



FORMA DE REGISTRO

Choose an item.

Fecha de Hoy:		Doctor de Cabecera:		
INFORMACION DEL PACIENTE				
Apellido legal de Paciente:		Primer nombre:		Segundo nombre:
Nombres anteriores/Previous/Alias:	Fecha de Nacimiento / /	Edad:	# de Seguro Social:	
Sexo al Nacimiento : <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Elegir no divulgarlo <input type="checkbox"/> Intersexualidad <input type="checkbox"/> No registrado en el certificado de nacimiento				
Teléfono de su hogar:		Teléfono Celular:		Teléfono del Trabajo:
Dirección de Correspondencia:		Ciudad:	Estado:	Código de Area:
Correo Electrónico (Email en inglés):				
Raza: <input type="checkbox"/> Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Nativo de Hawaii <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Indio Americano <input type="checkbox"/> Negro o Afroamericano <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/> Elegir no divulgarlo <input type="checkbox"/> Pacific Islander <input type="checkbox"/> Blanco				Origen étnico: <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> No Hispano <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/> Elegir no divulgarlo
Orientación Sexual: <input type="checkbox"/> Asexual <input type="checkbox"/> Bisexual <input type="checkbox"/> Lesbiana o Homosexual <input type="checkbox"/> Omnisexual <input type="checkbox"/> Pansexual <input type="checkbox"/> Heterosexual (no lesbiana o homosexual) <input type="checkbox"/> Queer <input type="checkbox"/> Algo más _____ <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/> No sé <input type="checkbox"/> Elegir no divulgarlo		Gender Identity: <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Mujer transgenero / Masculino-a-Femenino <input type="checkbox"/> Hombre transgenero / Femenino-a-Masculino <input type="checkbox"/> No binario/ Genderqueer <input type="checkbox"/> Género cuestionado <input type="checkbox"/> Dos espíritus <input type="checkbox"/> Elegir no divulgarlo <input type="checkbox"/> Otro: _____		Preferred Pronoun: <input type="checkbox"/> Ella/Usted <input type="checkbox"/> Él/Usted <input type="checkbox"/> Ellos/Ellas/Ustedes <input type="checkbox"/> Nombre del paciente <input type="checkbox"/> Elle <input type="checkbox"/> Elegir no divulgarlo <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/> Otro: _____
ESTATUS DE EMPLEO				
Estatus de Empleo: <input type="checkbox"/> Niño <input type="checkbox"/> Tiempo Completo <input type="checkbox"/> Medio Tiempo <input type="checkbox"/> Desempleado		<input type="checkbox"/> Servicio Militar Activo <input type="checkbox"/> Retirado <input type="checkbox"/> Estacional <input type="checkbox"/> Independiente <input type="checkbox"/> Estudiante Medio Tiempo <input type="checkbox"/> Estudiante Tiempo Completo <input type="checkbox"/> Desempleado por discapacidad <input type="checkbox"/> Desconocido		Estado veterano / militar: <input type="checkbox"/> Servicio Militar Activo <input type="checkbox"/> Retiro del Servicio Activo <input type="checkbox"/> Sin experiencia previa <input type="checkbox"/> Reservista voluntario <input type="checkbox"/> Sin recoger <input type="checkbox"/> Veterano

Número de Miembros en la Familia:		Ingreso Mensual (Antes de Impuestos) \$	
LENGUAJE			
Que lengua habla usted en su hogar: <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otros: _____		Necesidad de un intérprete <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Preferencia: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> No tiene preferencia	
PERSONA RESPONSABLE DE LA FACTURA			
Si el paciente es menor de edad (menos de 18 años), el padre o guardián acompañamiento el paciente será considerado el garante			
Padres/Guardián Legal Responsable del pago:		Fecha de Nacimiento: / /	# de Seguro Social de los Padres/Guardián Legal:
Dirección do Correspondencia: Igual que arriba	Ciudad:	Estado:	Código do Area:
Teléfono:		<input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Trabajo	

