



John H. Lucas, Sr. Wellness Center
Hillside High School
Permiso para participar

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____ **# de Expediente médico:** _____

Yo, _____, padre/madre/tutor legal de _____, solicito y autorizo al personal de John H. Lucas, Sr. Wellness Center y a los proveedores de atención médica a proporcionar atención médica a mi hijo/a, incluyendo servicios médicos, asesoramiento personal y educación sobre la salud. Leí la lista de servicios a continuación que el Wellness Center puede proporcionar y mi firma escrita que aparece abajo otorga el consentimiento para participar en John H. Lucas, Sr. Wellness Center. También entiendo que bajo la ley de NC existen condiciones específicas para las que el estudiante puede autorizar su propia atención* y si solicito información sobre estos servicios, el proveedor médico no está obligado a compartir información conmigo.

Entiendo que los siguientes tipos de servicios se ofrecen a través de John H. Lucas, Sr. Wellness Center:

- exámenes físicos, incluyendo de rutina, para deportes, para campamentos, etc.
- tratamiento de lesiones menores
- diagnóstico y tratamiento de enfermedades agudas y crónicas
- vacunas
- pruebas de detección auditivas y de la vista
- servicios reproductivos adecuados para la edad incluyendo asesoramiento sobre abstinencia, educación sexual integral y tratamiento de ginecología
- remisión a los servicios de atención médica que no se pueden proporcionar en el Wellness Center, incluyendo las remisiones de especialidad.
- evaluación y tratamiento de las necesidades de salud emocional y mental

Reconozco que:

1. He recibido una copia de la política de confidencialidad del paciente de John H. Lucas, Sr. Wellness Center.
2. En caso de que mi hijo/a requiera atención médica de emergencia y no se me pueda localizar, solicito que a mi hijo/a se le permita autorizar su propia atención en el entendimiento de que se comunicarán conmigo lo antes posible.
3. Doy mi autorización para que el proveedor administre los medicamentos apropiados para el tratamiento de la enfermedad de mi hijo/a.
4. Entiendo que este permiso aplica para mi hijo/a mientras esté inscrito/a en la escuela secundaria o preparatoria.
5. Entiendo que John H. Lucas, Sr. Wellness Center compartirá información de la salud del paciente conforme a la ley federal y estatal para el tratamiento, el pago y las operaciones.
6. Entiendo que John H. Lucas, Sr. Wellness Center puede colaborar con la atención con el pediatra de atención primaria de su hijo/a, proveedores médicos especializados, la Clínica de Salud Conductual y del Desarrollo de Durham (Durham Child Development and Behavioral Health Clinic) y el Departamento de Salud del Condado de Durham.
7. Entiendo que John H. Lucas Wellness Center puede notificar al titular o a su designado que mi hijo/a fue examinado/a en la clínica para ayudar a la escuela a supervisar los datos precisos de asistencia.
8. Autorizo a Lincoln Community Health Center a que encueste a mi hijo/a para garantizar servicios de alta calidad. Entiendo que puedo optar por no participar en esta encuesta.
9. Entiendo que puedo revocar este permiso en cualquier momento.

Firma del padre/madre/tutor legal

Fecha

* NC GS §90-21.5. La ley estatal de Carolina del Norte exige el consentimiento del padre/la madre/el tutor legal para proporcionar tratamiento médico a una persona menor de 18 años de edad, excepto para planificación familiar, servicios de infecciones transmitidas sexualmente, trastornos emocionales y abuso de sustancias.

FORMULARIO DE REGISTRO DE PACIENTES



Escriba en LETRA DE MOLDE. Devuelva los formularios completos a Registro.

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

MRN: _____ Fecha: ____/____/____

Nombre: _____ Sexo: M F
PRIMER NOMBRE INICIAL DEL SEGUNDO APELLIDO

Fecha de nacimiento: ____/____/____ N.º de Seguro Social: ____-____-____

Dirección: _____ PO BOX: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal _____

Condado: _____ Correo Electronico _____

Teléfono de la casa: _____ Teléfono del trabajo: _____

Nombre de Contacto en caso de emergencia: _____

Parentesco: _____ Teléfono: _____

¿Si necesitan servicios de intérprete? SÍ NO Idioma materno: Inglés Español

Religión: _____ Otro _____

Raza: Indio americano o nativo de Alaska Asiático Afroamericano Nativo de Hawái Blanco
 Isleño del Pacífico Más de una raza No informado/Se negó a informar

