



Paquete de Bienvenida para Nuevo Paciente

NÚMERO DE PÁGINA REFERENCIA

Carta a los Pacientes	3
Política de Cancelación	4
Ubicaciones	4
Facturación, Pago, Estimación de Buena fe e Información de Referencia y Registro.....	5
Precios de medicamentos con descuento y recargas de medicamentos	6
Política de medicamentos	6
Derechos y responsabilidades del paciente.....	7
Aviso de práctica de privacidad.....	8
Aviso al Consumidor de Prácticas de Información de Salud (HIPAA).....	10
Acuerdo de hogar médico centrado en el paciente (PCMH)	11
Solicitud de escala móvil de tarifas de SCHC	12
Escala móvil de tarifas de SCHC	13

A NUESTROS VALIOSOS PACIENTES:

Absolutamente NO FUMAR O VAPEAR está permitido en nuestra propiedad. Gracias por su cooperación.

Bienvenido a Shortgrass Community Health Center, Inc. (SCHC)
Queremos que su experiencia con nosotros sea lo más cómoda y conveniente posible.

SCHC es un centro de salud comunitario privado sin fines de lucro que brinda servicios médicos integrales, primarios y preventivos a familias e individuos, independientemente de la capacidad de pago. Nos esforzamos por ser un hogar médico centrado en el paciente (PCMH), que es un programa innovador para mejorar la atención primaria de nuestra población de pacientes. El programa brinda información práctica sobre la organización de la atención en torno a las necesidades del paciente, el trabajo en equipo y la coordinación y el seguimiento de la atención a lo largo del tiempo.

Los servicios proporcionados en SCHC son médicos, de salud del comportamiento, dentales, de la vista, de trastornos por uso de sustancias y terapia de adicciones, así como farmacia 340b. SCHC se esfuerza por ser una ventanilla única para todas las necesidades de salud de la familia.

SCHC se esfuerza por brindar atención médica asequible y de calidad a los residentes de nuestra área de servicio. Nuestros médicos y personal están comprometidos a mantenerlo a usted y a su familia saludables, a tarifas que usted puede pagar. Si tiene cobertura médica, nuestro personal continuará presentando reclamos a su compañía de seguros, Medicaid, SoonerCare o Medicare en su nombre. Si cree que podría ser elegible para Medicaid/SoonerCare, nuestro personal estará disponible para ayudarlo con el proceso. Para continuar con nuestro nivel actual de servicios, será necesario cobrar la tarifa necesaria a todos nuestros pacientes cuando reciban los servicios. Esto incluye el copago de Medicare y el seguro privado, así como la tarifa mínima para el programa de tarifa de descuento de escala móvil.

Para los pacientes que no cuentan con ningún tipo de cobertura médica, nuestras tarifas seguirán descontadas, en función de los ingresos y el tamaño de la familia. Para aquellos que califiquen, se cobrará una tarifa mínima por cada servicio realizado. (Ej.: visita al consultorio, laboratorio, rayos X, etc.) Para calificar para el programa de descuento de tarifa variable, los pacientes deben completar una solicitud de tarifa variable anualmente y actualizar la información de inmediato si hay algún cambio en los ingresos o el tamaño del hogar. Los copagos se basan en los ingresos del hogar y el tamaño de la familia. Se requerirá comprobante de ingresos para evaluar la solicitud. La solicitud y toda la documentación deben presentarse en la primera visita o puede estar sujeto a cargos completos.

SCHC entiende que a algunos pacientes les puede resultar difícil pagar los servicios cuando los reciben. Para los pacientes que experimentan dificultades financieras repentinas y no pueden realizar el pago, comuníquese con nuestro departamento de finanzas para hacer los arreglos financieros. SCHC se esfuerza por comprender y trabajar con pacientes que enfrentan dificultades financieras repentinas. SCHC no es una "clínica gratuita" y es fiscalmente responsable de mantener prácticas comerciales sólidas y ser fiscalmente responsable. Creemos que ningún paciente se sorprende con una factura por atención y podemos identificar cuál será su responsabilidad por los servicios prestados en Shortgrass antes de su cita. Si necesita un "estimado de buena fe" antes de los servicios, pídale a la recepcionista que complete un formulario con los costos estimados.

Gracias por elegirnos como su hogar de atención médica!

POLÍTICA DE CANCELACIÓN

Shortgrass Community Health Center, Inc. se complace en que nos haya elegido para brindarle a usted y a su familia una atención excelente. Es nuestra política solicitarle que realice todos los cambios o cancelaciones de sus citas con 24 horas de anticipación. Entendemos que surgen situaciones que pueden impedir que nos avise con anticipación. Háganos saber lo antes posible y tenga en cuenta que es posible que tengamos que reprogramarlo si llega más de 15 minutos tarde. Esto es para mantener a nuestros proveedores a tiempo y evitar demoras para otros pacientes. Pedimos a todos los pacientes nuevos que lleguen al menos 30 minutos antes de la cita para completar toda la documentación necesaria. Se anotarán múltiples citas incumplidas o tardías y podrían resultar en tarifas de citas incumplidas.

UBICACIONES

SCHC – Hollis Center

(Medicina familiar, pediatría, salud del comportamiento, tratamiento de trastornos por uso de sustancias, odontología, optometría, farmacia 340B, psiquiatría)
400 E. Sycamore Hollis, OK 73550
Teléfono principal: 580-688-2800
Número de fax: 580-688-2193
Horas: L-J, 8:00 A.M.–5:00 P.M.
Viernes, 8:00 A.M.–2:00 P.M.

SCHC – Altus Mobile

(Medicina familiar, pediatría, salud conductual, tratamiento de trastornos por uso de sustancias, psiquiatría)
101 S. Hudson
Altus, OK 73521
Teléfono principal: 580-301-6154
Número de fax: 580-301-6163
Horas: L-J, 8:00 AM-5:00 PM
Viernes, 8:00 A.M.–2:00 P.M.

SCHC – Sayre Mobile

(Práctica familiar, Pediatría, Salud del Comportamiento, Tratamiento de Trastorno por Uso de Sustancias, psiquiatría) 1505 Watts Street,
Sayre, OK 73662
Teléfono principal: 580-688-2800
Número de fax: 580-688-2800
Horas: L-J, 8:00 A.M.-5:00 P.M.
Viernes, 8:00 A.M. – 2:00 P.M.

SCHC Farmacia

400 E. Sycamore Hollis, OK 735501
Teléfono principal: 580-688-2800
Número de fax: 580-688-2193
Horas: L-J, 8:00 A.M.–5:00 P.M.
Viernes, 8:00 A.M.–2:00 P.M.

SCHC – Granite (Próximamente)

(Práctica familiar, pediatría, salud conductual, tratamiento de trastornos por uso de sustancias)
507 W 6th Street
Granite, OK 73547
Teléfono principal: 580-688-2800
Número de fax: 580-688-2193
Horas: L-J, 9:00 A.M.–12:00 P.M

INFORMACIÓN DE FACTURACIÓN, PAGO Y REMISIÓN

La capacidad de SCHC para permanecer abierto y brindar servicios con descuento depende en gran medida de nuestra capacidad para cobrar las tarifas que estamos obligados a cobrar, incluso cuando esas tarifas tienen descuento. Para que le descuenten sus cargos si califica, DEBE presentar un comprobante de ingresos al momento de la visita y completar la solicitud de descuento de tarifa móvil. Si esta información no se proporciona en el momento de la cita, se le cobrará el precio total de la cita.

FACTURACIÓN Y PAGO

SCHC brinda servicios facturados de acuerdo con la capacidad de pago del paciente. Todos los copagos se cobran al momento del registro para la cita. Después de que se apliquen los descuentos de tarifas móviles a los cargos, el paciente es responsable de pagar las tarifas restantes, si corresponde. SCHC no es una clínica gratuita. Estaremos encantados de ayudar a cualquier paciente con un plan de pago si es necesario.

ESTIMACIÓN DE BUENA FE

Es el deseo de SCHC que ninguno de sus pacientes se sorprenda con una factura inesperada. Podemos ofrecer un "estimado de buena fe" independientemente del seguro o la falta de seguro a cualquier paciente que lo solicite. SCHC hará todo lo posible en ese "estimado de buena fe" para verificar si nuestra ubicación está dentro o fuera de la red. Cualquier paciente, puede, previa solicitud, solicitar un presupuesto de buena fe. Si, al final del ciclo de facturación, la estimación fue mayor de lo que esperaba el paciente, el paciente puede solicitar una revisión o revisión de su factura. Es el deseo de SCHC rectificar cualquier disputa de acuerdo con las prácticas de facturación y los requisitos reglamentarios actuales. Tales disputas deben llevarse al CFO/CEO para su revisión y reconciliación.

SITUACIONES DE REFERENCIA

SCHC es una clínica de atención primaria. Cuando un proveedor determina que es necesario derivar a un paciente a un especialista, el paciente es responsable de pagar esa factura y/o hacer arreglos de pago con ese proveedor. SCHC no es responsable ni tiene ningún control sobre los cargos y tarifas que surjan de las referencias a otras clínicas.