INFORMACION ADICIONAL			
Estatus de no tener hogar: <input type="checkbox"/> Con Hogar <input type="checkbox"/> En Riesgo de estar sin hogar <input type="checkbox"/> Hogar Transicional <input type="checkbox"/> Vivienda de apoyo permanente <input type="checkbox"/> Niño en riesgo de quedarse sin hogar	<input type="checkbox"/> Sin Hogar, Refugio <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/> Viviendo en un Refugio <input type="checkbox"/> Veterano en riesgo de estar sin hogar <input type="checkbox"/> Hotel de ocupación individual <input type="checkbox"/> Calle, Campamento, Puente	<input type="checkbox"/> Actualmente con Hogar, pero sin hogar en los últimos 12 meses	
Reconocimiento del Trabajo Agrícola: Esta usted o alguien de su grupo familiar involucrado en algún tipo de trabajo agrícola que puede incluir: Preparación de suelos, siembra, recolección, limpieza, clasificación, embalaje, cultivo de árboles de Navidad? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Migrante – Usted o un miembro de su familia ha establecido un hogar temporal para poder hacer trabajo agrícola <input type="checkbox"/> Estacional – Usted o un miembro de su familia hace trabajo agrícola que solo ocurre en ciertos tiempos del año			
La información anterior es verdadera a lo mejor de mi conocimiento. Yo autorizo que mis beneficios de seguro sean pagados directamente al médico. Entiendo que soy financieramente responsable de cualquier saldo. También autorizo a Neighborhood Health Center o a la compañía de seguros a que divulguen cualquier información requerida para procesar mis reclamaciones.			
_____ Firma de Paciente/Guardian		_____ Fecha	
Sólo para uso de oficina			
Initials for Special Confidentiality: _____ Screen By: _____ Total Income: \$ _____ TITLE X: Clients pay _____ % per sliding fee scale for non-FPEP covered service. Address Verification: <input type="checkbox"/> Yes Date/Initials _____ <input type="checkbox"/> Patient declined confidentiality			



AUTORIZACIÓN DE CONSENTIMIENTO COMBINADO

Nombre del Paciente

Fecha de Nacimiento del Paciente (FDI)

FINANCIACIÓN Y TRATAMIENTO

Yo autorizo el tratamiento de la persona mencionada arriba y acepto la responsabilidad financiera para todos los tratamientos incluyendo cualquier vacuna necesaria o recomendada proporcionados. Autorizo al Neighborhood Health Center el proporcionar toda la información necesaria a mi seguro médico para procesar los reclamos de seguro y asigno al Neighborhood Health Center todos los beneficios de la aseguradora asignados hacia mí en la extensa completa a mis obligaciones financieras. Una fotocopia o imagen escaneada de esta autorización deberá considerarse tan válida como la original.

RECONOCIMIENTO DE LAS NOTIFICACIONES DE HIPPA

Yo reconozco el haber recibido las Prácticas de las Normas de Privacidad del Neighborhood Health Center

CONSENTIMIENTO PARA LOS CUIDADOS DE ATENCIÓN PRIMARIOS EN EL HOGAR CENTRADOS EN EL PACIENTE

La atención primaria de su salud en casa coordinara mejor nuestros cuidados para ayudarle a obtener los servicios que usted necesite, escuchara sus preocupaciones, responderá sus preguntas, ofrecerá ayuda fuera de horario regular le brindara alternativas a la sala de emergencia y le ayudara a jugar un papel activo en su salud. He leído y entendido la información acerca de los Cuidados de Salud en el Hogar Centrados en el Paciente y doy mi permiso para formar parte del Hogar Medico del Neighborhood Health Center.

SERVICIOS DE SALUD REPRODUCTIVA

Cuando busque servicios de salud reproductiva del Neighborhood Helath Center, yo entiendo que estoy recibiendo estos servicios voluntariamente.

Yo entiendo que estos servicios podrían incluir:

- Consejería de control en natalidad de salud reproductiva, embarazarse, embarazos saludables, y otros temas que sean necesarios;
- Proporcionar un método de control anticonceptivo;
- Una visita de un proveedor para una receta médica y quizás un examen físico;
- Pruebas y/o tratamientos para infecciones de transmisión sexual(ITS);
- Pruebas de cáncer cervical, embarazos y/o otros problemas de salud; y
- Referencias para otros servicios, si son necesarios.

(Voltee la página para alcanzar a terminar y firme el formulario de consentimiento)

Entiendo que todos los servicios serán explicados y que puedo hacer preguntas.

Entiendo que yo podría recibir información acerca de métodos de control de natalidad. Puedo hacer preguntas y rechazar cualquier método anticonceptivo que no quiera utilizar.

Entiendo que no se me negará cuidados si deba dinero de otras visitas.

Entiendo que estos servicios no incluyen cuidados de 24 horas, y que, en caso de una emergencia médica, necesitare dirigirme a una sala de emergencia y pagar sus costos.

