CHRIST COMMUNITY HEALTH

Proclamar a Jesucristo como Señor y demostrar Su amor
al proveer cuidados de salud de calidad a un precio accesible.

Bienvenidos a Christ Community,

Gracias por elegirnos como su centro de atención de salud y confiarnos su cuidado. Nuestro objetivo es proporcionar el cuidado de la más alta calidad, y con la mayor comprensión a nuestros pacientes.

Para asegurarnos que su primera visita se desarrolle sin problemas, y poder dedicarle el mayor tiempo posible, por favor complete los formularios adjuntos antes de venir a su cita y tráigalos con usted.

Por favor llegue 30 minutos antes a su cita para registrarse en el área de recepción. Debe traer consigo una identificación con su foto. Aceptamos licencias de conducir, identificación emitidas por el estado o pasaportes como identificaciones válidas para su registro. Una identificación apropiada del paciente protege su seguridad y privacidad.

Si tiene seguro de salud, favor traer consigo su tarjeta. Necesitaremos una copia de la misma para asegurarnos de poder facturar a su compañía de seguros.

Hemos adjuntado también una aplicación para nuestro programa de descuento. Puede aplicar para ayudar a reducir el monto a pagar por cada visita. Por favor complete este formulario antes de venir a su cita y asegúrese de traer consigo los documentos de prueba de ingreso para así poder determinar si puede ser aprobado y recibir nuestros descuentos. Puede aplicar para este programa si no tiene seguro de salud o si necesita ayuda con el pago del monto del deducible de su seguro de salud.

Por favor asegúrese de traer sus medicamentos ya sean con prescripción o de venta libre con usted el día de su visita.

Si por alguna razón no puede llegar a su cita o necesita cancelarla, comuníquese con nosotros al menos 24 horas antes de su la fecha.

Nuevamente le agradecemos que nos haya elegido como su centro de salud primario. Esperamos verlos pronto y bríndales nuestros servicios.

Atentamente,

El equipo de Christ Community

Información del paciente

Nombre del paciente	Apellido	Primer nombre	Inicial del Segundo nombre	Fecha de nacimiento

Dirección del hogar	# de casa	Calle	# de apto.	Ciudad	Estado	Código postal

Dirección postal	# de casa	Calle	# de apto.	Ciudad	Estado	Código postal

☐ Marque esta casilla y deje la dirección postal en blanco si es la misma que la dirección de su hogar.

Correo electrónico	¿Podemos contractarle via correo electrónico? (marque uno)	Si | No

Teléfono de la residencia	¿Podemos dejar un mensaje de voz? (marque uno)	Si | No
( ) -		

Número de teléfono celular	¿Podemos dejar un mensaje de voz? (marque uno)	Si | No
( ) -	¿Podemos mandar un mensaje de texto? (marque uno)	Si | No

Número de teléfono del trabajo	¿Podemos dejar un mensaje de voz? (marque uno)	Si | No
( ) -		

Sexo: Femenino | Masculino	**Número de seguro social:** - -

Nombre de la farmacia:

Información del seguro (Por favor copie esta información de su tarjeta de seguro)

☐ Marque esta casilla si el paciente no tiene seguro de salud

Seguro primario

Asegurador (Compañía)	**ID del grupo**	**Copago por visita de oficina**
		$

Nombre del titular del seguro	**Fecha de nacimiento del titular**

ID del asegurado (para el paciente)	**Relación del titular con el paciente** (marque uno) El mismo/ella misma | Esposo/a | Compañero/a | Hijo/a | Otro _____

Seguro secundario

Asegurador (Compañía)	**ID del grupo**	**Copago por visita de oficina**
		$

Nombre del titular del seguro	**Fecha de nacimiento del titular**

ID del asegurado (para el paciente)	**Relación del titular con el paciente** (marque uno) El mismo/ella misma | Esposo/a | Compañero/a | Hijo/a | Otro _____

Información del paciente (página 2)

Persona responsable

☐ Yo soy el paciente (Usted puede omitir esta sección; vaya a la sección de información adicional)

Si usted es el padre/ guardián legal o de alguna manera el responsable de autorizar el cuidado y pagar las cuentas del paciente nombrado arriba, por favor escriba su nombre e información de contacto abajo.

El paciente es mi (marque uno): Esposo/a | Compañero/a | Hijo/a | Otro _____

Nombre	Apellido	Primer nombre	Fecha de nacimiento	Número de seguro social

Dirección de correo	# de casa	Calle	# de apto.	Ciudad	Estado	Código postal

Correo electrónico

Información adicional del PACIENTE

Por favor marque una opción para cada una de las preguntas abajo. A nosotros se nos exige hacer estas preguntas, pero usted puede omitir cualquier pregunta que no se sienta cómodo/a respondiendo.