LABORATORIO y RAYOS X

Por favor comprenda que aunque los servicios que contratamos a través de hospitales locales tienen descuento, SCHC no tiene control sobre la factura que recibe un paciente por leer esos resultados o cualquier costo adicional que el hospital pueda cobrar. Un hospital está obligado por ley a que un radiólogo evalúe todas las radiografías, y la factura de ese radiólogo es independiente de nuestros servicios. Es responsabilidad del paciente pagar por estos servicios adicionales según lo requiera el hospital.

SCHC tiene contratos con Lab Corp para obtener descuentos para ciertas pruebas de laboratorio. Las tarifas de laboratorio no tendrán cargos adicionales de lectura. El monto que paga el paciente incluye la tarifa total de esos servicios y debe pagarse antes de recibir el servicio de laboratorio.

REGISTRO

Para que su visita con nosotros sea lo más fluida y rápida posible, es necesario que llame para programar una cita. Si su cita es para una visita de rutina o de seguimiento, hablará con un miembro del personal para programar una cita. Si llama por una situación urgente, se hará todo lo posible para programar una cita el mismo día con su proveedor o el proveedor sin cita previa.

Si se enferma cuando SCHC está cerrado, llame al SCHC fuera del horario de atención al teléfono (580) 688-2800 y siga las instrucciones provistas sobre qué medidas tomar:

- **Si es una emergencia, llame al 9-1-1**

Debe asegurarse de llevar su tarjeta de identificación a cada visita si está cubierto por Medicaid, SoonerCare, Medicare o un seguro privado. Infórmenos si su compañía de seguros o su elegibilidad para el seguro cambian, o si tiene un cambio de dirección, número(s) de teléfono u otra información pertinente que afecte su cuenta. Lleve los registros de vacunación de sus hijos a cada una de sus citas.

Si está tomando medicamentos recetados por otro médico, lleve todos los frascos de medicamentos a su cita.

DESCUENTO DE PRECIOS DE MEDICAMENTOS Y RECARGAS DE MEDICAMENTOS

PROGRAMA DE DROGAS DE DESCUENTO

Si un paciente califica para un programa de medicamentos gratuitos, SCHC intenta ayudar a los pacientes con el papeleo requerido para que puedan recibir sus medicamentos. No es responsabilidad exclusiva de SCHC completar toda la documentación necesaria. Se espera que el paciente participe en completar ciertos trámites para este servicio.

Debido al estado de calificación federal de SCHC, podemos comprar medicamentos con un descuento significativo sobre los precios regulares de farmacia. Esto se basa en una escala de porcentaje (%), por lo tanto, cuando un medicamento cuesta menos, hay un descuento menor. Cuando un medicamento cae en el rango de precio más alto, el descuento se vuelve mucho más significativo. Por favor, siéntase libre de tomar nuestra receta escrita y comparar precios antes de comprar.

Aunque en la mayoría de los casos el precio del Programa de medicamentos con descuento 340B es menor, podría haber casos en los que el precio sea muy similar en todas las farmacias. Actualmente, la farmacia de SCHC participa en el Programa de medicamentos con descuento 340B. Pregunte al personal por las farmacias participantes.

RECARGAS

Puede llamar a su farmacia durante su horario de atención habitual para solicitar un resurtido. Tenga la solicitud de reabastecimiento por FAX de la farmacia a SCHC al (580) 688-2193. Permita al menos 5 días hábiles para recargar medicamentos. Si espera hasta que se le acabe el medicamento, puede haber un retraso en el resurtido de su receta. Asegúrese de dejar tiempo extra para los fines de semana y días festivos. Si se queda sin su medicamento en un fin de semana o feriado, habrá un retraso en el resurtido de su receta hasta que el centro vuelva a abrir. Solicite a su farmacia que envíe por fax la solicitud de resurtido al médico que utiliza y llame a su farmacia antes de recoger su medicamento.

POLÍTICA DE MEDICAMENTOS

Las siguientes políticas son para garantizar su seguridad y nuestra capacidad continua para tratarlo de la manera más efectiva posible. Lea esto detenidamente.

1. Los medicamentos deben tomarse solo según lo recetado por nuestros médicos y debe notificar a nuestros proveedores cuando otra persona o médico le administre un medicamento.
2. Cualquier medicamento que se pierda, extravíe, robe, destruya o termine antes de tiempo puede ser reemplazado a discreción del proveedor.
3. No debe compartir, vender o permitir que otros tengan acceso a estos medicamentos.
4. Todas las recetas deben obtenerse en la misma farmacia, cuando sea posible. Si surgiera la necesidad de cambiar de farmacia, nuestra oficina debe ser informada.
5. El médico que receta y el personal tienen permiso para analizar los detalles del diagnóstico y el tratamiento con los farmacéuticos dispensadores u otros profesionales que brindan su atención médica con el fin de garantizar la responsabilidad de los medicamentos.
6. Los resurtidos se realizarán únicamente durante el horario habitual de oficina.
7. Los resurtidos de medicamentos se darán a discreción del proveedor. El proveedor puede pedirle que regrese a la clínica para una cita de seguimiento antes de que se le renueve la receta.
8. **Los medicamentos de CLASE II deben ser surtidos por la farmacia dentro de los 5 días de haber sido escritos. Si su receta vence, debe devolverla a nuestra oficina antes de que se le emita otra receta..**
9. Debe asistir a sus citas programadas de manera oportuna. Si no se presenta a una cita, es posible que su medicamento no se renueve.
10. Debe avisarnos con 24 horas de anticipación para cancelar una cita. Si no proporciona este aviso, puede estar sujeto a las consecuencias enumeradas en el n.º 9 anterior.
11. Es posible que se soliciten pruebas aleatorias de drogas en orina y/o recuento de pastillas. La presencia de sustancias no autorizadas, resultados anormales o un conteo de píldoras inexacto puede resultar en la interrupción de sus medicamentos controlados, incluidos, entre otros, los analgésicos opioides..

Su equipo de atención médica en SCHC está dedicado a su seguridad y buena salud. Esta política está diseñada para garantizar su seguridad y ayudarnos a nosotros y a usted a cumplir con los estándares de buena atención

médica, así como con las leyes estatales y federales.

Derechos y Responsabilidades del Paciente

Todas las personas que reciben servicios de Shortgrass Community Health Center, Inc. conservarán y disfrutarán de todos los derechos, beneficios y privilegios que garantizan las leyes y la constitución del Estado de Oklahoma y los Estados Unidos de América, excepto aquellos específicamente perdidos a través del debido proceso.

Además, todas las personas tendrán el derecho garantizado por la Declaración de Derechos del Cliente de Abuso de Sustancias, a menos que estas normas o una orden de un tribunal de jurisdicción competente autoricen específicamente una excepción. Cada Cliente/Consumidor será notificado de estos derechos garantizados en el momento de la admisión. Si el Cliente/Consumidor no puede entender el idioma de la Declaración de Derechos, se le dará una explicación oral en el idioma que la persona pueda entender. Cada persona atendida por Shortgrass Community Health Center, Inc. puede esperar:

1. Ser tratado con respeto y dignidad por parte del personal que proteja, promueva y respete la dignidad humana.
2. El derecho a un ambiente de vida o tratamiento seguro, sanitario y humano.
3. El derecho a un entorno psicológico humano que lo proteja de daños, abusos, negligencia y/o explotación.
4. A recibir servicios en un entorno que brinde privacidad razonable, promueva privacidad razonable, promueva la dignidad personal y brinde la oportunidad de mejorar el funcionamiento.
5. El derecho a recibir servicios o derivación adecuada sin discriminación por motivos de raza, color, edad, género, estado civil, orientación sexual, religión, valores espirituales, origen nacional, grado de discapacidad, condición de discapacidad, estado legal y/o el capacidad de pago de los servicios.
6. Nunca ser descuidado y/o abusado, acosado, humillado o castigado sexual, física o verbalmente o de otro modo.
7. El derecho a recibir servicios rápidos, competentes y apropiados y un plan de tratamiento individual.
8. A tener la oportunidad de participar en la planificación del tratamiento y dar su consentimiento, o negarse a dar su consentimiento para el tratamiento propuesto, a menos que un tribunal de jurisdicción competente restrinja estos derechos o en situaciones de emergencia definidas por la ley.
9. El derecho a permitir que los miembros de la familia u otras personas importantes participen en su tratamiento y planificación del tratamiento.
10. El derecho a que sus registros sean tratados de manera confidencial dentro de 42 CFR parte 2 y las regulaciones de HIPAA.
11. El derecho a revisar sus registros de acuerdo con las políticas y procedimientos establecidos por Shortgrass Community Health Center, Inc. que están de acuerdo con las leyes estatales y federales, incluido 42 CFR Parte 2 y las regulaciones de HIPAA.
12. El derecho a negarse a participar en cualquier proyecto de investigación o experimento médico sin el consentimiento informado específico según lo define la ley y que dicha negativa no afectará los servicios disponibles para la persona atendida.
13. El derecho a solicitar la opinión de un consultor médico o psiquiátrico externo, a costa de la persona servida.
14. El derecho a agravios de activos con respecto a cualquier supuesta infracción de estos derechos declarados o cualquier otro derecho otorgado.
15. Los derechos a nunca ser objeto de represalias o estar sujeto a condiciones adversas o servicios de tratamiento, única o parcialmente por haber hecho valer cualquiera de los derechos de la persona atendida enumerados en este documento.
16. El derecho a que sus fondos sean administrados de una manera ética y apropiada que prohíba el abuso fiduciario.
17. El derecho a mecanismos que faciliten el acceso y/o derivaciones a servicios legales, servicios de defensa, grupos de autoayuda, tutores y curadores.
18. El derecho a ser informado de que los servicios pueden ser denegados y que podría haber consecuencias por la denegación de servicios.
19. El derecho a una expresión de elección de divulgación de información.

