Centro de Salud Federal Calificado que ofrece la Escala Mínima de Descuento basado en la unidad familiar y el ingreso.)

¿Seguro Médico Primario? () Ninguno () Privado () Medicaid () Medicare () Doble Elegibilidad
() CHIP () Otro Seguro Publico CHIP () Otra Seguro Publico (Non-CHIP) (Especificar: _____)

Identidad Étnica (INDICAR UNO): () Cubano/a () Mexicano/a, México Americano/a, o Chicano/a
() Puertorriqueño/a () Hispano/a, Latino/a, o de Origen Español, Etnicidad Mixta
() Otro/a Hispano/a, Latino/a, o de Origen Español () No soy Hispano/a, Latino/a, o de Origen Español
() Prefiero no divulgar Etnicidad

Raza (INDICAR UNO): () Indio/a Americano/a, Nativo/a de Alaska () Negro/Afro Americano/a () Blanco/a
() Indio/a Asiático/a () Chino/a () Filipino/a () Japones () Coriano/a () Vietnamita () Otro tipo de Asiático/a
() Guameño/a o Chamorro () Nativo de Hawái () Samoano/a () Otro tipo de Isleño/a del Pacífico
() Mas de una raza () Prefiero no divulgar Raz

Lenguaje Principal: _____

¿Por cuánto tiempo ha vivido en los Estados Unidos? ____ Años, ____ Meses

¿Es usted un Veterano de los Estados Unidos? () Si () No

Personas en su Hogar (Favor indicar) 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Otro _____

Promedio de Ingreso en el Hogar (Favor indicar):

<\$11,500 \$11,501-15,000 \$15,001-20,000 \$20,001-30,000 \$30,001-40,000
\$40,001-50,000 \$50,001-60,000 \$60,001-70,000 \$70,001-80,000 \$80,001-90,000 >\$90,000

¿En los últimos 24 meses, usted o sus padres han trabajado en la agricultura pudiera ser cultivando la tierra o cualquier otro trabajo relacionado con la industria agrícola? () Si () No

¿En caso que sea Si, cual aplica? () Empleo de Año redondo (residencia permanente en el área)
() Migrante (establece residencia temporal en el área) () Temporada (residencia permanente en el área)

Tipo de Vivienda para el paciente o padres del paciente/tutor legal si es un menor (indicar uno):

() Vivienda Publica () Refugio para indigentes () Vivienda Compartida (vivir con otra persona o unidad familiar)
() Alquiler o Propietario () Calle () Transitorio (se mueve de un lugar a otro) () Otro _____

Esta visita se debe a una Lesión por un Accidente: Si ____ No ____ Si es Si, Fecha de Lesión: ____ / ____ / ____

Yo certifico que la información provista arriba es verídica y correcta _____

(Firma del Paciente)

(Firma del Padre/Tutor legal si paciente es menor)

(Escriba su nombre/letra de molde)

(Fecha)

NOTA: Recepcionista puede pedirle fuente de pago/tarjeta del seguro medico o identificación con foto antes que sea visto por el medico.



Goshen Dental Services

Póliza de No Presentación

Efectivo octubre 26, 2022

Cualquier paciente dental que falte a su cita en cualquiera de nuestras oficinas le daremos una advertencia por la primera cita fallida. Habrá una tarifa de \$30.00 por no presentarse por cada cita perdida después. Este pago debe pagarse en el día o antes de su próxima cita.

Seguiremos estando dispuestos a ver a los pacientes en esta situación, sin embargo, se convertirá en la responsabilidad del paciente llamar cuando sepa que pueden venir. Siendo así, revisaremos nuestra agenda para ver si lo podemos acomodar dentro de una o dos días. Se hará todo lo posible para ver a un paciente en esta situación, pero si el paciente no está dispuesto a hacer esto, entonces será necesario que busque otra oficina.

Aceptaremos visitas sin cita para situaciones de emergencia, independientemente del pago de la tarifa por no presentarse. Ejemplos de situaciones de emergencia incluyen la caída de una restauración (empaste), hinchazón, dolor, sensibilidad o cualquier malestar en la boca.

Consideramos una cita perdida como cualquier cita a la que un paciente no se presente o llame y cancela sin avisar a nuestra oficina con 24 horas de anticipación para llenar el espacio de la cita del paciente. Por lo tanto, si es necesario cancelar una cita, llame a nuestra oficina lo antes posible. Te recomendamos con al menos dos días de antelación.

Cualquier paciente que llegue más tarde de la hora de su cita puede ser considerado como cita fallada.

Siempre tratamos de llamar y recordar a los pacientes sus citas como cortesía, pero **esto no es garantizado.**

NO HAREMOS EXCEPCIONES A ESTA POLIZA.

Firma del paciente o tutor

Fecha

¿Tiene alguna de las siguientes enfermedades o problemas?

