



DAILY PLANET HEALTH SERVICES (DPHS)  
FORMULARIO DE REGISTRO DEL PACIENTE

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

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

<b>Apellido:</b>		<b>Nombre:</b>		<b>Inicial:</b>	
<b>Nombre / pronombres preferidos:</b>			<b>Fecha de Nacimiento (MES/DIA/AÑO):</b>		
<b>Dirección:</b>		<b>Ciudad:</b>		<b>Estado:</b>	<b>Zip:</b>
<b>Dirección de correo electrónico:</b>					<b>SSN:</b>
<b>Teléfono Principal #: ( ) -</b> <i>Tipo:</i> <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Residencial <input type="checkbox"/> Trabajo			<b>Teléfono secundario #: ( ) -</b> <i>Tipo:</i> <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Residencial <input type="checkbox"/> Trabajo		
<b>¿Cómo prefiere que lo contacten?</b> <input type="checkbox"/> Llamada de teléfono residencial <input type="checkbox"/> Llamada de teléfono celular <input type="checkbox"/> Texto <input type="checkbox"/> Correo electrónico <input type="checkbox"/> Portal del paciente					
<b>Sexo asignado al nacer:</b> <input type="checkbox"/> Femenina <input type="checkbox"/> Masculino		<b>Orientación sexual:</b> <input type="checkbox"/> Heterosexual (hetero) <input type="checkbox"/> Lesbiana o gay <input type="checkbox"/> Bisexual <input type="checkbox"/> Algo más <input type="checkbox"/> No sé			
<b>Identidad de género:</b> <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer-a-hombre/Hombre transgénero / Hombre trans <input type="checkbox"/> Hombre-a-mujer/Mujer transgénero/Mujer trans <input type="checkbox"/> Genderqueer <input type="checkbox"/> Otro _____					
<b>Estado civil:</b> <input type="checkbox"/> Soltero/a <input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Pareja <input type="checkbox"/> Divorciado/a <input type="checkbox"/> Separado/a legalmente <input type="checkbox"/> Viudo/a					
<b>Tipo de empleo del paciente:</b> <input type="checkbox"/> A tiempo completo <input type="checkbox"/> A tiempo parcial <input type="checkbox"/> Trabajador por cuenta propia <input type="checkbox"/> Discapacitado <input type="checkbox"/> Jubilado <input type="checkbox"/> Desempleado <input type="checkbox"/> Dependiente					
<b>Nombre del empleador del paciente:</b>				<b>¿Eres un estudiante?</b> <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	

CONTACTO DE EMERGENCIA

<b>Nombre:</b>		<b>Relación:</b>	
<b>Teléfono #:</b>		<b>Dirección:</b>	

INFORMACIÓN ADICIONAL

<b>Raza (s) - Marque todas las que correspondan:</b> <input type="checkbox"/> Negro/a/afroamericano/a <input type="checkbox"/> Blanco/a <input type="checkbox"/> Asiático/a <input type="checkbox"/> Indio americano/a/Nativo/a de Alaska <input type="checkbox"/> Nativo/a de Hawái <input type="checkbox"/> Otro isleño del Pacífico	
<b>Etnia:</b> <input type="checkbox"/> Hispano/a <input type="checkbox"/> No hispano/a	<b>¿Es usted un veterano de EE. UU.?</b> <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
<b>Idioma principal:</b> <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro	
<b>¿Cuál es su situación de vida actual?</b> <input type="checkbox"/> Hogar propio (propio o familiar) <input type="checkbox"/> Alquilar una casa o apartamento, no basado en ingresos (para sí mismo o familia) <input type="checkbox"/> V ale de elección de vivienda para alquiler (Sección 8) <input type="checkbox"/> Renta: basada en ingresos ( <b>no</b> vale Housing Choice Voucher/Sección 8; <b>no</b> apoya los servicios de administración de casos) <input type="checkbox"/> Alquiler: complejo de viviendas públicas <input type="checkbox"/> Vivienda de apoyo permanente (vivienda para personas de bajos ingresos con servicios de apoyo o de gestión de casos) <input type="checkbox"/> Otros programas de vivienda diseñados para ayudar a las personas sin hogar (por ejemplo, programas de realojamiento rápido) <input type="checkbox"/> Vive temporalmente con familiares/amigos (debido a preocupaciones de seguridad, razones económicas o riesgo de quedarse sin hogar) <input type="checkbox"/> Programa de vivienda de transición (por ejemplo, vivienda de transición para veteranos, casa de recuperación, Healing Place, vivienda de reingreso, etc.) <input type="checkbox"/> Refugio (refugio para personas sin hogar, refugio familiar) <input type="checkbox"/> Calle (al aire libre, refugio improvisado, campamento, automóvil) <input type="checkbox"/> Otro (especifique):	
<b>¿Eres un trabajador agrícola migratorio?</b> <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<b>¿Eres un trabajador agrícola de temporada?</b> <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
<b>¿Qué servicio(s) está buscando?</b> <input type="checkbox"/> Atención médica <input type="checkbox"/> Servicios dentales <input type="checkbox"/> Salud mental <input type="checkbox"/> Uso de sustancias <input type="checkbox"/> Atención de la vista	
*** <i>Tenga en cuenta: Daily Planet Behavioral Health Clinic no proporciona evaluaciones de salud mental por única vez para la corte, beneficios por discapacidad u otros fines. Si solo necesita este servicio, podemos derivarlo a otra agencia que pueda hacerlo por usted.</i>	

