

Información del paciente

Masculino
 Femenino

Apellido	Primer nombre	Inicial del segundo nombre	Sexo
Dirección		Ciudad	Estado Código postal
Teléfono de casa / /	Celular	Teléfono del trabajo	
Fecha de nacimiento	Dirección de correo electrónico	Estado civil	

Información del fiador

Persona responsable de la cuenta (si es usted mismo, dígalo y omita el resto de esta sección)	Relación con el paciente
Fecha de nacimiento / /	Dirección (calle, ciudad, estado, código postal)
	<input type="checkbox"/> La misma que el paciente
	Teléfono

CONTACTO DE EMERGENCIA

Nombre	Relación	Teléfono
Nombre	Relación	Teléfono

CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO Y POLÍTICA DE PRIVACIDAD: Yo, el que suscribe, doy mi consentimiento para que me trate el proveedor de atención médica según se considere necesario. También doy mi consentimiento para el tratamiento por los proveedores dentales de MOCH o los estudiantes de UMKC School of Dentistry y Missouri School of Dentistry & Oral Health. En el caso que el paciente sea un menor de edad, firmando abajo, declaro que soy el padre/madre o el custodio legal del paciente que se presenta hoy para tratamiento. Firmando abajo, reconozco que leí y acepto la declaración de privacidad de MOCH y comprendo que, en cualquier momento, si lo pido, puedo obtener una copia de la Declaración de prácticas de privacidad de MOCH.

Firma del paciente/Custodio legal: _____

Fecha: _____

Datos demográficos del paciente

Dé la siguiente información para ayudar a MOCH y a nuestros programas federales asociados a atenderlos mejor a usted y a nuestras comunidades.

RAZA

Elija la opción que mejor describe su raza.

- Blanco (no hispano ni latino)
- Hispano o latino (todas las etnias)
- Negro/Afroamericano
- Indio americano/nativo de Alaska
- Asiático indio
- Chino
- Filipino
- Japonés
- Coreano
- Vietnamita
- Otro origen asiático
- Nativo de Hawái
- De otras islas del Pacífico
- Guamano o chamorro
- Samoano
- Más de una raza

ORIGEN ÉTNICO

Elija la opción que mejor describe su origen étnico.

- No hispano ni latino
- Mexicano, mexicano americano, chicano/a
- Puertorriqueño
- Cubano
- Otro origen hispano, latino o español
- Lo desconoce o más de un origen hispano, latino o español

ESTADO DE VIVIENDA

- No son personas sin hogar
- Vivienda compartida
- Calle
- Transicional
- Albergue para personas sin hogar
- Vivienda pública (basada en los ingresos)
- Otro:

¿ES VETERANO?

Sí

No

¿Tiene un testamento en vida?

- Sí
- No

IDIOMA PREFERIDO

- Inglés
- Español
- Ruso
- Ucraniano
- Otro:

Complete el área de abajo y mencione a las personas que pueden obtener información médica e información de citas para usted (paciente). Esto incluye información médica, dental o de salud conductual. **SI EL PACIENTE ES MENOR DE EDAD**, mencione a cualquier persona que pueda acompañar al menor a la cita y tomar decisiones de atención médica/dental o de salud conductual. Estas personas también pueden recibir la información médica de un paciente menor de edad.**

****Para recibir el expediente médico, se debe completar un formulario de autorización de entrega del expediente médico. ****

Nombre:	Relación con el paciente	Teléfono
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		

Al dar la información de arriba, entiendo que autorizo a las personas que se mencionan para buscar atención para este paciente menor de edad o para recibir información médica protegida respecto a mi atención o la atención de este paciente menor de edad.

Firma del paciente/Custodio legal: _____

Fecha: _____

POLÍTICA ECONÓMICA DE PACIENTES:

Todos los pagos deben hacerse en el momento del servicio, a menos que se hayan hecho otros arreglos antes de la visita. Autorizo que la cesión de beneficios por los servicios recibidos se le pague directamente a Missouri Ozarks Community Health (MOCH). Entiendo que soy económicamente responsable de cualquier saldo, incluyendo, entre otros, los copagos, deducibles y saldos de pago por cuenta propia. Autorizo a MOCH a entregar cualquier información médica necesaria para procesar reclamos y además autorizo el pago de los beneficios médicos, dentales y de salud conductual, directamente a MOCH. Entiendo que MOCH presentará y completará los pasos necesarios para cobrar el pago de mi seguro. Sin embargo, si el seguro no cubre mis servicios, entiendo que podría ser responsable de los cargos asociados con estos servicios. Además, entiendo que es posible que MOCH no esté contratado con mi plan de seguro y acepto que soy responsable de los cargos denegados por dichos motivos. *Entiendo que no es responsabilidad de MOCH verificar los beneficios del seguro según mi plan específico del seguro y que se me anima a comunicarme con mi proveedor del seguro directamente antes de recibir los servicios.*