Entiendo que mis registros médicos y los servicios que reciba son privados, excepto:

- Si un juez emite una orden de mis registros. El Neighborhood Health Center está obligado por la ley a otorgar los registros al tribunal.
- Si tengo una enfermedad reportable, El Neighborhood Health Center estará obligado a reportarlo al Departamento de Salud de Oregon.
- El estado de Oregon requiere a todo el personal del Centro de salud del vecindario reportar cualquier abuso a personas vulnerables, incluyendo niños, ancianos, personas con problemas de salud mental, discapacidad de desarrollo o que vivan en un centro de cuidado a largo plazo al departamento de servicios humanos del que haya sido testigo o se haya enterado dentro o fuera de Neighborhood Health Center.
- Entiendo que yo puedo escoger no hablar de información sensible, como la edad(es) de las parejas sexual(es), y que aun así obtendré los servicios.

Entiendo que, si recibo servicios de salud reproductiva aquí, todavía puedo solicitar u obtener servicios de otros programas. Si yo obtengo cuidados de otros programas, yo aún poder recibir servicios en el Neighborhood Health Center.

SERVICIOS DENTALES

Yo entiendo que Neighborhood Health Center trabaja en sociedad con diferentes Instituciones académicas y que puedo ser atendido por un estudiante o practicante externo que está bajo la directa supervisión de un profesional con licencia en Neighborhood Health Center. Yo autorizo a Neighborhood Health Center, sus profesionales y socios para proporcionar dicho tratamiento y esta autorización permanecerá en efecto hasta que sea revocada por escrito.

Firma del Paciente

Fecha

Firma del Representante del Paciente (Si el Paciente es menor de 18)

Fecha

Relación del Representante



PERMISOS PARA COMUNICACIONES SOBRE INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA (PHI)

Los pacientes menores a los 18 años de edad pueden solicitar ciertos niveles de confidencialidad y consentimiento para varios asuntos de cuidados médicos, dependiendo de su edad. Más detalles sobre esto puede proveerse por el personal de NHC.

Nombre del paciente:		Fecha de nacimiento:	
¿ESTÁ BIEN QUE NEIGHBORHOOD HEALTH CENTER SE COMUNIQUE CON USTED? <i>(por favor, marque todas las que apliquen):</i>			
1. ¿Podemos enviar facturas a su domicilio?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	
2. ¿Podemos enviar recordatorios de citas automatizados?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	
En caso afirmativo, ¿que tipo?	<input type="checkbox"/> Llamada telefónica	<input type="checkbox"/> Mensaje de texto	
3. ¿Podemos enviarle boletines informativos por correo electrónico?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	
4. ¿Podemos llamarle sobre su visita/tratamiento con nosotros? Tipos de llamadas que podrían hacerse:			
Cuidados primarios (resultados de laboratorio, instrucciones médicas, referencias, medicamentos, etc.)	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	
Cuidados dentales	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	
Salud mental (seguimiento de inquietudes, referencias, etc.)	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	
Salud reproductiva (salud sexual, tratamiento de ITS, resultados de pruebas)	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	
Comunicación Preferido: <input type="checkbox"/> No contacte <input type="checkbox"/> Correo <input type="checkbox"/> Teléfono <input type="checkbox"/> Correo Electrónico de MyChart <input type="checkbox"/> Mensaje de texto <input type="checkbox"/> No tiene preferencia			
¿CON QUIÉN PODEMOS HABLAR SOBRE SUS CUIDADOS MÉDICOS? Y COTACTOS DE EMERGENCIA (NOTA: esto no es una autorización para divulgar sus registros médicos):			
Yo autorizo a Neighborhood Health Center para hablar con la siguiente persona, directamente o por teléfono:			<input type="checkbox"/> No se aplica
Nombre:		Relación :	
# de casa:	# de trabajo:	# celular:	
idioma preferido:		Necesidad de un intérprete : <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
<input type="checkbox"/> Use a esta persona como un contacto de emergencia	<input type="checkbox"/> Autorizada para firmar por el tutor legal si el tutor legal está ausente		
Con respecto a <i>(marque todas las que apliquen):</i>	<input type="checkbox"/> Programar/cancelar citas	<input type="checkbox"/> Instrucciones o consejo médico	
<input type="checkbox"/> Información sobre medicamentos recetados	<input type="checkbox"/> Resultados de laboratorio	<input type="checkbox"/> Resultados de estudios de imágenes	
<input type="checkbox"/> Toda la información	<input type="checkbox"/> Otro:		
Nombre:		Relación :	
# de casa	# de trabajo	# celular	
idioma preferido		Necesidad de un intérprete : <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
<input type="checkbox"/> Use a esta persona como un contacto de emergencia	<input type="checkbox"/> Autorizada para firmar por el tutor legal si el tutor legal está ausente		
Con respecto a <i>(marque todas las que apliquen):</i>	<input type="checkbox"/> Programar/cancelar citas	<input type="checkbox"/> Instrucciones o consejo médico	
<input type="checkbox"/> Información sobre medicamentos recetados	<input type="checkbox"/> Resultados de laboratorio	<input type="checkbox"/> Resultados de estudios de imágenes	
<input type="checkbox"/> Toda la información	<input type="checkbox"/> Otro:		
INDIQUE UN REPRESENTATE LEGAL, TUTOR LEGAL, CARTA PODER, ETC., SI HAY ALGUNO <i>(provea una evidencia)</i>			
Nombre: _____			<input type="checkbox"/> No se aplica
Relación : _____		Teléfono: _____	
FIRMA REQUERIDA <i>(abajo):</i>			
Esta autorización puede cambiarse o revocarse por escrito en cualquier momento y permanecerá vigente hasta un (1) año a partir de la fecha indicada abajo. Al firmar abajo, reconozco que este documento se me entregó en mi idioma por escrito o leído para mí en su totalidad.			
Firma (paciente/tutor legal)		Fecha	
_____		_____	
Nombre (con letra de molde)		Relación	
_____		_____	



