

Información demográfica y de pago del paciente

TODOS LOS PACIENTES DEBEN COMPLETAR ESTA SECCIÓN

Apellido(s) del paciente		Primer nombre(s) del paciente		Fecha de nacimiento	
Dirección del paciente			Ciudad		Estado
					Código postal
Teléfono de casa		Teléfono celular		# de seguro social	
Correo electrónico					

DEBE SER COMPLETADO POR UN PADRE O TUTOR
(Sólo complete si el paciente es menor de 18 años)

Apellido del padre o tutor legal		Nombre del padre o tutor legal		Relación con el paciente si no es el padre	
Dirección del padre o tutor (Si es diferente de la anterior)			Ciudad		Estado
					Código postal
Teléfono de casa		Teléfono celular		¿Vive el paciente con esta persona?	
				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Sí "NO", con quien: _____	

TODOS LOS PACIENTES DEBEN COMPLETAR ESTA SECCIÓN

Estado de pago del paciente <input type="checkbox"/> Seguro Privado <input type="checkbox"/> Cover Kids <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> TennCare <input type="checkbox"/> Autopago (sin seguro)		¿Quién es la parte responsable? <input type="checkbox"/> El Paciente <input type="checkbox"/> Alguien que no sea el paciente	
Nombre del seguro médico PRIMARIO		Nombre del seguro médico SECUNDARIO	
Nombre del suscriptor del seguro	Fecha de nacimiento	Nombre del suscriptor del seguro	Fecha de nacimiento
No. de ID del suscriptor		No. de ID del suscriptor	
Relación del paciente con el suscriptor de seguro <input type="checkbox"/> Él/la paciente <input type="checkbox"/> Esposa/Esposo <input type="checkbox"/> Hijo/Dependiente <input type="checkbox"/> Otro		Relación del paciente con el suscriptor de seguro <input type="checkbox"/> Él/la paciente <input type="checkbox"/> Esposa/Esposo <input type="checkbox"/> Hijo/Dependiente <input type="checkbox"/> Otro	

FIRME A CONTINUACIÓN PARA VERIFICAR QUE ESTA INFORMACIÓN ES EXACTA:



FIRMA DEL PACIENTE O TUTOR LEGAL FECHA DE HOY

Nombre del paciente _____

Fecha de Nacimiento _____

Idioma Principal

Inglés
Español
Otro: _____

Origen Étnico

No Hispano
Hispano
Otro: _____
Prefiero no responder

Raza

Negro/Afroamericano
Asiático
Blanco
Indio Americano
Nativo de Hawái
Otras Islas del Pacífico
Mas de una raza
Prefiero no responder

Identificación de Género

Hombre
Mujer
Hombre Transgénero(M a H)
Mujer Transgénero(H a M)
Prefiero no responder

Orientación sexual

Heterosexual
Homosexual Bisexual
Otro: _____
Prefiero no responder

Alguna creencia religiosa o cultural que afecte su atención? Sí No

Usted esta?

Soltero(a)
Casado(a)
Separado(a)
Divorciado(a)
Viudo(a)

Usted esta?

Empleado(a)
Desempleado(a)
Estudiante
Retirado(a)

Es un veterano?

Sí
No

Se siente seguro(a) en casa?

Sí No

Es victima de trata sexual?

Sí No

Esta experimentando abuso/ violencia domestica?

Sí No

Ha estado en el hospital en las ultimas 2 semanas?

Sí No

Usted tiene problemas

Para obtener comida
Para obtener alojamiento financieros
Ninguno

Alojamiento

Dueño
Renta
Sin hogar
Casa hojar
Vive con amigos/familiar
Temporal Migratorio
Inmigrante

Vive solo(a)

Sí No
Cuántas personas viven en la casa? _____

Mas alto nivel de educación?

Kinder Primaria Secundaria
Preparatoria Colegio

Puede leer y escribir?

Sí No

Recibe ayuda con el transporte

U-CARTS
Mid-Cumberland
Recibe transporte con un familiar/amigo(a)
Otro _____
No requiero ayuda con el transporte

Tiene

Problemas al escuchar
Usa un audifono
Problemas de vista
Usa lentas/pupilentes
Necesita ayuda prar oír o ver
NINGUNO

Usted tiene

Síndrome de
Down Autismo
Dificultades de aprendizaje
Retrasos de desarrollo
NINGUNO

Esta expuesto a fumadores pasivos?

Sí No

Se ha caido en los ultimos 6 meses?

Sí No

Usted usa

Silla de ruedas
Bastón
Andador
Otro: _____
NINGUNO

Usa cinturón de seguridad?

Sí No

Obtiene atención dental de rutina?

Sí No

Firma del paciente o Tutor legal _____

Fecha _____



Descuento de Tarifa de Deslizamiento Dental 2021

La tarifa deslizante es un descuento de cargos para aquellos que no tienen seguro o que tienen seguro pero tienen un deducible alto. Además, es para aquellos cuyo seguro no cubre los servicios prestados. Independientemente de si usted tiene seguro o no, usted todavía debe cumplir con las pautas de ingresos.

