

**Información al paciente**

Hombre  
 Mujer

Apellidos                      Nombre de pila                      Inicial del segundo nombre                      Sexo

Dirección postal                      Ciudad                      Estado                      Código postal

Teléfono de casa                      Teléfono móvil                      Teléfono de trabajo

/ /                      Dirección de correo electrónico                      Estado civil

**Información del avalista**

Persona responsable de la factura (Si es uno mismo, indícalo y sáltate el resto de esta sección)                      Relación con el paciente

/ /                      Dirección (calle, ciudad, estado, código postal)                       La misma que la del paciente                      Número de teléfono

**CONTACTO DE EMERGENCIA**

Nombre                      Relación                      Número de teléfono

Nombre                      Relación                      Número de teléfono

**CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO Y POLÍTICA DE PRIVACIDAD:** Yo, el abajo firmante, doy mi consentimiento para el tratamiento que considere necesario el proveedor de atención médica que me atienda. También doy mi consentimiento para que me traten los proveedores dentales del MOCH y/o los estudiantes de la Facultad de Odontología de la UMKC y de la Facultad de Odontología y Salud Bucodental de Missouri. En caso de que el paciente sea menor de edad, al firmar a continuación declaro que soy el padre/madre y/o tutor legal del paciente que se presenta hoy para recibir tratamiento. Al firmar abajo, reconozco que he leído y estoy de acuerdo con la declaración de privacidad del MOCH y entiendo que en cualquier momento, si lo solicito, puedo obtener una copia de la Declaración de Prácticas de Privacidad del MOCH.

**Firma del Paciente/Custodio Legal:** \_\_\_\_\_

**Fecha:** \_\_\_\_\_

## Datos demográficos

Por favor, proporciona la siguiente información para ayudar al MOCH y a nuestros programas federales asociados a servirte mejor a ti y a nuestras comunidades.

### RAZA

Selecciona la opción que mejor describa tu raza.

- Blancos (No hispanos ni latinos)
- Hispano o latino (todas las etnias)
- Negro/Afroamericano
- Indio americano/Nativo de Alaska
- Indio asiático
- Chino
- Filipino
- Japonés
- Coreano
- Vietnamita
- Otros asiáticos
- Hawaiano nativo
- Otros isleños del Pacífico
- Guamanés o Chamorro
- Samoa
- Más de una Raza

### ETNICIDAD

Selecciona la opción que mejor describa tu origen étnico.

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

### SITUACIÓN DE LA VIVIENDA

- No sin hogar
- Duplicar
- Calle
- Transicional
- Albergue para personas sin hogar
- Vivienda pública (en función de los ingresos)
- Otras: \_\_\_\_\_

### ¿ERES VETERANO?

- Sí
- No

### ¿Tienes un testamento vital?

- Sí
- No

### IDIOMA PREFERIDO

- Inglés
- Español
- Ruso
- Ucraniano
- Otros:

Favor de completar la sección abajo y enumerar la(s) persona(s) que puede(n) obtener información sobre tu salud y sobre tus citas. Esto incluye información médica, dental, y de salud conductual.

**\*\*SI EL PACIENTE ES MENOR DE EDAD**, enumera las personas que pueden acompañar al menor a la cita y tomar decisiones sobre la atención médica/dental/de salud conductual. Estas personas también pueden recibir información sobre la salud del paciente menor de edad.

**\*\* Para la recepción de historiales médicos, debe completarse un formulario de autorización para divulgar historiales médicos. \*\***

Nombre:	Relación con el paciente	Número de teléfono
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		

**Al proporcionar la información anterior, entiendo que autorizo a las personas indicadas a buscar atención para este paciente menor de edad y/o recibir información protegida con relación a mi atención sanitaria o la de este paciente menor de edad.**

Firma del Paciente/Custodio Legal: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

#### **POLÍTICA FINANCIERA DEL PACIENTE:**

Todo pago se debe realizar en el momento del servicio a menos que se hayan hecho otros arreglos antes de la visita. Autorizo que la asignación de beneficios por los servicios recibidos se pague directamente a Missouri Ozarks Community Health (MOCH). Entiendo que soy financieramente responsable de cualquier saldo, incluyendo pero no limitado a copagos, deducibles y saldos de auto-pago. Autorizo a MOCH a divulgar cualquier información médica necesaria para procesar las reclamaciones y autorizo además el pago de las prestaciones médicas, dentales y de salud conductual pagaderas directamente a MOCH. Entiendo que MOCH presentará y completará los pasos necesarios para cobrar el pago de mi seguro. Sin embargo, si mi seguro no cubre mi(s) servicio(s), entiendo que puedo ser el responsable de los cargos asociados a estos servicios. Además, entiendo que el MOCH puede no tener contrato con mi plan de seguros, y acepto que soy el responsable de los cargos denegados por tales motivos. *Comprendo que no es responsabilidad de la MOCH verificar las prestaciones del seguro en virtud de mi plan de seguro específico y que se me anima a ponerme en contacto directamente con mi proveedor de seguros antes de recibir los servicios.*