- Nuestro **Programa de Descuentos de Escala Variable (Sliding Fee Discount Program)** está diseñado para ayudarlo a pagar los servicios médicos, dentales y de salud conductual que da MOCH. Si desea enviar una solicitud para nuestro Programa de Descuentos de Escala Variable, pida en la recepción una solicitud del programa o pida una cita con uno de nuestros coordinadores de Atención. Debe completar la solicitud y entregar una copia de los ingresos para calificar para el descuento de escala variable antes de cualquier cita en la que quisiera que se aplicara la escala variable antes de hacer cualquier arreglo.
- Su hijo podría ser elegible para un programa de Medicaid, así que pida una cita con uno de nuestros coordinadores de atención para hablar más sobre esto.
- El pago de hoy puede ser con dinero en efectivo, cheque, tarjeta de crédito o tarjeta de débito. El copago mínimo se debe pagar en el momento de registrarse, a menos que se hayan hecho otros arreglos antes de la visita. Pida hablar con un supervisor si tiene preguntas.
- Si participa en una red del seguro médico, MOCH con gusto presentará el reclamo del seguro en su nombre. Es su responsabilidad pagar el saldo de cualquier cargo por servicios que no esté cubierto por su plan del seguro al recibir la factura o según lo acuerde en el plan de pago. En el caso que prevea que va a necesitar ayuda económica para pagar este saldo, debe completar la solicitud de escala variable y entregar un comprobante de ingresos antes del momento del servicio para calificar para la escala variable en ese momento, a menos que se hayan hecho arreglos antes.
- Si no participa en una red de seguro médico y si tiene ingresos del grupo familiar por arriba del 200 % de la directriz federal de pobreza, el pago se exige en su totalidad por los servicios que recibe hoy. Si hay algún otro cargo que no se cobre en el momento del servicio, es su responsabilidad pagar el saldo de cualquier cargo por servicios al recibir la factura o según lo acuerde en el plan de pago.

Missouri Ozarks cree que una buena relación entre proveedor y paciente se basa en la comprensión y las buenas comunicaciones. La información de arriba se da para evitar malentendidos. Las preguntas sobre los arreglos económicos se deben dirigir a nuestra oficina de Facturación llamando al 1-417-683-5739. Firmando abajo como paciente o custodio legal, usted reconoce que leyó esta hoja de la política económica del paciente y acepta los términos que se mencionaron arriba.

Firma del paciente/Custodio legal: _____

Fecha: _____

TAMAÑO E INGRESOS FAMILIARES

Nombre del paciente: _____ Número de expediente: _____

Instrucciones: elija el **tamaño de la familia** en la columna de hasta la izquierda. Luego, encierre en un círculo el **rango de ingresos** a la derecha del tamaño de familia que eligió (en la misma fila).

Missouri Ozarks Community Health
Directrices federales de pobreza 2024

Tamaño del grupo familiar	DIRECTRIZ DE PORCENTAJE DE POBREZA				
	A	B	C	D/E	F
	< 100 % FPG	101-125 % FPG	126-150 % FPG	151-200 % FPG	> 200 % FPG
1	15,060	15,061	18,826	22,591	30,121
	o menos	18,825	22,590	30,120	y más
2	20,440	20,441	25,551	30,661	40,881
	o menos	25,550	30,660	40,880	y más
3	25,820	25,821	32,276	38,731	51,641
	o menos	32,275	38,730	51,640	y más
4	31,200	31,201	39,001	46,801	62,401
	o menos	39,000	46,800	62,400	y más
5	36,580	36,581	45,726	54,871	73,161
	o menos	45,725	54,870	73,160	y más
6	41,960	41,961	52,451	62,941	83,921
	o menos	52,450	62,940	83,920	y más
7	47,340	47,341	59,176	71,011	94,681
	o menos	59,175	71,010	94,680	y más
8	52,720	52,721	65,901	79,081	105,441
	o menos	65,900	79,080	105,440	y más

Para cada persona adicional, sume \$5,380 al rango de ingresos.

Autorización y consentimiento para el intercambio de información médica

Missouri Ozarks Community Health puede participar en uno o más intercambios de información médica (HIE) y pueden compartir electrónicamente su información médica para el tratamiento, pago, operaciones de atención médica y otros propósitos autorizados, en la medida que esté permitido por la ley, con otros participantes en los HIE. Los HIE permiten que sus proveedores de atención médica, plan médico y otros receptores autorizados accedan eficientemente a la información médica necesaria para el tratamiento, pago por la atención y otros propósitos legales.

Los tipos de información médica que se pueden compartir por medio de los HIE incluyen, entre otros, diagnósticos, medicamentos, alergias, resultados de pruebas de laboratorio, reportes de radiología, inscripción y elegibilidad para un plan médico. Esa información también puede incluir información médica que usted puede considerar particularmente confidencial, incluyendo información de salud mental; información de VIH/sida y de resultados de pruebas; información genética y resultados de pruebas; tratamiento de STD y resultados de pruebas e información de planificación familiar.

La inclusión de su información médica en un HIE es voluntaria y está sujeta a su derecho de no participar. Si no cancela su participación, según la ley aplicable, podemos dar su información médica a las HIE en las que participamos. Puede obtener más información de cualquier HIE en la que participemos y cómo puede ejercer su derecho a cancelar su participación en nuestra recepción o puede llamarnos al 417-683-5739. Si elige no participar en el intercambio de datos por medio de las HIE, su información ya no se compartirá por medio de una HIE, incluyendo una emergencia médica; sin embargo, la cancelación de la participación no modificará la manera en la que de otra manera se accede a su información y se les entrega a las personas autorizadas según la ley, incluyendo que se transmita por medio de otros mecanismos seguros (por ejemplo, por fax o una tecnología equivalente).