



Paquete de Bienvenida a HFCC

Gracias por elegir Hope Family Care Center (HFCC) para sus necesidades de atención médica. HFCC proporciona atención médica para todos, independientemente de la situación de seguro; Medicaid, Medicare, seguro privado/comercial y si no tiene seguro médico.

Tenga en cuenta que toda la información proporcionada por usted se mantendrá estrictamente confidencial de acuerdo con las leyes federales de privacidad. Para ayudar a satisfacer sus necesidades, por favor complete este formulario en tinta. Si usted tiene alguna pregunta o necesita ayuda, por favor, pregunte a la recepcionista o llame (816) 861-6500.

Forma	Página
BIENVENIDA A HFCC Y REGISTRACION	1-2
APPLICATION DE ASISTENCIA FINANCIERA	3
NOTICIA DE PRACTICAS PRIVADAS	5-8
RECONOCIMIENTO DEL PACIENTE DE HIPAA	9
CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO	10

POR FAVOR, DEVUELVA EL PAQUETE TERMINADO AL PERSONAL DE INSCRIPCIÓN

HFCC Mission

To honor God by providing quality, personal health care

HFCC Vision

We envision the day when all residents of our east side community receive high quality and preventive personal health care, regardless of one's income, which has contributed to the overall transformation and well-being of the community

INFORMACION DEL PACIENTE

Nombre Legal Completo: _____



Apellido

Inicial del Segundo Nombre

Primer

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Numero de Seguro Social: _____

Masculino Femenino

Numero Celular: _____ Numero de Casa: _____

Correo Electrónico: _____

Estado Civil:

Estudiante:

Rasa:

Etnicidad:

- Soltero
- Casado
- Divorciado
- Viudo
- Separado
- Compañero de Vida
- Separado Legalmente
- Hispano/Latino
- Estudiante- Tiempo Completo
- Estudiante- Medio Tiempo
- No Soy Estudiante
- Empleo- Tiempo Completo
- Empleo- Medio Tiempo
- Desempleado
- Indo Americano/Alaskan
- Asiático
- Negro/Afro Americano
- Nativo de Hawái
- Otras Islas del Pacifico
- Blanco
- No Deseo Reportar
- Otro _____
- Hispano/Latino
- No

Empleado:

Estatus de Vivienda:

- Viviendo con otra familia
- Refugio para desamparados
- No está desamparado
- En la calle
- Transicional
- Otro

¿Usted o alguien en su hogar ha trabajado en la agricultura, tal como la siembra, cultivo, o recolección de productos de la agricultura (frutas, verduras, granos, o productos lácteos) en los últimos dos años? Yes No

¿Usted es un veterano? Si No

¿Necesita un intérprete? Si No ¿Que lenguaje? _____

Farmacia:

Nombre

Dirección



• **PERSONA RESPONSABLE DE FINANCIERO**

Nombre Legal Completo: _____
Apellido Inicial del Segundo Nombre Primer

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Numero de Seguro Social: _____
Masculino Femenino

Numero Celular: _____ Numero de Casa: _____

Correo Electrónico _____ Relación al Paciente: _____

• **CONTACTO DE EMERGENCIA**

¿En caso de emergencia, a quien debemos notificar?

_____ Apellido Inicial del Segundo Nombre Primer

Relación al Paciente: _____ Número de Teléfono: _____

• **INFORMACION SOBRE EL SEGURO MEDICO**

___ No tengo seguro médico.

___ No tengo seguro médico, pero estoy o he trabajado o soy depende de alguien en agricultura en los últimos dos años.

___ Tengo seguro médico. (Por favor completa la sección de abajo.)

Seguro Primario (Por favor de una copia de su tarjeta(s) médicas al personal de inepción.)

Nombre del Suscriptor: _____ Relación de Suscriptor al Paciente: _____
Fecha de Nacimiento de Suscriptor: _____ Seguro Social de Suscriptor: _____
Nombre de la Compañía de Seguro Médico: _____
Numero de Grupo: _____ Numero de Policía: _____

Seguro Secundario (Por favor de una copia de su tarjeta(s) médicas al personal de inepción.)