Origen étnico Hispano No hispano Estado Civil: Soltero/a Viudo/a
Empleado Tiempo Completo Medio No Casado/a Divorciado/a
Estudiante Tiempo Completo Medio Separado/a

¿Es usted un veterano? SÍ NO ¿Es usted indigente? SÍ NO
¿Es usted un agricultor? SÍ NO ¿Vivienda Pública? SÍ NO
¿Es usted un estudiante? SÍ NO Permanente Temporal Inestable
¿Tiene necesidades especiales? Bariátrico Discapacidad auditiva Riesgo de caída Baja estatura
 Discapacidad del habla Discapacidad visual Silla de ruedas
 Ninguna

Cantidad de personas en la vivienda: Adultos: ____ Niños: ____

INFORMACIÓN DE LA PARTE RESPONSABLE (Completar esta sección si la Parte responsable NO es el paciente)

Parentesco de la parte responsable: Usted Cónyuge Padre Tutor legal Otro _____

Nombre: _____ Sexo: M F
PRIMER NOMBRE INICIAL DEL SEGUNDO APELLIDO

Fecha de nacimiento: ____/____/____ N.º de Seguro Social: ____-____-____

Dirección: _____ PO BOX: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal _____

Teléfono de casa: _____ Teléfono del trabajo _____

Empleador: _____

INFORMACIÓN DEL SEGURO
Presente su tarjeta del seguro en admisión cada vez que ingrese

MRN: _____

SEGURO PRIMARIO

Nombre del plan: _____ Número de identificación: _____

Dirección: _____ Número del grupo: _____

Titular de la póliza: _____ Fecha de vigencia: _____

Número de Seguro Social del titular de la póliza: ____-____-____ Sexo: M F

Fecha de nacimiento del titular de la póliza: ____/____/____

Empleador: _____

SEGURO SECUNDARIO

Nombre del plan: _____ Número de identificación: _____

Dirección: _____ Número del grupo: _____

Titular de la póliza: _____ Fecha de vigencia: _____

Número de Seguro Social del titular de la póliza: ____-____-____ Sexo: M F

Fecha de nacimiento del titular de la póliza: ____/____/____

LCHC requiere el pago el día del servicio. Este pago incluye los deducibles y copagos pendientes, servicios no cubiertos, pagos de tarifas de escala variable y cualquier cargo pendiente después de que el seguro haya hecho el pago en su cuenta. Tome nota que su seguro podría no cubrir todos sus cargos y que usted es responsable por cualquier saldo sobre su cuenta y que se le cobrará hasta que su saldo esté pagado. El Programa de tarifa de escala variable es para familias con bajos ingresos. Este programa les permite a los pacientes obtener un descuento sobre los cargos. Usted debe solicitarlo con el personal de registro con verificación del ingreso total y el número de personas en su familia. Debe volver a solicitar el programa cada año y el pago se debe hacer al momento del servicio. La firma en este formulario indica que usted está enterado de las políticas y procedimientos anteriores y que fue informado sobre el programa de tarifa de escala variable. Por este medio autorizo la asignación de todos los beneficios del seguro para que se paguen directamente a LCHC.

Firmado: _____ Fecha: ____/____/____

SOLO PARA USO INTERNO

Firma del empleado de LCHC: _____

PCP asignado: _____



**LINCOLN COMMUNITY HEALTH CENTER, INC.
CONSENTIMIENTO PARA RECIBIR TRATAMIENTO Y AVISO
DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD**

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____ N.º de exp. médico: _____

La siguiente información la debe completar el paciente o el padre/madre/representante legalmente autorizado del paciente.

Otorgo mi consentimiento al tratamiento médico que pueda incluir rayos X, vacunas y pruebas de laboratorio adecuados, incluyendo pruebas de VIH, para mí o para el paciente de quien soy padre/madre o el representante legalmente autorizado.