- Nuestro **Programa de Descuento de Tarifa Variable** está diseñado para ayudarte a pagar los servicios médicos, dentales y de salud conductual que presta el MOCH. Si quieres acogerte a nuestro programa de descuentos según ingresos, pide en recepción una solicitud para el programa de descuentos según ingresos o solicita una cita con uno de nuestros coordinadores asistenciales. Tienes que completar la solicitud y presentar un comprobante de ingresos para poder beneficiarte del descuento de tarifa variable antes de cualquier cita en la que desees que se aplique el descuento de tarifa variable la que desees, a menos que se hayan hecho arreglos previos.
- Es posible que tu hijo pueda acogerse a un programa de Medicaid, por lo que te rogamos que pidas cita con uno de nuestros coordinadores asistenciales para hablar de ello.
- Puedes pagar hoy en efectivo, con cheque, tarjeta de crédito o tarjeta de débito. El copago mínimo debe abonarse en el momento del ingreso, a menos que se haya acordado otra cosa antes de la visita. Pide hablar con un supervisor si tienes preguntas.
- Si participas en una red de seguros médicos, el MOCH estará encantado de presentar la reclamación al seguro en tu nombre. Es tu responsabilidad pagar el saldo de los honorarios de los servicios no cubiertos por tu plan de seguro al recibir la factura o según lo acordado en tu plan de pago. Si prevés que necesitarás ayuda económica para pagar este saldo, deberás rellenar la solicitud de tarifa variable y presentar una prueba de ingresos antes del momento del servicio para poder optar a la tarifa variable en ese momento, a menos que se hayan hecho arreglos previos.
- Si no participas en una red de seguros médicos y si tienes ingresos familiares superiores al 200% del umbral federal de pobreza, se requiere el pago íntegro de los servicios que recibas hoy. Si hay cargos adicionales que no se cobren en el momento del servicio, es tu responsabilidad pagar el saldo de cualquier cargo por servicios al recibir la factura o según lo acordado en tu plan de pago.

Missouri Ozarks cree firmemente que una buena relación proveedor/paciente se basa en la comprensión y la buena comunicación. La información anterior se facilita para evitar cualquier malentendido. Las preguntas sobre acuerdos financieros deben dirigirse a nuestra oficina de facturación al 1-417-683-5739. Al firmar a continuación como paciente o tutor legal, reconoces que has leído esta hoja de Política Financiera del Paciente y aceptas los términos expuestos.

Firma del Paciente/Custodio Legal: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

## TAMAÑO DE LA FAMILIA E INGRESOS

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Número de historia clínica: \_\_\_\_\_

**Instrucciones:** Selecciona el **tamaño de la familia** en la columna izquierdo. Entonces rodea con un círculo tu **rango de ingresos** a la derecha del tamaño de familia seleccionado (en la misma fila).

### Missouri Ozarks Community Health 2025 Pautas federales de pobreza

Tamaño de la familia	PORCENTAJE DEL UMBRAL DE POBREZA				
	A	B	C	D / E	F
	< 100% FPG	101-125% FPG	126-150% FPG	151-200% FPG	> 200% FPG
<b>1</b>	15,650 o menos	15,651 19,563	19,564 23,475	23,476 31,300	31,301 o más
<b>2</b>	21,150 o menos	21,151 26,438	26,439 31,725	31,726 42,300	42,301 o más
<b>3</b>	26,650 o menos	26,651 33,313	33,314 39,975	39,976 53,300	53,301 o más
<b>4</b>	32,150 o menos	32,151 40,188	40,189 48,225	48,226 64,300	64,301 o más
<b>5</b>	37,650 o menos	37,651 47,063	47,064 56,475	56,476 75,300	75,301 o más
<b>6</b>	43,150 o menos	43,151 53,938	53,939 64,725	64,726 86,300	86,301 o más
<b>7</b>	48,650 o menos	48,651 60,813	60,814 72,975	72,976 97,300	97,301 o más
<b>8</b>	54,150 o menos	54,151 67,688	67,689 81,225	81,226 108,300	108,301 o más

Por cada persona adicional, agrega \$5,500 al tramo.

## **Formulario de autorización y consentimiento para el intercambio de información sanitaria**

Missouri Ozarks Community Health puede participar en uno o más intercambios de información sanitaria (HIE) y puede compartir electrónicamente tu información médica para tratamiento, pago, operaciones de atención sanitaria y otros fines autorizados, en la medida en que lo permita la ley, con otros participantes en los HIE. Los HIE permiten a tus proveedores de asistencia sanitaria, plan de salud y otros destinatarios autorizados acceder de forma eficiente a la información médica necesaria para tu tratamiento, el pago de tu asistencia y otros fines legales.

Los tipos de información médica que pueden compartirse a través de los HIE incluyen, entre otros: diagnósticos, medicamentos, alergias, resultados de pruebas de laboratorio, informes radiológicos, inscripción en planes de salud y elegibilidad. Dicha información también puede incluir información sanitaria que pueda considerarse especialmente sensible para ti, como: información sobre salud mental; información y resultados de pruebas del VIH/SIDA; información y resultados de pruebas genéticas; tratamiento y resultados de pruebas de ETS, e información sobre planificación familiar.

La inclusión de tu información médica en un HIE es voluntaria y está sujeta a tu derecho de exclusión voluntaria. Si no te excluyes voluntariamente, podemos proporcionar tu información médica de acuerdo con la legislación aplicable a los HIE en los que participamos. Puedes obtener más información en nuestra en el que participemos y cómo puedes ejercer tu derecho de exclusión voluntaria. Puedes obtener en nuestra recepción o llamándonos al 417-683-5739. Si optas por excluirte del intercambio de datos a través de los HIE, tu información dejará de compartirse a través de un HIE, incluso en caso de emergencia médica; sin embargo, tu exclusión no modificará la forma en que se accede a tu información y se divulga a las personas autorizadas de conformidad con la ley, incluida la transmisión a través de otros mecanismos seguros (por ejemplo, por fax o una tecnología equivalente).