SOLICITUD DE PROGRAMA DE DESCUENTO DE TARIFA VARIABLE

INSTRUCCIONES

1. Para recibir servicios con descuento, todos los pacientes deben solicitar anualmente para el Programa de descuento de tarifa variable. La elegibilidad se basa en el tamaño de la familia y los ingresos del hogar, ya que se relaciona con las Pautas Federales de Pobreza actuales.
2. Lea la hoja de información del programa de descuento de tarifa variable. Si tiene preguntas adicionales, pregunte le a la recepción.
3. Llene la solicitud y devuélvala al Neighborhood Health Center (NHC) con prueba de ingresos. No olvide firmar y poner le la fecha a su solicitud.
4. Si no puede agregar su comprobante de ingresos a su solicitud hoy, devuelva el comprobante de ingresos al NHC dentro de los 30 días posteriores a la entrega de esta solicitud.
5. Enumere se usted mismo como el primer miembro de la familia, luego siguen los demás. Para las personas que no tienen ingresos (por ejemplo, un hijo de su familia), el ingreso sería cero (\$ 0) para sus ingresos mensuales.

INFORMACION PERSONAL

Nombre Completo	
Dirección	
Numero de Teléfono	
Fecha de Hoy	

MIEMBROS DE LA FAMILIA

- Familia se define como un grupo de dos o más personas que viven juntas y que se apoyan mutuamente económicamente.
- Informe \$ 0 en "Ingresos Mensual" para cualquier miembro de la familia que no lo mantenga económicamente.

Nombre Completo	Fecha de Nacimiento	Relación	Ingreso Mensual (en bruto)
		Yo	\$
			\$
			\$
			\$
			\$
			\$

SI REPORTA CERO INGRESOS FAMILIARES O UN INGRESOS QUE NO SE PUEDE PROBAR

¿Cuánto tiempo ha estado sin una fuente de ingresos imponible?	<input type="checkbox"/> > 6 meses <input type="checkbox"/> 6 meses-1 año <input type="checkbox"/> 1-2 años <input type="checkbox"/> Mas de 2 años
¿Por qué no puede proporcionar comprobantes de ingresos?	

ATESTACIONES

Lea y ponga sus iniciales al lado de cada atestación

	Certifico que he leído la hoja de información del programa de descuento de tarifa variable y comprendo los requisitos para participar en el programa.
	Entiendo que el descuento no se aplicará hasta que NHC revise y acepte mi solicitud y la prueba de ingresos. Entiendo que, si no puedo proporcionar prueba de ingresos, no se aplicará un descuento hasta que mi solicitud de renuncia a la prueba de ingresos sea revisada y aprobada por el Director de Operaciones de NHC o su designado.
	Entiendo que la elegibilidad en el programa es válida por un año a partir de la fecha en que se aprueba mi solicitud. Entiendo que debo volver a presentar una solicitud cada año para permanecer en el programa.
	Entiendo que, si mis ingresos o el tamaño de mi familia cambian durante mi período de un año de elegibilidad, informaré los cambios a NHC y volveré a aplicar para el programa.
	Entiendo que, si mi seguro médico prohíbe una exención de mi copago, se cobrará el copago en completo al momento del servicio. Si no está seguro, comuníquese con su compañía de seguro médico.