- Tuberculosis activa ☐ Sí ☐ No
- Tos persistente más de 3 semanas de duración ☐ Sí ☐ No
- Tos que produce sangre ☐ Sí ☐ No
- Ha estado expuesto a alguien con tuberculosis. ☐ Sí ☐ No

Historial médico

¿Está usted ahora bajo el cuidado de un médico? ☐ Sí ☐ No

Nombre del médico _____

Teléfono (incluido el código de área) _____

Dirección/Ciudad/Estado/Código postal _____

¿Tiene usted buena salud? ☐ Sí ☐ No

¿Ha habido algún cambio en su salud general durante el último año? ☐ Sí ☐ No

Si es así, ¿qué condición se está tratando? _____

Fecha del último examen físico _____

¿Ha tenido alguna enfermedad grave, operación o ha sido hospitalizado en los últimos 5 años? ☐ Sí ☐ No

Si es así, ¿cuál fue la enfermedad o el problema? _____

¿Está tomando o ha tomado recientemente algún medicamento recetado o de venta libre? ☐ Sí ☐ No

En caso afirmativo, enumere todos, incluidas las vitaminas, preparaciones naturales o a base de hierbas y/o suplementos dietéticos.

¿Usas lentes de contacto? ☐ Sí ☐ No

Reemplazo de articulación. ¿Ha tenido algún reemplazo ortopédico total de una articulación (cadera, rodilla, codo, dedo)? ☐ Sí ☐ No

Fecha _____

Si es así, ¿ha tenido alguna complicación? _____

¿Está tomando o tiene previsto comenzar a tomar alguno de los medicamentos, alendronato (Fosamax®) o risedronato (Actonel®) para la osteoporosis o la enfermedad de Paget? ☐ Sí ☐ No

Desde 2001, ¿ha recibido tratamiento o tiene previsto iniciar un tratamiento con bifosfonatos intravenosos (Aredia® o Zometa®) para el dolor óseo, la hipercalcemia o las complicaciones esqueléticas resultantes de la enfermedad de Paget, el mieloma múltiple o el cáncer metastásico? ☐ Sí ☐ No

Fecha de inicio del tratamiento _____

¿Consume sustancias controladas (drogas)? ☐ Sí ☐ No

¿Utiliza tabaco (para fumar, rapé, masticable, bidis)? ☐ Sí ☐ No

Si es así, ¿te interesa dejarlo? MUY / ALGO / NADA INTERESADO _____

¿Bebes bebidas alcohólicas? ☐ Sí ☐ No

Si es así, ¿cuánto alcohol bebió en las últimas 24 horas? _____

Si es así, ¿cuánto bebes normalmente en una semana? _____

SOLO MUJERES. ¿Eres:

Embarazada ☐ Sí ☐ No

Número de semanas _____

¿Tomando pastillas anticonceptivas o terapia hormonal sustitutiva? ☐ Sí ☐ No

¿Amamantando? ☐ Sí ☐ No

Alergias, ¿Es usted alérgico o ha tenido alguna reacción a?

Anestésicos locales ☐ Sí ☐ No Aspirina ☐ Sí ☐ No

Penicilina u otros antibióticos ☐ Sí ☐ No Yodo ☐ Sí ☐ No

Barbitúricos, sedantes o pastillas para dormir ☐ Sí ☐ No Fiebre del heno/estacional ☐ Sí ☐ No

Medicamentos sulfamidas ☐ Sí ☐ No Animales ☐ Sí ☐ No

Codeína u otros narcóticos ☐ Sí ☐ No Alimento ☐ Sí ☐ No

Metal ☐ Sí ☐ No Otro ☐ Sí ☐ No

Látex (goma o hule) ☐ Sí ☐ No Si es otro, por favor especifique: _____

Enfermedad cardíaca congénita (ECC): indique si ha tenido o no alguna de las siguientes:

válvula cardíaca artificial (protésica)	☐ Sí	☐ No	Enfermedad coronaria cianótica no reparada	☐ Sí	☐ No
Endocarditis infecciosa previa	☐ Sí	☐ No	Reparado (completamente) en los últimos 6 meses	☐ Sí	☐ No
Válvulas dañadas en el corazón trasplantado	☐ Sí	☐ No	Enfermedad coronaria reparada con defectos residuales	☐ Sí	☐ No
Enfermedad cardíaca congénita (EC)	☐ Sí	☐ No			

Otras enfermedades y afecciones: indique si ha tenido o no alguna de las siguientes:

