

Información del Paciente

Nombre: _____ Inicial: _____ Apellido: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Zip: _____

Fecha de Nacimiento: _____

¿Quién llena esta forma? (rodea con un círculo): Yo mismo/Paciente Padre/Guardián (Nombre): _____

Información (Si el paciente es menor, usa la información del padre/ guardián legal.)

Email: _____

Teléfono de Casa: _____ Celular: _____ Trabajo: _____

(Rodea con círculo la información del paciente, no del padre/guardián legal, si el paciente es menor.

| | | | | | | | |
|---|----------------------|------------------------|------------------------------|------------------------------|---|--------------------|-------------|
| Estado Civil: | Soltero/a | Casado/a | Divorciado/a | Viudo/a | | | |
| Orientación Sexual: | Heterosexual | Homosexual | Bisexual | Otra cosa | No se | No quiero divulgar | |
| Genio: | Masculino | Femenino | Trans-sexual, Hombre-a-Mujer | Trans-sexual, Mujer-a-Hombre | Otro | No quiero divulgar | |
| Lengua Preferida: | Inglés | Español | Coreana | Otro | | | |
| Origen étnico: | Hispano | No-Hispano | | | | | |
| Raza (escoja todas que aplican): | Negro/ Afroamericano | Blanco | Hawaiano | Otro Polinesio | Nativo Norteamericano/ Nativo de Alaska | Asiático | Otra: _____ |
| Empleado: | Jornada completa | Media jornada | Autónomo | Sin empleo | Retirado | Militar activo | |
| ¿Es Vd. un estudiante? | Sí | No | | ¿Es Vd. un veterano? | Sí | No | |
| Seguro: | Medicaid | Medicare/ Medicaid QMB | Seguro Privado | No tengo seguro | No tengo seguro para los medicamentos | | |

¿Cómo se enteró de JHC? (marcar):

- Una Experiencia anterior con Johnson Health Center
- Una referencia (de Free Clinic, Social Services, etc.)
- Por palabra de boca (un familiar, amistad)
- Internet (Facebook, website)
- Un evento (una feria de salud o artesanía, etc.)
- Periódico (noticia del día, aviso)
- Televisor

El Garante/La Persona Responsable (Si es distinta que el paciente de arriba)

Nombre: _____ Inicial: _____ Apellido: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Zip: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Relación con el paciente: _____

Email: _____

Teléfono de Casa: _____ Celular: _____ Trabajo: _____

Miembros de la Casa

Por favor haga una lista de todos los miembros de la casa, ponga Vd. mismo también. Incluya las edades, relaciones al solicitante, forma de seguro, y todas las formas del ingreso. (sueldo, cuota alimentaria, pensión por discapacidad, social security, SNAP, etc.)

| Nombre | Edad | Relación | Ingreso | Forma de seguro |
|--------|------|----------|---------|-----------------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Ingreso de Casa

El lugar de empleo: _____

¿Si está desempleado, por cuánto tiempo? _____

¿Cuántas horas por la semana trabaja? _____

¿Cuánto es su salario? _____

Periodo del sueldo: Bisemanal Bimensual Mensual Semanal

¿Alguien en la casa reciben Invalidez, El Seguro Social o El Pensión? (Haga un circulo): Sí No

Si hay más de una sola persona que reciben esos beneficios, por favor, indica _____

Cantidad:

Invalidez _____ Seguro Social _____ Pensión _____

Información Del Seguro Médico Primaria

Seguro: _____ Nombre del asegurado: _____

Fecha del nacimiento del asegurado: _____ Relación al paciente: _____

Número del Grupo: _____ Número de la Póliza: _____ Fecha Efectiva: _____

Información del Seguro Médico Secundario

Seguro: _____ Nombre del asegurado _____

Fecha del nacimiento del asegurado _____ Relación al paciente: _____

Número del Grupo: _____ Número de la Póliza _____ Fecha efectiva: _____

Esposo/a o Información del contacto de Emergencia

Nombre entero: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado _____ Zip: _____