¿Estado marital? Soltero/a | Casado/a | Unión libre | | Divorciado/a | Separado legalmente

¿Situación de empleo? Tiempo completo | Medio tiempo | No tiene empleo |Trabajador autónomo| Retirado | Militar activo | Estudiante

¿Raza? Indio Americano/Nativo de Alaska | Asiático| Nativo de Hawái /Isleño del pacífico | Negro/Afro Americano | Blanco/Caucásico

¿Etnia? Hispano/Latino | No Hispano/Latino **¿Lenguaje primario?** Ingles | Español | Otro_____

¿Necesita los servicios de un interprete? Si | No

¿Es usted un veterano? Si | No

¿Es su residencia parte del programa de "*public housing*"? Si | No **Si respondió "si", ¿De cuál proyecto/urbanización?** _____

¿Es usted una persona sin hogar? Si | No **Si respondió "si", ¿cuál es su condición?** Vive en la calle | Vive con amigos/otros

Hogar de transición | Refugio _____

¿Es su empleo principal en agricultura o en un trabajo por temporada (Trabajador en agricultura por temporada)? Si | No

¿Usted se muda(migra) durante el año por trabajo en agricultura (*Migratory Agricultural Worker*)? Si | No

¿Orientación sexual? Heterosexual | Lesbiana o Gay | Bisexual | Otro | No sé| Prefiero no responder

¿Identidad sexual? Masculino | Femenino | Trans-género/Femenino-a-Masculino | Trans-género/Masculino-a-Femenino | Otro | Prefiero no responder

Reconocimientos:

1) Yo doy mi consentimiento voluntariamente para recibir servicios en *Christ Community Health Services Augusta* (**CCHSA** siglas en ingles). Yo doy permiso a todos los proveedores de CCHSA de usar los procedimientos de diagnóstico y tratamiento que ellos consideren necesarios para el manejo y tratamiento apropiado médico/dental.
2) Yo asigno a CCHSA el pago de las reclamaciones en mi representación. Entiendo que algunos de los servicios que yo reciba puede que no estén cubiertos por mi administrador/tercero de reembolsos/pagos (*Medicare, Medicaid,* otro seguro), Y que yo soy responsable por pagar estas cantidades.
3) Yo entiendo que la totalidad del pago se espera antes de que yo reciba servicios en CCHSA. Esto incluye el pago de todas las cuentas de servicios, co-pagos y/o cantidades de coaseguro, con los descuentos basados en mi elegibilidad de descuentos de tarifas.
4) Yo entiendo que CCHSA no va a dar recetas médicas para narcóticos en la primera cita de un paciente. Yo también entiendo que los proveedores de CCHSA no garantizan la continuidad en recetas médicas de narcóticos.
5) Yo entiendo que CCHSA puede retirarme sus servicios como paciente con causa justificada, o si yo no uso los servicios de un proveedor de CCHSA en un periodo de tiempo de 3 años.

Yo confirmo que toda la información proporcionada en este formulario de información del paciente es verdadera y precisa a mi leal saber y entender.

_____ _____ _____

Firma del paciente o padre/madre/el guardián legal NOMBRE EN LETRA IMPRENTA del paciente o padre/madre/el guardián legal Fecha

Protección de informacion de salud – Adultos

Nombre del paciente	Apellido	Primer Nombre	Inicial del segundo nombre	Fecha de nacimiento

A *Christ Community Health Services Augusta (**CCHSA**- siglas en ingles)* se le permite compartir la información protegida de salud del paciente (**PHI**- siglas en ingles) solamente con las personas que usted escriba abajo. Esta información (PHI) incluye pero no está limitada al historial de salud del paciente, listas de medicamentos y resultados de exámenes de laboratorio. Estas personas también van a tener permiso para recoger las recetas médicas/medicamentos del paciente.

ACCESO AUTORIZADO A LA INFORMACION DEL PACIENTE (PHI)

Nombre completo	Fecha de nacimiento	Numero(s) de teléfono	Relación con el paciente	¿Podemos dejar mensajes en el teléfono de esta persona?
				Si | No
				Si | No
				Si | No
				Si | No

CONTACTO DE EMERGENCIA

Escribir a alguien aquí, dá permiso de tener acceso a la información del paciente (PHI) sólo si es necesario en caso de una emergencia

Nombre completo	Fecha de nacimiento	Numero(s) de teléfono	Relación con el paciente	¿Podemos dejar mensajes en el teléfono de esta persona?
				Si | No

CCHSA usa *Health Information Exchanges* (**HIEs** – siglas en ingles) para compartir información (PHI) con otras oficinas médicas, hospitales, farmacias etc. HIEs hace que todos los proveedores de salud tengan acceso a su información de salud de una manera más fácil y rápida para que así ellos le puedan dar a usted el mejor cuidado posible. Sólo a los participantes en la red de HIEs que sean importantes para el cuidado del paciente se les permite compartir y observar la información (PHI) del paciente por medio de HIEs.