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Este aviso describe cómo se puede usar y divulgar su información de salud, y cómo puede tener acceso a esta información. Por favor revíselo cuidadosamente. La privacidad de su información de salud es importante para nosotros.

NUESTRO DEBER JURÍDICO

Estamos obligados por las leyes federales y estatales aplicables a mantener la privacidad de su información de salud. También estamos obligados a darle este Aviso de Prácticas de Privacidad, nuestros deberes legales y sus derechos con respecto a su información de salud. Debemos seguir las prácticas de privacidad que se describen en este Aviso mientras esté vigente. Este aviso entra en vigencia el 1/1/03 y permanecerá vigente hasta que lo reemplacemos. Nos reservamos el derecho de cambiar nuestras prácticas de privacidad y los términos de este Aviso en cualquier momento, siempre que dichos cambios estén permitidos por la ley aplicable. Nos reservamos el derecho de hacer los cambios en nuestras prácticas de privacidad y los nuevos términos de nuestro Aviso efectivos para toda la información médica que mantenemos, incluida la información médica que creamos o recibimos antes de realizar los cambios. Antes de realizar un cambio significativo en nuestras prácticas de privacidad, cambiaremos este Aviso y pondremos a disposición el nuevo Aviso a pedido. Puede solicitar una copia de nuestro Aviso en cualquier momento. Para obtener más información sobre nuestras prácticas de privacidad o para obtener copias adicionales de este Aviso, comuníquese con nosotros utilizando esta información que se encuentra al final de este Aviso.

USOS Y DIVULGACIONES DE LA INFORMACIÓN MÉDICA

Usamos y divulgamos su información de salud para tratamientos, pagos y otras operaciones de atención médica. Por ejemplo:

Tratamiento: podemos usar o divulgar su información de salud a un dentista, médico u otro proveedor de atención médica que le brinde tratamiento.

Pago: podemos usar y divulgar su información de salud para obtener el pago de los servicios que le brindamos.

Operaciones de atención médica: podemos usar y divulgar su información de salud en relación con nuestras operaciones de atención médica. Las operaciones de atención médica incluyen actividades de evaluación y mejora de la calidad, revisión de la competencia o las calificaciones de los profesionales de la salud, evaluación del desempeño de los médicos y proveedores, realización de programas de capacitación, acreditación, certificación, concesión de licencias o acreditación.

Su autorización: además de nuestro uso de su información de salud para tratamiento, pago u operaciones de atención médica, puede darnos una autorización por escrito para usar su información de salud o divulgarla a cualquier persona para cualquier propósito. Si nos da una autorización, puede revocarla por escrito en cualquier momento. Su revocación no afectará ningún uso de divulgación permitido por su autorización mientras estuvo vigente. A menos que nos dé una autorización por escrito, no podemos usar ni divulgar su información de salud por ningún motivo excepto los descritos en este Aviso. Por ley estatal, su autorización es válida por 90 días.

A su familia y amigos: Debemos divulgarle su información de salud, como se describe en la sección Derechos del paciente de este Aviso. Podemos divulgar su información de salud a un familiar, amigo u otra persona en la medida necesaria para ayudarlo con su atención médica o con el pago de su atención médica, pero solo si acepta que podemos hacerlo.

Personas involucradas en la atención: podemos usar o divulgar información de salud para notificar o asistir en la notificación de (incluida la identificación o localización) de un miembro de la familia, su representante personal u otra persona responsable de su atención, de su ubicación, su condición general o muerte. Si está presente, antes del uso o la divulgación de su información de salud, le brindaremos la oportunidad de oponerse a dichos usos o divulgaciones. En el caso de su incapacidad o circunstancias de emergencia, divulgaremos información de salud basada en una determinación usando nuestro juicio profesional, divulgando solo información de salud que sea directamente relevante para la participación de la persona en su atención médica. También utilizaremos nuestro

juicio profesional y nuestra experiencia con la práctica común para hacer inferencias razonables de su mejor interés al permitir que una persona recoja recetas surtidas, suministros médicos, radiografías u otras formas similares de información de salud.

Mercadeo de servicios relacionados con la salud: No utilizaremos su información de salud para comunicaciones de mercadeo sin su autorización por escrito.

Requerido por Ley: Podemos divulgar su información de salud cuando la ley así lo exija.

Abuso o negligencia: podemos divulgar su información de salud a las autoridades correspondientes si creemos razonablemente que usted es una posible víctima de abuso, negligencia, violencia doméstica o posible víctima de otros delitos. Podemos divulgar su información de salud en la medida necesaria para evitar una amenaza grave para su salud o seguridad o la salud o seguridad de otros.

Seguridad Nacional: Podemos divulgar a las autoridades militares la información de salud del personal de las Fuerzas Armadas bajo ciertas circunstancias. Podemos divulgar a un funcionario federal autorizado la información de salud necesaria para la inteligencia legal, la contrainteligencia y otras actividades de seguridad nacional. Podemos divulgar a la institución correccional o a los funcionarios encargados de hacer cumplir la ley que tienen la custodia legal de la información de salud protegida del recluso o paciente bajo ciertas circunstancias.

Recordatorios de citas: podemos usar o divulgar su información de salud para proporcionarle recordatorios de citas (como mensajes de correo de voz, postales o cartas).

DERECHOS DEL PACIENTE

Acceso: Tiene derecho a ver u obtener copias de su información de salud con excepciones limitadas. Puede solicitar que le proporcionemos copias en un formato que no sean fotocopias. Usaremos el formato que solicite a menos que no podamos hacerlo en la práctica. Debe hacer una solicitud por escrito para obtener acceso a su información de salud. Puede obtener un formulario para solicitar acceso utilizando la información de contacto que figura al final de este Aviso. Cobraremos una tarifa razonable basada en el costo por gastos tales como copias y tiempo del personal. También puede solicitar acceso enviándonos una carta a la dirección que se encuentra al final de este Aviso. Si solicita copias, podemos cobrarle \$0.83 por cada página hasta la treinta (30) y \$0.63 por cada página después de la treinta, una tarifa administrativa de \$19 para ubicar y copiar su información de salud y el franqueo si desea que le enviemos las copias por correo. Las radiografías (rayos X) se duplicarán a un precio razonable. Si solicita un formato alternativo, le cobraremos una tarifa basada en el costo por proporcionar su información de salud en ese formato. Si lo prefiere, prepararemos un resumen o una explicación de su información de salud por una tarifa. Comuníquese con nosotros utilizando la información que se encuentra al final de este Aviso para obtener una explicación completa de nuestra estructura de tarifas.

Contabilidad de Divulgación: Tiene derecho a recibir una lista de las instancias en las que nosotros o nuestros socios comerciales divulgamos su información de salud para fines distintos al tratamiento, pago, operaciones de atención médica y otras actividades determinadas durante los últimos 6 años, pero no antes del 14 de abril de 2003. Si usted Si solicita este informe más de una vez en un período de 12 meses, es posible que le cobremos una tarifa razonable basada en el costo por responder a estas solicitudes adicionales.

Restricciones: Tiene derecho a solicitar que establezcamos restricciones adicionales sobre nuestro uso o divulgación de su información de salud. No estamos obligados a aceptar estas restricciones adicionales, pero si lo hacemos, cumpliremos con nuestro acuerdo (excepto en una emergencia).

Comunicaciones Alternativas: Tiene derecho a solicitar que nos comuniquemos con usted acerca de su información de salud por medios alternativos oa lugares alternativos. Usted debe hacer su solicitud por escrito. Su solicitud debe especificar los medios o lugares alternativos y proporcionar una explicación satisfactoria de cómo se manejarán los pagos bajo los medios o lugares alternativos que solicita.

Enmienda: Tiene derecho a solicitar que modifiquemos su información de salud. Su solicitud debe ser por escrito y debe explicar por qué se debe modificar la información. Podemos denegar su solicitud bajo ciertas circunstancias. Aviso electrónico: si recibe este Aviso en un sitio web o por correo electrónico (e-mail), tiene derecho a recibir este Aviso por escrito.