Nombre del Suscriptor: _____ Relación de Suscriptor al Paciente: _____
Fecha de Nacimiento de Suscriptor: _____ Seguro Social de Suscriptor: _____
Nombre de la Compañía de Seguro Médico: _____

Numero de Grupo: _____

Numero de Policía: _____



APPLICATION DE ASISTENCIA FINANCIERA

Nombre del Aplicante: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____ Ciudad, Estado, Código Postal: _____

Información del hogar: Una lista de todos los que viven en su hogar empezando con usted mismo (incluidos a los niños por nacer).

Nombre	Fecha de Nacimiento	# de Seguro Social	Relación a Usted
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			

Información de ingresos doméstico: Por favor liste todos en el hogar que reciben un ingreso. (Ingreso incluye todo ingresos generados por el hogar, independientemente de su estado civil. Ingresos incluye, pero no se limita a: salarios, pensiones, pagos de seguridad social, pagos por incapacidad, pensión alimenticia, manutención, desempleo, salarios de autoempleo, consejos, beneficios de veteranos, estampillas de comida, etc. Descuento se calcula sobre el total de ingresos antes de impuestos). ***** POR FAVOR ADJUNTE**

COMPROBANTE DE INGRESOS. *****

Nombre de la persona empleado o que recibe ingresos	Tipo de Ingreso (empleo, SSI, beneficios, etc.)	Nombre del Empleador y Teléfono	Cantidad semanal / quincenal / mensual / anual recibida antes de impuestos

Información sobre el seguro de salud: Por favor liste quien en el hogar actualmente tiene seguro. Entiendo que se debe aplicar cualquier pago del seguro recibido por mí o en mi nombre a mi cuenta antes de recibir los descuentos. Estoy de acuerdo en pagar _____ en el momento del servicio. Certifico que la información anterior es correcta y asumo la responsabilidad de contactar HPC si hay algún cambio en mi estado financiero o de seguro.

Firma del Paciente

Fecha



Noticia de Prácticas Privadas

Su Información. Sus Derechos. Nuestras Responsabilidades.

Este aviso describe cómo la información médica sobre usted puede ser usada y divulgada y cómo usted puede tener acceso a esta información. **Por favor, léalo detenidamente.**

Sus Derechos

Usted tiene el derecho a:

- Obtenga una copia de su documento o registro médico electrónico
- Corrija su papel o registro médico electrónico
- Solicitar comunicaciones confidenciales
- Pedirnos que limitemos la información que compartimos
- Obtener una lista de aquellos con los que hemos compartido su información
- Obtenga una copia de este aviso de privacidad
- Elija a alguien que actúe en su nombre
- Presentar una queja si usted cree que sus derechos de privacidad han sido violados

Sus elecciones

Usted tiene algunas opciones en la forma en que usamos y compartimos la información, ya que:

- Informe a sus familiares y amigos acerca de su condición
- Proporcionar atención de desastres
- Incluirte en un directorio del hospital
- Proporcionar atención de salud mental
- Comercializar nuestros servicios y vender su información
- Recaudar fondos

Nuestros usos y divulgaciones

Podemos usar y compartir su información ya que:

- Tratarlo
- Ejecutar nuestra organización
- Bill para sus servicios
- Ayuda con problemas de salud y de seguridad pública
- Haz una investigación
- Cumplir con la ley
- Responder a las solicitudes de donación de órganos y tejidos
- Trabajar con un médico forense o director de una funeraria
- Compensación de dirección de los trabajadores, cumplimiento de la ley, y otras solicitudes de los gobiernos
- Responder a las demandas y acciones legales

Sus Derechos

Cuando se trata de su información de salud, usted tiene ciertos derechos. Esta sección le explica sus derechos y algunas de nuestras responsabilidades para ayudarle.

Obtenga una copia electrónica o en papel de su expediente médico

- Usted puede pedir ver u obtener una copia electrónica o en papel de su historia clínica y otra información médica que tenemos sobre usted. Nos preguntan cómo hacer esto.
- Nosotros le proporcionaremos una copia o un resumen de su información de salud, por lo general dentro de los 30 días de su solicitud. Podemos cobrar una tarifa razonable basada en el costo.