Nombre Completo: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Fecha de hoy _____

DENTAL SLIDING FEE DISCOUNT SCHEDULE						
Niveles de Tarifa	Tarifa Nominal	A	B	C	D	E
Poverty Level*	<=100%	>100% - 125%	>125% - 150%	>150% - 175%	>175% - 200%	>200%
Nivel de Pobreza*	<=100%	101-125%	126-150%	151-175%	176-200%	>200%
Servicios Preventativos Consultorio/Examen/Radiografías Selladores Dentales FluorTopico	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	Tarifa completa
Limpieza Limpieza Limpieza Profundo (Cuadrante)	\$45	\$50	\$55	\$60	\$65	Tarifa completa
Servicios Adicionales Extracciones (por diente) Rellenos (por diente)	\$60	\$70	\$80	\$90	\$100	Tarifa completa
cuantos en la familia	Tarifa Nominal	nivel A	nivel B	nivel C	nivel D	nivel E
1	\$0 \$12,880	\$12,881 \$16,100	\$16,101 \$19,320	\$19,321 \$22,540	\$22,541 \$25,760	\$25,761
2	\$0 \$17,420	\$17,421 \$21,775	\$21,776 \$26,130	\$26,131 \$30,485	\$30,486 \$34,840	\$34,841
3	\$0 \$21,960	\$21,961 \$27,450	\$27,451 \$32,940	\$32,941 \$38,430	\$38,431 \$43,920	\$43,921
4	\$0 \$26,500	\$26,501 \$33,125	\$33,126 \$39,750	\$39,751 \$46,375	\$46,376 \$53,000	\$53,001
5	\$0 \$31,040	\$31,041 \$38,800	\$38,801 \$46,560	\$46,561 \$54,320	\$54,321 \$62,080	\$62,081
6	\$0 \$35,580	\$35,581 \$44,475	\$44,476 \$53,370	\$53,371 \$62,265	\$62,266 \$71,160	\$71,161
7	\$0 \$40,120	\$40,121 \$50,150	\$50,151 \$60,180	\$60,181 \$70,210	\$70,211 \$80,240	\$80,241
8	\$0 \$44,660	\$44,661 \$55,825	\$55,826 \$66,990	\$66,991 \$78,155	\$78,156 \$89,320	\$89,321
For each additional person, add	\$4,540	\$5,675	\$6,810	\$7,945	\$9,080	

* Basado en las Pautas de Pobreza 2021

Para determinar el porcentaje de la factura que el paciente es responsable:

- Haga coincidir el número de personas que viven en el hogar con la categoría "número en la familia" arriba.
- Mover a través de la escala hasta que el ingreso anual se corresponde con la categoría de ingresos:
- Busque en la parte superior de la columna a la tarifa de la lista. Esta es la cantidad que pagará por su visita al consultorio.
- 4. RECUERDE-Todos los ingresos de la familia se va a incluir. El ingreso es la CANTIDAD OBTENIDA ANTES DE LOS IMPUESTOS.**

HOPE FAMILY HEALTH SERVICES PÓLIZA FINANCIERA

Gracias por elegir Hope Family Health para satisfacer sus necesidades de atención médica. Hope trabaja para mejorar el acceso a la atención primaria de salud en las zonas Rurales de Middle Tennessee, centrándose en sus poblaciones más vulnerables. Hope busca restaurar la dignidad, fe, ESPERANZA y la salud en nuestro paciente y hacerlos socios en el proceso de curación.

Nos complace ser el proveedor de atención médica primaria de su familia. Como parte de la relación proveedor- paciente, deseamos establecer nuestras expectativas de su responsabilidad financiera como se describe en nuestra póliza financiera. **Es póliza de HOPE que todos los pacientes reciban una copia del paquete de la póliza financiera de HOPE**, para ayudar a los pacientes a comprender sus obligaciones financieras con HOPE. **Revisé y firme la siguiente póliza financiera antes de su visita al consultorio.**

Registro de Pacientes

Es póliza de HOPE mantener un sistema para el registro de pacientes y la recopilación, mantenimiento y notificación de datos de pacientes. **Todos los pacientes deben completar o actualizar la información demográfica y del seguro del paciente con el personal de recepción en cada visita**, para garantizar la precisión de los datos del paciente para el sistema de facturación de HOPE.