Usted tiene derecho a pedir que nosotros no compartamos su información (PHI) por medio de HIEs. El hecho de que usted participe o no, no va a afectar su acceso a los servicios de CCHSA. Si usted no quiere que su información (PHI) sea compartida por medio de HIEs, por favor marque esta casilla.

☐ Declinar

Reconocimientos:

1) Me han dado la oportunidad de revisar el Anuncio de prácticas de privacidad.
2) Yo doy permiso para que CCHSA use y comparta la información del paciente (PHI) con los terceros necesarios para el pago por tratamiento y por operaciones generales de cuidado de salud.
3) Yo doy permiso para que CCHSA comparta la información del paciente (PHI) y que entregue las recetas/medicamentos del paciente a cada una de las personas listadas en la tablilla de **"**ACCESO AUTORIZADO A LA INFORMACION DEL PACIENTE (PHI)" arriba. Yo tengo el derecho legal de dar esta autoridad a las personas listadas en este formulario.
4) Yo entiendo que tengo el derecho de restringir la forma como CCHSA comparte la información (PHI) y que yo puedo cancelar este permiso en cualquier momento.

_____	_____	_____
FIRMA del paciente o del representante	Nombre en letra de imprenta del paciente o del representante	Fecha

Porque tanto amó Dios al mundo que dio a su Hijo unigénito, para que todo el que crea en él no se pierda, sino que tenga vida eterna.

Juan 3:16

Solicitud de Descuentos de Cargos de Facturación

NOMBRE: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____

DIRECCIÓN: _____

CIUDAD: _____ESTADO: _____ CÓDIGO POSTAL: _____

NÚMERO DE TELÉFONO: _____ NÚMERO DE CUENTA: _____

ESCRIBA LOS NOMBRES DEL ESPOSO/A Y HIJOS MENORES DE 18 ANOS, RECLAMADOS POR LOS IMPUESTOS, QUE VIVEN EN EL HOGAR Y SUS FECHAS DE NACIMIENTO

NOMBRE	RELACIÓN DEL PACIENTE	FECHA DE NACIMIENTO	INGRESO BRUTO MENSUAL

1. SI NO HAY INGRESOS DE UN TRABAJO, CÓMO SE APOYA? _____-_____
2. USTED TIENE SEGURO MÉDICO? ☐ NO ☐ SI
3. SE LE OFRECE USTED O SU ESPOSO/A SEGURO MÉDICO A TRAVÉS DE UN EMPLEADOR? ☐ NO ☐ SI
4. USTED/ SUS HIJOS TIENEN MEDICAID EN GA O SC O HAN TENIDO MEDICAID EN OTRO ESTADO? ☐ NO ☐ SI
5. USTED O UN MIEMBRO DE SU HOGAR TIENE UN RECLAMO PENDIENTE DE AUTOMÓVIL, COMPENSACIÓN DEL TRABAJADOR, O LESIÓNES PERSONALES? ☐ NO ☐ SI
6. PERDIÓ UN MIEMBRO DE SU HOGAR: TRABAJO, INGRESOS, SEGURO MÉDICO, SE MUDÓ, SE CASÓ, SE DIVORCIÓ EN LOS 60 DIAS ANTERIORES? ☐ NO ☐ SI
7. UN MIEMBRO DE SU HOGAR ESTA EMBARAZADA O NECESITA WIC? ☐

Deberá proporcionar verificación de ingresos para cada miembro del hogar. Marque todos los ingresos que correspondan

☐ EMPLEO= **(4)** SEMANAL, **(2)** QUICENAL **(1)** MENSUAL
TALONES DE PAGO, CARTA DEL EMPLEADOR CON INFORMACIÓN DE CONTACTO

☐ DISEMPLEO /COMPENSACIÓN DE TRABAJADORES = CARTA DE BENEFICIO

☐ SEGURO SOCIAL/SSI= CARTA DE BENEFICIO

☐ PENSIÓN, BENEFICIOS POR DISCAPACIDAD, BENEFICIOS PARA VETERANOS = CARTA DE BENEFICIOS

☐ TRABAJOS OCASIONALES POR SU CUENTA PROPIA = DECLARACIÓN DE TRABAJO POR SU CUENTA, CARTA DE APOYO DE FAMILIARES O AMIGOS

