

Información del Garantir			Fecha de hoy: / /		
Nombre:	Inicial:	Apellido:	Otros nombres:		
Dirección de casa:		Ciudad:	Estado:	Código postal:	
Dirección postal:		Ciudad:	Estado:	Código postal:	
Teléfono de casa: () -		Teléfono de casa: () -			
Fecha de nacimiento: / /				¿Tiene seguro? (marque uno)	Sí No
Estado civil:	Soltero	En una relación	Casado	Divorciado	Separado Viudo

Miembros del hogar	
Nombre	Fecha de nacimiento
	/ /
	/ /
	/ /
	/ /

NOTA: En cumplimiento de las regulaciones federales, para poder ofrecer un descuento en nuestros servicios médicos es necesario que le hagamos algunas preguntas personales. Sus respuestas se archivarán en estricta confidencia. Usted debe verificarnos sus ingresos al menos cada año. Su declaración de impuestos, una copia de su formulario W-2, los recibos de cheques de nómina del último mes, copias de sus cheques del Seguro Social, u otros cheques que haya recibido, serán prueba suficiente. Sus ingresos anuales y el tamaño de su familia se usarán para calcular el descuento.

Ingresos del hogar					
Nombre	Cantidad	Frecuencia (marque uno)			Empleador:
Usted	\$	Semanal	Mensual	Anual	
Cónyuge	\$	Semanal	Mensual	Anual	
Hijos	\$	Semanal	Mensual	Anual	
	\$	Semanal	Mensual	Anual	
TOTAL	\$	Semanal	Mensual	Anual	

Otros ingresos	Usted	Cónyuge	Hijos	Otros	Subtotal
Seguro Social					
Ayuda pública					
Pensión de jubilación					
Estampillas para alimentos (Food Stamps)					
Pensión infantil, pensión alimenticia					
Ingresos de intereses					
				TOTAL	\$

- Escala ajustable de cargos:**
- A - 30.00 Dolarás
 - B - 25% de descuento
 - C - 50% de descuento
 - D - 75% de descuento
 - E - 10% de descuento
 - F - 0 % de descuento

Por el presente documento, yo juro o afirmo que la información que se proporciona en esta solicitud es verdadera y correcta a mi leal saber y entender. Acepto que cualquier información engañosa o falsa, o cualquier omisión, me podrían descalificar de la consideración para el programa de escala ajustable de cargos, y me someterían a las penalizaciones de las leyes federales, que podrían incluir multas y pena de prisión. Además, acepto informar a [nombre del centro médico] si hay algún cambio significativo en mis ingresos. Si consigo ser aceptado para el programa de escala ajustable de pagos a través de esta solicitud, cumpliré con todas las reglas y reglamentos de [nombre del centro médico]. Por este documento, reconozco que he leído y entiendo las declaraciones anteriores.

Fecha: _____ Nombre (letra de imprenta): _____
 Firma: _____

Guarantor Information			Today's Date: / /			
First Name:	Middle:	Last:	Other names:			
Home Address:		City:	State:	Zip:		
Mailing Address:		City:	State:	Zip:		
Home Phone #: () -		Mobile (Cell) Phone #: () -				
Date of Birth: / /			Do you have insurance? (circle one) Yes No			
Marital Status:	Single	In a relationship	Married	Divorced	Separated	Widowed

Household Size	
Name	Date of Birth
	/ /
	/ /
	/ /
	/ /
	/ /

NOTE: To comply with federal regulations, in order to give you a discount on our medical and dental services, it is necessary for us to ask some personal questions. Your answers will be kept on file and in strict confidence. You must verify your income every year. Your yearly income tax return, a copy of your W-2 form, current s paycheck stubs, copies of your social security checks, or other checks you may receive will be sufficient proof. Your annual income and your family size will be used to calculate your discount.

Household Income			
Name	Amount	Frequency (Circle one)	Employer:
You	\$	Weekly Monthly Yearly	
Spouse	\$	Weekly Monthly Yearly	
Children	\$	Weekly Monthly Yearly	
Other	\$	Weekly Monthly Yearly	
	\$	Weekly Monthly Yearly	
TOTAL	\$	Weekly Monthly Yearly	

Other Income	You	Spouse	Children	Other	Subtotal
Social Security					
Public Assistance					
Retirement Pension					
Food Stamps					
Child Support, Alimony					
Interest Income					
Other					
				TOTAL	\$

Sliding Fee Scale:

- A – Minimum (\$30.00)
- B – 75% Discount
- C – 50% Discount
- D – 25% Discount
- E – 10% Discount
- F – 0% Discount

I do hereby swear/affirm that the information provided on this application is true to the best of my belief. I agree that any falsified information, and/or omissions may disqualify me from further consideration for the sliding fee program. I further agree to inform Near North Health Service Corporation if there is a significant change in my income.

Date: _____ Guarantor Name (Print): _____

Guarantor Signature: _____

Consentimiento del paciente para el tratamiento y para obtener el historial de medicación

Por la presente autorizo a los médicos, dentistas, personal médico y dental de Near North Health a realizar los exámenes, pruebas diagnósticas, procedimientos, inmunizaciones y tratamientos que se consideren necesarios a juicio del personal del centro antes mencionado.