Consúltenos para corregir su expediente médico

- Usted puede pedir que corrijamos la información médica acerca de usted que usted cree que es incorrecta o incompleta. Nos preguntan cómo hacer esto.



- Podemos decir "no" a su petición, pero le diremos la razón por escrito dentro de los 60 días. Solicitar comunicaciones confidenciales
- Usted puede pedirnos que ponernos en contacto con usted de una manera específica (por ejemplo, su domicilio o teléfono de la oficina) o enviar correo a una dirección diferente.
- Vamos a decir "sí" a todas las solicitudes razonables.

Consúltenos para limitar lo que usamos o compartir

- Puede pedirnos que no usemos o compartamos cierta información de salud para tratamiento, pago, o las operaciones. No estamos obligados a aceptar su solicitud, y se puede decir "no" si esto afectaría su cuidado.
- Si usted paga por un servicio o artículo de atención médica fuera de su bolsillo en su totalidad, puede pedirnos que no compartamos esa información con el propósito de pago o las operaciones con su aseguradora de salud. Vamos a decir "sí" a menos que una ley nos obliga a compartir esa información.

Obtenga una lista de aquellos con los que hemos compartido información

- Usted puede solicitar una lista (contabilidad) de las veces que hemos compartido su información de salud para los seis años anteriores a la fecha en que solicite, que compartimos, y por qué.
- Vamos a incluir todas las revelaciones excepto aquellos sobre el tratamiento, pago y operaciones de cuidado de salud, y ciertas otras revelaciones (como cualquiera que nos pidió hacer). Nosotros le podemos ofrecer una contabilidad de un año de forma gratuita, pero se cobrará una tarifa razonable basada en el costo si usted pide otro plazo de 12 meses.

Elige a alguien para que actúe en su nombre

- Si usted ha dado a alguien poder médico o si alguien es su tutor legal, esa persona podrá ejercer sus derechos y tomar decisiones acerca de su información de salud.
- Nos aseguraremos de que la persona que tiene esta autoridad y poder actuar en su nombre antes de tomar cualquier acción.

Presentar una queja si considera que sus derechos son violados

- Usted puede presentar una queja si usted siente que hemos violado sus derechos contactando con el Jefe de Operaciones de HPC y el Oficial de Privacidad, Cara Cramer, en ccramer@hpcjc.org los números de teléfono y direcciones en la parte inferior de cada página de este aviso.
- Usted puede presentar una queja ante la Oficina U.S. Department of Health and Human Services Office for Civil Rights, mediante el envío de una carta a 200 Independence Avenue, SW, Washington, DC 20201, llamando al 1-877-696-6775, o visitando www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/.
- Nosotros no tomaremos represalias contra usted por presentar una queja.

Sus elecciones

Para cierta información de salud, usted puede decirnos sus opciones acerca de lo que compartimos. Si usted tiene una clara preferencia por la forma en que compartimos su información en las situaciones descritas a continuación, hablar con nosotros. Díganos lo que quiere que hagamos, y vamos a seguir sus instrucciones.

En estos casos, usted tiene el derecho y opción para decirnos que:

- Compartir información con su familia, amigos cercanos u otras personas involucradas en su cuidado
- Compartir información en una situación de socorro
- Incluya a su información en un directorio del hospital

Si usted no es capaz de decirnos su preferencia, por ejemplo, si usted está inconsciente, podemos seguir adelante y compartir su información si creemos que es en su mejor interés. También podemos compartir su información cuando sea necesario para disminuir una amenaza grave e inminente para la salud o la seguridad.

En estos casos nunca compartimos su información a menos que usted nos da permiso por escrito:

- Propósitos de marketing
- Venta de su información
- La mayor intercambio de notas de psicoterapia

En el caso de la recaudación de fondos:

- Podemos comunicarnos con usted para recaudar fondos, pero usted puede decirnos que no en contacto con usted de nuevo.



Nuestros Usos y Divulgaciones

¿Cómo suelen usar o compartir su información de salud?