FIRMA

Certifico que la información indicada es verdadera y precisa al firmar este formulario. Si se utiliza información falsa para obtener asistencia, se me eliminará del programa de descuento de tarifa variable.

Firma del solicitante	Fecha



-----**NO ESCRIBA DEBAJO DE ESTA LINEA**-----

USO PARA LA OFICINA ÚNICAMENTE

Applicant/s Information	
Patient/s MRN	
Monthly Family Income (from table on pg.1)	\$
Family Size (from table on pg.1)	
Proof of Income Status at Time of Application	<input type="checkbox"/> A. Yes, proof attached <input type="checkbox"/> B. Pending, 30-day grace period <input type="checkbox"/> C. No, applicant has listed zero or cash source of income, pending approval by COO or designee
Date	
Reviewed By	

Proof of Income Status: A or B	
Monthly Family Income (verified by proof)	\$
Discount Class	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E
Date Verified	
Reviewed By	
Proof of Income Status: C	
Decision	<input type="checkbox"/> Approved <input type="checkbox"/> Denied
Discount Class	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E
Date of Review	
Signature of COO or Designee	



INFORMACIÓN SOBRE EL PROGRAMA DE TARIFA VARIABLE

¿POR QUÉ DEBO INSCRIBIRME EN EL PROGRAMA?

Neighborhood Health Center (NHC) ofrece servicios con descuento a pacientes que viven en o por debajo del 200% de las Normas Federales de Pobreza (FPG) más actuales. La elegibilidad para participar en el programa se basa solo en los ingresos del hogar y el tamaño de la familia del paciente, en lo que se refiere a las Normas Federales de Pobreza. Se anima a todos los pacientes a que presenten su solicitud, incluidos los pacientes con seguro. Los descuentos se aplican a todos los servicios de NHC que se brindan directamente en las clínicas de NHC y a los que se ofrecen en referencia. Los descuentos varían según la clase de pago con descuento asignada al paciente (consulte Clases de descuento A-D en la tabla de ingresos mensuales a continuación) y el servicio que utiliza el paciente en el momento de la cita (es decir, salud médica, dental o conductual). Tómese un momento para revisar esta hoja de información antes de completar su solicitud. Si tiene preguntas, solicite ayuda de un miembro del personal de NHC.

¿A QUIÉN DEBO INCLUIR EN MI TAMAÑO FAMILIAR?



NHC define a una familia como un grupo de dos o más personas que viven juntas y que se apoyan económicamente unas a otras.

No incluya:

- Miembros de la familia que no viven con usted
- Miembros de la familia que son económicamente independientes

¿Aún no estás seguro de a quién incluir? ¡Pregúntanos!

¿QUÉ ES UNA PRUEBA ACEPTABLE DE INGRESOS?

Para cada miembro que aporte ingresos a la familia, adjunte al menos uno de los siguientes documentos a su aplicación:

- ✓ Dos (2) semanas de talones de pago más recientes
- ✓ Talones de cheques del seguro de desempleo
- ✓ Año anterior W-2
- ✓ Declaración de impuestos completada del año anterior
- ✓ Documentación emitida por el gobierno para otros ingresos no salariales como Seguro Social, Compensación al trabajador, Asistencia en efectivo, Manutención infantil, Pensión alimenticia, Beneficios de veteranos, Jubilación o Pensión
- ✓ Tres (3) meses anteriores de extractos bancarios
- ✓ Carta del empleador
- ✓ Si trabaja por cuenta propia: declaración de impuestos del año anterior o extractos bancarios de los tres (3) meses más recientes

¿QUÉ DESCUENTO RECIBIRÉ?

A continuación, se muestra una tabla que muestra las Normas Federales de Pobreza (FPG) de 2021. Solo los pacientes que reporten un ingreso familiar igual o inferior al 200% de las FPG calificarán. Las columnas A - D son elegibles para servicios con descuento. La columna E (por encima del 200% FPG) debe pagar la totalidad de los cargos y no recibirá un descuento. Si pertenece a la Columna E, no es elegible para participar en el programa.