Responsabilidades del Paciente

Su aceptación del servicio implica una responsabilidad financiera que lo obliga a garantizar el pago total de nuestras tarifas ya descontadas. HOPE aplicará los pagos al saldo más antigua de la cuenta. La oficina de finanzas de HOPE procesará todos los pagos de pacientes o seguros recibidos por correo. Cualquier paciente que no pueda realizar el pago completo debe ejecutar una Solicitud de plan de pago. **HOPE atiende a todos los pacientes independientemente de su capacidad de pago.**

Programa de Descuentos

HOPE no negará los servicios de atención médica solicitados y no discriminará en la prestación de servicios a una persona que no pueda pagar los servicios o cuyos servicios sean pagados por Medicare, Medicaid, TennCare o un programa estatal de seguro médico para niños ("SCHIP"). HOPE generalmente cobrará a las personas que reciben servicios de salud a la tarifa usual y habitual que prevalece en esta área. **HOPE ofrece un programa de descuento de tarifa (SFSD) variable a todas las personas y familias con ingresos anuales iguales o inferiores al 200% de las pautas de pobreza federales actuales del DHHS.** Para calificar para el SFSD, los pacientes deben traer a su primera visita la información requerida que verifique el tamaño de la familia y los ingresos. Un paciente que no tiene la información puede ser visto en la primera visita como un paciente de categoría N, pero se le pedirá que pague los cargos completos si no está certificado para su próxima visita. Los servicios médico primarios, los servicios de salud mental y los servicios de laboratorio proporcionados en HOPE Family Health, así como cualquier deducible, son elegibles para el SFSD. Los copagos, los cargos anteriores, los suministros, los cargos de laboratorios médicos y dental externo, las radiografías médicas externas y cualquier otro servicio externo NO son elegibles para un SFSD.

Reclamos de Seguro Medico

Los pacientes deben completar y firmar formularios de información y seguro antes de visitar al proveedor. **Debe presentar una tarjeta de seguro vigente en cada visita. Si usted o sus hijos no presentan una tarjeta de seguro vigente, será responsable del pago en el momento de su visita.** Si su seguro paga el reclamo, recibirá un reembolso de HOPE en una fecha posterior. Si su compañía de seguros no es una de las que participamos, usted es responsable del pago completo. Los planes de seguro y Medicare consideran que algunos servicios "no está cubiertos", en cuyo caso usted es responsable del pago total. De acuerdo con el código de **Tennessee 56-7-109**, las aseguradoras deben pagar un reclamo debidamente presentado en papel dentro de los 30 días o dentro de los 21 días si se envía correctamente por vía electrónica. Tiene la responsabilidad de proporcionar información a nuestra oficina para que se pueda presentar correctamente un reclamo. **Si su compañía de seguros no ha pagado un reclamo en su nombre en 90 días debido a información que no ha proporcionado, el saldo se transferirá a su cuenta y usted será responsable del pago.** Si recibimos el pago en una fecha posterior, HOPE le reembolsará. HOPE aplicará todos los pagos recibidos de terceros pagadores a cargos específicos asociados con un paciente específico y una fecha de servicio.

Planes de Pago

Si un paciente tiene un saldo adeudado y no puede pagar, HOPE revisará la cuenta y ofrecerá un plan de pago ofrecido, con el seguimiento de la cuenta por parte del personal de facturación y cobranza. Por lo general el pago mínimo permitido es de \$25, pero si un paciente cae al 100% o por debajo del nivel federal de pobreza, el plan de pago puede ofrecer una cantidad menor, como \$5 o \$10, para evitar una barrera de financiera para la atención.

Descuentos disponibles

Debido a que la póliza de HOPE es alentar a los pacientes a pagar los saldos adeudados anteriores, HOPE ofrece un descuento para los pagos de los montos adeudados si se pagan en su totalidad en una visita al consultorio o comunicándose a la compañía de facturación. Para los servicios de atención primaria, el descuento es del 25% de saldo adeudado anterior. Hope ofrece descuentos para servicios esenciales según el tamaño de la familia y los ingresos. Puede solicitar un descuento en la recepción. Sin embargo, usted es el responsable último del pago de su factura.

Aviso Anticipado al Beneficiario (ABN)

Es póliza de HOPE, antes del tratamiento, informar a los pacientes de todos los servicios de Medicare no cubiertos y la responsabilidad del paciente por el pago de esos servicios, y obtener documentación de la aceptación del paciente de la responsabilidad financiera por esos servicios.

Cheques Devueltos y Posfechados

Los cheques devueltos por insuficiencia de fondos se entregaran al departamento de Finanzas. HOPE no acepta ni cancela automáticamente los cheques depositados previamente en las cuentas de los pacientes y devueltos por razones de “fondos insuficientes” (NSF). Dos cheques NSF recibidos del mismo paciente o cuenta darán como resultado que el paciente sea colocado en un estado de “solo efectivo” para todas las visitas futuras. **HOPE aceptara cheques posfechados hasta 5 días como pago por servicios recibidos en HOPE (estado de retención posterior a la fecha).**

Copias de Registros Médicos

Es la póliza de HOPE Family Health establecer, mantener y proteger el registro medico de cada paciente que se ha establecido en HOPE Family Health. Este registro deberá cumplir con todas las demás pólizas y procedimientos de HOPE Family Health, así como con las leyes y regulaciones federales y estatales. La creación, destrucción, almacenamiento, acceso y mantenimiento de este registro permanecerá compatible con HIPPA en todo momento, así como con todas las pólizas del centro de salud y las leyes y regulaciones federales y estatales.

