

FORMA DE REGISTRO

(Nombre Impreso)

INFORMACION DEL PACIENT				
Apellido:	Primer Nombre:	Inicial de Medio Nombre:	Fecha de Nacimiento:	Género: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Domicilio:	Ciudad Estado,	Código Postal:	Condado:	
Dirección de Correo:	<input type="checkbox"/> Igual de arriba	No de Seguro Social:		
Teléfono de Casa:	Numero de Celular:		Número del Trabajo:	
Correo Electrónico:	Estado Civil: <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Viudo	Estado sin hogar: <input type="checkbox"/> Transicional <input type="checkbox"/> Compartido <input type="checkbox"/> Alberge <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Sin Hogar <input type="checkbox"/> Estacional <input type="checkbox"/> Migrante		
Raza: <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Nativo Americano/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Negro o Afro Americano <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái <input type="checkbox"/> Isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> No informado / rechazado a informar		Lenguaje Primario: _____ Necesita Inteprete: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
Etnicidad (elija uno): <input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> No Hispano <input type="checkbox"/> Se negó a informar		Estatus de Veterano/a (elija uno): <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
Nombre de Empleador :	Estado de Empleo: <input type="checkbox"/> Tiempo Completo <input type="checkbox"/> Medio Tiempo		Estudiante: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Nombre de doctor primario: «Primer Nombre» «Apellido» «Iniciales»				
El Paciente tiene algún problema con: <input type="checkbox"/> Visión <input type="checkbox"/> Audición <input type="checkbox"/> Lectura <input type="checkbox"/> El Habla Explique:				
Padre / Tutor O Nombre de la Parte Responsable:	Dirección:	<input type="checkbox"/> Igual que arriba	Numero de Teléfono:	
Seguro Social de Padre / Tutor O Nombre de la Parte Responsable:	Fecha de Nacimiento:	Relación:		
INFORMACIÓN DE SEGURO MEDICO				
(Entregue su tarjeta de seguro al Representante de Servicio al Paciente)				
Persona responsable de la factura:	Fecha de Nacimiento:	Dirección (si diferente):	Numero de Teléfono primario: ()	
Ocupación:	Empleador:		Teléfono de Empleador:	
Relación del paciente al suscribiente: <input type="checkbox"/> Yo miso <input type="checkbox"/> Pareja <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Hijastro <input type="checkbox"/> Otro				
Seguro Médico Primario:	<input type="checkbox"/> Medicare	<input type="checkbox"/> Medicaid	<input type="checkbox"/> Blue Cross Blue Shield	<input type="checkbox"/> Otro:
Nombre del suscriptor:	Fecha de Nacimiento:	# de Póliza:	# de Grupo:	
Nombre del seguro médico secundario (si corresponde):	Nombre del suscriptor:	Fecha de nacimiento:	# de Póliza:	# de Grupo:
EN CASO DE EMERGENCIA				
Nombre del amigo o pariente local: «Nombre de Emergencia»		Relación al paciente:	Numero de Teléfono Primario «Numero de Emergencia»	

Firma: _____

Fecha: _____

Elegibilidad de Descuento de Costo Variable

Puede ser necesario hacer algunas preguntas personales para determinar la elegibilidad para un descuento en servicios médicos, dentales o de salud mental calificados. Esta información es privada y confidencial y se mantiene archivada en Swope Health. La verificación de ingresos se determina una vez al año y requiere que se devuelvan a Swope Health Services comprobantes de ingresos y documentos de domicilio. (El tamaño de la familia y el ingreso bruto anual del hogar se utilizan para calcular el descuento y el nivel de pago).

Haga una lista de todos los miembros del hogar que viven en el hogar.

	Nombre	Fecha de Nacimiento	Relación
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			

¿Tiene algún ingreso salarial de alguno de los miembros del hogar que figuran en la lista?

Nombre del miembro de familia	Salario por hora	Horas trabajadas	Ingreso de dos semanas	Horas trabajadas

¿Tiene ingresos de alguna de las siguientes fuentes y, de ser así, cuánto por mes?

