

FORMULARIO DE REGISTRO DE PACIENTES



(866) 7 07 - OMNI (66 64)

• www.OmniFamilyHealth.org

Primer nombre:	Segundo nombre:	Apellido:	Fecha de nacimiento: / /
-----------------------	------------------------	------------------	------------------------------------

Dirección postal: (incluya suite, apartamento, etcétera)	Ciudad	Estado	Código postal
-----------------------------------------------------------------	---------------	---------------	----------------------

Dirección física: (si es diferente)	Ciudad	Estado	Código postal
--------------------------------------------	---------------	---------------	----------------------

Teléfono de casa : () -	Con el fin de enviarle recordatorios de atención médica e información sobre su atención médica, a cepto recibir Llamadas: Telefónicas <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Mensajes de texto <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Correspondencia por correo <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Teléfono móvil: () -	

¿Podemos ponernos en contacto con usted por correo electrónico? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	¿Qué idioma te sientes más cómodo usando? <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro: _____
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Dirección de correo electrónico:	Estado civil: Divorciado Pareja de hecho Separados legalmente Compañero de vida Casado Soletra Viuda	Sexo al nacer: Femenino Masculino Prefiero no responder	Identidad de género: Femenino Mujer a Hombre (MAH)/ Hombre Transgénero Masculino Hombre a mujer (HAM)/ Mujer Transgénero Prefiero no responder	Orientación sexual: Bi-sexual Homosexual Heterosexual Prefiero no responder	Pronombre preferido: Él/Él/Su Ella/Ella/Suyo Ellos Ellos/Suyos Otro: _____ Prefiero no responder
-----------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Raza: Blanco Nativo Americano o Nativo de Alaska Asiático Nativo de Hawái/Isleño del Pacífico Afroamericano/Negro Otro: _____	Origen étnico: Latino/Hispano No Latino/Hispano O No Latina/Hispana	Sin hogar: En transición Vive en la calle Duplicación No es una persona sin hogar	¿Es usted un veterano de las Fuerzas Armadas de los EE. UU.?: Sí No
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------

Yo/representante del paciente Rechazo Doy el derecho a presentar una solicitud para el descuento de la tarifa de escala nivel.

Tamaño de la familia: ¿Cuántas personas hay en su familia? _____ **Ingresos Anuales:** _____ **Negarse a proporcionar (iniciales del paciente):** _____

¿Qué tipo de seguro médico tienes? Seguro Privado: ____ Medi-Cal: ____ Medicare: ____ Sin Seguro: _____

¿Cómo te enteraste de nosotros? Amigos/familiares: ____ Televisión: ____ Radio: ____ Referencia: ____ Redes sociales: ____ Autobús: ____
Correo: ____ Anuncio en línea: ____

Experiencia con la agricultura / trabajo agrícola: (plantar, cosechar, preparar el suelo, empacadora, lechería, conducir un camión para cualquier tipo de trabajo agrícola) 1. ¿En los últimos dos años, ¿usted o alguien de su familia ha trabajado en algún tipo de trabajo agrícola? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No 2. ¿En los últimos dos años, ¿usted o un miembro de su familia se ha mudado a otra área y ha vivido fuera de casa para trabajar en algún tipo de trabajo agrícola? Sí No 3. ¿Usted o un miembro de su familia ha dejado de migrar para trabajar en la agricultura (trabajo agrícola) debido a una discapacidad o edad? Sí No 4. ¿Está buscando empleo en la agricultura? Sí No	Uso de oficina: Si - #1, #4 "Estacional" Si - #2, #3 "Migrante"
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------

¿A quién podemos contactar en caso de emergencia?
Nombre: _____ Relación: _____ Número de teléfono: _____

Persona responsable (padre o tutor legal que firma este formulario):
Nombre: _____ Apellido: _____ Fecha de nacimiento: _____
Dirección postal: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____
Número de teléfono de contacto: _____ Relación con el paciente: _____