Referencias

Es la póliza de HOPE Family Health seguir un procedimiento formal y estandarizado para referir pacientes a otros proveedores de atención médica, como especialistas y centros de diagnóstico, y realizar un seguimiento posterior para garantizar que el paciente haya recibido la atención ordenada por el proveedor de HOPE. El personal de HOPE guiara a los pacientes a través del proceso de referencias, asegurándose en cada paso de que tengan todo lo que necesitan para completar el plan de atención si así lo desean. **Los pacientes deben pagar el monto total de las referencias externas si es necesario.**

Menores y Dependientes

Los padres y tutores son responsables de los pagos de sus dependientes en el momento en que se presente el servicio. **El padre o tutor de menores y dependientes debe presentar una tarjeta de seguro valida en cada visita si se va a reportar un reclamo.** Consulte el artículo **Reclamos de Seguro Medico** anterior si no se presenta una tarjeta de seguro.

Colecciones

HOPE hará todo lo posible para cobrar todo el dinero adeudado por los servicios brindados a los pacientes ofreciendo planes de pago, así como descuentos en efectivo para pagos de cuentas significativamente atrasadas. Los pacientes que califican para la escala de descuentos se establecen en un nivel de pagos basado en su capacidad para pagar los servicios. En el proceso de recolección, como en todos los demás aspectos de las operaciones de HOPE, los pacientes será tratados con dignidad y respeto. HOPE hará todos los intentos razonables para cobrar las cuentas adeudadas utilizando un procedimiento consistente con todos los tipos de pacientes. Si un paciente no hace ningún intento de realizar pagos después de 150 días o no cumple con el pago del plan de pagos, los cargos por servicios médicos quedaran pendientes como deudas atrasadas. **HOPE no rechazara la atención a sus pacientes debió a su incapacidad para pagar.**

El paquete de la póliza financiera se explicara a los pacientes cuando se registren en HOPE. El personal responderá cualquier pregunta que los pacientes tengan sobre las pólizas y los alentara a pagar el total en el momento de la visita. El paciente debe firmar que comprende y reconocen el recibo de la póliza.

Nombre impreso: _____
Paciente, padre o tutor legal

Firma: _____
Paciente, padre o tutor legal

Fecha: _____

AUTHORIZATION FOR RELEASE OF RECORDS

AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE REGISTROS

1. ¿Quién es el paciente?

Apellidos del paciente (PATIENT LAST NAME)		Primer nombre(s) del paciente (PATIENT FIRST NAME(S))	
Número de Seguro Social del paciente (SSN)	Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)	(DOB)	
<p>INDIQUÉ UNO:</p> <p><input type="checkbox"/> Soy el paciente escribiendo estas papeles O</p> <p><input type="checkbox"/> Tengo el derecho legal de firmar por el parte del paciente. (Si no es el paciente, marque uno a continuación:) Soy el: <input type="checkbox"/> Padre del paciente <input type="checkbox"/> Tutor del paciente <input type="checkbox"/> Otro</p> <p>Si es otro, describa la relación con el paciente: _____</p>			

2. Centro(s) de salud autorizado(s) bajo esta DIVULGACIÓN o SOLICITUD

Nombre del proveedor de cuidado de salud, incluso del proveedor ESPECÍFICO que administra su atención, si existe		Número de teléfono del proveedor
HOPE FAMILY HEALTH		615-644-2000
Dirección del proveedor	Ciudad, estado y código postal	Número de fax del proveedor
1124 New HWY 52 East OR 10427 HWY 52 West	WESTMORELAND, TN 37186	615-644-2078

3. ¿Qué información de salud se autoriza a HOPE para DIVULGAR o SOLICITAR?

Proporcione estos detalles a continuación:

PROVEEDOR QUE ADMINISTRÓ LA ATENCIÓN:	PERÍODO DE ATENCIÓN:	DESCRIPCIÓN DE LA INFORMACIÓN DE CUIDADO DE SALUD

Tenga en cuenta que esta AUTORIZACIÓN puede incluir el historial de prescripción, tanto pasado como presente. Si aplica, esta AUTORIZACIÓN también puede incluir información de salud sobre cualquier tratamiento de alcohol o drogas, estatus de VIH/SIDA, o abuso sexual/físico/mental.

4. ¿Por qué está autorizando esta DIVULGACIÓN o SOLICITUD?

- CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN MÉDICA
- OTRO: _____

5. ¿Cuándo finaliza mi AUTORIZACIÓN?

Su autorización (dado por completar y firmar este formulario) expirará por ley un año a partir de la fecha en que la autorización fue dado. Si usted desea revocar su permiso más pronto, hay que notificar a HOPE por escrito.