Por la presente autorizo a Near North Health a obtener mi historial de medicamentos de farmacias, compañías de seguros y otros proveedores de atención médica.

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

Nombre del niño: _____ Fecha: _____

Firma del padre/tutor: _____ Fecha: _____

Medicare

Nombre del beneficiario: _____

Solicito que el pago de los beneficios autorizados de Medicare se haga en mi nombre a Near North Health por cualquier servicio que me proporcione el personal de Near North Health. Autorizo a cualquier titular de información médica sobre mí a ser liberado a la Administración de Financiamiento de Atención Médica y sus agentes cualquier información necesaria para determinar estos beneficios o los beneficios pagaderos por servicios relacionados.

Por la presente autorizo a Medicare a proporcionar al proveedor mencionado anteriormente cualquier información con respecto a mis reclamos de Medicare del Título XVIII bajo la Ley de Seguro Social.

Seguros Comerciales

Por la presente autorizo la divulgación de la información necesaria para presentar un reclamo con mi compañía de seguros u OTROS BENEFICIOS SABIOS y CESIONARIOS PAGADEROS A MÍ AL PROVEEDOR O GRUPO INDICADO EN EL RECLAMO.

Entiendo que soy financieramente responsable de cualquier saldo no cubierto por mi compañía de seguros.

Una copia de esta firma es tan válida como la firma original.

Firma: _____ Fecha: _____

Patient Consent for Treatment and to Obtain Medication History

I hereby authorize the physicians, dentist, medical and dental personnel of Near North Health to perform whatever examinations, diagnostic test, procedures, immunizations and treatments determined necessary in the judgement of the above mentioned center personnel.

I hereby authorize Near North Health to obtain my medication history from pharmacies, insurance carriers and other healthcare providers.

Patient's Signature: _____ Date: _____

Child's Name: _____ Date: _____

Parent/Guardian Signature: _____ Date: _____

Medicare

Name of Beneficiary: _____

I request that payment of authorized Medicare benefits be made on my behalf to Near North Health for any services furnished to me by Near North Health personnel. I authorize any holder of medical information about me to be released to the Health Care Financing Administration and its agents any information needed to determine these benefits or the benefits payable for related services.

I hereby authorize Medicare to furnish the above named provider any information regarding my Title XVIII Medicare claims under the Social Security Act.

Commercial Insurance

I hereby authorize release of information necessary to file a claim with my insurance carrier or OTHER WISE and ASSIGNE BENEFITS PAYABLE TO ME TO THE PROVIDER OR GROUP INDICATED ON THE CLAIM.

I understand that I am financially responsible for any balance not covered by my insurance carrier.

A copy of this signature is as valid as the original signature.

Signature: _____ Date: _____

Near North Health
Confirmación de recibo de la nota de advertencia sobre la política de
tratamiento de información sobre su salud

Nombre del paciente: _____

Numero de registro medico: _____

Fecha de visita: _____

Mi firma en este formulario significa el reconocimiento de que he recibido una copia de la Nota de advertencia sobre la política de tratamiento de información sobre mi salud de Near North Health Service Corporation (NNHSC). Entiendo que este documento explica como puede Near North Health Service Corporation usar la información sobre mi salud y cuando puede comunicarla a otros, así como mis derechos con respecto a la información sobre mi salud.

Firma del paciente

Fecha

Firma del representante del paciente
Si el paciente no puede firmar

Fecha

Para uso del suministrador de cuidados médicos o personal clínico SI EL FORMULARIO NO ESTA FIRMADO

**Near North Health
Acknowledgement of Notice of Privacy Practices**

Patient Name: _____

Account ID #: _____

Date of Visit: _____

My signature on this form acknowledges that Near North Health (NNH) has a Notice of Privacy Practices which is available upon request. I understand that this document provides an explanation of the ways in which my health information may be used or disclosed by Near North Health Service Corporation and of my rights with respect to my health information.

I have been provided with the opportunity to discuss any concerns I may have regarding the privacy of my health information.

Patient's Signature

Date

Signature of Patient's Representative
If patient is unable to sign

Date

To be completed by NNHSC Staff IF FORM IS NOT SIGNED

1. Was the patient informed of the Notice of Privacy Practices?
 Yes No

2. Briefly describe the efforts made to obtain the patient's acknowledgement of the Notice and explain why the patient was unable or unwilling to sign this form:

North Health Servicio Corporación

Auto identificación: raza, etnia, orientación sexual e identidad de género (SOGI) y preguntas de pronombres preferidos

Near North Health Servicio Corporación (NNHSC) se dedica a proporcionar acceso a atención médica de alta calidad, mejorando la salud y el bienestar de las diversas poblaciones y comunidades a las que servimos.

Permitir que nuestros pacientes (adultos mayores de 18 años) se identifiquen y recopilen esta información en registros electrónicos de salud (EHR) puede ayudarnos a mejorar respetuosamente la atención médica para todos.