AUTORIZACIÓN Y CONSENTIMIENTO: (Por favor ponga sus iniciales)	<input type="checkbox"/> Yo/representante del paciente doy mi consentimiento a Omni Family Health para el examen, diagnóstico y/o tratamiento de mi tratamiento de salud, médica o dental. <input type="checkbox"/> Entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos rendidos por los servicios a mis dependientes o a mí, ya que mi compañía de seguros puede pagar menos que la factura real: esto incluye el saldo restante después del pago de los beneficios del seguro, el deducible y los copagos. <input type="checkbox"/> Yo/representante del paciente autorizo la divulgación de información médica a otras entidades con el fin de resolver el reclamo. (Consulte el Aviso de privacidad)
	Firma del paciente/Representante: _____ Fecha: _____

Solo para uso en la oficina Una vez completado el formulario de registro del paciente, el secretario de recepción ingresará la información en el registro médico electrónico del paciente y escaneará el formulario en el expediente del paciente correcto.

**LEY DE PORTABILIDAD Y RESPONSABILIDAD DE SEGUROS MÉDICOS
CONSENTIMIENTO PARA USAR Y REVELAR INFORMACIÓN PARA
TRATAMIENTO, PAGO Y OPERACIONES DE ATENCIÓN MÉDICA**

1 (866) 707-OMNI (6664)

• www.OmniFamilyHealth.org



Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Sección A: Consentimiento para tratamiento, pago y operaciones de atención médica

Por este medio doy mi consentimiento para usar y revelar mi información médica que me identifica para tratamiento, pago u operaciones de atención médica, esto incluye asignación de beneficios.

Doy mi consentimiento para hacer exámenes, tratamientos, procedimientos y exámenes de sangre ordenados por mi médico y proveedores de atención médica, incluyendo exámenes de sangre para enfermedades contagiosas como hepatitis y VIH/sida.

Este consentimiento está autorizado para los proveedores de atención médica de abajo:
Médicos, enfermero de práctica avanzada, asistentes y personal médico de Omni Family Health

Entiendo que tengo derecho a revisar el Aviso de Prácticas de privacidad de este consultorio médico como se muestra en la sala de espera.

Entiendo que puedo pedir una copia de esta política y del formulario de consentimiento para tratamiento.

Entiendo que tengo derecho a solicitar cómo el proveedor médico restringe el uso o revelación de mi información médica protegida para el tratamiento, pago u operaciones de atención médica.

Entiendo que la ley del estado exige reportar ciertos resultados positivos como hepatitis y el anticuerpo para el virus del sida al Departamento de Salud.

Tengo derecho a revocar el consentimiento por escrito, excepto en la medida en que el proveedor ha tomado acción antes de la revocación.

Entiendo que esta autorización es voluntaria.

Sección B: Autorización para compartir información médica protegida

Para revelar o discutir cualquier información médica personal a su familia o persona designada, debemos tener un consentimiento firmado archivado que permita a Omni Family Health compartir información sobre su atención. Indique los nombres de las personas que quiere que participen en su atención médica. Este formulario tendrá vigencia hasta que usted haga cambios o dé información actualizada por escrito. No respetaremos un consentimiento verbal.

Nombre: _____ Relación: _____

Nombre: _____ Relación: _____

Nombre: _____ Relación: _____

Autorizo a Omni Family Health a compartir información relacionada con mi estado médico con las personas mencionadas arriba.

Entiendo que esto puede incluir información como: diagnóstico, pronóstico, planes de tratamiento, medicamentos, resultados de pruebas, recordatorios de citas, facturación médica, seguro y cualquier otra información médica relacionada con mi atención.

_____ Me rehúso a que mi información médica se comparta con mi familia o una persona designada.

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD FINANCIERA



(866) 707 - OMNI (6664) · www.OmniFamily Health.org

¡BIENVENIDO!

Gracias por elegir a Omni Family Health (OFH) como su proveedor de atención primaria. Nuestro compromiso es darle la mejor atención posible. Es importante para nuestra relación profesional que entienda claramente la política financiera de nuestro consultorio médico. Hacemos todos los esfuerzos posibles por mantener nuestros cargos razonables mientras, al mismo tiempo cubrimos el costo de los servicios que prestamos. El pago de su factura se considera parte de su tratamiento y responsabilidad general. Para mantener los costos de la atención médica al mínimo absoluto, adoptamos las políticas siguientes.

Cargos y pagos

Las tarifas son estándar y se basan en la complejidad de la visita. Debe hacer el pago completo en el momento de su visita y puede hacerlo con dinero en efectivo, cheque personal, orden de pago y todas las principales tarjetas de crédito.

Aunque presentar reclamos es una cortesía que extendemos a todos nuestros pacientes, todos los cargos son su responsabilidad a partir de la fecha en que se prestaron los servicios. OFH presentará reclamos a los seguros (principal y secundario) que proporciona el registro. Su seguro es un contrato entre usted y su compañía de seguros y no formamos parte de este contrato. Para que presentemos un reclamo en su nombre, usted debe presentar una copia **VIGENTE** de su tarjeta del seguro en cada visita y avisar sobre cualquier cambio a su información personal.

No todos los servicios son beneficios cubiertos en todas las pólizas; por lo tanto, es muy importante que entienda las disposiciones de su póliza individual. Las compañías de seguros seleccionan determinados servicios que no cubrirán, por lo que no podemos garantizar que su aseguradora pague todos los reclamos. Algunos ejemplos generales de servicios no cubiertos son los análisis de laboratorio, radiología, farmacia, suministros o análisis de laboratorio dental, lentes de contacto, salud mental y quiropráctico, etc. La denegación de su reclamo no lo exime de su responsabilidad financiera con OFH.

TENGA EN CUENTA: Cada visita se documenta en su expediente médico y el proveedor hace un diagnóstico. Los diagnósticos se hacen basándose en la información médica, no en la cobertura de las compañías de seguros. Pedir que se cambie un diagnóstico exclusivamente para asegurar el reembolso de una aseguradora es inapropiado y se considera fraude de seguros.

Obligatorio en el momento del registro:

1. Verificar la información de contacto personal
2. Presentar una copia vigente de la tarjeta del seguro
3. Presentar una identificación con fotografía vigente
4. Pagar cualquier saldo pendiente
5. Pagar la consulta de hoy

Verificaremos su cobertura hasta tres días antes de su visita. Si no podemos verificar la elegibilidad del seguro, consideraremos que usted hará un pago automático y será responsable del pago total en el momento de su visita.

Descuentos de cargos de escala variable

Como Centro médico calificado a nivel federal (FQHC), la política de OFH es que la atención médica sea asequible ofreciendo un programa de descuentos de cargos basados en la escala variable de descuentos (SFD) para los pacientes elegibles según el tamaño de su familia y el nivel de ingresos de acuerdo con las Directrices federales de pobreza (FPG). Será su responsabilidad pagar la totalidad de los servicios no cubiertos por los descuentos de cargos de escala variable en el momento del servicio. Estos servicios son análisis de laboratorio, radiología, farmacia, suministros o análisis de laboratorio dental y lentes de contacto.

Pago directo

Para tratar las necesidades de nuestros pacientes sin seguro y con limitaciones de cobertura que no califican para nuestra escala variable de descuentos (SFD), aceptamos a los pacientes que hacen pagos directos con los cargos usuales y acostumbrados. El pago por servicios médicos prestados vence en el momento del servicio.

Copagos

Su aseguradora nos exige que cobremos copagos en el momento de prestar el servicio. Renunciar al copago se puede considerar fraude según la ley estatal y federal. Si no tiene su copago, podemos reprogramar su cita.