(Teléfono) Casa: _____ Celular: _____ Trabajo _____

AUTORIZACION PARA TRATAMIENTO

 Doy consentimiento a las personas responsables de Johnson Health Center para hacer el
Iniciales tratamiento médico grave, crónico, y/o de urgencia y el cuidado preventivo, el mantenimiento de
 salud, y/o el cuidado mental o conductual que sea necesario medicamente. (Si el paciente
Fecha nombrado al otro lado de esta página sea de la edad menor, un padre o guardián legal tendrá que
firmar este consentimiento médico.)" Un consulto de compartimento de salud" es un miembro del
equipo del cuidado primario que funciona atentamente con su propio médico para reconocer y dar
atención en cuanto a las condiciones médicas que se encuentran con las condiciones emocional y
mentales graves y crónicas. Hay un solo record electrónico de salud entre los miembros del
cuidado primario que se usan para dar atención a su plan del cuidado y esta información de salud
se comportará entre los miembros del cuidado primario.

AUTORIZACION PARA EL PAGO

 Doy autorización para dejar cualquiera de la información médica necesaria para tramitar las
Iniciales reclamaciones del seguro. Doy permiso usar una copia de esta autorización en vez del original.
 Autorizo el Johnson Health Center pedir pago del seguro para los servicios hechos. Pido que el
Fecha Johnson Health Center reciba el pago directamente. Certifico que la información dada sobre mi
seguro y mi información personal es correcta. Entiendo que las reclamaciones harán
electrónicamente por un portal del internet seguro. Entiendo que soy responsable para cualquier
saldo que el seguro no paga.

AUTORIZACION PARA DEJAR UN MENSAJE

 Está de acuerdo que al no poder contactarle, podemos dejarle un mensaje por teléfono que
Iniciales contiene información médica ¿ **Sí** **No**
Si responde que sí, ¿Cual teléfono podemos dejar mensajes? **_CASA** **_CELULAR** **_TRABAJO**

Fecha

NOTICIA DE PRACTICA DE SEGURIDAD

 Recibí y leí la noticia de la práctica de seguridad del Johnson Health Center.
Iniciales

Fecha

LOS DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DEL PACIENTE

 Recibí una copia de los derechos y responsabilidades del paciente y tuve la oportunidad de hacer
Iniciales preguntas.

Fecha

LA POLITICA DE LA MEDICACION

 Entiendo que el Johnson Health Center hará acceso al programa de vigilar las prescripciones en
Iniciales Virginia para verificar el uso de la medicamento y evitar las interacciones médicas.

Fecha

Fecha: _____

_____ *firma del Paciente (Padre/Guardián si es menor)*

(Esta forma será utilizada en cuanto es necesaria. Vd. puede revocar o cambia cualquiera de sus
consentimientos cuando quiera.)

¿Qué es el Precios Reducido de JHC?

Al ser un Centro de Salud con Cualificación Federal, Johnson Health Center no discrimina por la habilidad del paciente para pagar. JHC ofrece a todos los pacientes la oportunidad de aplicar para el programa del Precio Reducido.

La elegibilidad para el Precio Reducido se comprueba usando el tamaño de la familia, el ingreso de la casa, y las guías federales para determinar los índices de pobreza según actualiza anualmente por de Departament of Health & Human Services. Los Niveles de Pobreza Federal se determinan anualmente como parte de Las Guías Federales de Pobreza

El Descargo de Información del Precio Reducido

Yo, el firmante de abajo, atestiguo a la exactitud y la verdad de la información proveo en esta solicitud para servicios. El personal de Johnson Health Center puede confirmar todo la información entregada.

Autorizo el descargo de la información a la Programa de Asistencia de Medicamentos de Johnson Health Center y el compartir la información de mi aplicación a otras agencias, empresas farmacéuticas y proveedores médicos.