PREGUNTAS Y QUEJAS

Si desea obtener más información sobre nuestras prácticas de privacidad o tiene preguntas o inquietudes, comuníquese con nosotros.

Si le preocupa que hayamos violado sus derechos de privacidad o no está de acuerdo con una decisión que tomamos sobre el acceso a su información médica o en respuesta a una solicitud que hizo para modificar o restringir el uso o la divulgación de su información médica o para que nos comunicarse con usted por medios alternativos o en ubicaciones alternativas, puede presentarnos una queja utilizando la información de contacto que figura al final de este Aviso. También puede presentar una queja por escrito al Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. Le proporcionaremos la dirección para presentar su queja ante el Departamento de Servicios Humanos de los EE. UU. si lo solicita.

Apoyamos su derecho a la privacidad de su información de salud. No tomaremos represalias de ninguna manera si elige presentar una queja con nosotros o con el Departamento de Servicios Humanos de los EE. UU.

Oficina de Privacidad: Shortgrass Community Health Center Administration
400 East Sycamore, Hollis, OK 73550
Teléfono: (580) 688-2800
Fax: (580) 688-2193

AVISO AL CONSUMIDOR DE PRÁCTICAS DE INFORMACIÓN MÉDICA (HIPAA)

Información general

La información sobre su atención médica, incluido el pago de la atención médica, está protegida por dos (2) leyes federales: la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos de 1996 ("HIPAA") 42, U.S.C. S1320d Ley de Confidencialidad 42, U.S.C.290dd-2 C.F.R. Parte 2. Según estas leyes, SCHC no puede decirle a una persona ajena a SCHC que usted asiste al programa o clínica, ni SCHC puede divulgar ninguna información que lo identifique como un abusador de alcohol o drogas, o cualquier otro paciente, o divulgar cualquier otra información protegida excepto como permitido por la ley federal.

SCHC debe obtener su consentimiento por escrito antes de poder divulgar información sobre usted con fines de pago. Por ejemplo, SCHC debe obtener su consentimiento por escrito antes de poder divulgar información a su aseguradora de salud para poder recibir el pago de los servicios. Por lo general, también firma un consentimiento por escrito antes de que SCHC pueda compartir información con fines de tratamiento u operaciones de atención médica; sin embargo, la ley federal permite que SCHC divulgue información sin su permiso por escrito en los siguientes casos:

1. De conformidad con un acuerdo con una organización de servicio calificada/socio comercial.
2. Para investigación, auditoría o evaluación.
3. Para denunciar un delito cometido en las instalaciones de SCHC o contra el personal de SCHC.
4. Al personal médico por emergencia médica.
5. A las autoridades correspondientes para denunciar sospechas de abuso o negligencia de niños y ancianos.
6. Según lo permitido por orden judicial.

Por ejemplo, SCHC puede divulgar información sin su consentimiento para obtener servicios legales y financieros, o a un centro médico para brindarle atención médica, siempre que exista un acuerdo de servicio/organización/socio comercial calificado. Antes de que SCHC pueda usar o divulgar cualquier información sobre su salud de una manera que no se describa anteriormente, primero debe obtener su consentimiento específico por escrito que le permita realizar la divulgación. Cualquier consentimiento por escrito puede ser revocado por usted por escrito.

Tus Derechos:

Bajo HIPAA, usted tiene derecho a solicitar restricciones sobre ciertos usos y divulgaciones de su información de salud. SCHC no está obligado a aceptar ninguna restricción que usted solicite, pero si acepta, está obligado por ese acuerdo y no puede usar ni divulgar ninguna información que haya restringido, excepto cuando sea necesario en una emergencia médica.

Tiene derecho a solicitar que nos comuniquemos con usted por medios alternativos en una ubicación alternativa. SCHC aceptará las solicitudes que sean razonables y no le pedirá una explicación. De acuerdo con HIPAA, también tiene derecho a inspeccionar y copiar su propia información de atención médica mantenida por SCHC, excepto en la medida en que la información contenga notas de asesoramiento o información recopilada para su uso en una audiencia civil, penal o administrativa o en otras circunstancias limitadas. Bajo HIPAA, usted también tiene derecho, con algunas excepciones, a enmendar la información de atención médica mantenida en los registros de SCHC, y a solicitar y recibir un informe de las divulgaciones de su información relacionada con la salud realizadas por SCHC durante los últimos seis (6) años antes de su solicitud. También tiene derecho a recibir una copia impresa de este aviso.

Deberes de SCHC

SCHC está obligado por ley a mantener la privacidad de su información de salud y proporcionarle un aviso de sus obligaciones legales y prácticas de privacidad con respecto a su información de salud. SCHC está obligado por ley a cumplir con los términos de este aviso. SCHC se reserva el derecho de cambiar los términos de este aviso y de hacer efectivas las nuevas disposiciones del aviso para toda la información de salud protegida que mantiene. Dichos cambios se comunicarán a los clientes actuales mediante la provisión de una copia del aviso revisado. Los antiguos clientes que realicen las solicitudes correspondientes recibirán una copia del aviso actualizado en el momento de la solicitud.

Quejas y Denuncias de Infracciones

Puede presentar una queja ante SCHC y el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos si cree que se han violado sus derechos de privacidad conforme a la HIPAA. Dichas quejas deben llevarse a cabo a través de los procedimientos de queja establecidos por SCHC. Usted no será objeto de represalias por presentar dicha queja. La violación de la Ley de Confidencialidad por parte de un programa es un delito. Las sospechas de

violaciones de la Ley de Confidencialidad pueden ser reportadas al Fiscal de Distrito de los Estados Unidos en el distrito donde ocurre la violación.

ACUERDO DE HOGAR MÉDICO CENTRADO EN EL PACIENTE (PCMH)

Shortgrass Community Health Center, Inc. (SCHC) quiere ser SU hogar médico. Nuestro objetivo en SCHC es brindar atención centrada en el paciente a todos sus pacientes. La atención centrada en el paciente significa que su proveedor médico, el equipo de atención médica, el paciente y las familias trabajan juntos para brindarle atención de calidad. Hacemos esto a través de la comunicación con el paciente y la familia, donde las necesidades y preferencias del paciente se comunican a su equipo de salud de SCHC. Su equipo de atención médica de SCHC puede incluir a su proveedor médico: un médico, un enfermero practicante o un asistente médico y su enfermero, dietista, laboratorio, rayos X, dentista, optometrista, farmacéutico y especialista en salud del comportamiento. A su vez, escucharemos estas necesidades y enfocaremos su educación y capacitación para asegurarnos de que USTED reciba atención médica de buena calidad.

Nuestro Plan:

SCHC y el paciente/padre lograrán esta atención centrada en el paciente en base a estos elementos que acordamos.

- SCHC brindará atención médica de calidad en la medida de nuestras posibilidades y conocimientos en un entorno seguro.
- Los pacientes y sus familias tienen la capacidad de hacer preguntas y expresar inquietudes a través de un canal abierto de comunicación con nuestro Equipo de Salud.
- El paciente/padre es honesto en la historia de los síntomas. Su Equipo de Salud es abierto y honesto al relacionar el diagnóstico y el tratamiento relacionado. Es importante que el paciente/padre revele todos los síntomas o problemas médicos en el momento del tratamiento.
- El paciente/padre está de acuerdo con sus planes de tratamiento. SCHC proporcionará instrucciones claras y comprensibles.
- SCHC proporcionará a los pacientes suficiente tiempo durante su visita al consultorio para asegurarse de que se comprenda el problema médico y se explique detalladamente el plan de tratamiento. Tanto el paciente/padre como su Equipo de Salud respetarán el tiempo del otro.
- El paciente/padre pagará su parte de los servicios prestados no cubiertos por su seguro en el momento de la visita al consultorio. Es responsabilidad del paciente/padre conocer los beneficios de su seguro.
- SCHC ofrece citas el mismo día para atención aguda y asigna tiempos razonables para citas de seguimiento, atención preventiva y control de enfermedades.
- SCHC puede derivar al paciente a un especialista o sugerir ciertas pruebas/procedimientos que no se realizan en el consultorio, pero se darán instrucciones para cualquier derivación. Es responsabilidad del paciente/padre averiguar si el especialista está cubierto por su seguro.
- SCHC no es responsable de los costos de la atención especializada del paciente ni de las pruebas/procedimientos recomendados por nuestros proveedores.
- SCHC hará la remisión; sin embargo, es responsabilidad del paciente/padre hacer un seguimiento de la derivación y comprender la cobertura de seguro para la derivación específica..
- SCHC dará los resultados de las pruebas de laboratorio/rayos x llamando y/o enviando por correo al paciente/padre. El paciente/padre debe llamar a la oficina si no se le notifica sobre los resultados de la prueba en un período de tiempo apropiado.
- El paciente/padre debe hacer todo lo posible para participar en hábitos de salud y estilos de vida.
- SCHC puede proporcionar información educativa sobre salud. El paciente/padre puede usar esta información y hacer preguntas si es necesario.
- El paciente/padre debe asistir a sus citas; una cita perdida toma tiempo que otro paciente podría usar.
- El paciente/padre debe llegar a tiempo a su cita programada. SCHC, a su vez, trabajará para cumplir con el cronograma.
- SCHC respetará al paciente/padre individualmente. No emitiremos juicios basados en raza, religión, género, identidad de género, edad o discapacidad
- SCHC respetará la privacidad del paciente/padre. La información médica no se compartirá con nadie a menos que sea vital para el tratamiento, el pago o las operaciones de atención médica, usted nos dé permiso o lo exija la ley o una orden judicial.
- SCHC tiene programas de recetas computarizados con la mayoría de las farmacias. Las recetas se envían electrónicamente a su farmacia especificada; de lo contrario, se proporcionará una receta impresa.
- Este acuerdo que describe su relación con el Equipo de atención médica de SCHC con USTED ha sido entregado y recibido por un paciente/padre para su miembro del Equipo de salud h



COMMUNITY HEALTH CENTER, INC.