Tipo	Tu	Tu Pareja	Tus Niños	Otras Personas	Totales
Seguro Social					
Asistencia Pública					
Pensión de Retiro					
Ingresos de rentas					
Ingresos de intereses					
Manutención de niños/personas					
Otros (especifica)					

Se me han explicado el programa de descuento y todos los demás programas de descuento, y reconozco que proporcionar deliberadamente información falsa o incompleta con respecto a la determinación del nivel de descuento del costo variable puede descalificarme a mí o a los miembros de mi familia para ser elegibles para este programa. También entiendo que si no proporciono comprobante de ingresos y / o comprobante de domicilio dentro de los 30 días, se me puede facturar al precio completo por el servicio prestado. La información se puede devolver en persona o a PSRGroupMail@swopehealth.org

Firma _____

Firma _____

Acceptable Documentation for Sliding Fee Program

Documentación aceptable para el programa de tarifas móviles

Si no está asegurado, las tarifas de los servicios de la clínica se basan en sus ingresos y el tamaño de su familia y pueden reducirse si vive con un ingreso limitado, de acuerdo con las reglas estatales y federales. Para calificar para los descuentos, debe presentar la siguiente información, según corresponda, cuando se registre:

Prueba de ingresos: (proporcione la documentación aplicable para cada miembro del hogar):	
<ul style="list-style-type: none"> • Talon de cheque/pago incluyendo tasa de pago por hora, horas trabajadas, salario bruto y periodo de pago • Carta sobre el membrete de la compañía, incluyendo su salario bruto de tarifa por hora y el periodo de page. <i>*Si su empleador no tiene membrete de la empresa, aceptaremos una carta notaria.</i> • Formularios W2 (ingreso bruto ajustado) • Documentos actuales de ayuda financiera 	<ul style="list-style-type: none"> • Carta de determinación de desempleo actual • Seguro social, pensión, fideicomiso, carta de concesión de discapacidad, resumen de cupones de alimentos o cheque de manutención infantil • Estados de cuenta bancarios que muestran depósitos constantes de nómina • Información actual sobre la declaración de impuestos (Ingreso Bruto Ajustado)

Comprobante de domicilio: (proporcione si vive en la ciudad de Kansas City, Missouri)	
<ul style="list-style-type: none"> • Licencia de conducir (la dirección debe coincidir con la dirección actual que figura en el registro) • Un correo actual dirigido a usted (dentro de los 30 días) • Contrato de arrendamiento o hipoteca • Correo recibido del Gobierno (Seguro Social, pensión, fideicomiso, carta de SSI, resumen de presupuesto de cupones de alimentos o cheque de manutención infantil) 	<ul style="list-style-type: none"> • Factura actual de servicios públicos (electricidad, gas o teléfono) • Talón de cheque de pago actual con su dirección postal actual ubicada en el talón de cheque • Resumen bancario actual • Certificación de un trabajador social (para personas sin hogar)

Información Adicional

- Para los padres ancianos que viven con hijos adultos o nietos adultos, incluya los ingresos si los hijos adultos o nietos adultos reclaman a los padres como dependientes en su declaración de impuestos. De lo contrario, los padres deben considerarse independientes a efectos de ingresos, sin los ingresos de sus hijos adultos.
- Los artículos que no son en efectivo, como los cupones de alimentos, no se incluyen en los ingresos.

Tenga en cuenta: esta información debe entregarse a Swope Health en un plazo de 30 días o se le puede facturar al precio completo por los servicios prestados. La información se puede devolver en persona o a PSRGroupMail@swopehealth.org

AUTODECLARACIÓN DE INGRESOS

Certifico que mi ingreso familiar anual actual es de \$ _____ y el tamaño de mi familia es _____. Declaro que todos mis dependientes tienen 18 años o menos o están discapacitados. Entiendo que esta auto declaración es válida solo por 30 días. Para recibir un descuento en los servicios por un período de 12 meses, tendré que presentar prueba de mis ingresos antes del _____.