6. Sus DERECHOS y otra Información Importante

1. Dar su autorización para DIVULGAR o SOLICITAR su información de salud es su elección. No tiene que compartir su información de salud.
2. No está obligado a dar esta autorización para este fin. Usted seguirá recibiendo beneficios y tratamiento en la clínica HOPE que pueden ser proveídos en la medida en que su proveedor de atención médica se sienta cómodo al tomar decisiones sin esta autorización.
3. Si decide revocar su consentimiento autorizado por este formulario, debe hacerlo notificando a HOPE por escrito. Debe expresar esto escribiendo a:
HOPE Family Health | Attn: Health Records | 1124 New Hwy 52 E | Westmoreland | TN | 37186
4. Si revoca esta autorización, tenga en cuenta que no recuperará la información de salud que ya hemos compartido o recibido. Sin embargo, HOPE detendrá cualquier SOLICITUDES o DIVULGACIONES adicionales.
5. Si compartimos su información de salud con las partes autorizadas que usted nombra arriba, HOPE no está en capacidad de asegurar que actúan responsablemente dentro de los límites de las leyes estatales y federales de privacidad de los pacientes.
6. Si el paciente tiene un representante autorizado, se debe presentar una prueba legal que demuestre que esta persona puede actuar a nombre de esta persona. (Un representante firma por un paciente que no puede firmar legalmente en su propio nombre.)
7. Si el paciente tiene menos de 18 años de edad, un padre o tutor debe firmar por el menor.

7. Firma de AUTORIZACIÓN del paciente

Doy mi AUTORIZACIÓN a HOPE Family Health para DIVULGAR o SOLICITAR mi información de salud para los propósitos y a/de las partes indicadas en la primera página de este formulario. Al completar y firmar, este formulario caduca cuando usted informa a HOPE que desea revocar su permiso para usarlo. De lo contrario, la presente autorización expirará por ley un año a partir de la fecha de la autorización fue dado. Indique su AUTORIZACIÓN firmando a continuación:

Firmado por:

Firma del paciente o tutor legal (si el paciente es menor de 18 años) o representante autorizado

Nombre del paciente:

Nombre completo del paciente en letra de molde

Tutor legal o Representante Autorizado:

Nombre completo en letra de molde del tutor legal representante autorizado

Fecha de hoy:

Fecha en la que se firmó este formulario

You may fax medical records to: 615-644-2078

PUEDE ENVIAR LOS REGISTROS MÉDICOS POR FAX AL: 615-644-2078



HOPE Family Health
1124 New Highway 52 East
Westmoreland | TN | 37186

615.644.2000 | OFFICE
615.644.2078 | FAX
info@hopefamilyhealth.org | EMAIL
hopefamilyhealth.org | ONLINE

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Aviso de Prácticas de Privacidad

Acuse de recibo del paciente

Al firmar este formulario, confirmo que se me ha ofrecido una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad de HOPE. También entiendo que en cualquier momento durante la coordinación de mi atención aquí en HOPE, puedo obtener una copia de este Aviso solicitándola a cualquier miembro del equipo de HOPE.

Al firmar este formulario, confirmo que entiendo que el Aviso de Prácticas de Privacidad de HOPE proporciona información acerca de cómo el centro de salud y su equipo de personales puede usar y revelar mi información médica protegida mientras realiza tareas relacionadas con la coordinación de mi cuidado, que incluye proporcionar tratamiento, cobrar pagos y llevar a cabo operaciones de atención de salud (TPO por sus señales en inglés).

Firma del paciente o tutor legal

Fecha: _____

Estudiantes

HOPE Family Health fomenta y promueve el aprendizaje. Frecuentemente servimos como un sitio de enseñanza, o “preceptor” para varias estudiantes de enfermería, medicina, salud dental, salud mental, y otras clases de estudiantes. SI USTED NO DESEA TENER UN ESTUDIANTE INVOLUCRADO EN SU CUIDADO DE SALUD, FAVOR DE INFORMAR A LA RECEPCIONISTA. Hay que proveer esta notificación en CADA visita a la oficina.

- Al poner sus iniciales, reconoce que se le ha notificado sobre este procedimiento y comprende que es su responsabilidad notificar al personal si no desea a un estudiante en su cuidado. _____ Iniciales

Consentimiento del Historial de Prescripciones

Hope Family Health está inscrito en un programa de prescripción electrónica. Este programa está destinado a ayudar a nuestros proveedores a comprender qué medicamentos están usando actualmente o han usado nuestros pacientes en el pasado para brindar el mejor tratamiento posible.

Al firmar este consentimiento, usted acepta que Hope Family Health puede solicitar y utilizar su historial de medicamentos recetados de otros proveedores de atención médica y / o terceros pagadores de beneficios de farmacia para fines de tratamiento.

