



Información del Paciente:				
Primer Nombre:		Apellido:	Segundo Nombre:	Primer Nombre Usado:
Dirección de Domicilio:		# de Apt	Ciudad	Estado: Código Postal:
Dirección de Correspondencia: <input type="checkbox"/> Igual a la Dirección de Domicilio				
Teléfono de Casa:		Teléfono Celular:		Teléfono de Trabajo:
<input type="checkbox"/> Ninguno		<input type="checkbox"/> Teléfono Celular es el Teléfono de Casa		
# de Seguro Social:	Fecha de Nacimiento:	Sexo al Nacer:	Sexo Legal:	Ocupación:
		<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	
Estado Laboral:	Empleador o Distrito Escolar para Estudiante:		Empleador o Dirección de Distrito Escolar:	
<input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Jubilado <input type="checkbox"/> Desempleado				
Estado Civil:			Nombre de Soltera de la Madre:	
<input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Pareja				
Nombre del Contacto de Emergencia:		# de Teléfono del Contacto de Emergencia:	Relación del Paciente:	
Nombre del Guardian o Padre de Paciente: <input type="checkbox"/> N/A			Agencia de Padres de Paciente: <input type="checkbox"/> N/A	
Correo Electrónico:			Farmacia y Ubicación Preferida:	
El Centro de Salud Familiar de North Country, como Centro de Salud Federalmente Calificado, DEBE pedirle que Complete las Sigüientes Preguntas (POR FAVOR LLENE TODAS LAS SECCIONES A CONTINUACIÓN):				
Idioma Preferido que Habla el Paciente:				
<input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Chino <input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> Lenguaje de señas <input type="checkbox"/> Otro: _____				
Se Necesita Ayuda Para la Traducción: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No				
Raza:			Etnia:	
<input type="checkbox"/> Indio Americano/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Negro o Afroamericano <input type="checkbox"/> Nativo de Hawai u Otras Islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Otra Raza			<input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> No-Hispanos/Latino	
Tamaño del Hogar e Ingresos (Para los Niños Introducir Información Familiar):				
Número de Personas en el Hogar: _____ Ingresos \$ _____ <input type="checkbox"/> Semana <input type="checkbox"/> Mes <input type="checkbox"/> Año				
Situación de Hospicio del Paciente (Lugar Donde Durmió el Paciente la Noche Anterior):				
<input type="checkbox"/> En Casa/Apartamento/Casa Grupal <input type="checkbox"/> Refugio <input type="checkbox"/> Carro <input type="checkbox"/> Calle <input type="checkbox"/> Con un Amigo/Pariente				
Situación de Trabajo Agrícola Migratorio/Estacional del Paciente:				
El Paciente Es <u>o</u> Es un Dependiente de un Trabajador Estacional o Migratorio <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si				
¿Con Qué Sexo Se Identifica?:				
<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Hombre Transgénero/Mujer a Hombre <input type="checkbox"/> Mujer Transgénero/Hombre a Mujer <input type="checkbox"/> No Conforme a Género (no exclusivamente hombre ni mujer) <input type="checkbox"/> Categoría de Género Adicional /otra, por favor especifique: _____ <input type="checkbox"/> Optar por No Divulgar				
Preferencia Sexual/Cómo se Considera a Sí Mismo:				
<input type="checkbox"/> Heterosexual <input type="checkbox"/> Gay/Lesbiana/homosexual <input type="checkbox"/> Bisexual <input type="checkbox"/> Algo Más <input type="checkbox"/> No Sé <input type="checkbox"/> Opta por No Divulgar				
Pronombres Preferidos: <input type="checkbox"/> Él <input type="checkbox"/> Ella <input type="checkbox"/> Elle <input type="checkbox"/> Opta por No Divulgar			Es usted un Veterano?: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Menor de 18	