Enfermedad cardiovascular	☐ Sí	☐ No	Cáncer/Quimioterapia/Radiación	☐ Sí	☐ No
Angina de pecho	☐ Sí	☐ No	Dolor en el pecho al hacer esfuerzo	☐ Sí	☐ No
Arteriosclerosis	☐ Sí	☐ No	Dolor crónico	☐ Sí	☐ No
Insuficiencia cardíaca congestiva	☐ Sí	☐ No	Diabetes tipo I o II	☐ Sí	☐ No
Válvulas cardíacas dañadas Infarto de miocardio	☐ Sí	☐ No	Trastorno alimentario	☐ Sí	☐ No
Soplo cardíaco	☐ Sí	☐ No	Desnutrición	☐ Sí	☐ No
Presión arterial baja	☐ Sí	☐ No	Enfermedad gastrointestinal	☐ Sí	☐ No
Hipertensión	☐ Sí	☐ No	Reflujo GE/acidez estomacal persistente	☐ Sí	☐ No
Otros defectos cardíacos congénitos	☐ Sí	☐ No	Problemas de tiroides	☐ Sí	☐ No
Prolapso de la válvula mitral	☐ Sí	☐ No	Ataque	☐ Sí	☐ No
Marcapasos	☐ Sí	☐ No	Glaucoma	☐ Sí	☐ No
Fiebre reumática	☐ Sí	☐ No	Hepatitis, ictericia o enfermedad hepática	☐ Sí	☐ No
Enfermedad cardíaca reumática	☐ Sí	☐ No	Epilepsia	☐ Sí	☐ No
Sangrado anormal	☐ Sí	☐ No	Desmayos o convulsiones	☐ Sí	☐ No
Anemia	☐ Sí	☐ No	Trastornos neurológicos	☐ Sí	☐ No
Transfusión de sangre	☐ Sí	☐ No	En caso afirmativo, por favor especifique		
En caso afirmativo, fecha			Trastorno del sueño	☐ Sí	☐ No
Hemofilia	☐ Sí	☐ No	Trastornos de salud mental	☐ Sí	☐ No
SIDA o VIH	☐ Sí	☐ No	Especificar		
Artritis	☐ Sí	☐ No	Infecciones recurrentes	☐ Sí	☐ No
Enfermedad autoinmune	☐ Sí	☐ No	Tipo de infección		
Artritis reumatoide	☐ Sí	☐ No	Problemas renales	☐ Sí	☐ No
Lupus eritematoso sistémico	☐ Sí	☐ No	Sudores nocturnos	☐ Sí	☐ No
Asma	☐ Sí	☐ No	Osteoporosis	☐ Sí	☐ No
Bronquitis	☐ Sí	☐ No	Glándulas inflamadas persistentes en el cuello	☐ Sí	☐ No
Enfisema	☐ Sí	☐ No	Dolores de cabeza intensos/migrañas	☐ Sí	☐ No
Problemas de sinusitis	☐ Sí	☐ No	Pérdida de peso severa o rápida	☐ Sí	☐ No
Tuberculosis	☐ Sí	☐ No	Enfermedad de transmisión sexual	☐ Sí	☐ No
			Orina excesivo	☐ Sí	☐ No

Premedicación

¿Algún médico o dentista anterior le recomendó tomar antibióticos antes de su tratamiento dental?

☐ Sí ☐ No

Nombre del médico o dentista que hace la recomendación (incluya el número de teléfono)

¿Tiene alguna enfermedad, condición o problema no mencionado anteriormente y que cree que debería conocer?

☐ Sí ☐ No

Por favor explique

Firma del paciente/tutor legal

Patient #:

Patient DOB:



DESIGNACION DE REPRESENTANTE PERSONAL

Esta forma debería ser completada, firmada y fechada a fin de que se considere una designación válida.

**NOTIFICACION IMPORTANTE: UN FORMULARIO COMPLETO SE
REQUIERE PARA CADA REPRESENTANTE PERSONAL DESIGNADO**

DESIGNACION DEL PACIENTE PARA UN REPRESENTANTE PERSONAL

Nombre del Paciente: _____

Yo por el presente designo a la persona listada abajo que sea mi representante personal y solicito que Goshen Medical Center trate al individuo nombrado de la misma manera que me trataría a mí con respecto a la Información de Salud Protegida. Yo entiendo que esta designación es voluntaria. Yo entiendo que cualquier revelación de mi información de salud protegida conlleva a la posibilidad de que se revele información no autorizada y en ese caso la información ya no estaría protegida por las reglas de confidencialidad federales.

INFORMACION DEL REPRESENTANTE PERSONAL

Nombre del Representante: _____

Dirección del Representante: _____

Número de Teléfono del Representante: _____

Relación entre el Paciente y Representante: _____

ACCESO A LA INFORMACION DE SALUD PROTEGIDA DEL PACIENTE

Al firmar la forma de designación, yo estoy autorizando a mi representante personal a consultar lo siguiente:

_____ Toda la Información de mi Salud Protegida (p. ej. Demográfico, información médica y facturación)

_____ Información de Salud solamente

_____ Información de Facturación solamente

_____ Información de Salud Sensitiva (p. ej. VIH, Sida estatus)

_____ Salud Mental

_____ **Información de Cita Solamente**

VENCIMIENTO Y REVOCACION

_____ Esta designación se vence el _____

Yo entiendo que puedo revocar esta designación del representante personal, en cualquier momento que yo lo desee, al someter una revocación por escrito. Yo entiendo que puedo revocar esta designación en cualquier momento, excepto hasta la extensión que ya se haya tomado acción en orden con la designación.