Bienvenido a Salud Comunitaria de Shortgrass Centro

La cantidad que será responsable de pagar se determinará utilizando un programa de descuento de escala móvil que se basa en su ingreso total en relación con las pautas del nivel federal de pobreza (FPL) para este año. El cronograma de descuento de escala móvil se incluye en este aviso.

La documentación de los ingresos y el número de personas en el hogar se debe proporcionar a la oficina comercial del Centro de Salud Comunitario de Shortgrass para determinar la elegibilidad y el monto del descuento para los servicios que se brindarán.

TODOS LOS PACIENTES SERÁN ATENDIDOS INDEPENDIENTEMENTE DE HABILIDAD PARA PAGAR

Se solicita una tarifa nominal de \$10 por servicios en clínicas médicas, de psiquiatría, de salud conductual y de la vista y de \$20 por servicios brindados en clínicas dentales para pacientes con un nivel del FPL del 100 % o menos. Todos los demás pacientes tendrán un copago o una tarifa mínima según su compañía de seguros o sus ingresos anuales. Los servicios de laboratorio de rutina se ofrecen según una escala móvil, pero no están incluidos en la tarifa nominal.

Cualquier intento de falsificar información relacionada con los ingresos u otros requisitos de elegibilidad es una violación de la ley federal y está sujeto a enjuiciamiento.

NINGÚN PACIENTE CON INGRESOS SUPERIORES AL 200% DEL FPL ES ELEGIBLE PARA EL DESCUENTO.

El cronograma de descuento de escala variable del Centro de Salud Comunitario de Shortgrass se basa en la pauta anual actual del Nivel Federal de Pobreza (FPL, por sus siglas en inglés) y el gerente de la oficina lo actualiza en el EMR.

Shortgrass Community Health Center

2026 Sliding Scale Discount Schedule

Categoría	Deslizar	S1	S2	S3	S4	S5
% del Nivel	Federal de Pobreza (FPL)	<= 100%	101 - 125 %	126 - 150%	151 - 175%	176 - 200%
Nominal del paciente tarifa	Médico / BH / Visión / Psiquiatría	\$10	\$20	\$30	\$40	\$50
	Dental	\$20	\$30	\$40	\$50	\$60
	Habilitación de servicios	\$1	\$2	\$3	\$4	\$5
Tamaño de la familia						
1	Anual (Hasta)	\$15,960	\$19,950	\$23,940	\$27,930	\$31,920
	Mensual	\$1,330	\$1,663	\$1,995	\$2,328	\$2,660
	Semanalmente	\$307	\$384	\$460	\$537	\$614
	Cada hora	\$8	\$10	\$12	\$13	\$15
2	Anual (Hasta)	\$21,640	\$27,050	\$32,460	\$37,870	\$43,280
	Mensual	\$1,803	\$2,254	\$2,705	\$3,156	\$3,607
	Weekly	\$416	\$520	\$624	\$728	\$832
	Cada hora	\$10	\$13	\$16	\$18	\$21
3	Anual (Hasta)	\$27,320	\$34,150	\$40,980	\$47,810	\$54,640
	Mensual	\$2,277	\$2,846	\$3,415	\$3,984	\$4,553
	Semanalmente	\$525	\$657	\$788	\$919	\$1,051
	Cada hora	\$13	\$16	\$20	\$23	\$26
4	Anual (Hasta)	\$33,000	\$41,250	\$49,500	\$57,750	\$66,000
	Mensual	\$2,750	\$3,438	\$4,125	\$4,813	\$5,500
	Semanalmente	\$635	\$793	\$952	\$1,111	\$1,269
	Hourly	\$16	\$20	\$24	\$28	\$32
5	Anual (Hasta)	\$383,680	\$479,600	\$575,520	\$671,440	\$767,360
	Mensual	\$31,973	\$39,967	\$47,960	\$55,953	\$63,947
	Semanalmente	\$7,378	\$9,223	\$11,068	\$12,912	\$14,757
	Cada hora	\$184	\$231	\$277	\$323	\$369
6	Anual (Hasta)	\$44,360	\$55,450	\$66,540	\$77,630	\$88,720
	Mensual	3,697	4,621	5,545	6,469	7,393
	Semanalmente	\$853	\$1,066	\$1,280	\$1,493	\$1,706
	Cada hora	\$21	\$27	\$32	\$37	\$43
7	Anual (Hasta)	\$50,040	\$62,550	\$75,060	\$87,570	\$100,080
	Mensual	\$4,170	\$5,213	\$6,255	\$7,298	\$8,340
	Semanalmente	\$962	\$1,203	\$1,443	\$1,684	\$1,925
	Cada hora	\$24	\$30	\$36	\$42	\$48
8	Anual (Hasta)	\$55,720	\$69,650	\$83,580	\$97,510	\$111,440
	Mensual	\$4,643	\$5,804	\$6,965	\$8,126	\$9,287
	Semanalmente	\$1,072	\$1,339	\$1,607	\$1,875	\$2,143
	Cada hora	\$27	\$33	\$40	\$47	\$54
	*	\$5,680	\$5,680	\$5,680	\$5,680	\$5,680

IMPORTANTE: *Para Unidades Familiares mayores de 8, sumar el monto que se muestra por cada familiar adicional

Solicitud de tarifa móvil

Shortgrass Community Health Center ofrece a los pacientes un descuento en sus facturas médicas si califican para nuestra escala móvil de tarifas. El descuento se basa en los ingresos BRUTOS de TODOS los miembros del hogar y la cantidad de miembros de la familia. Si desea solicitar este descuento, necesitamos verificación de ingresos. Se requiere prueba de ingresos.

(Ejemplos: talón de pago más reciente, formularios W-2 del año anterior, declaraciones de impuestos, extracto bancario que muestra depósitos, carta de ingresos del empleador, carta de certificación de alguien que no es miembro del hogar, carta de autocertificación).

Enumere TODOS los miembros de la familia: (Frecuencia = Semanal, Quincenal, Bimestral, Mensual o Anual)

Nombre	Fecha de cumpleaños	Ingreso	Frecuencia

**** Los pacientes que solicitan el programa de tarifa variable están obligados a comunicarse con SCHC si cambian sus ingresos o el estado de su hogar, o si son elegibles para el seguro. Los pacientes deben actualizar la información anualmente para permanecer en el programa de tarifas variables.**

DECLARACIÓN JURADA

Al firmar a continuación, certifico que, a la fecha de mi firma, las fuentes de ingresos enumeradas constituyen todos los ingresos de mi hogar, y que los miembros de la familia enumerados son todos dependientes exclusivamente de esos ingresos, o que la explicación proporcionada para ver mis ingresos el nivel es veraz. Entiendo que tengo 30 días para proporcionar comprobantes de ingresos o seré responsable de pagar de inmediato el cargo completo de todas las visitas.

Firma _____ **Fecha** _____

Sliding Scale Discount (SÓLO PARA USO DE OFICINA)

Total household WEEKLY income _____ Total # household members _____

Total household BIWEEKLY income _____ **Staff calculations**

Total household BIMONTH income _____

Total household MONTHLY income _____

Total household ANNUAL income _____

VALID from: _____ TO _____ (month/day/year) (month/day/year) _____ (Authorized Office Staff Signature)

Income Category: ☐ <=100% ☐ 101-150% ☐ 151-200% ☐ over 200% Sliding fee calculator completed: ☐

Autorización de Tratamiento y Pago

Usted es responsable de su propia cuenta. Como cortesía, SCHC enviará los cargos a su compañía de seguros. Si no tiene seguro, se le pedirá que establezca acuerdos de pago con nuestra oficina de finanzas.

- Por la presente asigno, transfiero y transfiero a SCHC todos mis derechos, títulos e intereses de mi beneficio de reembolso médico conforme a mi póliza de seguro. Autorizo la divulgación de cualquier información médica necesaria para determinar estos beneficios. Esta autorización permanecerá vigente hasta que yo, revocando dicha autorización, notifique por escrito. Entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos, estén o no cubiertos por el seguro.
- Yo, el abajo firmante, acepto participar en entrevistas clínicas, tratamientos y pruebas como paciente de SCHC.
- Autorizo el tratamiento para mi menor identificado o para mí mismo. También entiendo que el examen y el tratamiento pueden ser realizados por un estudiante, interno o residente bajo la supervisión de un médico.