Información del Paciente

Información Adicional

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Información Sobre la Persona Responsable - Persona Responsable del Pago de la Cuenta del Paciente:		
Primer Nombre: <input type="checkbox"/> Igual al Paciente	Segundo Nombre:	Apellido:
Fecha de Nacimiento:	# de Seguro Social:	Teléfono: <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Casa
Dirección de la Persona Responsable: <input type="checkbox"/> Igual al Paciente		
Ciudad/Estado/Código Postal:	Relación al Paciente: <input type="checkbox"/> Sí Mismo <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Guardian* <input type="checkbox"/> Padre con Custodia* <input type="checkbox"/> Padre de Acogida* *Prueba de estado legal requerida	
Seguro Médico Primario		Seguro Dental
<input type="checkbox"/> No Tengo Seguro <i>Médico</i> <input type="checkbox"/> Deseo Solicitar Una <i>Tarifa Reducida</i> <input type="checkbox"/> Tengo Seguro <i>Médico</i>		<input type="checkbox"/> No Tengo Seguro <i>Dental</i> <input type="checkbox"/> Deseo Solicitar Una <i>Tarifa Reducida</i> <input type="checkbox"/> Tengo Seguro <i>Dental</i>
Nombre de la Compañía de Seguros:		Nombre de la Compañía de Seguros:
# de Póliza Médica:		# de Póliza Dental:
Dirección de Facturación de la Compañía de Seguros:		Dirección de Facturación de la Compañía de Seguros:
Nombre y Fecha de Nacimiento del Titular de la Póliza:		Nombre y Fecha de Nacimiento del Titular de la Póliza:
Número de Seguro Social del Titular de la Póliza:		Número de Seguro Social del Titular de la Póliza:
<input type="checkbox"/> Tengo un Seguro <i>Médico</i> Adicional:		<input type="checkbox"/> Tengo un Seguro <i>Dental</i> Adicional:
Nombre de la Compañía de Seguros Adicional:		Nombre de la Compañía de Seguros Adicional:
Declaración de Derechos del Paciente		
¿Desea recibir una copia de la Declaración de Derechos del Paciente?: <input type="checkbox"/> Sí, y se me ha proporcionado una copia. <input type="checkbox"/> No, pero me han ofrecido información impresa y he tenido la oportunidad de hacer preguntas.		
Apoderado Legal de Salud		
Un Apoderado Legal de Salud otorga a otra persona el poder de tomar decisiones médicas por usted cuando usted no pueda hablar por sí mismo. ¿Tiene usted un Apoderado Legal de Salud? <input type="checkbox"/> Sí, y se ha proporcionado una copia al Centro de Salud Familiar de North Country. <input type="checkbox"/> Sí, pero en este momento no disponemos de una copia. <input type="checkbox"/> No, pero me han ofrecido información impresa relacionada a un Apoderado Legal de Salud y he tenido la oportunidad de hacer preguntas.		
Directiva Anticipada		
Las Directivas Anticipadas son instrucciones escritas sobre cómo debe prestarse la asistencia de salud en caso de que y cuando un adulto no pueda tomar sus propias decisiones (ejemplos de Directivas Anticipadas: MOLST, No Resucitar, Testamento Vital y/o Poder Notarial Médico). ¿Tiene usted una Directiva Anticipada? <input type="checkbox"/> Sí, y se ha proporcionado una copia al Centro de Salud Familiar de North Country. <input type="checkbox"/> Sí, pero en este momento no disponemos de una copia. <input type="checkbox"/> No, pero me han ofrecido información impresa relacionada a las Directiva Anticipadas y he tenido la oportunidad de hacer preguntas.		

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Autorización de Divulgación a Familiares u Otras Personas

Consentimiento Adulto (Edad de 18 y Mayor)

Usted puede autorizar al Centro de Salud Familiar North Country (NCFHC, por sus siglas en inglés) para divulgar su información de salud protegida a familiares o a otros individuos para asistir a la coordinación de su atención.

- No**, no doy permiso al NCFHC para que divulgue mi información de salud protegida a familiares u otras personas para que me ayuden a coordinar mi atención médica.
- Sí**, doy permiso al NCFHC para divulgar mi información de salud protegida a familiares o a otros individuos indicados a continuación con el fin de ayudar en la coordinación de mi atención. Este permiso es válido por un año a partir de la fecha de la firma a menos que sea revocado o cambiado por escrito antes de la expiración.

O

Consentimiento Pediátrico (Edad de 17 o Menor)

Consentimiento No-Paterno: En el caso de pacientes pediátricos, de 17 años o menos, puede designar a otra persona para que asista a las visitas y autorice las decisiones de tratamiento.

- No**, no doy mi consentimiento para que otro adulto asista, dé su consentimiento y tome decisiones de tratamiento en mi ausencia.
- Sí**, si no puedo asistir a las citas de mi hijo(a), doy mi consentimiento para que el(los) siguiente(s) adulto(s) asista(n) y dé(n) su consentimiento para la atención médica/dental/conductual y para que tome(n) decisiones del tratamiento de mi hijo(a) en mi ausencia. Entiendo que cuando designo a otra persona para autorizar una decisión de tratamiento, el NCFHC puede divulgar información de salud protegida a la(s) persona(s) autorizada(s).

Nombre del(os) Individuo(s):	Relación al Paciente:

Política Financiera/Divulgación de Datos de Facturación/Asignación de Beneficios:

El NCFHC atiende a todos los pacientes, estén o no cubiertos por un seguro. Cuando usted utiliza nuestros servicios, usted será responsable del costo de los mismos. Si usted tiene seguro: Usted es responsable de entender las limitaciones de la cobertura de su seguro y es responsable de cualquier copago, costo compartido y deducibles, o servicios no cubiertos en el momento en que se presta el servicio. Como cortesía, facturaremos a su seguro por usted. Si se solicita, hay planes de pago disponibles. Ofrecemos una escala de tarifa móvil, que ofrece un descuento en nuestros servicios, a todos los pacientes en función del tamaño del hogar y los ingresos. Usted puede solicitar este Programa en el escritorio frontal. También podemos ayudarle a obtener cobertura de seguro. Autorizo al NCFHC y a sus representantes a divulgar cualquier información que obtengan, incluida la información médica, a mi compañía de seguros o a sus representantes para procesar las reclamaciones de pago. Según corresponda, autorizo a mi proveedor de seguros a pagar a NCFHC por los servicios prestados.