Firma del Paciente: _____ Fecha: _____

REVOCACION

El paciente tiene el derecho de revocar esta autorización por escrito, excepto hasta cierto grado en cuanto a cualquier acción que haya sido tomada en relación con esta autorización o si aplicable, durante un periodo contestable. Para que la revocación de esta designación sea efectiva, Goshen Medical Center, Inc. Debe recibir la revocación por escrito. La revocación debe incluir:

- El nombre y dirección del paciente
- La fecha de efectividad de esta autorización y el destinatario de protección de la información de salud de acuerdo a esta autorización
- El paciente desea revocar esta autorización
- La fecha de esta revocación y la firma del paciente

Goshen Medical Center, Inc. Aceptará revocaciones por escrito de esta autorización a través de:

- En persona
- Carta Certificada por correo o
- Facsímil _____

Todas las revocaciones deberán ser enviadas a Goshen Medical Center, Inc. A la atención del Oficial Privado. Las revocaciones no son efectivas hasta que sean recibidas por el Oficial Privado.

Esta autorización expirará en la fecha de señalar, no superior a un año

PARA EL USO DE OFICINA SOLAMENTE / FOR OFFICE USE ONLY

IDENTIFICATION OF RECIPIENT, IF IN PERSON:

Type of Identification:

- () Valid State Driver's License or Identification Card
- () Agency photo identification or other photo identification must be presented with agency letter.
- () Government agency identification
- () Other photo identification _____

Identification Information:

Number: _____ Expiration Date: _____

Identification Verification:

ID verified by: _____ Date: _____

Authorization added to the patient's medical record on _____
(Date and Initial)



**Consentimiento del paciente para el tratamiento
Y
Consentimiento de recibir el Aviso de Prácticas de Privacidad**

Nombre del Paciente: _____ **Chart:** _____

Entiendo que como parte de mi cuidado de salud, Goshen Medical Center, Inc. se origina y mantiene papel y / o registros electrónicos que describen mi historial médico, síntomas, exámenes y resultados de pruebas, diagnóstico, tratamiento y cualquier plan para futuro cuidado o tratamiento.

Entiendo y he recibido un Aviso de prácticas de privacidad que proporciona una descripción más completa de los usos y divulgaciones de información. Entiendo que tengo los siguientes derechos y privilegios:

- El derecho de revisar el Aviso de Prácticas de Privacidad antes de firmar este consentimiento.
- El derecho de solicitar restricciones en cuanto a cómo mi información de salud puede ser utilizada o revelada para llevar a cabo el tratamiento, pago u operaciones de atención médica.

Entiendo que Goshen Medical Center, Inc. no está obligado a aceptar las restricciones solicitadas. Entiendo que puedo revocar este consentimiento por escrito, excepto en la medida en que Goshen Medical Center, Inc. ha tomado ya medidas. Entiendo también que al negarse a firmar este consentimiento a la revocación de este consentimiento, Goshen Medical Center, Inc. puede rechazar el tratamiento. Ante la negativa de firmar este consentimiento, estoy de acuerdo en asumir el riesgo de cualquier lesión o daño causado por la falta de atención médica o tratamiento que surja de o en relación con la negación Goshen Medical Center para proporcionar cualquier cuidado o tratamiento médico.

Además, entiendo que Goshen Medical Center, Inc. se reserva el derecho de cambiar su aviso y prácticas de acuerdo con las regulaciones federales. En caso de Goshen Medical Center, Inc. cambia su notificación, el Aviso modificado estará disponible.

Entiendo que como parte del tratamiento de Goshen Medical Center, pago u operaciones de atención de salud, puede ser necesario revelar mi información de salud protegida a otra entidad, y doy mi consentimiento a la divulgación de estos usos permitidos, incluyendo las revelaciones a través de fax.

☐ Entiendo completamente y **acepto** los términos de este consentimiento.

☐ Entiendo perfectamente y el **declino** de los términos de este consentimiento.

Firma del Paciente / Guardián

Fecha

Por la presente consiento voluntariamente a los exámenes médicos y / o dentales, tratamientos y procedimientos que se consideren necesarias, a juicio de mi médico, y proveedores de cuidado de la salud, incluyendo pruebas de VIH, exámenes de laboratorio y radiografías. Entiendo que mi información médica es confidencial y está protegida por los Estatutos Generales de Carolina del Norte 130A-143 y no garantiza ni garantías se han hecho para mí en relación con los resultados de los exámenes, tratamientos o procedimientos. Mi firma reconoce que se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas acerca de este formulario de consentimiento.

Firma del Paciente / Guardián

Fecha

Los Centros de Salud con apoyo federal de asistencia (Hechos FSHCAA) de 1992 (Pub. L. 102-501) y 1995 (Pub. L. 104-73) se extienden Federal Tort Claims Act (FTCA) protecciones bajo 28 USC 1346 (b), 2401 (b), y 2679-81 para los centros de salud elegibles financiados por el Programa del Centro de Salud, el artículo 330 del Servicio de Salud Pública (PHS) (42 USC 254b), en su versión modificada. Goshen Medical Center, Inc. está protegido por la legislación.