Documentación de la Ley de Permiso de Ausencia Médica y Familiar y Discapacidad

Si su empleador exige que su proveedor complete la documentación de la Ley de Permiso de Ausencia Familiar y Médica (FMLA) o discapacidad, ofrecemos las siguientes opciones:

1. Un formulario creado por nuestro consultorio médico que cubre las necesidades del empleador y del paciente. Los pacientes pueden pedir que se complete este formulario en cualquier momento para aclarar su condición actual. El tiempo para devolver este formulario puede ser hasta de 15 (quince) días laborables y no hay cargo para el paciente por este servicio.

Cita con saldo en mora

Exigimos a los pacientes que no tienen escala variable de descuentos (SFD) y que tienen saldos en mora paguen la totalidad de los servicios. Una cuenta en mora se define como un saldo del paciente por más de 120 días si el paciente no ha hecho ningún pago ni ha buscado ayuda por dificultades económicas durante ese tiempo. Si no hace el pago, el saldo se puede remitir a una agencia de cobro externa.

Medicare

Aceptamos Medicare con mucho gusto y aceptamos el pago por la cantidad permitida por Medicare. Los pacientes son responsables de los deducibles o del 20 % del coseguro. Medicare o las aseguradoras secundarias no cubren algunos servicios. Es posible que reciba un Aviso Anticipado al Beneficiario (ABN) para comprender que servicios prodran no estar cubiertos antes de continuar. Asegurese de entender que aspecto de su servicio esta cubierto antes de proceder. Presentaremos un reclamo por cualquier plan suplementario que tenga, siempre que dé toda la información de la póliza necesaria.

Exámenes anuales de la vista

Verifique con su seguro si es elegible para los exámenes de la vista y material de los anteojos y lentes antes de hacer su cita. Algunos seguros podrían no cubrir todos los servicios de la vista; incluyendo entre otros, exámenes de la vista o material de los anteojos y lentes.

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD FINANCIERA



(866) 707 - OMNI (6664) · www.OmniFamily Health.org

Registros médicos

Todos los pacientes de OFH pueden pedir una copia de sus registros médicos sin cargo para el paciente.

CARGOS VARIOS

Cargo por cheque rechazado

Los cheques con fondos insuficientes (NSF) están sujetos a un cargo de \$25.00 (el cargo no incluye cualquier cargo de su institución financiera)

Cargo por cobro

Las cuentas que no se han pagado en el plazo de 120 días después de la fecha del servicio se pueden enviar a una agencia de cobro externa y se pueden reportar a una o a todas las agencias nacionales de información de crédito. Además de su saldo pendiente, podemos agregar un recargo de 33 %.

Reembolsos

Los reembolsos para los pacientes se procesan el tercer jueves de cada mes. Cualquier cuenta que tenga reclamos pendientes no será elegible para reembolso. Los casos que incluyen artículos implantables se evaluarán individualmente.

Escriba las iniciales de la parte responsable en lo siguiente,

- I. _____ Los cargos calculados para todos los servicios, incluyendo los saldos, deducibles, copagos y servicios no cubiertos sin pagar, vencen en el momento en que se presta el servicio.
- II. _____ Se aplica un cargo por cheque rechazado de \$25, se aplica por cada cheque rechazado. Los saldos no pagados están sujetos a colocación para cobro y cargos por cobro.
- III. _____ Hicimos acuerdos previos con muchas aseguradoras para aceptar una cesión de beneficios. Esto significa que facturaremos a los planes de seguros contratados y lo responsabilizaremos por la parte que la aseguradora cede como su responsabilidad (deducibles, coseguros, copagos y/o servicios no cubiertos).
- IV. _____ Aceptamos planes dentales, de salud conductual, de la vista y médicos. El tipo de servicio que recibe indica el tipo de seguro al que facturaremos. Generalmente, todos los servicios facturables se envían a los planes médicos.
- V. _____ Las partes cobradas por procedimientos dentales son solo cálculos aproximados. Después de que su aseguradora procese el reclamo, usted recibirá un estado de cuenta por cualquier saldo restante que se considere su responsabilidad. El pago vence en el momento en que recibe el estado de cuenta. Si su aseguradora le paga directamente los servicios facturados por OFH, es su obligación reenviarnos el pago inmediatamente.
- VI. _____ Podemos usar una tarjeta de crédito que tengamos en nuestros archivos para asegurar cualquier saldo pendiente adeudado a OFH después de que su plan de seguro paga su parte. También podemos usarla para deducibles, copagos y acuerdos establecidos entre usted y el Departamento de Finanzas (Finance Department). Este proceso permite que OFH resuelva los saldos pendientes de manera oportuna.
- VII. _____ No participaremos en disputas entre usted y su aseguradora relacionados con deducibles, copagos, cargos no cubiertos, etc. Sin embargo, haremos ciertas solicitudes de autorización anticipada para recuperar tantas tarifas no cubiertas como sea posible. No obstante, su póliza de seguros es un contrato entre usted y su aseguradora. Comuníquese con su representante de seguros y entienda su cobertura y sus beneficios antes de hacer cualquier servicio/procedimiento.