La orientación sexual se define como a qué género (s) una persona se siente físicamente atraída: al género opuesto (heterosexual), al mismo género (homosexual) o a ambos géneros (bisexual).

La identidad de género se define como la identificación de una persona como hombre o mujer, que puede o no corresponder al cuerpo de la persona o su sexo al nacer (es decir, qué sexo se enumeró originalmente en el certificado de nacimiento de una persona).

ORIENTACIÓN SEXUAL

1. ¿Con cuál de los siguientes se identifica más estrechamente? Selecciona tu mejor respuesta.

- Lesbiana, gay u homosexual
- Heterosexual o heterosexual
- Bisexual
- Algo más, por favor describa
- No sé
- Elige no responder

IDENTIFICACIÓN DE GÉNERO

2. ¿Qué género se le asignó al nacer en su certificado de nacimiento original?

- Masculino
- Hembra

3. ¿Cuál es tu identidad de género actual?

- Masculino
- Hembra
- De mujer a hombre / hombre transgénico / hombre trans
- Hombre a Mujer / Mujer Transgénico / Mujer Trans
- Género queer, ni exclusivamente masculino ni femenino
- Elige no responder

4. ¿Cuál es tu raza?

- Negro/Afroamericano
- Asiático
- Caucásico/Blanco
- Multirracial
- Nativos Americanos/Nativos de Alaska/Inuit
- Isleño del Pacífico
- Otros _____
- Elige no responder

5. ¿Cuál es tu origen étnico?

- Hispano/Latino/Latina
- No hispano/latino/latino
- Elige no responder

6. ¿Cuál es su preferencia de pronombre?

- Él
- Ella
- Otros _____

7. ¿Tienes un EMAIL que te gustaría compartir? Por favor, imprima.

Nombre del solicitante: _____ Date: _____

Nombre del garante: _____

Se ha demostrado que tiene ingresos cero en sus verificaciones enviadas desde. Hay gastos de vida normales que continúan a pesar de que usted no está empleado activamente.

Le pedimos que nos ayude respondiendo a las siguientes preguntas.

Estamos tratando de asegurarnos de que no se haya pasado por alto el ingreso contable.

1. En los últimos doce meses, ¿ha tenido algún ingreso de alguna fuente? Sí No
2. ¿Tienes dinero en el banco o guardado en algún lugar? Sí No
3. ¿Haces algún trabajo extraño como trabajo de campo, cuidado de niños, etc.? Sí No
4. ¿Sus padres, hijos, amigos o cualquier otra persona fuera de su hogar le brindan ayuda para satisfacer sus necesidades? Sí No Si es así, ¿qué tipo de ayuda y con qué frecuencia?

5. En los últimos meses, cuando dice que ha tenido un dinero mínimo o nulo, ¿cómo pagó o paga lo siguiente?

A. ¿Renta? _____

B. ¿Electricidad? _____

C. ¿Teléfono? _____

D. ¿Otras facturas de servicios públicos? _____

E. ¿Cómo se compra la comida? _____

F. ¿Cómo se compran los productos de limpieza (jabón para lavar platos, jabón para lavar la ropa, artículos de limpieza, etc.)? _____

G. ¿Cómo se compran suministros de papel (papel higiénico, toallas de papel, etc.)? _____

H. ¿Cómo comprar artículos de higiene personal (crema de afeitar, champú, desodorante, etc.)? _____

I. ¿Usted fuma? Sí No En caso afirmativo, ¿cómo se compran cigarrillos?

J. Tienes televisión por cable? Sí No En caso afirmativo, ¿cómo se paga por este servicio?

K. ¿Cómo te desplazas?

Si usted es dueño de un coche, ¿cómo se pagan los gastos (gasolina, petróleo, seguro, etc.)?

L. ¿Tiene pagos en tarjetas de crédito o cuentas de cargo? Sí No

En caso afirmativo, ¿cómo se les
paga? _____

M. ¿Tiene gastos médicos? Sí No En caso afirmativo, ¿cómo se les paga?

Comentarios adicionales:

Firma del entrevistador

Firma del solicitante

Fecha

Fecha



Pautas relacionadas con el solicitante de ingresos cero

Cuando se ha determinado que un solicitante tiene ingresos cero, el solicitante calificará para la categoría A (mínimo) del pagador para cada visita médica, dental y / o de servicios integrales. Se solicitará al solicitante información actualizada sobre ingresos en cada presentación posterior.

Si después de un año el solicitante continúa buscando la calificación para el estado de salario mínimo basado en ingresos cero, el solicitante debe completar un nuevo cuestionario de ingresos cero.

Estado de situación financiera

A partir de (_____),

yo _____

Fecha Imprimir Nombre del paciente / responsable

recibir cualquier fuente de salario monetario, compensación financiera, asistencia financiera o beneficios financieros. Entiendo que este documento sirve como prueba de falta de ingresos que me califica para participar como pagador categoría A (mínimo) por servicios prestados por Near North Health Service Corporation y que debo informar cualquier cambio en mi estado financiero de inmediato.

Firmado: _____

Fecha: _____

Paciente/Parte responsable

Instalación: _____

MRN: _____

