FORMULARIO DE REGISTRO DE PACIENTES

(866) 7 07 - OMNI (66 64) • www.OmniFamilyHealth.org

Omni Family Health

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 :( ) -
Teléfono móvil: ( ) -

Con el fin de enviarle recordatorios de atención médica e información sobre su atención médica, a cepto recibir Llamadas: Telefónicas ○ Si ○ No Mensajes de texto ○ Si ○ No Correspondencia por correo ○ Si ○ No

¿Podemos ponernos en contacto con usted por correo electrónico?
○ Si ○ No
Dirección de correo electrónico:

¿Qué idioma te sientes más cómodo usando?
○ Inglés ○ Español ○ Otro: _____

Estado civil:
- ○ Divorciado
- ○ Pareja de hecho
- ○ Separados legalmente
- ○ Compañero de vida
- ○ Casado
- ○ Soltera
- ○ Viuda

Sexo al nacer:
- ○ Femenino
- ○ Masculino
- ○ Prefiero no responder

Género actual:
- ○ Femenino
- ○ Masculino
- ○ Ni exclusivemente masculino ni femenino (No-Binario/a)

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? ○Sí ○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 algun 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)

- [ ] 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.
- [ ] 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.
- [ ] 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.

RECONOCIMIENTO DE LAS INSTRUCCIONES MÉDICAS ANTICIPADAS

1 (866) 707-OMNI (66 64) • www.OmniFamilyHealth.org

Omni Family Health

De conformidad con la Ley de Autodeterminación del Paciente, a los pacientes mayores de 18 años de edad se les debe proporcionar información sobre las Instrucciones médicas anticipadas. El procedimiento que se indica a continuación se usará como medio para poner esta información a disposición de los pacientes de Omni Family Health.

¿Estaría interesado en recibir información sobre las Instrucciones médicas anticipadas? ☐ Sí ☐ No

Es política de Omni Family Health, NO respetar una solicitud de "No reanimar", también conocida como Do Not Resuscitate (No resucitar o DNR, por sus siglas en inglés). Los medicamentos o agentes anestésicos tienen el potencial de provocar un paro cardíaco o respiratorio. Omni Family Health (OFH) implementará iniciativas de reanimación en cualquier paciente que experimente un evento potencialmente mortal mientras reciba atención en cualquier centro de Omni Family Health. En caso de que haya una complicación, a usted se le trasladará al hospital y se seguirá la política del hospital sobre las Instrucciones médicas anticipadas. Las preguntas acerca de esta política se pueden dirigir al proveedor que le atienda.

☐ He recibido toda la información que se me proporcionó sobre las Instrucciones médicas anticipadas.

Nombre del paciente	Fecha de nacimiento
Firma del paciente	Fecha
Representante del paciente	Firma del representante

LEY DE TRANSFERENCIA Y RESPONSABILIDAD DE SEGUROS DE SALUD (HIPAA) CONSENTIMIENTO PARA EL USO Y LA DIVULGACIÓN PARA TRATAMIENTO, PAGO Y OPERACIONES DE ATENCIÓN MÉDICA

1 (866) 707-OMNI (66 64) • www.OmniFamilyHealth.org

Omni Family Health

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____/_____/_____

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

Por este medio doy mi consentimiento para el uso o la divulgación de mi información de salud que me identifica de manera individual, para llevar a cabo el tratamiento, el pago o las operaciones de atención médica. Esto incluye la asignación de beneficios.
Doy mi consentimiento a exámenes, tratamientos, procedimientos y análisis de sangre ordenados por mi médico y proveedores de atención médica, incluidos análisis de sangre para detectar enfermedades transmisibles como hepatitis y VIH / SIDA.

Este consentimiento está autorizado para los proveedores de atención médica que se indican a continuación:
médicos, enfermeros de práctica avanzada, asistentes médicos y personal médico de Omni Family Health

- Entiendo que tengo derecho a revisar el Aviso de las Políticas de Privacidad de este consultorio como se muestra en la sala de espera.
- He recibido una copia y leí el Aviso de las Políticas de Privacidad que está publicado en este consultorio y entiendo su significado.
- Entiendo que tengo derecho a solicitar que este proveedor restrinja la forma cómo se use o divulgue la información de salud protegida para llevar a cabo el tratamiento, el pago o las operaciones de atención médica. Además, que el proveedor no está obligado a aceptar las restricciones solicitadas.
- Entiendo que la ley estatal exige que se informe al departamento de salud sobre ciertos resultados positivos, como la hepatitis y el anticuerpo contra el virus del SIDA.
- Tengo derecho a revocar el consentimiento por escrito salvo en la medida en que el proveedor haya adoptado medidas antes de la revocación.
- Entiendo que esta autorización es voluntaria.