INGRESO MENSUAL											
Clase de Descuento		A		B		C		D		E	
FPG		0-100%		>100-133%		>133-166%		>166-200%		>200%	
Tamaño de la Familia	1	\$0	\$1,073	\$1,074	\$1,428	\$1,429	\$1,782	\$1,783	\$2,147	\$2,148	& Up
	2	\$0	\$1,452	\$1,453	\$1,931	\$1,932	\$2,410	\$2,411	\$2,903	\$2,904	& Up
	3	\$0	\$1,830	\$1,831	\$2,434	\$2,435	\$3,038	\$3,039	\$3,660	\$3,661	& Up
	4	\$0	\$2,208	\$2,209	\$2,937	\$2,938	\$3,666	\$3,667	\$4,417	\$4,418	& Up
	5	\$0	\$2,587	\$2,588	\$3,440	\$3,441	\$4,294	\$4,295	\$5,173	\$5,174	& Up
	6	\$0	\$2,965	\$2,966	\$3,943	\$3,944	\$4,922	\$4,923	\$5,930	\$5,931	& Up
	7	\$0	\$3,343	\$3,344	\$4,447	\$4,448	\$5,550	\$5,551	\$6,687	\$6,688	& Up
	8	\$0	\$3,722	\$3,723	\$4,950	\$4,951	\$6,178	\$6,179	\$7,443	\$7,444	& Up
	9	\$0	\$4,100	\$4,101	\$5,453	\$5,454	\$6,806	\$6,807	\$8,200	\$8,201	& Up
	10	\$0	\$4,478	\$4,479	\$5,956	\$5,957	\$7,434	\$7,435	\$8,957	\$8,958	& Up

FPG: Pautas federales de pobreza, publicadas por HHS, efectiva 1/13/2021
Para familias / hogares con más de 10 personas, agregue \$ 378 por cada persona adicional

EJEMPLO 1

Susan es madre soltera de dos niños pequeños. Susan también se preocupa por su madre, que vive con ella y sus hijos. El tamaño de la familia de Susan es 4. Susan es la única persona de su familia que obtiene ingresos. Susan gana \$ 2,600 por mes en ingresos. Susan pertenece a la clase de descuento B.

EJEMPLO 2

José está casado con su esposa Miranda. Tienen tres hijos pequeños que viven con ellos. José gana \$ 2,300 por mes en su trabajo. La esposa de José gana \$2,700 dólares al mes. Juntos, la pareja gana \$ 5,000 por mes. El tamaño de la familia de José es 5. José pertenece a la clase de descuento D.

¿QUÉ SOY RESPONSABLE DE PAGAR?

Una vez que sepa a qué clase de descuento pertenece (A-D), los descuentos varían según el servicio que esté utilizando en el momento de su servicio. Los servicios se dividen en grupos e incluyen salud médica, dental y conductual. Se aplican descuentos a los servicios clínicos. Tenga en cuenta que los suministros y equipos dentales y de farmacia tienen descuentos separados porque no son servicios clínicos.

	A	B	C	D	E
Servicios Médicos y de Farmacia	\$25	\$35	\$40	\$45	100% de las cargas completas
Servicios Dentales*	\$25	50% de las cargas completas	60% de las cargas completas	70% de las cargas completas	100% de las cargas completas
Suministros y Equipos Dentales*	50% de las cargas completas	50% de las cargas completas	60% de las cargas completas	70% de las cargas completas	100% de las cargas completas
Servicios de Psiquiatría y Salud de Comportamiento	\$5	\$10	\$15	\$20	100% de las cargas completas
Tarifas de Medicamentos recetados y dispensados en farmacia***	Tarifa de dispensación de \$5 + costo de medicamentos con descuento	Tarifa de dispensación de \$8 + costo de medicamentos con descuento	Tarifa de dispensación de \$10 + costo de medicamentos con descuento	Tarifa de dispensación de \$12 + costo de medicamentos con descuento	100% de las cargas completas

*Un pago de \$25 al momento del servicio

**Pídale a su farmacéutico una cotización sobre sus medicamentos. Llame a 503-941-3160 para más información.

EJEMPLO 1

Pertezco a la clase de descuento B. Vine hoy para una visita médica con mi médico. Soy responsable de pagar \$35 por mi visita. NHC ajustará el resto de mis cargos de modo que \$35 sea mi única responsabilidad.