SLF _____

Formulario de Elegibilidad para el programa de Descuento Escala Mínima

Nombre	Garante Relación	Fecha de Nacimiento	Ingreso (Bruto)	Frecuencia (Semanal, Quincenal, Por Hora, Mensual o Anual)	Fecha toda Documentación Recibida	Documentación Recibida
Hogar / Familia son todas las personas que residen físicamente en el mismo hogar y que son responsabilidad legal del garante.					Ingreso	Hogar
El paciente ó el garante debe proporcionar la documentación para determinar la elegibilidad para la Escala Mínima						
1. Entiendo que la información que proporcione en este formulario está sujeta a verificación por parte de Goshen Medical Center. 2. Entiendo y acepto cumplir con todos los términos y condiciones del Programa de descuento Escala Mínima. 3. Doy fe de que esta información es verdadera, precisa y completa a mi leal entendimiento y comprendo que cualquier falsificación, omisión u ocultación de un hecho puede someterme a la descalificación del Programa de Descuento Escala Mínima. 4. Entiendo que es mi responsabilidad notificar a Goshen Medical Center de cualquier cambio en los ingresos o el seguro.						
Documentación de Ingresos Aceptables						
TALONES DE PAGO 1099'S W2 O DECLARACION DE IMPUESTOS FEDERALES CARTA DE LA COMPANIA CON LOS INGRESOS ANUAL (CARTA DEBE TENER NOMBRE DE CONTACTO Y NUMERO DE TELEFONO) CARTA OFFICIAL/DOCUMENTOS DEL SEGURO SOCIAL, CORTE, MANUTENCION DE MENORES, ETC. FORMA DE VERIFICACION DE INGRESO COMPLETADA Y FIRMADA POR EL EMPLEADOR						
☐ Actualmente, no deseo inscribirme en el Programa de Escala Mínima						
_____ FIRMA DEL PACIENTE/GARANTE			_____ NOMBRE IMPRESO		_____ FECHA	
_____ GOSHEN STAFF SIGNATURE			_____ PRINTED NAME		_____ DATE	
_____ GOSHEN STAFF SIGNATURE			_____ PRINTED NAME		_____ DATE	



SLF _____

“Autodeclaración”

Programa de Descuento Escala Mínima

Agradecemos la oportunidad de brindarle servicios de salud. Todos los registros de los pacientes son estrictamente confidenciales y no se pueden divulgar sin su permiso. Se espera que los servicios recibidos se paguen el mismo día que se reciban. El Programa de descuento de Escala Mínima se basa en el tamaño y los ingresos totales del hogar. Para calificar, debe proporcionar una de las siguientes fuentes de información:

• Copia del cheque de pago ó talones de pago más recientes.

Carta en papel con membrete de la agencia que verifique el estado financiero (es decir, Seguro Social, Autoridad de Vivienda).

Documentación de Asistencia Temporal para las familias necesitadas.

El monto de la Pensión Alimenticia y/o manutención de menores reportada en el documento de Escala Mínima.

Carta del Empleador con fecha reciente que indique el monto de los salarios en bruto (no necesita ser notariada).

Copia de la declaración de Impuestos Federales ó la W-2.

Información sobre Subvenciones para Estudiantes / informe de Ayuda para Estudiantes (autodeclaración en la Escala Mínima).

Si trabaja por cuenta propia, Formularios de Impuestos del año más reciente (W-2 ó 1099).

Carta con Fecha reciente del Cabeza del hogar / familia donde reside el paciente indicando responsabilidad ó ayuda financiera.

Autodeclaración de la información requerida:

Este documento solo se usa durante su visita inicial bajo El Programa de Descuento Escala Mínima

Mi ingreso total de mi hogar es\$ _____

Número total de miembros del hogar de los que usted es responsable financieramente _____

Nombre	Fecha de Nacimiento	Relación

He leído la información anterior y entiendo los requisitos y la documentación necesarias para solicitar el Programa de descuento Escala Mínima

Además, entiendo que debo traer la verificación de ingresos, si es posible, en la próxima visita, o dentro de los 6 meses de la visita inicial del año calendario de la Escala Mínima. Si no proporciono la información necesaria, seré responsable a pagar el 100% por los servicios recibidos en Goshen Medical Center.

Firma del Paciente: _____ Fecha _____

Firma del Personal: _____ Fecha _____

VERIFICACIÓN DE INGRESO DEL TRABAJADOR



From:

Para: Paciente/Garante

Solicite que su empleador complete la información requerida a continuación. Es importante que provea esta información para ____ / ____ / ____, como prueba de ingreso. Si usted tiene preguntas por favor siéntase libre de llamar _____ al (____) _____ - _____. Gracias por su asistencia.

Sección del Empleador:

Nombre de la Empresa: _____
Haciendo Negocio Como: _____
Dirección de Correo: _____ _____
Número de Teléfono: _____
Número de Fax: _____

NOMBRE DEL EMPLEADO: _____	POSICIÓN: _____
----------------------------	-----------------

<u>DÍA DE PAGO</u> (Preferido 4 fechas si está disponible)	<u>PAGO BRUTO</u>	<u>FRECUENCIA</u> (Por favor rodear uno)
		Semanal Quincenal Mensual
		Semanal Quincenal Mensual
		Semanal Quincenal Mensual
		Semanal Quincenal Mensual
		Semanal Quincenal Mensual

FIRMA DEL REPRESENTANTE DE LA EMPRESA:	FECHA:
NOMBRE IMPRESO DE EMPRESA REPRESENTANTE:	FECHA:



Hoja de Datos del Programa Escala Mínima

Nuestra Misión

"Nuestra misión es brindar acceso a la atención médica para todas las personas en nuestra área de servicio."

