

INFORMACIÓN DEL PACIENTE					
Apellido:	Nombre:	Inicial de 2º nombre:	# de Seguro Social:	Fecha de Nacimiento:	Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Dirección:		Ciudad	Estado,	Código Postal:	Condado:
Dirección de Correo Postal: <input type="checkbox"/> La misma que la anterior			Dejar mensaje en: <input type="checkbox"/> Teléfono del hogar <input type="checkbox"/> Teléfono Celular		
Correo electrónico:		Teléfono del hogar:	Número celular:	Teléfono del Trabajo:	
Estado Civil: <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Viudo		Preferencia de Farmacia:		Estatus de Residencia: <input type="checkbox"/> En transición <input type="checkbox"/> Co-habitando <input type="checkbox"/> Albergue <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Sin hogar <input type="checkbox"/> Temporal <input type="checkbox"/> Migrante	
Raza: <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Indio Americano/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Negra o Africana Americana <input type="checkbox"/> Blanca <input type="checkbox"/> Nativo de Hawai <input type="checkbox"/> Islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Sin reportar/Prefiero no reportar			Idioma principal: _____ Necesito traductor: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Grupo Etnico: (Escriba uno) <input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> No Hispano <input type="checkbox"/> Prefiero no reportar			Estatus Veterano (Escriba una): <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Nombre del Empleador :		Estatus de trabajo: <input type="checkbox"/> Completo <input type="checkbox"/> Medio tiempo	Estudiante: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Estatus de Estudiante: <input type="checkbox"/> Completo <input type="checkbox"/> Medio tiempo	
Proveedor de servicios Médicos (PCP) Nombre:					
Tiene el paciente dificultades con: <input type="checkbox"/> Visión <input type="checkbox"/> Oído <input type="checkbox"/> Leyendo <input type="checkbox"/> Hablando Explique:					
Padre/Guardián del paciente:		Dirección: <input type="checkbox"/> Misma que la anterior		Número telefónico: ()	
# de Seguro Social del Padre/Guardian o Persona responsable:			Fecha de Nacimiento:	Relación al paciente:	
Vivienda(Elija una): <input type="checkbox"/> Dueño del hogar <input type="checkbox"/> Rento <input type="checkbox"/> Asistencia Pública <input type="checkbox"/> Con un amigo Otro: _____					
INFORMACIÓN DEL SEGURO MEDICO					
(Por favor dé su tarjeta de Seguro Médico al Representante de Servicios)					
Persona responsable de la cuenta:		Fecha de Nacimiento:	Dirección (si es distinta):		Número telefónico principal: ()
Ocupación:	Empleador:			Número telefónico del empleador:	
Relación del paciente al suscriptor: <input type="checkbox"/> Soy yo <input type="checkbox"/> Esposa(o) <input type="checkbox"/> Hijo(a) <input type="checkbox"/> Hijastro(a) <input type="checkbox"/> Otro					
Seguro Médico Principal:		<input type="checkbox"/> Medicare	<input type="checkbox"/> Medicaid	<input type="checkbox"/> Blue Cross Blue Shield	<input type="checkbox"/> Otro:
Nombre del suscriptor:		Fecha de nacimiento:	#De Póliza:	# de Grupo:	Co-pago: \$
Nombre del 2º Seguro Médico (si aplica):		Nombre del suscriptor:	Fecha de Nacimiento:	# de Póliza:	# de Grupo:
EN CASO DE EMERGENCIA					
Nombre de un amigo o pariente local:			Relación al paciente:	Número telefónico principal:	
Firma:			Fecha:		

**CONSENTIMIENTO GENERAL PARA DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO
INSCRIPCIÓN Y RESPONSABILIDAD FINANCIERA**

Mediante la presente certifico que no he retenido ninguna información o ingresos o demás recursos financieros y que los montos que he revelado están correctos bajo mi juicio.

El paciente firmante o persona responsable o pariente que se ha registrado en Swope Health Services con la finalidad de obtener servicios médicos, mediante la presente, consiente voluntariamente a dichos servicios de diagnóstico y tratamiento, que podrían ser proporcionados por o bajo la dirección de un médico, dentista, otro profesional de cuidados médico u otro miembro calificado del personal de Swope Health Services hacia mi persona, bajo su mejor juicio.

Reconozco que tengo el derecho de rechazar cualquier servicio de diagnóstico o tratamiento específico sin poner en peligro mi derecho a recibir servicios de salud en este Centro.

Reconozco que se me pedirá firmar un consentimiento específico para cirugías y otros procedimientos especiales incluyendo anestesia general o local.

Estoy consciente que los servicios de salud no se basan en una ciencia exacta, y reconozco que no se me garantiza los resultados de ningún servicio de tratamiento.