Comprendiendo todo lo anterior, presente doy mi consentimiento informado a Hope Family Health para obtener mi historial de prescripciones.

Firma del paciente o tutor legal

Fecha: _____

Nombre del paciente: _____ Fecha: _____

Consentimiento del paciente para uso y divulgación de información de salud protegida

ESTE CONSENTIMIENTO ES PARA SERVICIOS MÉDICOS Y DENTALES, FARMACIA Y FARMACIA CLINICA

La persona cuya firma aparece a continuación certifica las siguientes declaraciones: Con mi consentimiento, HOPE Family Health puede usar y divulgar mi información de salud protegida (PHI), dentro de los límites reglamentarios de HIPAA y la ley Tennessee Healthcare. Cualquier uso y divulgación será con el propósito de coordinar mis necesidades de atención médica; que incluye proporcionar tratamiento, cobrar pagos y llevar a cabo operaciones de atención médica (TPO). Siempre tengo derecho a acceder y recibir una copia del Aviso de prácticas de privacidad de HOPE para obtener una descripción más completa de dichos usos y divulgaciones.

Indique el nombre, los números de contacto y la relación de las personas a quienes HOPE Family Health puede divulgar su información de salud protegida

HOPE tiene mi pleno consentimiento para divulgar mi PHI a las siguientes personas (familiares, familiares o amigos) que pueden ayudar en mi atención:

Contacto de emergencia- Alguien que no vive en su hogar o que no tenga el mismo número de teléfono que el paciente

Nombre:	Relación:	# Casa:	# Celular:

Personas con quien HOPE puede compartir mi información:

Nombre:	Relación:	# Casa:	# Celular:

Entiendo que tengo el derecho de revisar y recibir una copia del Aviso de prácticas de privacidad de HOPE antes de firmar este consentimiento. HOPE se reserva el derecho de revisar su Aviso de prácticas de privacidad en cualquier momento. Se puede obtener una copia escrita de nuestro Aviso de prácticas de privacidad en cualquier ubicación de HOPE.

CONSENTIMIENTO PARA LLAMADAS Y MENSAJES DE TEXTO: Con mi consentimiento, HOPE puede llamar o enviar mensajes de texto a los números de teléfono que proporciono, y puede dejar mensajes en mi correo de voz o con una persona en referencia a cualquier elemento que pueda ayudar al personal de HOPE a llevar a cabo la coordinación de mi cuidado. Esto incluye llamadas sobre recordatorios de citas, recordatorios de atención preventiva, preguntas sobre seguros y cualquier llamada relacionada con mi atención clínica, incluidos resultados de laboratorio, entre otros. Acepto recibir mensajes de tele mercadé o utilizando un sistema de marcación telefónica automática o una voz artificial o pregrabada. Si ELIJO NO OTORGAR A HOPE ESTE CONSENTIMIENTO, entiendo que otorgar este consentimiento no es un requisito como condición para recibir bienes o servicios. También entiendo que al rechazar el consentimiento, es posible que el personal de Hope no pueda comunicarse conmigo para notificarme sobre información vital que pueda afectar mi salud. Si elijo rechazar el consentimiento, debo presentar este rechazo por escrito. Yo entiendo y acepto los riesgos relacionados con el envío de la PHI a través de mensajes de texto.

CONSENTIMIENTO PARA CORREO: Con mi consentimiento, HOPE puede enviar por correo a mi hogar u otra ubicación designada cualquier elemento que pueda ayudar al personal de HOPE a llevar a cabo la coordinación de mi atención. Esto incluye elementos como recordatorios de citas y declaraciones de pacientes siempre que estén marcados como CONFIDENCIALES, además de otras comunicaciones que cumplan con HIPAA.

CONSENTIMIENTO PARA EL CORREO ELECTRÓNICO: Con mi consentimiento, HOPE puede enviar por correo electrónico a mi designado correo electrónico dirección de cualquier mensaje que pueda ayudar a HOPE personal en llevar a cabo la coordinación de mi atención. Yo entiendo y acepto los riesgos relacionados con el envío de PHI a una dirección de correo electrónico personal.

HOPE puede comunicarse conmigo para coordinar mis necesidades de atención médica; que incluye proporcionar tratamiento, cobrar pagos y llevar a cabo operaciones de atención médica (TPO). Esto también incluye la comunicación con respecto a la atención clínica, incluidos los resultados de laboratorio, referencias y otra comunicación de mi (s) proveedor (es) médico (s). Tengo derecho a solicitar que HOPE restrinja la forma en que usa o divulga mi PHI para llevar a cabo la coordinación de mi atención; sin embargo, HOPE no está obligado a aceptar las restricciones solicitadas, pero, si lo hace, está sujeto a este acuerdo.