El centro médico de Goshen tiene la capacidad de reducir su costo de atención médica a través de nuestro programa de descuento Escala Mínima. Este programa está diseñado para compensar una parte de sus gastos de bolsillo por servicios médicos y dentales seleccionados. Para ver si califica para nuestro programa de descuento Escala Mínima, pregunte a la recepcionista.

Los siguientes documentos pueden servir como prueba de ingresos

1. Copia del cheque de pago ó talones de pago más recientes.
2. Copia de la declaración de Impuestos Federales ó la W-2.
3. Carta del Empleador con fecha reciente que indique el monto de los salarios en bruto (no necesita ser notariada).
4. El monto de la Pensión Alimenticia y/o manutención de menores reportada en el documento de Escala Mínima.
5. Documentación de Asistencia Temporal para las familias necesitadas.
6. Carta en papel con membrete de la agencia que verifique el estado financiero (es decir, Seguro Social, Autoridad de Vivienda).
7. Información sobre Subvenciones para Estudiantes / informe de Ayuda para Estudiantes (autodeclaración en la Escala Mínima).
8. Si trabaja por cuenta propia, Formularios de Impuestos del año más reciente (W-2 ó 1099).
9. Carta con Fecha reciente del Cabeza del hogar / familia donde reside el paciente indicando responsabilidad ó ayuda financiera.
10. Autodeclaración

Preguntas Frecuentes

¿Qué es el Programa de descuento Escala Mínima (SFDP siglas en inglés)?

El Programa de Descuento Escala Mínima es una subvención federal que permite a nuestro centro de atención médica reducir o "deslizar" las tarifas de los servicios médicos para los pacientes que residen en ó por debajo del 200% del nivel federal de pobreza.

¿Quién es elegible para el Programa de Descuento Escala Mínima?

Cualquier paciente de GMC que se encuentre en o por debajo del 200% del Nivel Federales de Pobreza puede ser elegible.

¿Cómo se determina la elegibilidad?

1. Ingresos
"Ingresos" se define como todos los pagos recibidos por familia total ó por cada miembro del hogar durante un período. Los activos no están incluidos.
2. Tamaño del hogar / familia
"hogar" / "familia" se define como todas las personas que residen físicamente en el mismo hogar y que son responsabilidad legal del garante. El "garante" es la persona económicamente responsable dentro del hogar / familia. El garante puede reclamar a una persona en su Escala Mínima si proporciona más del 50% de la manutención de ese miembro de la familia.

¿Cómo puede aplicar el paciente?

Proporcione uno de los documentos como prueba de ingresos. Esta documentación de ingresos deberá revisarse y actualizarse anualmente.

¿Quién paga por los servicios que se descuentan?

Nuestra subvención federal paga el resto del saldo para los pacientes que califican para el programa de descuento Escala Mínima.

¿El paciente tiene que ser Ciudadano para solicitar el programa?

No.

¿Qué pasa si el paciente no tiene ingresos en absoluto?

Todavía pueden solicitar. Necesitaremos una breve nota de la persona o centro que cubre el costo de vida del paciente.

¿Si el paciente tiene un seguro con deducible, co-seguro y / o copago, ¿aún puede solicitar el programa?

Sí. Si el paciente califica para el programa, se presentará el seguro del paciente y, si el contrato de seguro permite un copago reducido, GMC aplicará el descuento.

Por ejemplo: La información del salud obtenida durante el curso del tratamiento será anotada en su expediente médico y usada para determinar el curso del tratamiento. Su médico, enfermera, y otros miembros del equipo de salud documentaran su tratamiento de salud, observaciones, y acciones tomadas en su expediente médico.

Nosotros usaremos su información de salud en el pago.

Por ejemplo: Una factura puede ser enviada a usted o a una tercera persona que pague. La información que acompaña su factura puede incluir información que lo identifique, así como también su diagnóstico, procedimientos, y materiales usados.

Nosotros usaremos su información de salud para colección de cuenta.

Por ejemplo: Cuando un saldo por servicios recibidos llegue a un estado de vencimiento, podemos enviar la cuenta a una agencia de cobros. La información de la cuenta que será enviada a dicha agencia de cobro puede incluir la identificación acerca de usted o el garante de cuenta, la cantidad del saldo y la fecha del servicio, el nombre del médico y la ubicación y el tipo de servicio.

Nosotros usaremos su información de salud para los manejos habituales de salud.

Por ejemplo: Su información de salud puede ser usada o dada a conocer en el curso de las actividades de nuestro centro médico, por ejemplo cuando evaluamos la calidad de los servicios que proveemos, con el propósito de auditorias, para agencias federales o estatales. Esta información será usada como un esfuerzo para continuar mejorando la calidad y eficiencia del cuidado de salud y los servicios que nosotros proveemos.