Consentimiento para el Tratamiento:

- Autorizo a NCFHC para llevar a cabo cualquier diagnóstico o exámenes de rutina, pruebas y procedimientos para obtener especímenes y para proporcionar cualquier medicamento, tratamiento o terapia según sea necesario ahora o en futuras visitas.
- Entiendo que los especímenes pueden ser enviados a un centro externo para su procesamiento. Este servicio puede tener un costo adicional.

Aviso de Privacidad:

- Se me ha dado la oportunidad de revisar o recibir una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad del NCFHC, el cual describe cómo NCFHC puede usar y divulgar mi información de salud protegida de acuerdo con las leyes estatales y federales aplicables. Entiendo que NCFHC puede solicitar y utilizar mi historial de medicamentos recetados de otros proveedores de atención médica y/o terceros pagadores de beneficios farmacéuticos para fines de tratamiento.
- Entiendo que tengo derecho a recibir una copia de mi información médica o a solicitar restricciones en el uso de mi información de salud protegida.
- Entiendo que el NCFHC puede contratar a socios comerciales para ayudar en la coordinación de mi atención, incluyendo cobertura telefónica fuera de horario y servicio de recordatorio de llamadas. Entiendo que estas llamadas pueden ser grabadas para mejorar el servicio al cliente y la atención al paciente.
- Entiendo que el NCFHC puede usar cartas, llamadas recordatorias, mensajes de texto o correspondencia aseguradas por correo electrónico para comunicarse conmigo con respecto a mi atención. Autorizo a NCFHC a comunicarse conmigo a través de estos métodos.

Telesalud:

El NCFHC ofrece a sus pacientes servicios de telesalud como un método para ampliar el acceso a la atención. Entiendo que se me puede ofrecer una cita de telesalud en el NCFHC. Doy mi consentimiento para recibir servicios a través del equipo de telesalud del NCFHC y entiendo y/o estoy de acuerdo con lo siguiente:

- Entiendo que tengo derecho a negarme a participar en los servicios prestados a través de la telesalud en cualquier momento informando a cualquier miembro del personal del NCFHC.
- Puedo solicitar en cualquier momento una cita en persona con otro profesional de atención médica de NCFHC.
- Entiendo que si selecciono otro proveedor, podría haber un retraso en el servicio y la posible necesidad de viajar para una visita cara a cara.
- Entiendo que participar en una visita de telesalud frente a una visita presencial puede tener desventajas.
- Entiendo que el profesional de salud que realice el servicio no estará físicamente en la misma habitación que yo y realizará

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

el servicio en un lugar diferente, por lo tanto, si algunas partes de mi atención y tratamiento requieren un examen físico que puede ser realizado por otros proveedores de NCFHC y el personal bajo la dirección de mi proveedor de atención de salud por telesalud o puede que tenga que ser re-programado para una visita cara a cara que podría resultar en un retraso en el servicio y la posible necesidad de viajar para la visita cara a cara.

- Entiendo que mi visita se llevará a cabo a través de la tecnología y NCFHC no puede garantizar la tecnología siempre funcionará.
- Entiendo que si se produce un fallo en el equipo es posible que se me tenga que volver a citar para una visita cara a cara.
- Entiendo que NCFHC utiliza software cifrado que cumple con HIPAA para conducir sus servicios de telesalud.
- Entiendo que debo utilizar un Internet que sea privado y seguro.
- Entiendo que durante la visita debo estar en un lugar privado, para que otras personas no puedan oírme.
- Entiendo que tengo derecho a hacer preguntas sobre el equipo de telesalud, la tecnología, etc. en cualquier momento.
- Entiendo que se me informará y se me dará a conocer: el papel del proveedor de telesalud en el lugar distante, así como el personal profesional cualificado en la ubicación de NCFHC que va a ser responsable del seguimiento o de la atención continua; y la ubicación del lugar distante.
- Comprendo que tengo derecho a disponer inmediatamente de personal debidamente formado mientras recibo servicios en persona para atender emergencias u otras necesidades. Entiendo que esto no es posible si realizo una visita de telesalud desde mi lugar de residencia ubicado dentro del estado de Nueva York u otra ubicación temporal dentro o fuera del estado de Nueva York.
- Entiendo que tengo derecho a ser informado de todas las partes que estarán presentes en cada extremo de la transmisión de telesalud; y doy mi consentimiento para tener personal NCFHC en la sala de examen para operar el equipo de telesalud, si es necesario.

Consentimiento de Sistema de Información de Inmunización del Estado de Nueva York (NYSIIS, por sus siglas en Inglés):

- Autorizo al NCFHC a divulgar mi(s) inmunización(es) e información de identificación al NYSIIS; la participación en el NYSIIS para personas mayores de 19 años es voluntaria.
- Entiendo que el propósito de NYSIIS es ayudar en mi atención médica y registrar las vacunas que he recibido o recibiré en el futuro.
- Entiendo que la información sobre mi inmunización puede ser utilizada por el Departamento de Salud con fines de mejora de la calidad, investigación epidemiológica y control de enfermedades. La información que se utilice para mejorar la calidad o con fines de investigación se limpiará de mis datos de identificación personal.
- Entiendo que la información de inmunización en NYSIIS puede ser divulgada a los siguientes: a mí mismo, a mi plan de seguro médico, a los departamentos de salud estatales y locales, a la escuela a la que estoy inscrito para asistir y a los proveedores médicos autorizados que prestan mi atención médica.