Firma del paciente / tuto

Fecha

Aviso de Prácticas de Privacidad

☐ Me dieron, leí y entiendo el Aviso de Prácticas de Privacidad de SCHC.

☐ He rechazado mi copia del Aviso de Prácticas de Privacidad.

Firma del paciente / tuto

Fecha

Firma de testigo

Fecha

Nombre del cliente: _____

Fecha de nacimiento: _____

Shortgrass Community Health Center
AUTORIZACIÓN PARA EL USO Y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD

☐ **Recepción**

☐ **Revelar**

☐ **Recepción**

☐ **Revelar**

Name, Title

Nombre, Título

Site Address

Dirección del sitio

Phone

Teléfono

☐ **Evaluación**

☐ **Plan de tratamiento**

☐ **Otra documentación clínica**

☐ **Pruebas**

☐ **Informe de comportamiento**

☐ **Información de alta**

☐ **Otra información pertinente a:** _____

ES: atención dental, atención médica, etc.

El propósito de esta solicitud es: _____

Esta autorización expirará el: _____ **(debe actualizarse después de 365 días calendario) O cuando ocurra el siguiente evento:** **Al alta si es antes del vencimiento del año.**

El tratamiento no está condicionado a la firma de esta autorización. Por la presente autorizo el uso o la divulgación de mi información médica protegida como se especifica anteriormente. Esta autorización permite la divulgación de información sobre enfermedades mentales o condiciones de abuso de sustancias y otras condiciones e información de salud. Entiendo que esta autorización es voluntaria y que puedo negarme a firmarla. Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento mediante notificación por escrito a mi proveedor o a cualquier miembro del personal de la oficina. Mi revocación no afectará ninguna acción tomada en base a la autorización antes de la revocación. Entiendo que, si el receptor de la información no es un proveedor de atención médica o un plan de salud, la información divulgada bajo esta autorización puede ya no estar protegida por las regulaciones de privacidad estatales y federales y puede ser divulgada nuevamente por el receptor. Entiendo que debo recibir una copia de esta autorización, incluso si no la solicito.

De conformidad con CFR 42, parte 2, § 2.22 y O.S 43A, sección 1-102, 1-103
Confidencialidad de los registros de pacientes

La confidencialidad de los expedientes clínicos de los pacientes que mantiene este programa está protegida por las leyes y regulaciones estatales y federales. Por lo general, el programa no puede informar a ninguna persona externa que un paciente asiste al programa, ni divulgar información que identifique a un paciente como adicto al alcohol o a las drogas, a menos que:

- 1) El paciente consiente por escrito;
- 2) La divulgación esté permitida por una orden judicial; o
- 3) La divulgación se realiza a personal médico en una emergencia médica o a personal calificado para investigación, auditoría o evaluación de programas.

La violación de las leyes y regulaciones estatales y federales por parte de un programa constituye un delito. Las presuntas violaciones pueden reportarse a la autoridad competente de acuerdo con las regulaciones estatales y federales. Las leyes y regulaciones federales no protegen la información sobre un delito cometido por un paciente, ya sea en el programa o en el centro. Las leyes y regulaciones federales no protegen a quienes trabajan para el programa ni a quienes amenazan con cometer dicho delito. Las leyes y regulaciones federales no protegen la información sobre sospechas de abuso o negligencia infantil, que no se reporta bajo la ley estatal a las autoridades estatales o locales correspondientes.

“La información autorizada para su divulgación puede incluir registros que indiquen la presencia de una enfermedad transmisible o venérea, como, por ejemplo, hepatitis, sífilis, gonorrea y el virus de la inmunodeficiencia humana, también conocido como síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA). (63 O.S. P 1-1502(B))”

Declaración de no contingencia: Entiendo que mi falta de firma de este formulario no resultará en la retención de los servicios.

Firma del cliente (si el cliente tiene 14 años o más)

Fecha

Firma del padre/tutor (si es menor de 18 años o está bajo custodia)

Fecha

ACUSE DE RECIBO DEL PAQUETE DE BIENVENIDA DE SCHC

Escriba sus iniciales junto a cada artículo que haya recibido por escrito y comprenda los artículos contenidos en el paquete de bienvenida. Si en algún momento tiene preguntas, solicite ayuda a nuestros empleados de recepción.

_____ Política de cancelación

_____ Ubicaciones

_____ Información y registro de facturación, pago y referencia

_____ Precios de medicamentos con descuento y recargas de medicamentos

_____ Política de medicamentos

_____ Derechos y responsabilidades del paciente

_____ Aviso de práctica de privacidad

_____ Aviso al Consumidor de Prácticas de Información de Salud (HIPAA)

_____ Acuerdo de hogar médico centrado en el paciente (PCMH)

_____ Solicitud de escala móvil de tarifas de SCHC

_____ Escala móvil de tarifas de SCHC

Firma del paciente o representante del paciente

Fecha

Escriba su nombre en letra de imprenta

Nombre del paciente

Relación del representante con el paciente

Firma de verificación - Personal de SCHC

Fecha

Sólo para uso de oficina

Patient # _____



Formulario de Registro de Nuevo Paciente

Como centro de salud calificado federalmente, SCHC debe recopilar información demográfica sobre los pacientes que atendemos. La información que proporciona es confidencial. Marque No informado/Rechazado si no desea responder una pregunta específica. Gracias por elegir a SCHC como su proveedor de atención médica

Sección 1: Información del Paciente

Nombre de pila: _____ Segundo nombre: _____ Apellido: _____ Sufijo: _____
Fecha de nacimiento: _____ SSN: _____ Sex: ☐ M ☐ F Estado civil: ☐ Soltero/a ☐ Casado/a ☐ Viudo/a
Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____
Correo electrónico: _____ Teléfono Principal: _____ ☐ Casa ☐ Trabajo ☐ Móvil
Lenguaje primario: ☐ Inglés ☐ Español ☐ Lenguaje de señas ☐ Otro/a ☐ Traductor necesario/a

Situación laboral: ☐ Tiempo completo ☐ Tiempo parcial ☐ Alumno/a ☐ Desempleados/as ☐ Desactivado/a ☐ Jubilado/a ☐ No reportado/rechazado
Education: ☐ Elemental ☐ Escuela secundaria ☐ De licenciatura ☐ No reportado/rechazado

La Raza: ☐ Caucásico ☐ Afroamericano ☐ Indio Americano o Nativo de Alaska ☐ Indio asiático ☐ Chino ☐ Filipino ☐ Japonés ☐ Coreano ☐ Vietnamita ☐ Otro Asiático ☐ Nativo Hawaiano ☐ Guameño o Chamorro ☐ Samoano ☐ Otro isleño del Pacífico ☐ Otro/a ☐ No reportado/rechazado
Ethnicity: ☐ No Latino/no Hispano ☐ Latino/Hispano ☐ Puertorriqueño ☐ Cubano ☐ Mexicano, Mexicano americano, Chicano/a ☐ No reportado/rechazado ☐ Otro/a

¿Es usted (marque todo lo que corresponda)....? ☐ Veterano ☐ Trabajador/a agrícola ☐ Personas sin hogar/sin vivienda

Categoría de ingresos	1	2	3	4	Consultando la tabla, indique el número de miembros de su hogar y la categoría de ingresos.:
Tamaño de la familia	Ingresos anuales (hasta)	Ingresos anuales (hasta)	Ingresos anuales (hasta)	Ingresos anuales	
1	\$15,650	\$23,475	\$31,300	\$31,300 or greater	Lista de número de miembros de la familia:
2	\$21,150	\$31,725	\$42,300	\$42,301 or greater	
3	\$26,650	\$39,975	\$53,300	\$53,301 or greater	
4	\$32,150	\$48,225	\$64,300	\$64,301 or greater	
5	\$37,650	\$56,475	\$75,300	\$75,301 or greater	
6	\$43,150	\$64,725	\$86,300	\$86,301 or greater	Por favor marque la categoría de ingresos de su hogar: ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ Negarse a revelar
7	\$48,650	\$72,975	\$97,300	\$97,301 or greater	
8	\$54,150	\$81,225	\$108,300	\$108,301 or greater	

IMPORTANTE: *Para unidades familiares mayores de 8, agregar \$5,500 por persona.