Autorizo el personal de Johnson Health Center que firme en mi beneficio los documentos necesarios para obtener acceso a mis recetas médicas.

Comprendo que algún cambio en los ingresos y familiar tengo que informar al Coordinador del Precio Reducido tan pronto como es posible. Avisaré de cualquier cambio en dirección y número telefónico.

Comprendo que es responsabilidad mía proveer la documentación y poner al día la solicitud cada año o aparte de eso, si considera necesario, para continuar como un paciente activo de Johnson Health Center y los agencias participando.

Yo, el firmante de abajo, atestiguo la información proveído como parte de la solicitud de Precio Reducido de Johnson Health Center es verdadero y exacto. Si la información es decidido ser falsa y engañosa, comprendo que Johnson Health Center tiene el derecho de discontinuar el Precio Reducido y tendré que pagar el honorario total.

Este descargo caduca en un ano.

Nombre: _____

Firma: _____

Fecha: _____

El Programa De Asistencia de Medicamentos (MAP)

El MAP fue diseñado con el propósito de ayudar los sin seguro de medicamentos que necesitan asistencia con sus medicamentos de mantenimiento. El personal JHC actúa con las compañías farmacéuticas para obtener los medicamentos para el paciente. Hay un pago de \$5.00 para cada medicamento recibido y se puede pagar en pago efectivo, talón, o tarjeta de crédito. Hay que hacer una aplicación para cada medicamento. Hay que firmar por paciente la aplicación con la compañía farmacéutica apropiada. **Puede tardar 4–6 semanas para empezar a recibir sus medicamentos.** Al tener preguntas del MAP, llama el Coordinador de MAP (434–947–5967 ext 1243 o después de su cita con su médico pide hablar con Kelly McConnell.

Lista de Verificación

Para terminar la aplicación, hay que entregar TODA documentación del ingreso. Todas las documentaciones tienen que ser del año actual. Se puede incluir, pero se limita, a las siguientes cosas que le pueden pertenecer:

- Los talones del mes pasado: hay que ser seguidos y de un mes entero
- Los impuestos 1040 del año corriente o “Schedule C” al ser autónomo.
- 4506T si no paga impuestos
- Documentación para la pensión alimenticia
- La carta del premio del subsidio por incapacidad laboral
- La carta del premio de jubilación o pensión
- La carta del premio de TANF
- La carta del premio de SNAP (vales de comida)
- Una carta de ayuda

This Page for Office Use Only

Family Size: _____

Income: _____

After examination of this applicant's family size, situation, and financial information, it is my decision that this application is:

Approved at the rate of:

A

B

C

D

Approved for OB Prenatal with a total cost of _____

For children under age 18; ineligible for Medicaid:

Does not meet citizenship or immigration status requirements

Other: _____

Denied, Reason: _____

For the Following Program(s):

Adult Medical Services

Pediatric Medical Services

OB/Prenatal/Gyn Services

Dental Services

Behavioral Health Services

Medication Assistance Program (MAP)

This status shall remain in effect from _____ to _____ unless otherwise noted, at which time the applicant's financial situation will be reviewed to evaluate eligibility and classification.

Comments:

Reduced Fee Coordinator

Date

This Page for Office Use Only

Page 1

Patient Information

Comments:

Guarantor/Responsible Party

Comments:

Page 2

Members of the Household

Comments:

Household Income

Comments:

Primary Medical Insurance Information

Comments:

Secondary Medical Insurance Information

Comments:

Emergency Contact

Page 3

Authorization for Treatment

Patient Declined

Authorization for Payment

Patient Declined

The patient made aware that declination means the he/she will receive a bill for all services provided?

Yes or No

Authorization to Leave Messages

Patient Declined

Notice of Privacy Practices

Patient Declined

Patient Rights & Responsibilities

Patient Declined

Pages 4 & 5

Reduced Fee Release of Information & Reduced Fee

Comments:
