

FORMULARIO ANUAL DE ACTUALIZACIÓN DEL PACIENTE

Información del paciente							
Apellido			Primer nombre			Segundo nombre	
N.º de expediente clínico (MRN)			Fecha de nacimiento			N.º del Seguro Social	
Dirección						N.º de apto./unidad	
Ciudad			Estado			Código postal	
Celular			Teléfono particular			Correo electrónico	
Contacto de emergencia			Teléfono del contacto de emergencia				
Sexo	<input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Prefiere no revelarlo						
Raza				Origen étnico			
Idioma preferido	<input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro: _____						
Estado civil	<input type="checkbox"/> Soltero/a <input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Separado/a <input type="checkbox"/> Divorciado/a <input type="checkbox"/> Viudo/a <input type="checkbox"/> Prefiere no revelarlo						
¿Ha servido en el ejército de los EE. UU.? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No							
Información del garante (si es diferente de la anterior)							
Nombre del garante			Relación del garante				
Teléfono celular del garante			Teléfono particular del garante				
Dirección del garante						N.º de apto./unidad del garante	
Ciudad del garante			Estado del garante			Código postal del garante	
Información sobre el seguro principal							
Compañía de seguros			Dirección del seguro				
Nombre del suscriptor			Fecha de nacimiento del suscriptor				
Relación con el suscriptor			N.º de póliza			N.º de grupo	Copago \$
Información sobre el seguro secundario (si corresponde)							
Compañía de seguros			Dirección del seguro				
Nombre del suscriptor			Fecha de nacimiento del suscriptor				
Relación con el suscriptor			N.º de póliza			N.º de grupo	Copago \$
Situación de vivienda							
<input type="checkbox"/> Soy dueño/alquilo una casa/apartamento/condominio <input type="checkbox"/> Vivienda de transición (he estado sin hogar el año pasado, pero ahora tengo una vivienda/me quedo en un centro de tratamiento) <input type="checkbox"/> Vivienda compartida (me hospedo con amigos/familiares porque no tengo otra opción) <input type="checkbox"/> Estoy en un refugio (vivienda temporal como HOPE, SOS, Haven, etc.) <input type="checkbox"/> En situación de calle (vivo a la intemperie o en un automóvil/una casa rodante) <input type="checkbox"/> No tengo hogar (vivo en un lugar que no es una casa, sin agua corriente ni calefacción, etc.)							
¿Recibe servicios de alguna de las siguientes agencias?	<input type="checkbox"/> Common Ground			<input type="checkbox"/> Oakland Family Services (OFS)			
	<input type="checkbox"/> Community Housing Network (CHN)			<input type="checkbox"/> Oakland Livingston Human Services (OLHSA)			
	<input type="checkbox"/> Community Living Services (CLS)			<input type="checkbox"/> Training and Treatment Innovations (TTI)			
	<input type="checkbox"/> Community Network Services (CNS)			<input type="checkbox"/> Ninguna			
	<input type="checkbox"/> Easterseals MORC (ESM)						

Por la presente, doy mi consentimiento para todos los tratamientos, pruebas, procedimientos y medicamentos que el personal médico de Honor Community Health HCH considere necesarios. Autorizo la divulgación de cualquier información necesaria para mi cuidado continuo o para procesar cualquier reclamación de seguro relacionada con mi cuidado. Acepto pagar cualquier cargo en el momento del servicio o al recibir el estado de cuenta. Doy permiso para que auditores externos vean mi información médica privada como parte del proceso de mejora y evaluación de la calidad de Honor Community Health. Entiendo que algunos servicios se pueden brindar usando equipo de telemedicina e involucran interacciones con proveedores que no están físicamente presentes para mi cita. Estas sesiones se transmiten a través de una conexión segura y dedicada y no se guardan ni se graban en video de ninguna manera. Entiendo que en cualquier momento puedo decidir solicitar una cita presencial.

Firma del paciente: _____ Fecha de hoy: _____



SOLICITUD DEL PROGRAMA DE DESCUENTOS DE HONOR CARES

Toda la información es confidencial y se utiliza exclusivamente con fines internos.

En Honor Community Health, ofrecemos servicios de atención médica a todas las personas, independientemente de su capacidad de pago. También ofrecemos un descuento según el tamaño de su grupo familiar y sus ingresos. Si reúne los requisitos, el descuento se aplicará a los servicios de Honor, incluidas las pruebas de laboratorio.

**Los servicios dentales de complejidad no están incluidos en el programa de descuentos.*

Para seguir participando en el programa de descuentos, debe completar una nueva solicitud cada año y aportar pruebas de sus ingresos. Esto nos ayuda a asegurarnos de que le estamos ofreciendo el descuento adecuado y de que está obteniendo los beneficios adecuados. Los documentos de prueba de ingresos aceptables pueden ser:

- Talones de cheques de pago o extractos de depósito directo
- Pagos por discapacidad (formulario W-2, talones de cheques)
- Documentos impositivos (declaración de impuestos, formulario W-2 y formulario 1099)
- Página de declaración del SSI (formulario SSA109)

Complete la siguiente información, aunque tenga seguro.