Mi Firma Significa:

- He revisado y completado la sección Permiso para Divulgar a Familiares u Otros Individuos. Entiendo que cuando designo a otra persona para autorizar una decisión de tratamiento, el Centro de Salud Familiar North Country puede divulgar información de salud protegida a la(s) persona(s) autorizada(s).
- He revisado la Política Financiera/Divulgación de Información de Facturación/Asignación de Beneficios, el Consentimiento para Tratamiento, el Aviso de Privacidad, la Política de Telesalud y el Consentimiento de NYSIIS del Centro de Salud Familiar North Country.
- He tenido la oportunidad de hacer preguntas y todas ellas han sido contestadas de forma completa y satisfactoria.
- Entiendo que mi consentimiento permanecerá en vigor durante un año a menos que lo notifique a NCFHC por escrito. Entiendo que puedo revocar mi consentimiento en cualquier momento.

Nombre en Letra de Imprenta del Paciente/Representante Legalmente Autorizado:	Relación al Paciente: <input type="checkbox"/> Paciente <input type="checkbox"/> Relación al Paciente: _____
Firma del Paciente o del Representante Legalmente Autorizado:	Fecha:
Testigo de la Firma si se trata de un Representante Legalmente Autorizado:	Fecha:



North Country Family Health Center

Autorización para Acceso a Información del Paciente a Través de una Organización de Intercambio de Información de Salud

Departamento de Salud del Estado de Nueva York

Nombre del Paciente	Fecha de Nacimiento
Otros Nombres Usados (ej., Apellido de Soltera):	

Solicito que se acceda a la información de salud sobre mi atención y tratamiento como se establece en este formulario. Puedo elegir si permitir o no que la Organización mencionada anteriormente obtenga acceso a mis expedientes médicos a través de la organización de intercambio de información de salud llamada Health_eConnections. Si doy mi consentimiento, se puede acceder a mis expedientes médicos de diferentes lugares donde recibo atención médica utilizando una red informática estatal.

Health_eConnections es una organización sin fines de lucro que comparte información sobre la salud de las personas de forma electrónica y cumple con los estándares de privacidad y seguridad de HIPAA y la Ley del Estado de Nueva York. Para conocer más visite el sitio web de Health_eConnections en <http://healthconnections.org/>.

La decisión que tome en este formulario NO afectará mi capacidad de recibir atención médica. La decisión que tomo en este formulario NO permite que las aseguradoras de salud tengan acceso a mi información con el fin de decidir si me brindan cobertura de seguro de salud o pagan mis facturas médicas.

<p>Mi Decisión de Consentimiento. UNA cajilla es marcada a la izquierda de mi decisión. Puedo llenar este formulario ahora o en el futuro. También puedo cambiar mi decisión en cualquier momento completando un nuevo formulario.</p>
<p><input type="checkbox"/> 1. DOY MI CONSENTIMIENTO para que la Organización mencionada anteriormente acceda a TODA mi información de salud electrónica a través de Health_eConnections para proporcionar servicios de atención médica (incluida la atención de emergencia).</p>
<p><input type="checkbox"/> 2. NIEGO MI CONSENTIMIENTO para que la Organización mencionada anteriormente acceda a mi información de salud electrónica a través de Health_eConnections para cualquier fin, incluso en caso de una emergencia médica.</p>

Si quiero negar el consentimiento a todas las Organizaciones Proveedoras y Planes de Salud que participan en Health_eConnections de acceder a mi información de salud electrónica a través de Health_eConnections, puedo hacerlo visitando el sitio web de Health_eConnections en <http://healthconnections.org/> o llamando a Health_eConnections al 315.671.2241 x5.

Mis preguntas sobre este formulario han sido respondidas y se me ha proveído una copia de este formulario.

Firma del Paciente o Representante Legal del Paciente	Fecha
Nombre en Letra de Imprenta del Representante Legal (si corresponde)	Relación del Representante Legal al Paciente (si aplica)

Detalles sobre la información a la que se accede a través de Health_eConnections y el proceso de consentimiento:

- Cómo puede utilizarse su información.** Su información de salud electrónica **sólo** se utilizará para los siguientes servicios de atención médica:
 - **Servicios de Tratamiento.** Proporcionarle tratamiento médico y servicios relacionados.
 - **Verificación de Elegibilidad al Seguro.** Comprobar si tiene seguro médico y qué cubre.
 - **Actividades de Manejo de la Atención.** Esto incluye ayudarle a obtener la atención médica adecuada, mejorar la calidad de los servicios que se le prestan, coordinar la prestación de múltiples servicios de atención de salud que se le proveen o apoyarle seguir un plan de atención médica.
 - **Actividades de Mejora de la Calidad.** Evaluar y mejorar la calidad de la atención médica que se le presta a usted y a todos los pacientes.
- Qué Tipos de Información sobre Usted Se Incluye.** Si da su consentimiento, la Organización Proveedoradora y/o el Plan de Salud indicados podrán acceder a TODA su información de salud electrónica disponible a través de Health_eConnections. Esto incluye información creada antes y después de la fecha de firma de este formulario. Su expediente médico puede incluir el historial de enfermedades o lesiones que haya padecido (como diabetes o una fractura ósea), resultados de pruebas (como radiografías o análisis de sangre) y listas de medicamentos que haya tomado. Esta información puede incluir enfermedades delicadas, incluyendo, pero no limitándose a:

Problemas de uso de alcohol o drogas	VIH/SIDA
Anticonceptivos y aborto (planificación familiar)	Condiciones de Salud Mental
Pruebas o enfermedades genéticas (heredadas)	Enfermedades de Transmisión Sexual
- De Dónde Proviene Su Información de Salud.** La información sobre usted proviene de lugares que le han proporcionado atención médica o seguro médico. Puede tratarse de hospitales, médicos, farmacias, laboratorios clínicos, aseguradoras médicas, el programa Medicaid y otras organizaciones que intercambian información de salud por vía electrónica. Una lista completa y actualizada está disponible de Health_eConnections. Puede obtener una lista actualizada en cualquier momento consultando el sitio web de Health_eConnections en <http://healthconnections.org/> o llamando al 315.671.2241 x5.
- Quién Puede Acceder Información Sobre Usted, Si Usted Da Su Consentimiento.** Únicamente los médicos y otros miembros del personal de la(s) Organización(es) a las que haya dado su consentimiento de acceso que lleven a cabo actividades permitidas por este formulario, tal y como se describen arriba en el párrafo uno.
- Acceso de Salud Pública y Organización de Obtención de Órganos.** La ley autoriza a los organismos de salud pública federales, estatales o locales y a determinadas organizaciones de obtención de órganos a acceder a la información de salud sin el consentimiento del paciente para determinados fines de salud pública y trasplante de órganos. Estas entidades podrían acceder a su información de contacto a través de Health_eConnections para estos fines, independientemente de que usted dé su consentimiento, niegue consentimiento o no rellene un formulario de consentimiento.
- Sanciones por Acceso o Uso Inapropiados de Sus Datos.** Existen sanciones por el acceso o uso inapropiados de su información de salud electrónica. Si en algún momento sospecha que alguien que no debería haber visto o tenido acceso a información sobre usted lo ha hecho, llame directamente a la Organización Proveedoradora accediendo a su información de contacto en el sitio web de Health_eConnections en <http://healthconnections.org/>; o llame al Departamento de Salud de NYS al 518-474-4987; o siga el proceso de denuncia de la Oficina Federal de Derechos Civiles en el siguiente enlace: <http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/>.
- Re-divulgación de Información.** Cualquier(as) organización(es) a la(s) que haya dado su consentimiento para acceder a información de salud sobre usted puede volver a divulgar su información de salud, pero sólo en la medida permitida por las leyes y reglamentos estatales y federales. La información relacionada con el tratamiento del alcohol/drogas o a la información confidencial relacionada con el VIH sólo se podrá acceder y re-divulgar si va acompañada de las declaraciones requeridas sobre la prohibición de re-divulgación.
- Periodo de Vigencia.** Este Formulario de Consentimiento permanecerá en vigor hasta el día en que cambie su decisión de consentimiento o hasta el momento en que Health_eConnections deje de funcionar (o hasta 50 años después de su fallecimiento, lo que ocurra primero). Si Health_eConnections se fusiona con otra Entidad Habilitada, sus decisiones de consentimiento seguirán siendo efectivas con la nueva entidad fusionada.
- Cambiar su Decisión de Consentimiento.** Puede cambiar su decisión de consentimiento en cualquier momento y para cualquier Organización Proveedoradora o Plan de Salud enviando un nuevo Formulario de Consentimiento con su nueva decisión. Organizaciones que acceden a su información de salud a través de Health_eConnections mientras su consentimiento esté en vigor pueden copiar o incluir su información en sus propios expedientes médicos. Aunque posteriormente decida cambiar su decisión de consentimiento, no están obligados a devolverle sus datos ni a eliminarlos de sus expedientes.
- Copia del Formulario.** Usted tiene derecho a obtener una copia de este Formulario de Consentimiento.

North Country Family Health Center

Solicitud del Programa de Descuento de Tarifa Móvil del 2024

Estoy solicitando una Tarifa con Descuento para Atención Médica Atención Dental Ambos

Individuo que Solicita la Tarifa con Descuento (Indique a continuación los miembros del hogar que se incluirán en esta solicitud)				Fecha: / /	
Primer Nombre:		Segundo Nombre:		Apellido:	
Fecha de Nacimiento: / /					
Dirección de Domicilio:			Ciudad:		Estado:
Código Postal:					
Dirección de Correspondencia:			Ciudad:		Estado:
Código Postal:					
# de Teléfono de Casa: () -			# de Teléfono Celular: () -		
# de Seguro Social - -			¿Tiene usted Seguro médico? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Si es así, nombre de la compañía de salud:		
Estado Civil: <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> En una relación <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Viudo					

OTRAS PERSONAS de su hogar:

Nombre	Fecha de Nacimiento	Número de Seguro Social	¿Solicita la Tarifa con Descuento?
	/ /	- -	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	/ /	- -	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	/ /	- -	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	/ /	- -	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	/ /	- -	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	/ /	- -	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Para cumplir las normativas federales y poder ofrecerle un descuento en nuestros servicios, es necesario que le hagamos algunas preguntas personales. Sus respuestas se mantendrán archivadas y en estricta confidencialidad. Debe verificar sus ingresos al menos cada año.