Negocios Asociados: Algunos servicios son proporcionados para Goshen Medical Center a través de contratos con negocios asociados, los cuales nos pueden requerir el usar o saber su información de su salud. Cuando esos servicios son contratados, nosotros podemos dar a conocer su información de salud a nuestros negocios asociados, para que ellos pueden llevar a cabo el trabajo que nosotros les hemos solicitado y facturar a usted o a una tercera persona para que pague los servicios que se le hicieron. Para proteger su información de salud, sin embargo, nosotros le requerimos a nuestros negocios asociados que ellos salvaguarden de manera apropiada su información.

Notificación: Nosotros podemos usar o dar a conocer la información para notificar o asistir notificando a un miembro de su familia, representante personal, o a otra persona responsable de su cuidado, su ubicación, y condición general.

Comunicación con la familia: Los profesionales del salud, usando su mejores juicios, pueden dar a conocer a un miembro de su familia, a otro pariente, o un amigo íntimo, o a cualquier otra persona quien usted indente, la información de salud relacionada a esa persona envuelta en su cuidado o relacionada al pago de su cuidado.

Investigación: Nosotros podemos dar a conocer la información a investigadores cuando sus investigaciones hayan sido aprobadas por la administración de Goshen Medical Center y cuándo los protocolos hayan sido establecidos para asegurar la privacidad de su información de salud.

Directores de funerales: Nosotros podemos darle a conocer información de salud a los directores de funerales, de acuerdo con las leyes aplicables para que puedan llevar a cabo su tarea.

Organizaciones de obtención de órganos: Esta consiste en aplicar la ley, nosotros podemos dar a conocer información de salud a organizaciones de obtención de órganos o a otras entidades dedicadas a la obtención, depósito o transplantes de órganos para el propósito de donar tejido y transplantar.

Mercadeo: Nosotros podemos contactarlo para enviarle recordatorios de sus citas o darle información sobre tratamientos alternativos u otros beneficios relacionados a su salud y a servicios que pueden ser de interés para usted.

Administración de Alimento y Medicina (FDA): Nosotros podemos darle a conocer al FDA la información de salud relativa a eventos adversos en relación con los alimentos, suplementos, productos, y productos defectuosos, o post mercadeo de vigilancia, la información que permite que los productos sean retirados o devueltos, reparados, o reemplazados.

Compensación de los trabajados: Nosotros podemos darle a conocer información de salud al área autorizada y en la medida en que sea necesaria para cumplir con las leyes relacionadas a la compensación de los trabajadores u otros programas similares que son establecidos por la ley.

Salud pública: Cuando sea requerido por la ley, nosotros podemos dar a conocer su información de salud a las autoridades de salud pública o a las autoridades legales encargadas de prevenir o controlar enfermedades, lesiones, o incapacidades.

Instituciones Correccionales: Si usted fuera un presionero de una institución correccional, nosotros podemos darle a conocer por lo tanto a la institución o a los agentes la información de su salud que sea necesaria para su salud, y la salud y seguridad de otras personas.

Aplicación de la ley: Nosotros podemos dar a conocer la información de salud para la aplicación de la ley con el propósito con el que sea requerido por la ley o en respuesta a una citación válida.

La ley federal toma provisión para que su información de salud sea comunicada a una apropiada agencia de descuido o negligencia de salud, a una autoridad de salud pública o a un abogado, proveen que un miembro de la fuerza de trabajo o un socio de negocios crean en la buena fe que nosotros prometemos cuándo se lleguen a dar conductas ilegales o cuándo haya violaciones profesionales a nivel de clinica y que estén poniendo en potencial peligro a uno o a más pacientes, a los trabajadores o a el público.

***Los Centros de Salud con apoyo federal de asistencia (Hechos FSHCAA) de 1992 (Pub. L. 102-501) y 1995 (Pub. L. 104-73) se extienden Federal Tort Claims Act (FTCA) protecciones bajo 28 USC 1346 (b), 2401 (b), y 2679-81 para los centros de salud elegibles financiados por el Programa del Centro de Salud, el artículo 330 del Servicio de Salud Pública (PHS) (42 USC 254b), en su versión modificada. Goshen Medical Center, Inc. está protegido por la legislación.**



**AVISO
DE
PRÁCTICAS DE
PRIVACIDAD Y FTCA
COBERTURA
Para
Centro Goshen Medical, Inc.
444 SW Center Street
Faison, NC 28341
Oficina Corporativa
412 SW Center Street Faison, NC**

Sitios Satélite Situado en:

Beulaville, NC
Bolton, NC
Chadbourn, NC
Clinton, NC
Fayetteville, NC
Fremont, NC
Garland, NC
Goldsboro, NC
Jacksonville, NC
Kenansville, NC
Mount Olive, NC
New Bern, NC
Rose Hill, NC
Rosewood, NC
Tabor City, NC
Trenton, NC
Wallace, NC
Warsaw, NC
Whiteville, NC

Abril 2003

Fechas Revisadas:

Agosto 2003, Marzo 2004,

Diciembre 2004, Enero 2006

Enero 2006, Abril 2008

Julio 2008, Agosto 2014, & Noviembre 2015

(Las Revisiones Efectuadas Para Incluir Nuevos Sitios)

ESTE AVISO DESCRIBE COMO SU INFORMACION PUEDE SER USADA Y DADA A CONOCER Y COMO PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACION. POR FAVOR REVISE ESTO CUIDADOSAMENTE.