***Podría ser elegible para un descuento incluso si tiene seguro.*

1	Tamaño del grupo familiar: ¿Cuántas personas viven con usted y comparten gastos?
Miembro del grupo familiar	Número
Usted	1
Cónyuge o pareja	
Hijos dependientes	
Otros dependientes	



2	Ingresos del grupo familiar: ¿Cuáles son sus ingresos antes de impuestos y deducciones? Si usted o un miembro de su grupo familiar <u>no</u> tienen ingresos, escriba \$0.	
Miembro del grupo familiar	Ingresos	¿Cómo le pagan? Marcar UNO
Usted	\$	<input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Mensualmente <input type="checkbox"/> Anualmente
Cónyuge o pareja	\$	<input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Mensualmente <input type="checkbox"/> Anualmente
Hijos dependientes	\$	<input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Mensualmente <input type="checkbox"/> Anualmente
Otros dependientes	\$	<input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Mensualmente <input type="checkbox"/> Anualmente

Marcar solo UNO:

☐ **ACEPTO** solicitar el programa de descuentos de Honor Cares y confirmo que la información anterior es verdadera y correcta. Acepto informar a Honor Community Health sobre cualquier cambio en mis ingresos. Si no doy información verdadera, correcta y oportuna, perderé mi descuento.

☐ **RECHAZO** solicitar el programa de descuentos de Honor Cares.

EN LETRA DE IMPRENTA: Nombre del paciente o tutor legal del paciente _____

Fecha de nacimiento del paciente _____

FIRMA del paciente

o del tutor legal del paciente _____

Fecha de hoy _____

56057:00001:2000089188-1

SOLO PERSONAL ADMINISTRATIVO

¿Se aportó prueba de ingresos? ☐ Sí ☐ No

-----> En caso afirmativo, ¿coincide con lo que el paciente documentó anteriormente? ☐ Sí ☐ No ☐ N/A

Documente el importe introducido en Nextgen: \$ _____

Firma del empleado (*que revisó e ingresó la información*) _____ **Fecha de hoy** _____



AVISO DE RECONOCIMIENTO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Honor Community Health puede usar y divulgar mi información médica protegida (PHI) para llevar a cabo el tratamiento, pago y operaciones (TPO). Por la presente, reconozco que me han ofrecido o que he recibido el Aviso de prácticas de privacidad de Honor Community Health y que puedo obtener una copia de este Aviso en cualquier momento, y que también hay una copia del Aviso publicada en el centro de salud.

Honor Community Health se reserva el derecho de revisar el Aviso de prácticas de privacidad en cualquier momento. Para obtener un Aviso de prácticas de privacidad revisado, envíe una solicitud por escrito a Honor Community Health al 461 W. Huron, Pontiac, MI 48341-1601.

Con mi consentimiento, Honor Community Health puede usar la información de contacto que brindé para llamar a mi casa u otro lugar designado y dejar un mensaje en el correo de voz o en persona en referencia a cualquier elemento que ayude al centro médico a llevar a cabo el TPO, como recordatorios de citas, elementos del seguro y cualquier llamada relacionada con mi atención clínica, como los resultados de laboratorio, entre otros.

Honor Community Health puede enviar por correo a mi casa o a otro lugar designado cualquier artículo que ayude al centro médico a llevar a cabo el TPO, como tarjetas de recordatorio de citas y estados de cuenta del paciente, siempre y cuando los marquen como "Personal y confidencial".

Honor Community Health puede enviarme correos electrónicos o mensajes de texto con recordatorios de citas y estados de cuenta. Tengo derecho a solicitar que Honor Community Health restrinja cómo usa o divulga mi PHI para llevar a cabo el TPO. Sin embargo, el centro de salud no está obligado a aceptar mis restricciones solicitadas, pero, si lo hace, queda vinculado por este acuerdo.

Doy mi consentimiento para que las personas que se mencionan a continuación tengan acceso a toda mi información médica personal (PHI). También autorizo a Honor Community Health a hablar sobre mi PHI con las personas que se mencionan a continuación:

Nombre: _____ Relación: _____ N.º de teléfono: _____

Nombre: _____ Relación: _____ N.º de teléfono: _____

Autorizo a la persona que se menciona a continuación para que lleve a mis hijos a sus citas de atención médica y retire los medicamentos de la farmacia:

Nombre: _____ Relación: _____ N.º de teléfono: _____

EN LETRA DE IMPRENTA: Nombre del paciente _____ Fecha de hoy _____

FIRMA del paciente o del tutor legal del paciente _____

Nombre del tutor legal del paciente en letra de imprenta (si corresponde) _____