Ingreso por Empleo					
Nombre	Cantidad	¿Con qué Frecuencia?		Empleador:	
Usted	\$	<input type="checkbox"/> Semana	<input type="checkbox"/> Mes	<input type="checkbox"/> Año	
Conyugue	\$	<input type="checkbox"/> Semana	<input type="checkbox"/> Mes	<input type="checkbox"/> Año	
Hijos	\$	<input type="checkbox"/> Semana	<input type="checkbox"/> Mes	<input type="checkbox"/> Año	
Otro	\$	<input type="checkbox"/> Semana	<input type="checkbox"/> Mes	<input type="checkbox"/> Año	
TOTAL	\$	<input type="checkbox"/> Semana	<input type="checkbox"/> Mes	<input type="checkbox"/> Año	
Otro Ingreso					
	Usted	Conyugue	Hijos	Otros	¿Con qué Frecuencia?
Seguro Social	\$	\$	\$	\$	<input type="checkbox"/> Semana <input type="checkbox"/> Mes <input type="checkbox"/> Año
Asistencia Pública	\$	\$	\$	\$	<input type="checkbox"/> Semana <input type="checkbox"/> Mes <input type="checkbox"/> Año
Pensión por Jubilación	\$	\$	\$	\$	<input type="checkbox"/> Semana <input type="checkbox"/> Mes <input type="checkbox"/> Año
Discapacidad	\$	\$	\$	\$	<input type="checkbox"/> Semana <input type="checkbox"/> Mes <input type="checkbox"/> Año
Manutención Infantil/Pensión Alimenticia	\$	\$	\$	\$	<input type="checkbox"/> Semana <input type="checkbox"/> Mes <input type="checkbox"/> Año
Otro	\$	\$	\$	\$	<input type="checkbox"/> Semana <input type="checkbox"/> Mes <input type="checkbox"/> Año

Sólo Para Uso de Oficina:

Aprobado Denegado

Tamaño del Hogar: _____

Ingreso Bruto Total: _____

MÉDICO	DENTAL
<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> A
<input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> B
<input type="checkbox"/> C	<input type="checkbox"/> C
<input type="checkbox"/> D	<input type="checkbox"/> D
<input type="checkbox"/> E	<input type="checkbox"/> E

Firma de Aprobación: _____

Fecha: _____

Por el presente juro o afirmo que la información proporcionada en esta solicitud es verdadera y correcta a mi leal saber y entender. Estoy de acuerdo que cualquier información engañosa o falsificada, y/u omisiones pueden descalificarme de consideración adicional para el programa de tarifa móvil y me sujetaré a sanciones bajo Leyes Federales que pueden incluir multas y encarcelamiento. También estoy de acuerdo en informar al Centro de Salud Familiar de North Country si hay un cambio significativo en mis ingresos. Si la aceptación al programa de tarifa móvil se obtiene bajo esta solicitud, cumpliré con todas las reglas y regulaciones del Centro de Salud Familiar de North Country. Reconozco por este medio que leí la divulgación precedente y la entiendo.

Fecha: _____ Nombre (En Letra de Imprenta, Por Favor): _____

Firma: _____

Su solicitud se considera **PENDIENTE** hasta que reciba la aprobación por escrito del Centro de Salud Familiar de North Country, Inc.

Información del Programa de Descuento de Tarifa Móvil del 2024

Le pediremos que actualice su Solicitud del Programa de Descuento de Tarifa Móvil cada 12 meses.

Como Centro de Salud Calificado Federalmente, nuestra misión es asegurarnos de que los pacientes puedan pagar la atención médica que necesitan. Es por eso que ofrecemos a los pacientes calificados un **Descuento de Tarifa Móvil**.

- Nuestro descuento de tarifa móvil es para cualquier persona cuyo ingreso del hogar sea igual o inferior al **200% de las Pautas Federales de Pobreza**. “Hogar” incluye a todas las personas que viven en la misma casa o apartamento de la que el solicitante principal es financieramente responsable.
- Después de completar la Solicitud de Escala de Tarifa Móvil, podemos decirle cuánto podemos descontar su tarifa. Podemos utilizar este descuento para cualquier monto adeudado y para cualquier servicio que ofrezcamos.
- Puede tomar hasta dos semanas procesar las solicitudes completas. Su solicitud se considera **PENDIENTE** hasta que reciba una notificación por escrito de que ha sido aprobada.
- ***Le brindaremos la atención que necesita sin importar lo que pueda pagar.***

Cómo solicitar nuestro descuento de tarifa móvil:

Nuestro personal del escritorio frontal puede ayudarle a presentar su solicitud. Siempre se pregunta sobre el tamaño y los ingresos de su hogar como parte del ingreso.

Para calificar para un descuento, debe completar un breve formulario y mostrarnos una prueba de ingresos. Si no tiene prueba de ingresos en su primera visita, podemos darle 30 días para presentar uno de los documentos que se enumeran a continuación. Su solicitud no puede ser aprobada hasta que tengamos toda la documentación que necesitamos.