Sección 2: Información del garante/seguro (individuo financieramente responsable)

Relación del paciente con el garante: ☐ Ser (saltar a la información del plan 1) ☐ Niño/a ☐ Padre/Madre ☐ Esposo/a ☐ Empleador/a ☐ Otro/a _____

Nombre de pila: _____ Segundo nombre: _____ Apellido: _____ Sufijo: _____

Fecha de nacimiento: _____ SSN: _____ Sex: ☐ M ☐ F Estado civil: ☐ Soltero/a ☐ Casado/a ☐ Viudo/a

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Información del Plan 1

Compañía de seguros: _____ Número de grupo: _____ Reclamar ID de miembro: _____

Información del Plan 2

Compañía de seguros: _____ Número de grupo: _____ Reclamar ID de miembro: _____

Sección 3: Farmacia Preferida

Nombre de la Farmacia: _____ Número de Teléfono: _____ Ciudad: _____ Estado: _____

Sección 4: Tratamiento y Autorización de Pago

Usted es responsable de su propia cuenta. Como cortesía, SCHC enviará los cargos a su compañía de seguros. Si no tiene seguro, se le pedirá que establezca acuerdos de pago con nuestra oficina de finanzas. Por la presente asigno, transfiero y transfiero a SCHC todos mis derechos, títulos e intereses de mi beneficio de reembolso médico según mi póliza de seguro. Autorizo la divulgación de cualquier información médica necesaria para determinar estos beneficios. Esta autorización permanecerá vigente hasta que yo, revocando dicha autorización, notifique por escrito. Entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos, estén o no cubiertos por el seguro. Yo, el abajo firmante, acepto participar en entrevistas clínicas, tratamientos y pruebas como paciente de SCHC. Autorizo el tratamiento para mi menor identificado o para mí. También entiendo que el examen y el tratamiento pueden ser realizados por un estudiante, interno o residente bajo la supervisión de un médico..

☐ Acepto cumplir con la política de tratamiento y autorización de pago de SCHC.

Aviso de Prácticas de Privacidad

☐ He recibido, leí y entiendo el Aviso de Prácticas de Privacidad de SCHC.

☐ He rechazado mi copia del Aviso de Prácticas de Privacidad.

Firma del paciente/tutor: _____ Fecha: _____

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Razón de la visita:

Alergias:

Condiciones médicas:

Cirugías:

Enumere todos los medicamentos y dosis:

Historia familiar

Eres fumador/a? ☐ Sí ☐ No En caso afirmativo, ¿le gustaría recibir ayuda para dejar de fumar? ☐ Sí ☐ No

¿Consumes alcohol o drogas, incluida la marihuana? ☐ Sí ☐ No En caso afirmativo, indique el tipo de sustancia utilizada y con qué frecuencia se utiliza: _____

Preguntamos a todos sobre sus necesidades de salud reproductiva. Quieres ¿Habla sobre anticoncepción o prevención de embarazo durante su visita de hoy? ☐ Sí ☐ No

Autorización de contacto alternativo

Esta autorización permite que los proveedores y el personal de SCHC comuniquen información sobre su atención médica a la(s) persona(s) que usted designe. Como parte de la Política de privacidad del paciente de SCHC, SCHC divulgará su información solo como usted lo autorice específicamente. Marque si autoriza o no a SCHC a divulgar su información de salud y complete el formulario.

☐ **NO AUTORIZO** a nadie a recibir información sobre mi atención médica.

☐ **AUTORIZO** a los proveedores y al personal de esta práctica de SCHC a divulgar información sobre mi atención con las personas que se enumeran a continuación

Contacto #1 ☐ El paciente vive con esta persona de contacto.

Nombre: _____ Relación: _____

Teléfono: _____ ☐ Toda la información ☐ Solo emergencias ☐ Equipo ☐ Cuenta financier

☐ Resultados de la prueba ☐ Otro: _____

Contacto #2 ☐ El paciente vive con esta persona de contacto.

Nombre: _____ Relación: _____

Teléfono: _____ ☐ Toda la información ☐ Solo emergencias ☐ Equipo ☐ Cuenta financier

☐ Resultados de la prueba ☐ Otro: _____

Consentimiento para tratar a un menor

El Formulario de Consentimiento para Tratamiento de Menores da permiso a nuestros proveedores para tratar a su hijo cuando él o ella está en el cuidado de los demás. Indique el nombre de la persona, el número de teléfono y su relación con su hijo en los espacios previsto.

Yo, _____ el padre/tutor legal de _____ (Nombre del menor), yo doy permiso a la(s) siguiente(s) persona(s) para solicitar y aprobar la atención médica para el menor mencionado anteriormente:

Nombre: _____ Relación con el niño: _____ Teléfono: _____

Firma del padre/tutor legal: _____ Fecha: _____

Firma del testigo de SCHC: _____ Fecha: _____

NOMBRE:				FECHA:			
FECHA DE NACIMIENTO:				EDAD:			
GÉNERO:							
MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA:				TELÉFONO:			
TERAPEUTA/CONSEJERO ACTUAL:				TELÉFONO:			
QUIÉN TE REMITÓ A ESTA PRÁCTICA				TELÉFONO:			
Nombre:							
NOMBRE DE LA MADRE		EDAD:		NOMBRE DE PADRE		EDAD:	
Dirección:				Dirección:			
Teléfono:				Teléfono:			
Estado civil de los padres:		Casado ☐	Divorciado ☐	Mezclado ☐	Apartado ☐	Viudo ☐	
¿Quién tiene la custodia legal?				Tipo:			
¿Quién tiene la custodia física?				Tipo:			
Por favor describa el problema que presenta:							
¿Qué es lo que más te preocupa de tu hijo?							
¿Cuándo notó este problema por primera vez?							
¿Cómo ha afectado este problema a su función?							
En casa:							
En la escuela/trabajo:							
Comunidad:							
¿Tiene otras inquietudes que le gustaría abordar?							

Lista de verificación de síntomas

Marque a continuación los síntomas que su hijo ha estado experimentando durante las últimas semanas y que le preocupan.

Sí	No	Síntoma
☐	☐	Depresión: tristeza, irritabilidad, desesperanza, impotencia, dificultad para dormir, llanto, dormir demasiado, disminución de energía/fatiga, sentimientos de inutilidad o culpa, dificultad para pensar o concentrarse, dificultad para tomar decisiones, comportamientos de retraimiento social/aislamiento, falta de interés en las cosas. , pensamientos suicidas, etc.

Formulario de admisión psiquiátrica infantil

☐	☐	Cambios de humor: enérgico, poco sueño, búsqueda de placer, pensamientos acelerados, demasiado hablador, conductas sexuales inapropiadas, grandilocuencia, etc.
☐	☐	Ansiedad: preocupaciones, inquietud, miedo, falta de sueño, pensamientos obsesivos y/o conductas compulsivas, quejas frecuentes de dolores de cabeza y/o de estómago, ausencias frecuentes al colegio, etc.
☐	☐	Problema de conducta: peleas/agresión física, ira, discusiones, ausentismo escolar, destrucción de propiedad, incendio, etc.
☐	☐	Problema de atención/hiperactividad: dificultad para prestar atención, se distrae fácilmente, dificultad para completar tareas, hiperactividad, impulsividad, etc.
☐	☐	Comportamientos alimentarios anormales: aumento de peso excesivo o significativo, pérdida de peso muy pequeña o significativa, miedo a aumentar de peso, imagen corporal distorsionada, ejercicio excesivo, etc.
☐	☐	Ansiedad social: timidez y/o miedo de estar cerca de otras personas, evitación de multitudes, evitación de lugares públicos, etc.
☐	☐	Recordar traumas pasados: pesadillas frecuentes, recuerdos intrusivos y/o recurrentes, etc.
☐	☐	Autismo: alteraciones sociales y del lenguaje, rigidez, etc.
☐	☐	Psicosis: oír voces, ver cosas, paranoia, delirios, etc.
☐	☐	Disociación: sentir fuera de tu cuerpo o que las cosas no son reales, etc.
☐	☐	¿Alguna vez su hijo/hija se lastimó intencionalmente?
☐	☐	¿Alguna vez tu hijo/hija intentó suicidarse?
☐	☐	¿Alguna vez su hijo ha lastimado a otros? (incluido el daño a los animales)

En caso afirmativo, explíquelo por favor:

Por favor enumere todos los medicamentos psiquiátricos ACTUALES.

Nombre del medicamento:	Dosis	Fecha(s)	Respuesta(s) y efectos secundarios	Proveedor/Instalación

Historia psiquiátrica pasada

Por favor enumere todos los medicamentos psiquiátricos ANTERIORES.