**INFORMACIÓN DE SEGURO MEDICO**

¿Tienes seguro médico? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	
<b>Seleccione todas las que correspondan y proporcione su tarjeta de seguro a la recepcionista:</b> <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Privado <input type="checkbox"/> Otro	<b>Relación con el titular de la póliza:</b> <input type="checkbox"/> Yo mismo <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Otro _____
¿Tiene un médico de atención primaria? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, nombre: _____	

**INFORMACION DE INGRESOS**

Incluya todas las fuentes de ingresos, incluidos, entre otros, empleo, beneficios por desempleo, SSI / SSDI, beneficios para veteranos, pensión, jubilación, TANF, manutención infantil, pensión alimenticia

**Ingreso total de la familia / hogar:** \$ \_\_\_\_\_  Anual  Mensual  Quincenal  Semanal

(Consulte a continuación la definición de familia/hogar)

**Número total de personas en la familia/hogar (incluido usted mismo)** \_\_\_\_\_

**Nota:** Proporcionar esta información, incluso si elige no solicitar el programa de descuento de tarifa variable, nos ayuda a mantener la financiación de la subvención para que podamos continuar brindando atención médica de calidad a la comunidad..

**PROGRAMA DE DESCUENTO DE TARIFA**

El DPHS ofrece un descuento de tarifa variable para los pacientes que viven en o por debajo del 200% del nivel de pobreza. Consulte el Aviso de elegibilidad y los requisitos del programa de descuento de tarifa variable para obtener más información.

- La elegibilidad se basa únicamente en los ingresos y el tamaño de la familia/grupo familiar. Una familia/hogar es un grupo de dos o más personas relacionadas por matrimonio (incluidas las uniones civiles o cohabitación intencional), nacimiento o adopción (todas estas personas se consideran dependientes de un adulto); todas esas personas relacionadas se consideran miembros de una familia / hogar. Por ejemplo, todos los incluidos en las declaraciones de impuestos se considerarían miembros de una sola familia.
- Se requiere comprobante de ingresos para determinar la elegibilidad. Tiene 30 días para proporcionar esta documentación. Usted será responsable de pagar la tarifa completa si no se proporciona prueba de ingresos. Complete lo siguiente si desea solicitar el Programa de descuento de tarifa variable.

Nombre (incluido uno mismo)	Fuente de ingreso	Cantidad	Frecuencia (anual, mensual, etc.)	Relación

**Háganos saber quién lo recomendó:** \_\_\_\_\_

Por la presente certifico que toda la información proporcionada en este formulario es verdadera. Entiendo que esta solicitud será revisada en cada visita y que se requiere comprobante de ingresos para calificar para el SFDP anualmente y a medida que cambien los ingresos. Además, entiendo que, si corresponde, debo proporcionar prueba de la falta de vivienda.

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Nombre Impreso

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del personal

\_\_\_\_\_  
Nombre Impreso

\_\_\_\_\_  
Fecha



Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

## Daily Planet Health Services

### Consentimiento para Tratamiento, Reconocimiento de Prácticas de Privacidad y Acuerdo de responsabilidad financiera

Gracias por elegir a Daily Planet Health Services (DPHS) como su hogar de salud. Estamos comprometidos a brindarle atención y servicio de alta calidad. Lea la información a continuación y firme este formulario antes de recibir cualquier servicio de DPHS.