Lo que necesita traer como “Prueba de Ingresos”:

Se aceptarán los siguientes como comprobante de ingresos (**se podría requerir más de un documento**):

- Una copia de su declaración de impuestos de 2023
- Una copia de su W-2 2023 (si no presentó una declaración de impuestos)
- Recibos de pago de los últimos 30 días (4 semanales consecutivos o 2 quincenales consecutivos)
- Declaración escrita de su empleador en papel membretado
- Declaración de Beneficios del Seguro Social 2024
- Prueba de ingresos por Desempleo (Carta de Determinación)
- Prueba de ingresos por Discapacidad
- Prueba de otros ingresos (si los tiene), como manutención infantil, pensión alimenticia o pensión

****Por favor note que no podemos aceptar declaraciones bancarias como prueba de ingresos****

Calendario de Tarifa Móvil del 2024
(Basado en las Pautas Federales de Pobreza del HHS de 2024, Vigentes a Partir del 01.17.2024)

Porcentaje de las Pautas Federales de Pobreza	INGRESOS BRUTOS ANUALES											
	0% -	100%	101% -	125%	126% -	150%	151% -	175%	176% -	200%	Sobre 200%	Sobre 200%
Tamaño Familiar	Desde	Hasta	Desde	Hasta	Desde	Hasta	Desde	Hasta	Desde	Hasta	Desde	Hasta
1	\$0	\$15,060	\$15,061	\$18,825	\$18,826	\$22,590	\$22,591	\$26,355	\$26,356	\$30,120	\$30,121	y más
2	\$0	\$20,440	\$20,441	\$25,550	\$25,551	\$30,660	\$30,661	\$35,770	\$35,771	\$40,880	\$40,881	y más
3	\$0	\$25,820	\$25,821	\$32,275	\$32,276	\$38,730	\$38,731	\$45,185	\$45,186	\$51,640	\$51,641	y más
4	\$0	\$31,200	\$31,201	\$39,000	\$39,001	\$46,800	\$46,801	\$54,600	\$54,601	\$62,400	\$62,401	y más
5	\$0	\$36,580	\$36,581	\$45,725	\$45,726	\$54,870	\$54,871	\$64,015	\$64,016	\$73,160	\$73,161	y más
6	\$0	\$41,960	\$41,961	\$52,450	\$52,451	\$62,940	\$62,941	\$73,430	\$73,431	\$83,920	\$83,921	y más
7	\$0	\$47,340	\$47,341	\$59,175	\$59,176	\$71,010	\$71,011	\$82,845	\$82,846	\$94,680	\$94,681	y más
8	\$0	\$52,720	\$52,721	\$65,900	\$65,901	\$79,080	\$79,081	\$92,260	\$92,261	\$105,440	\$105,441	y más
9	\$0	\$58,100	\$58,101	\$72,625	\$72,626	\$87,150	\$87,151	\$101,675	\$101,676	\$116,200	\$116,201	y más
10	\$0	\$63,480	\$63,481	\$79,350	\$79,351	\$95,220	\$95,221	\$111,090	\$111,091	\$126,960	\$126,961	y más
Cada Adicional	\$5,380											

MÉDICO/SALUD CONDUCTUAL	A	B	C	D	E	F
Todos los servicios por visita	\$15	\$30	\$45	\$60	\$75	Paga 100% de cargos
DENTAL	A	B	C	D	E	F
Servicios Preventivos/Emergencias por visita	\$15	\$30	\$45	\$60	\$75	Paga 100% de cargos
Otros servicios sin tarifa de laboratorio por visita	\$40	Paga 40% de cargos	Paga 50% de cargos	Paga 70% de cargos	Paga 90% de cargos	Paga 100% de cargos
Servicios extendidos con tarifa de laboratorio por visita	\$40*	Paga 40% de cargos	Paga 50% de cargos	Paga 70% de cargos	Paga 90% de cargos	Paga 100% de cargos
FARMACIA	A	B	C	D	E	F
340B Costo de Adquisición + Tarifa Dispensar por guion	340B Costo de Adquisición + Tarifa de Dispensario \$0	340B Costo de Adquisición + Tarifa de Dispensario \$1.00	340B Costo de Adquisición + Tarifa de Dispensario \$2.00	340B Costo de Adquisición + Tarifa de Dispensario \$3.00	340B Costo de Adquisición + Tarifa de Dispensario \$4.00	Paga 100% de cargos

* Se aplicarán costos adicionales de bolsillo por tarifa de laboratorio.



North Country Family Health Center, Inc.

238 Arsenal Street Watertown, NY 13601
phone: 315.782.9450 FAX: 315.782.2643

www.NoCoFamilyHealth.org

Autorización de Divulgación de Información de Salud

Si va a dejar a su proveedor de atención primaria actual y decide establecer atención médica en el Centro de Salud Familiar de North Country, complete la siguiente página titulada "Autorización para la Divulgación de Información de Salud (Incluido el Tratamiento del Alcoholismo/Drogadicción del DEPARTAMENTO DE SALUD DEL ESTADO DE NUEVA YORK y la Información de Salud Mental) e Información Confidencial relacionada con el VIH/SIDA".