Por favor responda las preguntas a continuación.				Yes	No
¿Alguna vez su hijo ha sido admitido en un hospital psiquiátrico (esto incluye programas de tratamiento residencial o diurno, incluidos programas de tratamiento de alcohol y drogas)? (En caso afirmativo, indique a continuación).				☐	☐
Fecha: mes/año	Diagnóstico:	Duración de la estancia:	Instalación & Ubicación de las instalaciones:		
¿Alguna vez su hijo ha recibido tratamiento de salud mental o trastorno por uso de sustancias (alcohol/drogas) como paciente ambulatorio (asesoramiento o medicamentos)? (En caso afirmativo, indique a continuación).				☐	☐
Fecha:	Proveedor:	Razón:			
Fecha:	Proveedor:	Razón:			
Fecha:	Proveedor:	Razón:			

Antecedentes Familiares

¿Alguien en su familia ha sido diagnosticado o tratado por: (Por favor indique el miembro de la familia, madre, padre, etc.)							
Diagnósticos	Sí	No	Miembro de la familia	Diagnósticos	Sí	No	Miembro de la familia
Depresión	☐	☐		Intentos de suicidio	☐	☐	
Ansiedad	☐	☐		Suicidio completado	☐	☐	
TDAH	☐	☐		Trastorno de pánico	☐	☐	
Bipolar	☐	☐		trastorno de estrés postraumático	☐	☐	
Esquizofrenia	☐	☐		TOC	☐	☐	
Problemas con el alcohol	☐	☐		Convulsiones	☐	☐	
Problemas de drogas	☐	☐		Migrañas	☐	☐	
Dificultades de aprendizaje	☐	☐		Problemas del corazón	☐	☐	
Autismo	☐	☐		Problemas pulmonares	☐	☐	
síndrome de Asperger	☐	☐		Tiroides	☐	☐	
PDD	☐	☐		Trastornos inmunológicos	☐	☐	
Retraso mental	☐	☐		Cáncer	☐	☐	
Ataque de nervios	☐	☐		Otro	☐	☐	
¿Hay algún otro problema médico familiar que sea hereditario en su familia?					☐	☐	
En caso afirmativo, ¿qué enfermedad y a quién afectó? (Por favor indique la enfermedad y el miembro de la familia).							
Enfermedad		Miembro de la familia		Enfermedad		Miembro de la familia	
1.				5.			
2.				6.			
3.				7.			
4.				8.			
¿Algún familiar ha sido ingresado en un hospital psiquiátrico? En caso afirmativo,					☐	☐	Por favor enumere a continuación.

Formulario de admisión psiquiátrica infantil

Fecha: mes/año	Diagnóstico:	Miembro de la familia	Instalación & Ubicación de las instalaciones:
Si se sabe, ¿qué medicamentos se utilizaron en el tratamiento?			

Historia médica del niño

Enumere cualquier alergia a medicamentos y describa la reacción que tuvo su hijo:					
Nombre del medicamento	Reacción				
¿Alguna vez su hijo/hija ha tenido:	Sí	No		Sí	No
Pérdida de consciencia	☐	☐	Problemas del corazón	☐	☐
Lesión craneal	☐	☐	Soplo cardíaco	☐	☐
Convulsiones	☐	☐	Ataque	☐	☐
Hipertensión	☐	☐	Problemas tiroideos	☐	☐
Diabetes	☐	☐	Úlcera estomacal	☐	☐
Artritis	☐	☐	ERGE (reflujo ácido)	☐	☐
Dolor de espalda o cuello	☐	☐	Enfermedad del hígado	☐	☐
Asma	☐	☐	Problemas de riñón	☐	☐
EPOC	☐	☐	Problemas menstruales	☐	☐
Eczema	☐	☐	Cáncer	☐	☐
En caso afirmativo, para el cáncer, ¿qué tipo y descripción del tratamiento requerido?					
¿Algún otro problema médico no mencionado anteriormente? Si es así, por favor enumere aquí:					
Por favor enumere TODAS las cirugías:			Lista de hospitalizaciones no psiquiátricas:		
1.			1.		
2.			2.		
3.			3.		

Formulario de admisión psiquiátrica infantil

Enumere TODOS los medicamentos y dosis no psiquiátricos que su hijo esté tomando actualmente, incluidos suplementos, vitaminas y medicamentos de venta libre.

Nombre	Dosis	Duration	Respuesta

Historia del desarrollo:

¿A qué edad alcanzó su hijo los siguientes hitos?

Edad	Hito
	Lenguaje (edad en la que se utilizan por primera vez palabras, oraciones, etc.)
	Habilidades motoras finas (construir torres con cubos, dibujar círculos, etc.)
	Habilidades motoras gruesas (darse vuelta, pararse, caminar, etc.)
	Baño de entrenamiento

¿Ha experimentado su hijo alguna regresión en estas habilidades? En caso afirmativo explicar:	Sí	No
	☐	☐
¿Tiene su adolescente un trabajo?	☐	☐
¿Su hijo/hija es sexualmente activo?	☐	☐
¿Le preocupan las actividades sexuales de su hijo?	☐	☐
¿Tiene su hijo relaciones de calidad con otros niños? En caso negativo, explique:	☐	☐
¿Su adolescente ha tenido un cambio reciente en sus amistades? En caso afirmativo, ¿qué cambios le preocupan?	☐	☐

¿Tiene alguna inquietud con respecto a las amistades de su hijo? En caso afirmativo, explíquelo porfavor:							☐	☐
Demasiado viejo	☐	Muy joven	☐	Ausente	☐	Franja de pandillas	☐	
Droga	☐	Alcohol	☐	Violencia	☐	Demasiados	☐	
Demasiado pocos	☐	Promiscuidad sexual	☐	Demasiado tiempo	☐	Otro	☐	

Si es otra, indique la preocupación:

Uso de sustancias

Por favor, indique cualquier sustancia utilizada actualmente o en el pasado por su hijo:

Indique cualquier sustancia utilizada actualmente o en el pasado por su hijo:	Sí	No	En caso afirmativo, ¿por cuánto tiempo, frecuencia, último uso y edad?
Tabaco	☐	☐	
Vaporizadores	☐	☐	

Alcohol	☐	☐	
Marijuana	☐	☐	
Cocaína/crack	☐	☐	
Éxtasis	☐	☐	
Resoplido (gas, aerosol)	☐	☐	
Abuso de medicamentos recetados	☐	☐	
Sales de baño	☐	☐	
Metanfetamina	☐	☐	

Escuela

¿A dónde asiste su hijo/hija a la escuela?							
¿En qué grado se encuentra?							
¿Cuáles son sus calificaciones típicas?							
¿Cuáles son las fortalezas académicas de su hijo?							
¿Debilidades académicas?							
¿Ha habido un cambio en el desempeño de su hijo en la escuela? En caso afirmativo, describa:			Sí	No			
Describir		☐	☐				
¿Su hijo ha recibido pruebas de coeficiente intelectual o académicas? En caso afirmativo, ¿cuáles fueron los resultados?			☐	☐			
Resultados							
¿Recibir algún recurso/asistencia? (¿para qué clases/cuántas horas?)			☐	☐			
Clase		Horas		Clase		Horas	
Clase		Horas		Clase		Horas	
Clase		Horas		Clase		Horas	
¿Participar en programas acelerados o de honores? En caso afirmativo, explique a continuación:			☐	☐			
¿Está en un plan 504? Por favor explique a continuación: SuspensSchool refusalion			☐	☐			

¿Está en un Plan de Educación Individual (IEP)? Por favor explique a continuación:					☐	☐
¿Su hijo ha tenido problemas con alguno de los siguientes? En caso afirmativo, explique.						
Problema	Sí	No	Problema	Sí	No	
Ausentismo escolar	☐	☐	Detention	☐	☐	
Peleas	☐	☐	Suspensión	☐	☐	
Absentismo	☐	☐	Rechazo escolar	☐	☐	
Explicar:						

Historia social

¿Es su hijo su hijo biológico? En caso contrario, explique:					Sí	No	
Describir					☐	☐	
Si su hijo fue adoptado, ¿a qué edad fue adoptado?					Edad		
¿Existe algún contacto con sus padres biológicos?					☐	☐	
¿Dónde nació y creció su hijo/hija?							
¿Tiene alguna preferencia religiosa en el hogar? En caso afirmativo, ¿cuál es esa preferencia?							
Preferencia religiosa						☐	☐
¿Ha experimentado su hijo algún problema relacionado con la raza, la religión o la cultura? En caso afirmativo explicar:					Sí	No	
Explicar:						☐	☐
Enumere todos los miembros relevantes de la familia relacionados con el niño (padrastros, hermanos, padrastros, abuelos, etc.):							
Miembro de la familia	Relación	Vive en casa	Miembro de la familia	Relación	Vive en casa		
		☐			☐		
		☐			☐		
		☐			☐		
		☐			☐		
		☐			☐		
¿Hay algo más que debamos saber sobre ti?							

Historial de abuso

¿Su hijo alguna vez ha sido víctima de abuso o negligencia? En caso afirmativo, ¿cuál fue la naturaleza del abuso?			Sí	No
			☐	☐
¿Alguna vez su hijo ha estado involucrado en lo siguiente? En caso afirmativo, explique:				
Servicio	Sí	No	En caso afirmativo, explíquelo porfavor:	
Servicios de protección infantil	☐	☐		
Cumplimiento de la ley	☐	☐		
Participación en la detención	☐	☐		
Participación en la corte	☐	☐		
Libertad condicional	☐	☐		
Libertad condicional juvenil	☐	☐		
Detención	☐	☐		
Servicio de Intervención Temprana (0-3 años)	☐	☐		
Inicio:	☐	☐		

Contacto de emergencia _____ Relación _____

Número de teléfono _____

Al firmar a continuación, certifico que toda la información es verdadera y correcta a mi leal saber y entender y doy mi consentimiento para el tratamiento de mi hijo menor.

Firma _____

Nombre impreso _____

Fecha _____