#### Consentimiento para Tratamiento

- Autorizo el tratamiento médico por parte del proveedor, el personal clínico y los empleados técnicos asignados a mi cuidado.
- Autorizo a mis proveedores a solicitar cualquier servicio auxiliar, como pruebas de laboratorio o radiología, o cualquier otro servicio o tratamiento que se considere necesario para mi cuidado y seguridad.
- Entiendo que tengo el derecho y la oportunidad de discutir planes de tratamiento alternativos con mi proveedor y preguntar y haber respondido a mi satisfacción cualquier pregunta o inquietud antes de que se proporcione el tratamiento.
- En el caso de que un trabajador de la salud esté expuesto a mi sangre o fluido corporal de una manera que pueda transmitir el VIH, el virus de la hepatitis B o el virus de la hepatitis C, doy mi consentimiento para analizar mi sangre y / o fluidos corporales para detectar estas infecciones y El informe de los resultados de mi prueba al trabajador de la salud que ha estado expuesto, como lo exige la ley de Virginia
- Entiendo que Daily Planet Health Services utiliza un mecanismo de prescripción electrónica para la transmisión electrónica de prescripciones y que cualquier medicamento que mi proveedor me recete puede comunicarse electrónicamente a través de cualquier farmacia local o de pedidos por correo que haya designado.
- Entiendo que los proveedores de Daily Planet Health Services pueden acceder a la información de recetas contenida en el programa Virginia Prescription Monitoring.
- Autorizo la divulgación de mi historial de recetas a mi proveedor de Daily Planet Health Services de cualquier farmacia o agencia de monitoreo de medicamentos.
- Entiendo que existen formularios de consentimiento adicionales para los servicios de salud del comportamiento y dentales cuando se registra para esos servicios.

#### Reconocimiento escrito de HIPAA

Nuestro Aviso de prácticas de privacidad explica cómo podemos usar y divulgar su atención médica y su información de facturación. Según lo dispuesto en nuestro Aviso de prácticas de privacidad, los términos de nuestro aviso pueden cambiar. Si cambiamos nuestro aviso, puede obtener una copia revisada en nuestro sitio web en: [www.dailyplanetva.org](http://www.dailyplanetva.org)

- Se me ha dado la oportunidad de leer el Aviso de prácticas de privacidad y hay una copia disponible a mi solicitud.
- Entiendo que puedo hacer preguntas si no entiendo la información contenida en el Aviso de prácticas de privacidad.
- Con mi consentimiento, Daily Planet Health Services puede:
  - Llamar a mi casa u otra ubicación designada, enviar texto u otra comunicación electrónica que figura en los formularios de registro y deje un mensaje detallado en referencia a **recordatorios de citas, seguros o artículos de facturación.**
  - Llamar a mi casa u otra ubicación designada, enviar texto u otra comunicación electrónica que figura en los formularios de registro y deje un mensaje detallado en referencia a **atención clínica, incluyendo resultados de laboratorio o medicamentos.**



Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

- Entiendo que tengo la opción de autorizar a Daily Planet Health Services para que hable con sus familiares u otras personas sobre los resultados, hallazgos y decisiones de atención. Autorizo a Daily Planet Health Services a comunicarse con las personas que se enumeran a continuación. Entiendo que puedo revocar o modificar esta autorización en cualquier momento presentando una solicitud por escrito.

Nombre	Relación	Número de contacto

**Responsabilidad Financiera**

Acepto que soy financieramente responsable de todos los servicios prestados en mi nombre por los cuales puede estar asociado un cargo. Acepto la responsabilidad personal por el pago de tarifas, copagos, coseguros, deducibles y todos los demás procedimientos o tratamientos no cubiertos por mi plan de seguro. Reconozco que es mi responsabilidad proporcionarle al DPHS información actualizada sobre el seguro. Autorizo a DPHS a verificar mi seguro y presentar reclamos a mi compañía de seguros. Entiendo que no todos los servicios provistos en DPHS pueden estar cubiertos por mi plan de seguro. En el caso de que mi plan de seguro no sea válido o la cobertura no esté activa en el momento en que se prestan los servicios, o si mi proveedor no figura en la lista de proveedores participantes de mi plan de seguro, seré el único responsable del monto de los servicios prestados. Acepto informar a la oficina sobre cualquier cambio en mi cobertura de seguro.