Indique las restricciones solicitadas	**Aprobado/denegado por el proveedor**
_____	_____
_____	_____

Descripción específica de la información (incluyendo fechas): _____

_____

Firma del paciente o del representante del paciente: _____ Date _____/_____/_____

Nombre impreso del paciente o del representante del paciente: _____ Relación: _____

- -

Sección B: Autorización para compartir información de salud protegida

A fin de divulgar o hablar sobre cualquier información personal de salud con su familia o persona designada, debemos tener un consentimiento firmado en el expediente, en el cual se autorice a Omni Family Health a compartir información sobre su atención en nuestro consultorio con el miembro de la familia o persona designada. Indique los nombres de las personas que quisiera que participen en su atención médica. Esta información se puede cambiar o revocar en cualquier momento con su autorización.

Nombre del paciente: _____ N.º de expediente médico: _____

Nombre: _____ Relación: _____

Nombre: _____ Relación: _____

Nombre: _____ Relación: _____

Autorizo a Omni Family Health a compartir información relacionada con mi estado de salud con las personas indicadas anteriormente.

Entiendo que esto podría incluir información como: el diagnóstico, el pronóstico, así como los planes de tratamiento, los medicamentos, los resultados de las pruebas, los recordatorios de las citas, la facturación médica, el seguro y cualquier otra información médica pertinente a mi atención.

◯ Rehúso que mi información médica se comparta con mi familia o persona designada.

Firma del Paciente: _____ Fecha: _____/_____/_____

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD FINANCIERA

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

Omni Family Health

¡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 cobuertura hasta tress dias 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.

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 anstes 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.

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:

I. 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.

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

DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DEL PACIENTE

(866)707 -OMN I (66 64) • www.Omni FamilyHealth.org

Omni Family Health es un Centro de Salud Calificado a Nivel Federal (FQHC, por sus siglas en inglés). Los pacientes que reciben atención en un FQHC tienen derechos específicos protegidos por la ley y por los estándares que los FQHC están obligados a cumplir.

Usted tiene derecho a:

1. Derecho a una Atención Respetuosa
   - Ser tratado con dignidad, respeto y compasión sin importar su raza, género, edad, origen nacional, religión, discapacidad, orientación sexual o capacidad de pago.

2. Derecho a la Privacidad y Confidencialidad
   - Esperar privacidad durante la atención médica.
   - Que su información personal y médica se mantenga confidencial, salvo cuando la ley exija lo contrario.

3. Derecho a la Información
   - Recibir información clara y precisa sobre su salud, diagnóstico, opciones de tratamiento y pronóstico en un idioma y de una manera que usted entienda.
   - Solicitar acceso a sus propios registros médicos.

4. Derecho a Tomar Decisiones
   - Participar en las decisiones relacionadas con su atención médica, incluyendo el derecho a rechazar tratamiento.
   - Designar a alguien que tome decisiones en su nombre si usted no puede hacerlo.

5. Derecho a Servicios Culturales y Lingüísticamente Apropiados
   - Recibir servicios en su idioma preferido o contar con un intérprete sin costo alguno.

6. Derecho a Presentar Quejas o Inconformidades
   - Expresar preocupaciones sobre la atención o los servicios sin temor a discriminación o represalias.
   - Que su queja sea revisada y respondida de manera oportuna.

7. Derecho a la No Discriminación
   - Recibir servicios sin discriminación basada en su capacidad de pago, estado de seguro médico u otra característica protegida.

8. Derecho a Atención Médica Asequible
   - Acceder a una escala de tarifas según sus ingresos y tamaño familiar.
   - Ser informado sobre los costos antes de recibir los servicios.

Como nuestro paciente, si siente que no se están respetando sus derechos, usted puede:

- Hablar con el Gerente del Centro de Salud de la clínica.
- Presentar una queja formal con su plan de salud.

Sus Responsabilidades como Paciente: Para ayudar a garantizar un entorno seguro y una atención efectiva, se espera que usted:

1. Sea Honesto y Proporcione Información Precisa
   - Comparta información completa y veraz sobre su salud, historial médico y medicamentos.

2. Siga el Plan de Tratamiento Acordado
   - Haga preguntas si no entiende algo y cumpla con las instrucciones de atención proporcionadas.

3. Muestre Respeto
   - Trate al personal y a otros pacientes con cortesía y respeto.

4. Cumpla con sus Citas
   - Llegue a tiempo y cancele con anticipación si no puede asistir.

5. Responsabilidad de Pago
   - Pague por los servicios recibidos o solicite el programa de descuento basado en ingresos si califica.
   - Proporcione información actualizada sobre su seguro médico o situación financiera.