Al firmar este formulario, doy mi consentimiento total a HOPE para usar y divulgar mi PHI dentro de los límites reglamentarios de HIPAA y la ley de Tennessee Healthcare, siempre y cuando todas y cada uno de los usos y divulgaciones sean para coordinar mis necesidades de atención médica. Entiendo que puedo revocar mi consentimiento por escrito, excepto en la medida en que HOPE ya haya hecho divulgación en base a mi consentimiento previo. Si no firmo este consentimiento, entiendo que mi salud puede verse afectada por la incapacidad del personal de Hope de comunicarse conmigo para transmitir información importante y no haré responsable a Hope ni a su personal.



Firma del paciente o Tutor legal

Fecha

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____

Consentimiento general para cuidado y tratamiento

AL PACIENTE: Usted tiene derecho, como paciente, a ser informado sobre su condición y el tratamiento quirúrgico, médico, farmacéutico o de diagnóstico recomendado que se utilizará. Esto le permitirá estar al tanto de los riesgos y peligros involucrados en cualquier tratamiento para que pueda tomar la decisión de someterse o no a cualquier tratamiento o procedimiento sugerido.

En este punto de su atención, no se ha recomendado ningún plan de tratamiento específico. Este formulario de consentimiento es simplemente un esfuerzo para obtener su permiso para realizar la evaluación necesaria para identificar el tratamiento y / o procedimiento adecuado para cualquier condición identificada.

Este consentimiento nos proporciona su permiso para realizar exámenes médicos, pruebas y tratamientos razonables y necesarios por parte del personal médico de Hope, el personal de salud mental, el personal de farmacia y el farmacéutico clínico.

Al firmar a continuación, usted indica que (1) tiene la intención de que este consentimiento continúe en la naturaleza incluso después de que se haya realizado un diagnóstico específico y se haya recomendado el tratamiento; y (2) consiente el tratamiento en esta oficina o en cualquier otra oficina satélite bajo propiedad común.

El consentimiento seguirá siendo completamente efectivo hasta que sea revocado por escrito. Tiene derecho a interrumpir los servicios en cualquier momento. Tiene derecho a discutir el plan de tratamiento con sus proveedores, farmacéutico, farmacéutico clínico y otro personal clínico sobre el propósito, los riesgos potenciales y los beneficios de cualquier prueba, derivación, medicamento o cualquier otro tratamiento ordenado para usted. Si tiene alguna inquietud con respecto a cualquier tratamiento recomendado por su proveedor de atención médica, farmacéutico, farmacéutico clínico u otro personal clínico, le recomendamos que haga preguntas.

Solicito voluntariamente a un médico, proveedor de nivel medio, farmacéutico, farmacéutico clínico y otro personal de atención médica o las personas designadas, según se considere necesario, que realice un examen médico, una prueba y un tratamiento razonables y necesarios para la afección que me llevó a buscar atención en esta práctica.

Firma del paciente o representante personal Fecha:

_____ Fecha: _____

Nombre impreso del paciente o representante personal Relación con el paciente

Consentimiento informado para Servicios de Telesalud

Yo, _____, entiendo que Telesalud es el uso de tecnologías de información y comunicación electrónicas (incluidas videoconferencias, aplicaciones de teléfonos inteligentes o conversaciones telefónicas) por parte de un proveedor de atención médica o de salud mental para brindar servicios a un paciente en un sitio diferente al del proveedor.

Yo entiendo que Telesalud tiene muchos beneficios, incluido un acceso más fácil a la atención médica y/o atención de salud mental sin tener que viajar fuera de mi comunidad de atención médica local.

Yo entiendo que es póliza de HOPE que todos los posibles pacientes de Telesalud tengan una consulta en persona con un proveedor de HOPE en la oficina de HOPE antes de comenzar las visitas virtuales. Esto aplica tanto a los pacientes de HOPE establecidos como a los nuevos. HOPE requiere que cualquier paciente que desee continuar con las visitas de Telesalud tenga al menos una visita en persona al sitio de HOPE por año.

Yo entiendo que mi proveedor puede estar limitado en cuanto a que tan a fondo puede examinarme a través de Telesalud, y que incluso después de una consulta de Telesalud, es posible que aun deba tener una consulta en persona debido a mi condición médica. Entiendo que en casos excepcionales, una visita de telemedicina puede resultar en un peor resultado médico que una visita en persona debido a la imposibilidad de realizar un examen físico completo o realizar pruebas en el consultorio, y estoy dispuesto a aceptar ese riesgo.

Yo entiendo que un riesgo de Telesalud incluye dificultades técnicas que podrían resultar en una transmisión insuficiente de información y/o retrasos en la evaluación y el tratamiento médico.

Yo entiendo que todas las leyes federales y estatales que protegen mi privacidad y la confidencialidad de la información médica también se aplican a la Telesalud. Yo entiendo que en raras ocasiones, los protocolos de seguridad puedan fallar, causando una violación de la privacidad de mi información médica personal.