Autorizo a Swope Health Services el conservar, preservar y utilizar con fines científicos o docentes o el desechar a su conveniencia cualquier espécimen o tejido tomado de mi cuerpo durante mi tratamiento.

Por la presente autorizo el pago de beneficios del seguro de salud registrados en el formulario de registro para ser pagados directamente a Swope Health Services por los servicios prestados.

Yo autorizo a Swope Health Services el suministrar información de mi expediente médico referente a cualquier tratamiento cuando sea solicitado por los planes o compañías de seguro médicos, si es aplicable a mi caso.

Se me ha explicado este formulario completamente, y certifico que entiendo su contenido. **Este archivo debe ser actualizado en 30 días o un año, según aplique.**

Yo entiendo que los cargos por los cuales soy responsable se verán reflejados en el saldo adeudado después de haber sido acreditados todos los descuentos apropiados y todos los pagos hechos a Swope Health Services por parte de las compañías de seguros médicos en referencia a los individuos nombrados anteriormente.

Medicare Medicaid Planes de Cuidados Salud Mental Sin Hogar Otro (Especifique) _____

Estoy de acuerdo en pagar estos cargos el mismo día en que los servicios son otorgados, en un plazo de 10 días de recibida la factura de Swope Health Services, o bajo otro plan de pago acordado con la Oficina de Relaciones para Pacientes de Swope Health Services, teléfono 816-923-5800.

*** El ocultar, mentir o brindar información falsa, con la intención de recibir beneficios a los cuales no tiene derecho, podría ocasionar su persecución, expulsión de Medicaid, Medicare o cualquier otro programa con fondos gubernamentales.**

Firma del Paciente/Padre/Guardián Legal

Fecha

Testigo

Fecha

Yo, el paciente deseo autorizar la revelación de información sobre cualquier reclamación requerida por cualquier organización de seguros para mis cuidados médicos o a mi agencia de asistencia médica del estado o al Departamento de Salud Mental.

Paciente/Padre/Guardián Legal

Fecha

CONFIRMACIÓN DEL RECIBIMIENTO DE LOS DERECHOS DEL PACIENTE

He recibido un folleto sobre los servicios ofrecidos en Swope Health Services. Este incluye una copia de "Los Derechos del Paciente" de Swope Health Services. Después de leer este documento, he tenido la oportunidad de hacer preguntas y creo entender el significado de los Derechos del Paciente, lo que puedo esperar de este centro de salud y lo que se espera de mí y de mis familiares como pacientes registrados.

Paciente/Padre/Guardián Legal
Entrevistador

Fecha

Inicial del

FORMA DE AUTODECLARACIÓN DE INGRESOS

No. De cuenta del Acreedor _____

Yo, _____ certifico que el ingreso anual de mi hogar es \$ _____ y el tamaño de mi familia es de _____. Declaro que todos mis dependientes tienen no más de 18 años o tienen discapacidades. Entiendo que esta auto-declaración solo es efectiva por 30 días. Para recibir un descuento en los servicios por un periodo de 12 meses, necesitará proveer una prueba de ingresos antes del día _____.

Yo prefiero no participar en el programa de descuentos a nivel.

Firma del Acreedor

Fecha

Testigo

Fecha

Aviso sobre nuestras Prácticas de Privacidad

Nombre:

Fecha de nacimiento:

Aviso sobre nuestras Prácticas de Privacidad

Estamos comprometidos a proteger su información personal de salud en cumplimiento con la ley. El Aviso sobre las Prácticas de Privacidad aquí adjunta declara:

- Nuestras obligaciones bajo ley con respecto a su información personal de salud.
- Como podemos usar y revelar la información de salud que guardamos sobre usted.
- Sus derechos relacionados a su información personal de salud.
- Nuestros derechos para cambiar nuestro Aviso sobre Prácticas de Privacidad.
- Cómo presentar una queja si usted cree que sus derechos de privacidad han sido violados.
- Las condiciones que se aplican para los usos y revelaciones no descritas en esta notificación.
- La persona a la que puede contactar para recibir más información sobre nuestras prácticas de privacidad.

Se nos requiere por ley darle una copia de este aviso y obtener su reconocimiento escrito que ha recibido una copia de este aviso.

Certificación de Recibido

Yo, _____, mediante el presente certifico que he recibido una copia del Aviso sobre las Prácticas de Privacidad.

Firma del Paciente

Fecha

Firma del Paciente o del Representante del Paciente (si aplica)

Descripción de la Autoridad Legal para actuar en representación del Paciente

Acuerdo para acudir a citas programadas

Nombre de la Instalación:
Dirección de la Instalación:
Teléfono de la Instalación:

Nombre del Paciente:

Fecha de Nacimiento:

El propósito de este Acuerdo es el de dar información sobre citas perdidas. Las citas perdidas son un gran problema para la agenda de su proveedor de servicios y muy a menudo previenen que los pacientes reciban atención médica oportuna. Queremos asegurarnos que usted esté consciente sobre nuestra política de citas perdidas.