Escriba el nombre y la dirección de su antiguo médico primario en la línea #5.

Rellene todas las secciones del formulario y firme y ponga la fecha en la parte inferior.

Autorización para la Divulgación de Información de Salud (Incluida la Información del Tratamiento del Alcoholismo/Drogadicción y Salud Mental) e Información Confidencial Relacionada con el VIH/SIDA

DEPARTAMENTO DE SALUD DEL ESTADO DE NUEVA YORK

Nombre del Paciente	Fecha de Nacimiento	Número de Identificación del Paciente
Dirección del Paciente		

Yo, o mi representante autorizado, solicitamos que se divulgue la información de salud relativa a mi atención y tratamiento según lo establecido en este formulario. Entiendo que:

1. Esta autorización puede incluir la divulgación de información relacionada con el TRATAMIENTO DE ALCOHOL Y DROGAS, TRATAMIENTO DE SALUD MENTAL e INFORMACIÓN CONFIDENCIAL RELACIONADA CON EL VIH/SIDA sólo si coloco mis iniciales en la línea correspondiente del punto 8. En caso de que la información de salud descrita a continuación incluya alguno de estos tipos de información, y pongo mis iniciales en la línea de la casilla del Punto 8, autorizo específicamente la divulgación de dicha información a la(s) persona(s) indicada(s) en el Punto 6.
2. Salvo algunas excepciones, la información de salud que se haya divulgado podrá ser divulgada de nuevo por el destinatario. Si autorizo la divulgación de información relacionada con el VIH/SIDA, el tratamiento del alcoholismo o la drogadicción, o el tratamiento de la salud mental, el receptor tiene prohibido volver a divulgar dicha información o utilizar la información divulgada para cualquier otro fin sin mi autorización, a menos que lo permita la legislación federal o estatal. Si sufro discriminación debido a la divulgación de información relacionada con el VIH/SIDA, puedo ponerme en contacto con la División de Derechos Humanos del Estado de Nueva York al 1-888-392-3644. Esta agencia es responsable de proteger mis derechos.
3. Tengo derecho a revocar esta autorización en cualquier momento escribiendo al proveedor indicado en el Punto 5. Entiendo que puedo revocar esta autorización excepto en la medida en que ya se hayan tomado medidas basadas en esta autorización.
4. La firma de esta autorización es voluntaria. Entiendo que, por lo general, mi tratamiento, pago, inscripción en un plan de salud o elegibilidad para recibir beneficios no estarán condicionados a mi autorización de esta divulgación. Sin embargo, entiendo que se me puede negar el tratamiento en algunas circunstancias si no firmo este consentimiento.

5. Nombre y Dirección del Proveedor o Entidad que Divulgará esta Información:

6. Nombre y Dirección de la(s) Persona(s) a la(s) Que se Divulgará esta Información:
North Country Family Health Center, Inc.

7. Finalidad de la Divulgación de Información:
Establecer la atención con un nuevo proveedor

8. Salvo revocación previa por mi parte, la información específica que figura a continuación podrá ser divulgada desde: _____ hasta _____

INSERTE
FECHA DE
INICIO
INSERTE
FECHA DE
VENCIMIENTO
O EVENTO

Toda la información de salud (escrita y oral), excepto:

Para que se incluya lo siguiente, indíquese la información específica a ser divulgada e iniciales debajo.	Información a divulgarse	Iniciales
<input type="checkbox"/> Registros de programas de tratamiento del alcoholismo y la drogadicción		
<input type="checkbox"/> Historiales clínicos de programas de salud mental*		
<input type="checkbox"/> Información relacionada al VIH/SIDA		

9. Si no es el paciente, nombre de la persona que firma el formulario:	10. Autoridad para firmar en nombre del paciente:
--	---

Se han completado todos los puntos de este formulario, se han respondido mis preguntas sobre el mismo y se me ha facilitado una copia del formulario.

FIRMA DEL PACIENTE O DEL REPRESENTANTE AUTORIZADO POR LA LEY

FECHA

Declaración/Firma del Testigo: He sido testigo de la ejecución de esta autorización y declaro que se ha entregado una copia de la autorización firmada al paciente y/o a su representante autorizado.

NOMBRE Y CARGO DEL MIEMBRO DEL PERSONAL

FIRMA

FECHA

Este formulario puede utilizarse en lugar del DOH2557 y ha sido aprobado por la Oficina de Salud Mental del Estado de Nueva York y la Oficina de Servicios de Alcoholismo y Abuso de Sustancias del Estado de Nueva York para permitir la divulgación de información de salud. Sin embargo, este formulario no obliga a los proveedores de atención médica a divulgar información de salud. La información relacionada con el tratamiento del alcoholismo/drogadicción o la información confidencial relacionada con el VIH que se divulgue a través de este formulario debe ir acompañada de las declaraciones requeridas sobre la prohibición de volver a divulgarla.

*Nota: La información de los expedientes clínicos de salud mental puede ser divulgada en virtud de esta autorización a las partes identificadas en este documento que tengan una necesidad demostrable de la información, siempre que no se espere razonablemente que la divulgación sea perjudicial para el paciente u otra persona.