Entiendo que si mis ingresos están por debajo del 200% de las Pautas Federales de Pobreza, soy elegible para presentar una solicitud para el Programa de Descuento de Tarifa Deslizante del DPHS, reduciendo mi responsabilidad financiera en función del tamaño de mi familia y mis ingresos. Este descuento puede aplicarse a los copagos, coseguros y deducibles del seguro, así como a los autopagos. Para calificar, debo presentar prueba de ingresos. Esto debe proporcionarse dentro de los 30 días posteriores al registro. Después de 30 días, sin comprobante de ingresos, puedo ser responsable de pagar el costo total del servicio. Estoy de acuerdo en notificar a DPHS sobre cualquier cambio en mis ingresos o estado familiar al momento de los servicios.

Entiendo si tengo seguro o pago propio, soy financieramente responsable de los costos asociados con el cobro de saldos de pacientes. Reconozco que DPHS acepta pagos en efectivo, deudas o tarjetas de crédito, cheques o giros postales.

**Derechos y responsabilidades del paciente**

Es la póliza de Daily Planet Health Services (DPHS) apoyar y proteger los derechos humanos, civiles, constitucionales y estatutarios fundamentales de cada persona que recibe sus servicios de atención médica. Además, se informará a cada paciente de sus derechos en el idioma que el cliente comprenda. Puede solicitar una copia impresa en cualquier momento u obtener una copia revisada en nuestro web en: [www.dailyplanetva.org](http://www.dailyplanetva.org).

Al firmar a continuación, reconozco que he leído, entiendo y acepto los elementos anteriores.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente o representante autorizado

\_\_\_\_\_  
Nombre Impreso

\_\_\_\_\_  
Fecha



## Comprobante de Ingresos e Información de Copagos

La misión de Daily Planet Health Services es proporcionar servicios de salud accesibles y de calidad independientemente de su capacidad de pago. Se utiliza un programa de descuento de tarifa variable para determinar el programa de tarifas de los servicios. Este Programa se basa en las pautas federales de ingresos por pobreza y está determinado por la familia / hogar y el ingreso anual. Si no puede pagar las tarifas de servicio requeridas, estos cargos se facturarán a su cuenta.

**Por favor traiga dentro de los 30 días copias actuales de uno de los siguientes documentos como prueba de ingresos:**

- Talon de pago de empleo actual - un mes
- Copia de todo el año reciente W-2 / o declaración de impuestos más reciente
- Registro de la Comisión de Empleo de Virginia (VEC) (período de 3 meses más reciente)
- Prueba de asistencia pública (por ejemplo, TANF, cupones de alimentos) AVISO DE ACCIÓN
- Prueba de pagos de SSI, SSDI y / o Seguro Social (por ejemplo, carta de adjudicación)
- Cuenta de ingresos por pensiones o jubilaciones
- Copia del pago de la indemnización por desempleo
- Copia de la carta de determinación de beneficios para veteranos / declaración de ingresos
- Copia de la concesión de manutención infantil / comprobante de pago
- Copia de la concesión de pensión alimenticia / comprobante de pago
- Extracto bancario actual con información de depósito directo
- Carta de informe del empleador-Declaración de ingresos en papel con membrete del empleador

**Documentación de personas sin hogar de la agencia de servicios para personas sin hogar o del trabajador social: en papel con membrete de la agencia, con fecha dentro de los 30 días de la cita. Si no tiene hogar y no tiene ingresos, documentación verificada por un administrador de casos de la agencia o un trabajador social. Si no puede pagar las tarifas de servicio requeridas, estos cargos se facturarán a su cuenta.**

En el momento en que se proporciona la documentación, cualquier descuento elegible se aplicará a los servicios anteriores de forma retroactiva hasta 30 días. **Después de 30 días, sin comprobante de ingresos**, es posible que deba pagar el **costo total** del servicio; si no tiene este pago, es posible que lo reprogramen (no lo vean ese día) y le pidan que traiga la documentación y el pago al día siguiente. visitar. Agradecemos que notifique a Daily Planet Health Services de cualquier cambio en los ingresos o dependientes en el momento de los servicios.

Entiendo la póliza de comprobante de ingresos y pago de tarifas de Daily Planet Health Services y **acepto proporcionar la información requerida de comprobante de ingresos dentro de los 30 días posteriores a la fecha que se muestra a continuación** para calificar para tarifas con descuento por servicios.

Nombre del paciente (en letra de imprenta) \_\_\_\_\_ Firma

\_\_\_\_\_

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

Representante legal (impreso, si es necesario): \_\_\_\_\_

Firma del representante legal: \_\_\_\_\_