Yo entiendo que una cita perdida es cualquier cita a la cual no puedo acudir.

Yo entiendo que necesito avisar por lo menos con un día de anticipo si no puedo acudir a mi cita; sin embargo, cuando esto no sea posible, cualquier tipo de aviso anticipado es agradecido.

Yo entiendo que si pierdo tres (3) citas seguidas en un periodo de 12 meses sin dar ningún tipo de aviso anticipado antes de la cita, podría perder el derecho a hacer citas programadas y tener derecho solo a hacer visitas sin cita programada.

Yo entiendo que en casos fuera de mi control donde no pueda llegar a mi cita y dar un aviso anticipado, debo llamar a la clínica tan pronto como me sea posible y demostrar mi interés en continuar como paciente.

Yo entiendo y estoy de acuerdo en seguir la Política sobre las Citas Perdidas.

Paciente

Fecha

Swope Health Services, Testigo

Fecha

Formato de elegibilidad para descuentos de tarifas variables

Podría ser necesario hacerle algunas preguntas personales para determinar si es elegible para un descuento de gastos médicos, dentales o farmacéuticos. Esta información es privada y confidencial y se mantendrá en los archivos de Swope Health Services. La verificación de ingresos se determina una vez al año y requiere prueba de ingresos y de dirección y deben ser presentados a Swope Health Services. (El tamaño de la familia y el ingreso anual de su hogar se utilizará para calcular el descuento y el nivel de pago.)

Ingrese otros miembros de su hogar que tengan por lo menos 19 años de edad y que vivan con usted.

	Nombre	Fecha de Nacimiento	Relación
1			
2			
3			
4			
5			
6			

Ingrese otros miembros de su hogar que tengan 18 años de edad o menores y que vivan con usted.

	Nombre	Fecha de Nacimiento	Relación
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			



¿Tiene algún tipo de ingreso de cualquiera de los siguientes miembros de su hogar?

Fuentes	Pago por hora	Horas de trabajo	Ingreso quincenal	Horas trabajadas
Usted				
Su esposo(a) o pareja				
Otras personas (por favor enliste)				

¿Tiene algún ingreso de las siguientes fuentes? Si es así, cuanto recibe por mes?

Fuentes	Usted	Su pareja	Sus hijos	Otras personas	Total de fuentes
Seguro Social					
Asistencia Pública					
Pensión de Retiro					
Ingreso de trabajo					
Ingreso de intereses					
Manutención para sus hijos					
Otro (especifique)					

Se me ha explicado el programa de descuentos variados y reconozco que proveer información falsa o incompleta para determinar el descuento de las tarifas variadas me podría descalificar a mí o a los miembros de familia de ser elegible para este programa.

Guarantor Signature _____

Date _____

DOCUMENTOS PARA PUEBRA DE INGRESOS

Los siguientes documentos pueden ser usados para probar su ingreso

- Talonario de nómina actual. Si el talonario está escrito a mano o no muestra las horas trabajadas o pago por hora, por favor proporcione una carta notariada (con membrete de la compañía si es posible) de su empleador indicando: sus horas de trabajo, sueldo bruto y tarifa por hora de pago.
- Carta de Determinación de Desempleo actual con la cantidad de beneficio de la Oficina de Desempleo (teléfono MO 816/889-3101 o KS 913/596-3500 y dé su información de Seguro Social para hacer su proceso).
- Copias actuales de su Seguro Social, pensión, herencia, Carta de Beca por Discapacidad SSI o Cheque (Sitio electrónico del Seguro Social: www.socialsecurity.gov)
- Formas de Ayuda Financiera, Becas, Becas Pell, I20, etc.
- Ingresos y pérdidas de impuestos anuales
- Formatos W2

DOCUMENTOS PARA PUEBRA DE DOMICILIO

- Correo actual enviado a usted o su cónyuge. Asegúrese de que el correo incluya un matasellos en el exterior del sobre de no más de 30 días. Si es necesario, envíese algo usted mismo. Desafortunadamente, no podemos aceptar el correo enviado a un apartado postal.

POR FAVOR ASEGÚRESE DE REGRESAR TODA LA INFORMACIÓN AL MISMO TIEMPO

Entiendo que si yo no proporciono la información anterior dentro de los próximos **treinta (30) días**, seré plenamente responsable por todos los servicios prestados y estos servicios se facturarán al precio completo hasta que se devuelve esta información.

Usted puede regresar la información requerida de Lunes a Viernes entre 8:00am a 4:30. Pm.