Normalmente usamos o compartimos su información de salud en las siguientes maneras.

Tratarlo

Podemos usar su información de salud y compartirla con otros profesionales que le estén tratando.

Ejemplo: Un médico que lo atiende por una lesión le pregunta a otro médico sobre su estado de salud general.

Ejecute nuestra organización

Podemos utilizar y compartir su información de salud para ejecutar nuestra práctica, mejorar su atención y ponerse en contacto con usted cuando sea necesario.

Ejemplo: Utilizamos información de salud sobre usted para manejar su tratamiento y servicios.

Bill para sus servicios

Podemos usar y compartir su información médica para facturar y recibir el pago de los planes de salud u otras entidades.

¿Cómo podemos utilizar o compartir su información de salud?

Se nos permite o nos obliga a compartir su información de otras maneras - por lo general de manera que contribuya al bien público, como la salud pública y la investigación. Tenemos que cumplir con muchas condiciones en la ley antes de que podamos compartir su información para estos fines. Para obtener más información, consulte:

www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html.

Ayuda con problemas de salud y de seguridad pública

Podemos compartir su información de salud para ciertas situaciones tales como:

- La prevención de la enfermedad
- Ayudar con las retiradas de producto
- Declaración de reacciones adversas a medicamentos
- Generación de informes sospecha de abuso, negligencia o violencia doméstica
- Evitar o reducir una amenaza grave a la salud o la seguridad de cualquier persona

Haz una investigación

Podemos usar o compartir su información para la investigación en salud.

Cumplir con la ley

Vamos a compartir información sobre usted cuando las leyes estatales o federales requieren que, incluso con el Departamento de Salud y Servicios Humanos si se quiere ver de qué estamos cumpliendo con las leyes federales de privacidad.

Responder a las solicitudes donación de órganos y tejidos

Podemos compartir su información médica con organizaciones de obtención de órganos.

Trabajar con un médico forense o director de una funeraria

Podemos compartir información de salud con un médico forense, o director de la funeraria cuando una persona muere.

Compensación de dirección de los trabajadores, cumplimiento de la ley, y otras solicitudes de los gobiernos

Podemos usar o compartir información sobre su salud:

- Para las reclamaciones de compensación de trabajadores
- Para los propósitos de aplicación de la ley o con un agente de la ley
- Con las agencias de supervisión de salud para actividades autorizadas por la ley
- Para funciones especiales del gobierno tales como militares, de seguridad nacional y los servicios de protección presidenciales

Responder a las demandas y acciones legales

Podemos compartir su información médica en respuesta a una orden judicial o administrativa, o en respuesta a una citación judicial.

Nuestras Responsabilidades

- Estamos obligados por ley a mantener la privacidad y seguridad de su información de salud protegida.
- Le haremos saber de inmediato si se produce un incumplimiento que pueda haber puesto en peligro la privacidad o la seguridad de su información.
- Debemos cumplir con las obligaciones y prácticas de privacidad descritas en este aviso y le dará una copia del mismo.



- No usar o compartir su información distinta a la descrita aquí a menos que nos diga lo que podamos por escrito. Si nos dicen que puede, usted puede cambiar de opinión en cualquier época. Haznos saber por escrito si cambia de idea. Para obtener más información, consulte: www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html.

Los cambios en las condiciones de este Aviso

Podemos cambiar los términos de este aviso, y los cambios se aplicarán a toda la información que tenemos sobre usted. El nuevo aviso estará disponible a petición, en nuestra oficina, y en nuestro sitio web: hfckc.org

Fecha de vigencia: **17 de Diciembre 2014**



RECONOCIMIENTO DEL PACIENTE DE HIPAA:
RECIBO DEL AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD:
AUTORIZACIÓN DE LA FORMA DE LIBERACIÓN.

El abajo firmante reconoce haber recibido el Aviso de prácticas de privacidad de este centro de salud. Una copia firmada de este documento con fecha deberá ser tan eficaz como el original.