☐ TRABAJO POR SU CUENTA = DECLARACIÓN DE IMPUESTOS COMPLETA INCLUYENDO EL HORARIO C

☐ MANTENCIÓN DE LOS HIJOS = INVOLUNTARIA O VOLUNTARIA= ORDEN DE LA CORTE O CARTA DEL PADRE AUSENTE

☐ MANTENCIÓN DE LOS ESPOSOS = ORDEN DE LA CORTE O CARTA DEL ESPOSO/A AUSENTE

☐ OTROS INGRESOS= DIVIDENDOS, INTERESES, INGRESOS POR ALQUILER = EXTRACTO DE CUENTA DEL BANCO MÁS RECIENTE DENTRO DE LOS 30 DÍAS ANTERIORES A LA SOLICITUD

☐ SIN INGRESOS/ VIVIENDO DE LOS AHORROS = EXTRACTO DE CUENTA DEL BANCO MÁS RECIENTE DENTRO DE LOS 30 DÍAS ANTERIORES A LA SOLICITUD

He leído y comprendo la "descripción general" de los requisitos para descuento de cargos de facturación, y acepto seguir sus requisitos. **Entiendo que debo proporcionar los documentos de prueba de ingresos necesarios para calificar para los descuentos de cargos de facturación. Notificaré a Christ Community Health Services lo más pronto posible, si cambia el tamaño o los ingresos de mi hogar/familia**. Según la información compartida en esta solicitud y la evaluación realizada por los empleados de CCHSA, **acepto pagar el pago con descuento que se me exige para cada visita.** Entiendo que el pago de descuento que debo pagar puede ser diferente dependiendo del tipo de servicios que estoy recibiendo. Entiendo que se me puede solicitar que pague pagos adicionales por ciertas pruebas de laboratorio, suministros/equipos o por servicios dentales que no se consideren "básicos", y que estos montos se discutirán conmigo antes de recibir los servicios. Afirmo que toda la información provista en esta Solicitud de descuento de cargos es verdadera y precisa según mi leal saber y entender. Doy el permiso apropiado a los empleadores de CCHSA a investigar cualquier información proporcionada en esta solicitud. Entiendo que proporcionar información falsa hará que ya no sea elegible para los descuentos de cargos de facturación.

_____ _____

FIRMA FECHA

For Office Use Only:

ANNUAL INCOME: _____

HOUSEHOLD SIZE: _____

PROCESSED BY: _____ DATE: _____

COMMENTS:

Reconocimiento de la Política “No-Show”

Sus proveedores de atención médica desean asegurarse de que usted y otros residentes del área tengan acceso a atención médica y dental de alta calidad cuando la necesite. Para garantizar el máximo acceso a la atención de todos nuestros pacientes, tenga en cuenta y siga la siguiente Política de citas programadas /” No-Show” (Cita Canceladas sin Aviso Previo/Cita Perdida).

Mantener citas programadas y llegar temprano

Haremos todo lo posible para recordarle su próxima cita médica o dental por teléfono, correo postal o correo electrónico. Sin embargo, es *su responsabilidad recordar la fecha y hora de su cita*.

Debe llegar 15-30 minutos *antes* de su cita programada. Si no puede asistir o cree que va a llegar tarde a su cita programada, háganoslo saber *lo antes posible*. Si tiene dificultades para encontrar transporte, háganoslo saber. Podríamos conectarlo con recursos que puedan ayudarlo.

¿Qué se considera un "No-Show"?

- Si llega más de 15 minutos después de su cita programada, o
- Si no llama para cancelar o reprogramar su cita *antes de las 3 pm el día antes de su cita*.

¿Qué sucede cuando "No-Show" mi cita?

Cuando no asiste a su cita, usted toma una cita de alguien que podría haberla utilizado. **Debido a que hay muchas personas en nuestra comunidad que no tienen acceso a servicios médicos y dentales de calidad, los "No-Shows" se toman muy en serio.**

Nuevos Pacientes:
Si no se presenta a su primera cita médica, es posible que tenga una oportunidad más para programar una cita. Si no se presenta esa cita, no se le permitirá programar otra cita por un año.

Si no presenta su primera cita dental, no se le permitirá programar citas futuras. Es posible que se lo incluya en la lista de citas del mismo día a discreción del personal dental apropiado.

Pacientes Establecidos:
Si no se presentan 2 o más citas en un período de 12 meses, puede perder su privilegio de programar citas en el futuro. Dependiendo de la situación, su proveedor médico o dental puede permitirle seguir haciendo citas. Estas citas pueden ser citas del “mismo día”. Si demuestra que puede asistir a las citas con regularidad, es posible que se le permita hacer citas regulares nuevamente.

A los pacientes menores de 18 años se les puede otorgar una excepción a la Política de No Show a discreción de un proveedor médico o dental.

Entiendo y acepto cumplir con esta Política de “No-Show”.

_____ _____

Firma del Paciente/Padre o Tutor del Paciente Fecha