Entiendo que soy responsable de **TODOS LOS CARGOS INCURRIDOS**, sin importar el estado de mi seguro. Autorizo a mi proveedor de seguro a que pague a Lincoln Community Health Center por los servicios proporcionados. Acepto pagar todos los copagos y cargos que mi aseguradora no cubra. Entiendo que Lincoln Community Health Center puede compartir la información médica del paciente con Recovery Innovations International, Servicios Humanos del Condado de Durham, Local Access to Coordinated Healthcare (LATCH), Project Access of Durham County (PADC), Durham Homeless Care Transition (DHCT) y con otros proveedores de servicios en el sistema N.C. Ryan White CAREWare; si corresponde, de acuerdo con la ley federal y estatal para tratamiento, pago y operaciones.

Certifico que la información sobre los ingresos y otra información de registro que proporcioné al personal de Lincoln Community Health Center con el propósito de recibir los servicios es exacta. Además, comprendo que mis registros del centro de salud están sujetos a auditoría federal y que si Lincoln Community Health Center determina que he falsificado esta información, se me notificará y luego se me eliminará como solicitante de registro y ya no podré recibir servicios en el Centro, excepto en caso de una emergencia que ponga en riesgo mi vida.

Doy mi consentimiento para recibir mensajes de texto como recordatorios de mis citas. Usted podrá optar por salir en cualquier momento.

Al firmar esta declaración, yo (nombre escrito en letra de molde) _____ certifico
(nombre legal)
que he leído y que entiendo completamente el contenido de esta declaración.

Además, por el presente reconozco que he recibido una copia del Aviso de Prácticas de privacidad y Derechos y responsabilidades del paciente.

Firma del paciente: _____ Fecha: _____
(si es menor de edad, firma del tutor legal)

Relación del Representante legalmente autorizado con el paciente: _____

Firma del testigo: _____ Fecha: _____

Lincoln Community Health Center, Inc.

SOLICITUD DE TARIFA DE ESCALA VARIABLE

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____ MRN: _____
(Solo para uso de la oficina)

Programa de descuento de escala variable

El Programa de descuento de escala variable es un programa federal que le permite a Lincoln Community Health Center hacer descuentos sobre los cargos normales por una visita médica. De acuerdo con la ley, se requieren dos componentes de información para calificar: el monto de dinero ganado en la familia y el número de personas que viven en la casa. Para ser elegible para la Tarifa de escala variable, debe proporcionar una prueba de ingresos exacta y aceptable, así como enumerar a todas la personas que viven en la casa o será responsable del 100% de todos los cargos. Usted debe informar cualquier cambio en el ingreso familiar o en el número de miembros en la casa cuando estos cambios ocurren. La falsificación de esta información resultará en la pérdida de los privilegios de la Tarifa de escala variable y la posible desvinculación de la clínica ya que es una violación a la ley federal.

Elegibilidad

Todos los pacientes del Lincoln Community Health Center son elegibles para solicitar la escala variable. La determinación del descuento, en su caso, depende del ingreso y el tamaño de la familia en comparación a los Lineamientos de pobreza federales actuales. El descuento puede aplicar a los deducibles de seguro/Medicare, así como a los servicios aprobados no cubiertos. El descuento no aplica a los copagos del seguro.

Plazo

La información se debe actualizar cada doce (12) meses o por cualquier cambio en el ingreso o el tamaño de la familia.

Definiciones y ejemplos de la prueba aceptable requerida

Determinación de ingresos

1. El ingreso se basa en el ingreso bruto de todos los miembros de la familia que reciben ingresos.
 - a. Ingreso utilizado para calcular el estado de pobreza:
 - b. Incluye utilidades, compensación por desempleo, compensación al trabajador, Seguro Social, Ingreso de seguridad complementario, asistencia pública, pagos a veteranos, beneficios a sobrevivientes, ingreso por pensión o jubilación, interés, dividendos, rentas, regalías, ingreso de bienes raíces, fideicomisos, asistencia educativa, pensión alimenticia, asistencia de afuera de la familia y otras fuentes misceláneas.
 - c. Los beneficios no monetarios (como subsidio para vivienda) no cuentan.
 - d. Si una persona vive con otras, sume el ingreso de todos los miembros de la familia.
2. Las formas aceptables de prueba para determinar el ingreso incluyen las siguientes.
 - a. Declaración de impuesto sobre la renta Una copia firmada de la declaración más reciente de impuesto sobre la renta que muestre el Ingreso bruto ajustado.
 - b. Carta de una agencia: Una carta de la Administración del Seguro Social, la Administración de Veteranos o la Agencia de Servicio Social que indique el nivel de ingresos.
 - c. Verificación de desempleo: Documentación de la Employment Securities Commission (ESC) que pruebe el estado de desempleo y el monto de compensación por desempleo que se recibe.
 - d. Documentos oficiales que indican la manutención de menores o pensión alimenticia como adjudicada por un juez.
 - e. Documentación oficial: Documentación que compruebe la jubilación, discapacidad, beneficios de SSI.
 - f. Formulario de verificación de salario completado por el empleador.

