

Registro del Paciente

Nombre del paciente (Apellido): _____ (Primer Nombre): _____ (Segundo Nombre): _____

Dirección: Calle: _____

Número de Apto.: _____ Ciudad: _____ Código Postal: _____

Número de Teléfono: Hogar: _____ Trabajo: _____ Celular: _____

Dirección de correo electrónico: _____

¿Tiene número de seguro social? Sí No Número de Seguro Social: _____

Fecha de nacimiento: ____/____/____ Edad: ____

Tamaño del hogar: ____ (Incluya a todas las personas que vivan juntas, estén relacionadas por nacimiento, matrimonio o adopción y que residan juntas, incluyendo otros parientes como cónyuge, pareja, hijos/nietos, hermanos, tías, tíos y abuelos)

Ingresos anuales: \$ _____ (Ingreso bruto del hogar del paciente antes de impuestos u otras deducciones. Las propinas y las horas extras junto con los beneficios no monetarios (como cupones de alimentos y subsidios de vivienda) no cuentan. Los activos están excluidos del cálculo de ingresos)

Vivienda:

Propia Alquilada Motel/Hotel Carro/Vehículo Casa temporal/Refugio Refugio para personas sin hogar Calle de transición Vivienda de apoyo permanente Otro: _____

Estado civil:

Soltero Casado Separado Divorciado Viudo Pareja Domestica

¿Es veterano? Sí No ¿Está discapacitado? Sí No ¿Trabajador migrante? Sí No

¿En qué idioma se le debería proporcionar la información? _____

¿Qué tan bien entiende el idioma inglés? Muy bien Parcialmente Muy poco Nada

1. ¿Tiene seguro médico?? Sí No **Compañía de seguros:** _____

Número de póliza: _____

2. ¿Tiene Medicaid? Sí No **¿Ha presentado su solicitud?** Sí No

Número de póliza: _____

Entiendo que mi información médica es confidencial. Autorizo el intercambio de información entre CSC/CPHCC y cualquier otro proveedor u organización únicamente según sea necesario para fines de tratamiento, pago u operaciones de atención médica. Los derechos del paciente y las políticas de confidencialidad están publicados en nuestra sala de espera y podemos suministrar copias según se solicite. Por la presente autorizo el tratamiento por parte de CSC/CPHCC: _____

Firma del paciente o tutor (si es menor de edad): _____ Fecha: ____/____/____

Nombre y relación (si no es el paciente): _____

**Children's Service Center/Conyngham Primary Health Care Center
FORMULARIO DE SOLICITUD / CERTIFICACIÓN DEL PROGRAMA DE DESCUENTO DE TARIFA FLEXIBLE**

La política del Children's Service Center (CSC)/Conyngham Primary Health Care Center (CPHCC) es brindar servicios de atención médica esenciales independientemente de la capacidad de pago del paciente. Los descuentos se ofrecen según el tamaño y los ingresos de su hogar. Para cumplir con las regulaciones federales y poder ofrecerle un descuento en nuestros servicios, es necesario que obtengamos cierta información personal requerida. Por favor complete la siguiente información que se mantendrá archivada y confidencial. Esto ayudará a determinar si usted o los miembros de su familia son elegibles para un descuento. El descuento se aplicará a todos los servicios recibidos en esta clínica, pero no a aquellos servicios que se obtengan fuera de ella, incluyendo medicamentos, radiografías, pruebas de laboratorio y otros servicios.

Información del paciente	Fecha:
Nombre:	
Dirección:	
Fecha de nacimiento:	
Para uso exclusivo de la oficina-Número de Cuenta:	

1. Tamaño del hogar: Incluya en su "hogar" a todas las personas que vivan juntas y estén relacionadas por nacimiento, matrimonio o adopción y que residan juntas, incluyendo otros parientes como cónyuge, pareja, hijos/nietos, hermanos, tías, tíos y abuelos.

Tamaño del hogar		
Nombre	Fecha de nacimiento (MM/DD/AA)	Relación
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		
8.		

2. Ingresos del hogar: Ingresos brutos del hogar del paciente antes de impuestos u otras deducciones. Las propinas y las horas extras junto con los beneficios no monetarios (como cupones de alimentos y subsidios de vivienda) no cuentan. Los activos están excluidos del cálculo de los ingresos.

NOTA: Incluya ingresos de todas las fuentes, incluyendo salarios brutos, propinas, seguridad social, discapacidad, pensiones, anualidades, pagos a veteranos, pensión alimenticia, manutención infantil, desempleo, ayuda pública, ingresos militares, ingresos inmobiliarios y de alquiler, negocios en línea o trabajo por cuenta propia, etc. Si proporciona talones de cheque de pago como prueba de ingresos, se deben proporcionar evidencia de al menos 4 semanas de pago (es decir, 4 cheques de pago semanales o 2 cheques quincenales) con una fecha de los últimos 45 días.

Ingresos del hogar						
Miembro del hogar	Frecuencia (marque una)				Ingresos anuales	Fuente
Usted	Semanal	Quincenal	Mensual	Anual		
Cónyuge	Semanal	Quincenal	Mensual	Anual		
Otro, especifique:	Semanal	Quincenal	Mensual	Anual		
Otro, especifique:	Semanal	Quincenal	Mensual	Anual		
Otro, especifique:	Semanal	Quincenal	Mensual	Anual		
Otro, especifique:	Semanal	Quincenal	Mensual	Anual		
Otro, especifique:	Semanal	Quincenal	Mensual	Anual		
Otro, especifique:	Semanal	Quincenal	Mensual	Anual		
Otro, especifique:	Semanal	Quincenal	Mensual	Anual		

Tendrá que completar una nueva solicitud anualmente o cada vez que haya un cambio importante en los ingresos y/o el tamaño del hogar.

Si no tiene prueba de ingresos, este formulario le servirá como su autocertificación hasta que pueda proporcionar prueba de ingresos.

Certificación: Certifico que la información proporcionada en esta solicitud es verdadera y correcta según mi leal saber y entender. Acepto que cualquier información engañosa o falsificada y/u omisiones pueden descalificarme de una consideración adicional para el Programa de descuento de tarifa flexible y pueden generarme sanciones según la ley federal. Además, acepto informar a Children's Service Center/Conyngham Primary Health Care Center si hay un cambio significativo en mis ingresos. Si obtengo la aceptación del programa de tarifa flexible según esta solicitud, seguiré todos los lineamientos del Programa de descuento de tarifa flexible del Children's Service Center/Conyngham Primary Health Care Center. Por la presente reconozco que leí los lineamientos del Programa de descuento de tarifa flexible, tuve la oportunidad de hacer preguntas y las entendí.

Nombre: _____ Fecha: ____/____/____

Firma _____

Verification Checklist-Office Use Only	Yes	No
Identification: Driver's license, birth cert., social security card, or other		
Proof of income		
If unable to provide, why:		
Total Annual household Income		
Total Household Size:		
Assigned Sliding fee Discount Class(1-6):		
Approved by CSC/CPHCC:		
Effective Date:		
Expiration Date:		