Por favor escriba a otra persona que usted quiere que tenga acceso a su información de salud:

- Nombre: _____ Relación al Paciente: _____
Número De Teléfono: _____

- Nombre: _____ Relación al Paciente: _____
Número De Teléfono: _____

- Nombre: _____ Relación al Paciente: _____
Número De Teléfono: _____

Nombre del Paciente (en letra de molde)

Firma del Paciente (o representante legal)

Fecha

Para la oficina (Office Use Only)

I attempted to obtain written acknowledgement of receipt of our Notice of Privacy Practices, but acknowledgement could not be obtained because:

- Individual refused to sign;
- Communication barriers prohibited obtaining the acknowledgement;
- An emergent situation prevented from obtaining acknowledgement;
- Other (please specify).

Name of Employee

Date

CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO



Deseo ser tratado y/o que mi hijo/a sea tratado por La Clínica de Hope Family Care Center. (HFCC) para servicios de atención médica y dental. Entiendo que los servicios están disponibles para mí, mi hijo/a sin discriminación prohibida por la ley federal y estatal. Entiendo que el tratamiento relacionado con los servicios pueden proporcionarse por empleados, agentes y contratistas independientes utilizados por HPC, incluyendo pero no limitado a trabajadores sociales o servicios de salud mental.

Entiendo que HPC está aprobado para entrenar a estudiantes. También entiendo que los estudiantes pueden observar o participar en el cuidado del paciente. Permito esa participación, a menos que notifique HPC de lo contrario por escrito, en el entendido de que será el trabajo del estudiante bajo la supervisión de un instructor calificado o personal de HPC.

Mientras sea un paciente de HPC, autorizo la atención y tratamiento, incluyendo pero no limitado a diagnósticos, pruebas terapéuticas y el tratamiento como se considere necesarios o conveniente por mi proveedor de atención, sus socios o representantes que puede ser conveniente y necesario basado en su conocimiento y mi condición de salud. Entiendo que no garantizan el hecho sobre el resultado de esta atención.

INFORMACIÓN FINANCIERA

Acuerdo Financiero: por la presente asigno a HFCC, todos los beneficios pagaderos de cualquier póliza de seguro que cubre el paciente o la persona responsable del cuidado del paciente (incluyendo pero no limitado a Medicare, Medicaid, seguro médico privado, etc.) que se pagará directamente al HPC para aplicarse a los cargos por los servicios prestados. Entiendo que soy responsable por los co-pagos, deducibles y/o cualquier saldo restante. En el caso de pre-certificación de dicho tratamiento es requerido por cualquier plan de salud o la póliza de seguro, el paciente o el agente es responsable de obtener tal pre-certificación.

Medicare/Medicaid: El paciente o el agente afirma que la información proporcionada en la solicitud de pago bajo Social Security Act Title XVIII (Medicare), las leyes estatales de Medicaid o cualquier otro programa de derecho federal o estatal Social Security Act Title XVIII es correcta y autoriza HPC, o sus empleados o agentes para proporcionar información médica u otra necesaria para procesar un reclamo para cualquier agencia de gobierno o sus intermediarios o aseguradoras. Por la presente se solicita para el pago de los beneficios autorizados en nombre del paciente.

Servicio de balances de Medicare: Entiendo que Medicare no paga por algunos servicios, como de la medicación oral o dental administrada como paciente ambulatorio. También entiendo que soy totalmente responsable por el pago de este servicio.

DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN

HPC puede revelar todo o parte del expediente médico del paciente a cualquier persona o corporación que es o puede ser responsable bajo un contrato para todos o parte de HPC, cargos, incluyendo pero no limitado a hospital o empresas de servicios médicos, las compañías de seguros, fabricantes de productos farmacéuticos, portadores de compensación del trabajador, agencias de bienestar o empleadores del paciente.

Con mi firma, yo certifico que he leído la información anterior o se me ha leído, que soy paciente o estoy autorizado a firmar para el paciente, y que acepto las condiciones anteriores para el tratamiento. Se proporcionará una copia de este formulario bajo petición.

Nombre del Paciente (en letra de molde)

Firma del Paciente (o representante legal)

Relación al paciente si no es si mismo

Fecha