Usted deberá de leer éste aviso antes de firmar el consentimiento que autoriza a usar y a dar a conocer la información de salud para el tratamiento, pago y manejo del cuidado de la salud.

Introducción

En Goshen Medical Center, nosotros estamos comprometidos a tratar y a usar su información de salud de manera responsable. Este aviso de prácticas de privacidad describe la información de salud personal que colectamos, y cómo y cuándo nosotros usamos y damos a conocer esa información. También describe sus derechos así como estos están relacionados para proteger su información de salud. Este aviso se toma a efecto Abril 14, 2003, y es aplicable para proteger toda su información de salud así como lo definen las regulaciones federales.

Entendiendo Su Expediente Médico/Información de Salud

Cada vez que usted visita Goshen Medical Center, se hace un registro de la visita que hizo. Normalmente, éste registro contiene sus síntomas, examinación, resultados de los exámenes, diagnóstico, tratamiento, y un plan para el cuidado futuro o tratamiento. Esta información, frecuentemente es referida a su expediente médico o de salud, y sirve de:

- Base para planear su cuidado y tratamiento,
- Medio de comunicación entre los muchos profesionales de salud quienes contribuyen con su cuidado,
- Documento legal que describe el cuidado que recibió,
- Medio por el cual usted o una tercera persona que paga puede verificar los servicios facturados que fueron en realidad suministrados,
- Un instrumento educando a profesionales de salud,

- Un recurso de datos para investigación médica,
- Un recurso de información para los oficiales del salud pública encargados en mejorar la salud de éste estado y de la nación,
- Un recurso de datos para nuestra planificación y nuestro estudio de mercado,
- Un instrumento con el cual podemos evaluar y continuar trabajando para mejorar el cuidado que nosotros damos y los resultados que logramos,

Entendiendo lo que está en su expediente médico y cómo la información de su salud es usada para ayudarlo a usted a: asegurar la veracidad, mejorar el entendimiento de quién, qué, cuándo, dónde, y por qué otros pueden tener acceso a su información de salud, y a hacer más informado de las decisiones cuando esté autorizando a darlas a conocer a otros.

Sus Derechos sobre la Información de Salud

A pesar de que su expediente médico es propiedad física de Goshen Medical Center, la información pertenece a usted. Usted tiene el derecho a:

- Obtener una copia en papel, sobre pedido, de éste aviso de Prácticas de Privacidad,
- Inspeccionar y a pedir una copia de su expediente de salud, sin embargo se puede aplicar algún costo por ser copiado dependiendo las circunstancias,
- Solicitar, por escrito, una rectificación de su expediente de salud,
- Solicitar comunicados de su información de salud por medios alternativos o en situaciones alternativas,
- Solicitar una restricción sobre ciertos usos y dar a conocer su información, y
- Revocar su autorización para usar o dar a conocer su información de salud excepto en la medida en que la acción ya fué tomada.

Nuestras Responsabilidades

Goshen Medical Center es requerido para:

- Mantener la privacidad de su información de salud,
- Proveerle éste aviso por nuestra obligación legal y por las prácticas de privacidad con respecto a la información que colectamos y mantenemos sobre usted,
- Cumplir con los términos de éste aviso,

- Notificarlo si nosotros no podemos acordar una petición de restricción que usted pide, y
- Complacer la petición razonable que usted pudiera tener para comunicar la información de salud por medios alternativos o lugares alternativos.

Nosotros nos reservamos el derecho de cambiar nuestras prácticas y de hacer nuevas cláusulas a efecto de proteger toda la información del salud que nosotros mantenemos. En caso de que nuestras prácticas cambiaran, nosotros le enviaremos por correo un aviso a la dirección que usted nos ha dado.

Nosotros no usaremos o daremos a conocer su información de salud sin su autorización, excepto cuando lo describe éste aviso. Nosotros también dejaremos de usar o dar a conocer su información de salud después de que nosotros hayamos recibido una revocación escrita de la autorización según el procedimiento incluido en la autorización.

Para Más Información o Para Reportar algún Problema

Si usted tiene preguntas y desea más información, puede ponerse en contacto con la Oficial de Privacidad de Goshen Medical Center, Lynn Hardy, en el 910 -267-1942 ext 1141.

Si usted cree que sus derechos de privacidad han sido violados, usted puede presentar una reclamación con la Oficial de Práctica de Privacidad o en la Oficina de Derechos Civiles, Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos. No habrá represalias por presentar una reclamación en cualquiera de las dos ya sea con la Oficial de Privacidad o ya sea en la Oficina de Derechos Civiles. La dirección de la Oficina de Derechos Civiles esta es-crita abajo:

Office for Civil Rights
U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, S.W.
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201

Ejemplos para Dar a Conocer el Tratamiento, Pago, y Manejo del Salud

Nosotros usaremos su información de salud para el tratamiento.