Determinación del tamaño de la familia

1. Todos los miembros de una familia que están aportando recursos financieros incluyendo alojamiento y alimentación y/o que se apoyan financieramente se cuentan como una familia.
2. El tamaño de la familia se puede documentar con cualquiera de lo siguiente.
 - a. Una copia de la declaración más reciente de impuesto sobre la renta que muestre el tamaño de la familia.
 - b. Tarjeta del Seguro Social
 - c. Certificado de nacimiento
 - d. Tarjetas de Medicaid para cualquier hijo dependiente
 - e. Licencia de conducir o tarjetas de identificación del estado
 - f. Documentos del tribunal o del gobierno que indiquen el número de miembros de la familia.
 - g. Contratos de arrendamiento o una carta del propietario que indica el número de miembros de la familia. La información de contacto se debe proporcionar de manera que se pueda verificar.

Determinación de identificación

1. Formulario de identificación con fotografía emitida por el gobierno.
2. Verificación de ubicación de la vivienda/residencia (por ejemplo, factura de servicios, declaración de hipoteca o contrato de arrendamiento).

Completar y firmar la solicitud adjunta.

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____ MRN: _____
(Solo para uso de la oficina)

Lincoln Community Health Center, Inc.

SOLICITUD DE TARIFA DE ESCALA VARIABLE

Determinación de elegibilidad

PARA QUE LO COMPLETE EL PACIENTE/TUTOR LEGAL: Complete TODA la información de su familia a continuación:

Nombre	Relación	Fecha de nacimiento	Ingresos	Frecuencia	Tipo de documentación de ingresos	Enumere todos los planes de seguro médico por los que está cubierto	Deducible anual
Ejemplo: John Doe	Propio	5/16/46	\$346	semanalmente	Formulario de impuesto	Medicare	Ninguno

Para determinar la elegibilidad para la Tarifa de escala variable, la documentación la debe proporcionar el paciente o el tutor legal

Yo entiendo que la información que proporcioné en este formulario está sujeta a verificación por parte de Lincoln Community Health Center. Certifico que la información anterior es verdadera y correcta según mi leal saber y entender y que entiendo y acepto que proporcionar información falsa puede resultar en que se me niegue la capacidad de solicitar el programa; además, Yo acepto adherirme a todos los términos y condiciones del Programa de descuento de escala variable. **Entiendo que debo proveer prueba de ingresos antes de mi siguiente visita o tendré que pagar el precio completo sin descuento.**

Firma del paciente/tutor legal

Nombre en letra de molde

Fecha

..... (NO escriba debajo de esta línea. Para que lo complete el empleado de Lincoln Community Health Center.)

Documentación de ingresos aceptable [Ingrese (x) si se verificó y obtuvo]	Monto calculado Asociado con la Documentación
Declaración de impuestos federal actualizada	
Formulario de verificación de salario completado por el empleador	
Cartas/documentos oficiales del Seguro Social, Tribunales, Manutención de menores, ESC, etc.	
Monto total de los ingresos	

Número total de miembros de la familia que solicitan el Programa de tarifa de escala variable _____

Ingrese (x) si se verificó y obtuvo	Información verificada y obtenida
	Identificación aceptable para cada miembro de la familia que aparece en la Solicitud del Programa de tarifa de escala variable
	Los nombres y fechas de nacimiento de todos los miembros de la familia que aparecen en la Solicitud del Programa de tarifa de escala variable.

Tarifa de escala variable Categoría	Escala variable vigente a partir de Fecha	Terminación de la escala variable Fecha

Yo certifico que toda la información proporcionada fue revisada y está completa según mi leal saber y entender.

Firma del empleado del Centro médico

Nombre en letra de molde

Fecha