EJEMPLO 2

Pertezco a la clase de descuento C. Vine hoy para un examen dental y una limpieza. El total de estos cargos fue de \$300. Soy responsable de pagar el 60% de estos cargos. NHC ajustará el resto de mis cargos para que \$180 sea mi única responsabilidad (\$180 = 60% de los \$300 cargos).

EJEMPLO 3

Pertezco a la clase de descuento A. Vine hoy a una cita para hablar sobre mi diabetes con mi proveedor de comportamiento. Soy responsable de pagar \$5 por mi visita. NHC ajustará el resto de mis cargos para que \$5 sea mi única responsabilidad.

EJEMPLO 4

Pertezco a la clase de descuento D. Soy diabético y NHC va a llevar mi medicamento de insulina a mi casa. Mi farmacéutico me dijo que pagaré un total de \$16 por mi insulina. Esto incluye el costo del medicamento más la tarifa de suministro.



NECESITO MÁS INFORMACIÓN

¿No está seguro de a quién incluir en el tamaño de su familia? ¿No está seguro de qué traer para demostrar sus ingresos? ¿No está seguro para qué clase de descuento calificará? ¿No está seguro de lo que se le cobrará por un servicio específico?

Pídale al personal de recepción de su clínica NHC que responda cualquier pregunta adicional que tenga.



Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

HISTORIA DENTAL

- 1. ¿Es su primera visita al dentista? SI NO
2. ¿Tiene dolor dental, encías sangrientas o dientes sensibles?..... SI NO
3. ¿Alguna vez ha tenido una lesión en la cara o la mandíbula, o tiene dolor en la mandíbula? SI NO
4. ¿Alguna vez ha tenido problemas asociados con el tratamiento dental?..... SI NO
5. ¿Se cepilla los dientes y se pasa el hilo dental diariamente? SI NO
6. ¿Actualmente, o alguna vez ha usado productos de tabaco? SI NO
7. ¿Utiliza pastillas o enjuagues de fluoruro? SI NO
8. ¿Qué tipo de tratamiento dental cree que necesita? _____

HISTORIA MEDICA

La siguiente información es necesaria para que usted reciba tratamiento dental y será completamente confidencial. El tratamiento dental no será rechazado debido a condiciones médicas existentes.

- 1. ¿Está recibiendo algún tipo de tratamiento médico o ha sido hospitalizado? SI NO
2. ¿Ha tenido una enfermedad o cirugía reciente? SI NO
3. ¿Está tomando medicamentos recetados, no recetados o a base de hierbas? SI NO
4. ¿Es alérgico a algún medicamento o al látex? SI NO
5. ¿Ha tenido alguna vez sangrado excesivo que requiera tratamiento médico? SI NO
6. Si es mujer, ¿está embarazada? SI NO. Si es así, ¿cuándo le toca? _____
7. Escriba el nombre y el número de teléfono de su proveedor médico _____

- 8. Indique cuál de los siguientes ha tenido o tiene en la actualidad. Por favor, circule.
Alcoholismo Trastorno de coagulación Soplo cardíaco/Válvula cardíaca protésica Medicamentos para Osteoporosis/Bifosfonato
Alergias Defecto cardíaco congénito Endocarditis Cardíaca Marcapasos
Anemia Diabetes Antecedentes de transfusiones de sangre Convulsiones
Ansiedad Drogadicción VIH/SIDA Anemia drepanocítica
Artritis/Trastorno de las articulaciones Enfisema/COPD Hipertensión Problemas de los senos paranasales
Asma Terapia con medicamentos para la disfunción eréctil Insuficiencia renal ETS
Autismo Desmayos/Mareos Enfermedad hepática/Hepatitis Úlceras de estómago
Mandíbula rota Glaucoma/Cataratas Trastorno de salud mental Derrame cerebral
Cáncer Enfermedad cardíaca/cirugía Infarto de miocardio (ataque cardíaco) Enfermedad de la tiroides
Dolor en el pecho/Angina Insuficiencia cardíaca Trasplante de órganos Tuberculosis

- 9. ¿Tiene alguna enfermedad, condición o problema que no esté en la lista anterior? SI NO
Explique: _____

Certifico que la información dada es completa y correcta. Se autoriza cualquier tratamiento necesario.

Firma del Padre/Madre o Tutor Legal _____ Fecha _____