Me niego a participar en el programa de descuento de tarifa variable.

Firma del paciente / padre / tutor legal

Fecha

RESPONSABILIDAD FINANCIERA

Por la presente certifico que no he retenido a sabiendas ninguna información o ingreso u otros recursos financieros. Las cantidades que he revelado son verdaderas y correctas que yo sepa. Entiendo que ocultar información o proporcionar información falsa puede resultar en enjuiciamiento o ser eliminado de Medicaid, Medicare y cualquier otro programa financiado por el gobierno.

Entiendo que los cargos que tengo que pagar son después de recibir el crédito por todos los descuentos apropiados y todas las cobranzas recibidas por Swope Health de los beneficios del seguro médico para las personas mencionadas anteriormente. Soy responsable del saldo restante.

Acepto pagar estos cargos el día en que se prestan los servicios, dentro de los 10 días posteriores a la recepción de la declaración de los Servicios de Salud de Swope o por algún otro acuerdo de pago acordado por la Oficina de Relaciones con el Paciente de Swope Health, teléfono 816-599-5700. También autorizo la divulgación de información sobre cualquier reclamo a mis aseguradoras de salud, a mi agencia estatal de asistencia médica y / o al Departamento de Salud Mental.

Firma del paciente / padre / tutor legal

Fecha

Testigo

Fecha

CONSENTIMIENTO GENERAL PARA DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO

Yo, al haberme registrado en Swope Health Services con el fin de obtener servicios de salud, por la presente, doy mi consentimiento voluntario para servicios de diagnóstico y tratamiento para _____ (Nombre del paciente), según la recomendación de un médico, dentista u otro médico profesional de la atención u otro miembro calificado del personal de los Servicios de Salud de Swope para mí de acuerdo con su criterio. Al firmar a continuación, también doy mi consentimiento para que los estudiantes en programas de residencia y / o afiliación con Swope Health Services también me brinden tratamiento cuando adecuado.

- Reconozco que tengo derecho a rechazar cualquier servicio de diagnóstico o tratamiento específico sin poner en peligro mi derecho a recibir servicios de salud en el Centro.
- Reconozco que se me puede pedir que firme un consentimiento específico para procedimientos quirúrgicos y otros procedimientos especiales, incluida la anestesia local general y / o extensa.
- Soy consciente de que los servicios de salud son específicos de cada persona, y reconozco que no se me han garantizado los resultados de los servicios de tratamiento,
- Por la presente autorizo a Swope Health Services a retener, preservar y usar con fines científicos o de enseñanza, o eliminar a su conveniencia cualquier muestra o tejido tomado de mi cuerpo durante mi tratamiento.

Este formulario me fue completamente explicado y certifico que entiendo su contenido.

Firma del paciente / padre / tutor legal

Fecha

RECIBO DE AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Me ofrecieron una copia de la Notificación de prácticas de privacidad de Swope Health. Se me ha dado la oportunidad de leer o leerme el Aviso de Prácticas de Privacidad, que describe cómo se puede usar y divulgar mi información médica. Estoy de acuerdo con el Aviso de prácticas de privacidad y entiendo que en cualquier momento, previa solicitud, puedo obtener una copia del mismo.

Firma del paciente / padre / tutor legal

Fecha

RECIBO DE DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DEL PACIENTE

Me ofrecieron una copia de la "Declaración de derechos del paciente" de Swope Health, también conocida como Derechos y responsabilidades del paciente. Este documento enumera mis derechos como paciente, incluido el derecho a acceder a mi propia información y el derecho a formular una directiva avanzada, entre otras cosas. Se me ha dado la oportunidad de leerlo, o que me lo lean. Entiendo lo que significa, lo que podría esperar de este centro de atención médica y lo que se espera de mí y los miembros de mi familia como pacientes registrados aquí.