PASOS PARA PRESENTAR UNA QUEJA SOBRE LA DETERMINACIÓN DE DESEMPLEO

1. Llame al 816/889-3101 Missouri ó al 913/596-3500 Kansas
2. Presione 1 para presentar su queja
3. Ingrese su número de seguro social
4. Presione 1
5. Seleccione su Número de PIN (Este es un número que usted determina)
6. Presione 1 para SÍ y 9 para NO
7. Presione 1 para presentar por teléfono
8. Siga las instrucciones para su Domicilio y Código Postal
9. Permanezca en la línea hasta que hable con un representante (No cuelgue)
10. Dígale al representante que usted necesita la forma donde se menciona que usted es un trabajador con seguro o trabajador sin seguro

El representante le enviará su Formato de Determinación de Beneficios



SWOPE HEALTH SERVICES
 3801 Blue Parkway
 Kansas City, MO. 64130
 (816)923-5800 FAX: (816) 922-7682

Autorización para la Revelación de Información de Salud Protegida

Debe completarse por el paciente o por un representante autorizado por el paciente:

Nombre del Paciente _____ Fecha de Nacimiento: _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Teléfono del hogar _____ Fax _____

Por este medio, yo autorizo a:

- Swope Health Services, ó
- _____

Nombre del Médico o Proveedor de Servicios: _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Teléfono _____ Fax _____

El derecho de revelar mi información médica confidencial, a quien se describe a continuación:

- A mí
- Swope Health Services, ó a
- _____

Nombre _____

Nombre de la Organización _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Teléfono _____ Fax _____

- Copias por correo Inspección
- Copias por fax Otro: _____
- Copias que serán recogidas

Para la siguiente razón (razones):

- Si es para fines de mercadotecnia, indique si la comercialización implica pago directo o indirecto a Swope Health Services.
- Si requerida por el paciente, una declaración "a petición del paciente" es suficiente. _____

- **Mi autorización es para el uso y revelación de los siguientes archivos:**

- ___ Declaraciones de cobros y pagos
- ___ Diagnóstico/Tratamiento de enfermedades médicas y archivos de exámenes médicos
- ___ Historial de salud mental
- ___ Historial dental
- ___ Evaluación y tratamiento de registros relacionados con el abuso de alcohol y/o drogas.
- ___ Rayos X y otras imágenes
- ___ Información sobre SIDA (Síndrome de Auto deficiencia Adquirida) o VIH (Virus de Inmunodeficiencia Humana)
- ___ Otro: _____
- ___ Todos los anteriores

Mi autorización se refiere a la información generada en las fechas siguientes o en el siguiente período:

Mi autorización es dada libremente con el entendimiento de que:

- Puedo negarme a firmar esta autorización.
- Puedo revocar esta autorización en cualquier momento, excepto cuando la información ya ha sido publicada bajo mi autorización, siempre y cuando mi revocación sea por escrito.
- Swope Health Services no puede condicionar el tratamiento de mi provisión de esta autorización.
- Esta autorización es válida por un período de treinta (30) días desde la fecha de la firma o antes si así se especifica por mí, como se indica abajo.
- Una fotocopia o fax de esta autorización es tan válida como la original.
- Swope Health Services, sus directores, oficiales, empleados, agentes y voluntarios por este medio son liberados de cualquier responsabilidad legal o responsabilidad por la revelación de la información anterior a la medida indicada y autorizada por medio de la presente.
- A mí se me dará una copia de esta autorización, si la autorización es a petición de Swope Health Services.

Esta autorización expira en: _____

Firma del Paciente Fecha

Firma del Padre o Representante Personal Fecha

Nombre del Padre o Representante Personal (Por favor escriba)

Descripción de la autoridad Legal para actuar en nombre del paciente

Firma del Testigo Fecha

Consentimiento para Cuidados en caso de Ausencia del Padre/Guardián

Yo, _____ doy permiso para que
(ESCRIBA el nombre completo del Padre o Guardián)

Los siguientes adultos o proveedores de servicios:

_____ y/o _____
(Escriba el nombre completo) (Escriba el nombre completo)

Acompañen y acepten cualquier examinación o tratamiento medico para mi hijo o hijos aquí nombrados en causa de mi ausencia:

_____ (Nombre completo)	____/____/____ (Fecha de Nacimiento)
_____ (Nombre completo)	____/____/____ (Fecha de Nacimiento)
_____ (Nombre completo)	____/____/____ (Fecha de Nacimiento)
_____ (Nombre completo)	____/____/____ (Fecha de Nacimiento)

Yo entiendo que es mi responsabilidad de informar a los adulto(s) antes mencionados que deben presentar una identificación con foto expedida por el gobierno (tarjeta de residencia, visa, Identificación del estado, pasaporte, licencia de manejo) o alguna identificación con foto de su empleo cuando se administren servicios a mis hijos.

Además, yo entiendo que este consentimiento expira el _____, y debe ser renovado anualmente. (Fecha)

Firma del Padre o Guardián

Fecha

Firma del Testigo

Fecha