En OFH, entendemos que las dificultades económicas pueden afectar el pago puntual. Lo animamos a comunicar dichos problemas a nuestro Departamento Financiero para que podamos ayudarlo a mantener su cuenta al día. Podemos darle más recursos como acuerdos de pago, solicitudes de escala variable de descuentos (SFD) o información de contacto de Medi-Cal del estado. Solo se harán ajustes basados en las obligaciones contractuales con el seguro o con aprobación previa por escrito. Si tiene preguntas, comuníquese con nuestra oficina de Facturación al 661-758-7740.

UNA VEZ FIRME ESTE ACUERDO, YA SEA EN ORIGINAL O CON FIRMA ELECTRÓNICA, ACEPTO TODOS LOS TÉRMINOS Y CONDICIONES INCLUIDOS EN ESTE DOCUMENTO Y EL ACUERDO DEBE TENER PLENA VIGENCIA Y EFECTO.

Nombre del paciente en letra de molde: _____ Fecha de nacimiento: _____

Fecha: _____

Firma del paciente/tercero responsable/tutor

At Omni Family Health (OFH), patients have the right to be free of discrimination when receiving care and to be treated respectfully by providers and staff. OFH complies with applicable civil rights policies, state, and federal laws.

Patients Have the Right...

1. To be treated kindly and with respect for your personal values, beliefs, and preferences to be honored.
2. To request an interpreter if needed, at no cost to you
3. To know the names of the licensed health care providers and other health care workers who are taking care of you.
4. To know about your health condition, diagnosis, be involved in making decisions about your medical care, and to understand the chances of getting better.
5. To keep your medical records and discussions about your care private.
6. To be cared for in a safe place where no one hurts you mentally, physically, sexually, or verbally. No one should abuse, neglect, exploit, or harass you.
7. Obtain care from other clinicians within the Primary Care Medical Home (PCMH):
 - a. Seek a second opinion
 - b. Seek specialty care
8. Select the primary care provider of your choice.

Family Planning Patients have the right...

1. To decide whether or not to have children and when.
2. To know the effectiveness, possible side-effects, and problems of all method of birth control.
3. To be involved in choosing the right birth control method.

Children and Adolescents Rights...

1. The family/guardian of a child or adolescent patient has the right and responsibility to be involved in decisions about the care of the child. A child or adolescent has the right to have his or her wishes considered in the decision-making as limited by law.
2. A child or adolescent patient has the right to expect that care and physical environment will be appropriate to his or her age and needs.

Patients are Responsible...

1. To be polite to OFH staff, other patients, and follow OFH rules. Share concerns calmly and do not threaten or abuse anyone.
2. To follow your provider's advice, take your medicines as directed, and keep your appointments. If you feel different or something changed in your health, tell someone on your care team right away.
3. To make sure to pay for your medical services, like copays or any part of the bill that your insurance does not cover. Share your insurance details with us so we can take care of your billing correctly and make sure you get the right care.
4. To ask questions, share concerns, and help decide your treatment plan.
5. To Be Honest to tell doctors and nurses the truth about your health, how you are feeling, and medicines you are taking.