Yo entiendo que si tengo seguro médico, mi compañía de seguros tendrá acceso a mis registros médicos y de salud mental. Yo entiendo que seré responsable de cualquier pago aplicable por cualquier servicio prestado a través de Telesalud tal como lo haría por una visita en persona, incluido el deducible, copago o coseguro, o cualquier cargo no cubierto por mi seguro. Autorizo a HOPE Family Health a presentar cualquier reclamo de pago a mi seguro.

Yo entiendo que soy responsable de preparar un espacio confidencial en el que realizar mi visita de Telesalud y de informar a mi proveedor de cualquier otra persona en el lugar, ya sea dentro o detrás de la vista de la cámara, que pueda ver o escuchar mi sesión de Telesalud. Acepto asegurarme de que cualquier dispositivo de inteligencia artificial, incluidos Alexa o Echo, este desactivado o no en el lugar de mi visita de Telesalud. Acepto no grabar esta visita sin el permiso de mi proveedor médico.

Yo entiendo que tengo derecho a retener o retirar mi consentimiento para el uso de Telesalud en el curso de mi atención en cualquier momento, sin afectar mi derecho a atención o tratamiento en el futuro, ni a ningún seguro o beneficio del programa al que tenga derecho.

Yo he revisado este formulario de consentimiento, he recibido respuestas a cualquier pregunta que pudiera haber tenido y doy mi consentimiento para la prestación de mi atención médica por medio de Telesalud.

Firma del paciente o tutor legal

Fecha



**SALUD MÉDICA, MENTAL, LABORATORIO Y INYECCIÓN
ESCALA DE DESCUENTO DE LAS TARIFAS
NIVEL FEDERAL DE POBREZA 2021**

La “Escala de descuento de las tarifas” es un descuento de los cargos para los que no tienen seguro médico o que tienen seguro médico, pero tienen un deducible alto. También, es para aquellos cuyo seguro no cubre los servicios prestados. Sin importar si usted tiene seguro o no, usted todavía debe cumplir con los requisitos de ingresos.

Nombre Completo: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Fecha de Hoy _____

Niveles de Tarifa	Tarifa Nominal	A	B	C	D	E
Nivel de Pobreza*	<=100%	101 - 125%	126 - 150%	151 - 175%	176 - 200%	>200%
Grupo 1 MD/BH	\$35	\$40	\$50	\$55	\$65	Tarifa completa
Grupo 2 LAB & INJ	\$6	70%	85%	90%	95%	Tarifa completa
cuantos en la familia	Tarifa Nominal	nivel A	nivel B	nivel C	nivel D	nivel E
1	\$0 \$12,880	\$12,881 \$16,100	\$16,101 \$19,320	\$19,321 \$22,540	\$22,541 \$25,760	\$25,761
2	\$0 \$17,420	\$17,421 \$21,775	\$21,776 \$26,130	\$26,131 \$30,485	\$30,486 \$34,840	\$34,841
3	\$0 \$21,960	\$21,961 \$27,450	\$27,451 \$32,940	\$32,941 \$38,430	\$38,431 \$43,920	\$43,921
4	\$0 \$26,500	\$26,501 \$33,125	\$33,126 \$39,750	\$39,751 \$46,375	\$46,376 \$53,000	\$53,001
5	\$0 \$31,040	\$31,041 \$38,800	\$38,801 \$46,560	\$46,561 \$54,320	\$54,321 \$62,080	\$62,081
6	\$0 \$35,580	\$35,581 \$44,475	\$44,476 \$53,370	\$53,371 \$62,265	\$62,266 \$71,160	\$71,161
7	\$0 \$40,120	\$40,121 \$50,150	\$50,151 \$60,180	\$60,181 \$70,210	\$70,211 \$80,240	\$80,241
8	\$0 \$44,660	\$44,661 \$55,825	\$55,826 \$66,990	\$66,991 \$78,155	\$78,156 \$89,320	\$89,321
Por cada persona adicional, agregue	\$4,540	\$5,675	\$6,810	\$7,945	\$9,080	

*Based o en 2021 Guías de Pobreza MD = Salud Medica, BH = Salud Mental, LAB & INJ = Lab oratono & Inyeccion

Categorías de servicio	Comentarios
Grupo 1 MD/BH	Tarifas de visitas al consultorio medico E & M, procedimientos mayores/menores y salud mental
Grupo 2 LAB & INJ	Tarifas de Lab oratono de diagnostico y de inyecciones.

Para determinar el porcentaje de la factura que el paciente es responsable:

1. Haga coincidir el número de personas que viven en el hogar con la categoría "número en la familia" arriba.
2. Mover a través de la escala hasta que el ingreso anual se corresponde con la categoría de ingresos:
3. Busque en la parte superior de la columna a la tarifa de la lista. Esta es la cantidad que pagará por su visita al consultorio.
4. **RECUERDE-Todos los ingresos de la familia se va a incluir. El ingreso es la CANTIDAD OBTENIDA ANTES DE LOS IMPUESTOS.**