Firma del paciente / padre / tutor legal

Fecha

OPCIONAL: DESIGNACIÓN DE REPRESENTANTE PERSONAL

Un representante personal es una persona autorizada por el paciente para obtener información y actuar en nombre de otra persona para tomar decisiones relacionadas con la atención médica. Entiendo que completar este formulario le permitirá a Swope Health hablar con mi Representante Personal con respecto a toda la información de salud, incluidas, entre otras, enfermedades, lesiones, resultados de exámenes, medicamentos y datos confidenciales que pueden incluir:

- Problemas de abuso de alcohol o sustancias;
- Enfermedades genéticas o pruebas;
- Información de planificación familiar;
- VIH / SIDA; Enfermedades de transmisión sexual; y / o
- Salud mental y discapacidades del desarrollo.

También entiendo que le dará al Representante Personal la capacidad de hacer lo siguiente en mi nombre:

- Hacer citas para servicios de atención médica;
- Tener conversaciones con proveedores de atención médica sobre pruebas y tratamientos de rutina; y
- Acceder a información de salud protegida.

Mi autorización se otorga libremente con el entendimiento de que:

- Puedo negarme a firmar esta autorización;
- Puedo revocar esta autorización en cualquier momento, excepto cuando ya se haya divulgado información en base a mi autorización, siempre que mi revocación sea por escrito;
- Swope Health Services puede no condicionar mi tratamiento en esto; y
- Swope Health Services no es responsable de la divulgación de la información anterior en la medida indicada y autorizada en este documento.

Por la presente, designo a la persona a continuación como mi Representante personal:

Nombre del Representante Personal: _____

Fecha de nacimiento del Representante: _____ Numero de Teléfono: _____

Esta autorización caducará (**marque una**): Hasta que sea revocado por escrito Fecha: _____

Firma del paciente / padre / tutor legal

Fecha

COMMUNICATION PREFERENCES

Swope Health se compromete a proteger su información. SHS desea enviarle información sobre su atención médica utilizando los métodos que prefiera.

Inicialice junto a las formas de comunicación que autoriza a Swope Health Services a utilizar para comunicarse con usted.

_____ **Portal de Paciente**

_____ **Correo de Voz**

_____ **Correo Electrónico**

_____ **Mensaje de Texto**

Por la presente, autorizo a Swope Health Services a que me comunique mi información de salud utilizando los métodos que he consentido anteriormente. Entiendo que el Portal del paciente es un método seguro de comunicación, pero que la comunicación, como mensajes de texto, correo electrónico y correo de voz, puede considerarse insegura y otros pueden verla o escucharla.

_____ Firma del paciente / padre / tutor legal

_____ Fecha

HEALTH INFORMATION EXCHANGE

Swope Health participa en tres redes de intercambio de información de salud: Missouri Health Connection ("MHC"), Lewis and Clark Information Exchange ("LACIE") y Kansas Health Information Network ("KHIN"). Estas redes seguras permiten a los médicos y otros cuidadores compartir electrónicamente los registros de salud de un paciente con otras organizaciones participantes, para mejorar la atención coordinada.

Entiendo que se puede ver una lista completa de las organizaciones miembro en los sitios web de MHC, LACIE y KHIN. También entiendo que solo las organizaciones de atención médica autorizadas y los profesionales involucrados en el tratamiento, la atención, la mejora de la calidad o el pago de un paciente tienen permitido el acceso a los registros del paciente y las leyes de privacidad aún se aplican.

Acepto participar en el Intercambio de información de salud y permitir que otros proveedores de atención médica puedan ver mis registros de salud tanto antes como después de la fecha de hoy. Entiendo que esto puede incluir enfermedades o lesiones, resultados de las pruebas, medicamentos que estoy tomando o he tomado, y datos confidenciales que incluyen, entre otros: problemas de abuso de alcohol o sustancias, enfermedades de transmisión sexual, VIH / SIDA, información sobre planificación familiar, incluidos abortos, y discapacidades de salud mental.

Me niego a participar en el intercambio de información de salud. Entiendo que otras organizaciones que intentan ayudarme brindando atención médica pueden no tener acceso a mi historial médico.

_____ Firma del paciente / padre / tutor legal

_____ Fecha