

## INFORMACION DE PACIENTE

Apellido:	Nombre:	Inicial:
Fecha de Nacimiento: MES/DIA/AÑO		Nombre preferido:
Dirección:		
Ciudad:	Estado:	Código postal:
Teléfono Principal #: Tipo: <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Residencial <input type="checkbox"/> Trabajo		Teléfono secundario #: Tipo: <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Residencial <input type="checkbox"/> Trabajo
Correo electrónico:		Sexo: <input type="checkbox"/> Femenina <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> No escoger revelar

## INFORMACIÓN DEL SEGURO (POR FAVOR ENTREGUE SU TARJETA DE SEGURO AL RECEPCIONISTA)

¿Tienes seguro médico? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	Seleccione todas las que correspondan: <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Privado <input type="checkbox"/> Otro
Relación con el titular de la póliza: <input type="checkbox"/> Yo mismo <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Otro _____	¿Tiene un médico de atención primaria? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, nombre: _____
Número de tarjeta de seguro (si no puede presentar la tarjeta):	
Insurance Company:	Grupo:

## INFORMACIÓN ADICIONAL

Idioma principal: <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Dari <input type="checkbox"/> Pashto <input type="checkbox"/> Otro _____	¿Cuál es su situación de vida actual? <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"/> Albergue (refugio para personas sin hogar, refugio familiar) <input type="checkbox"/> Calle (afuera, refugio improvisado, campamento, automóvil) <input type="checkbox"/> Otro (especifique): _____
Raza (s) - Marque todas las que correspondan: <input type="checkbox"/> Indio americano/nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Indio asiático <input type="checkbox"/> Negro/afroamericano <input type="checkbox"/> Chino <input type="checkbox"/> Filipino <input type="checkbox"/> Guameño o chamorro <input type="checkbox"/> Japonés <input type="checkbox"/> Coreano <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái <input type="checkbox"/> Otro isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Samoano <input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Otro _____	Etnia: <input type="checkbox"/> Hispano/a o Latino/a <input type="checkbox"/> Chicano <input type="checkbox"/> Cubano <input type="checkbox"/> Mexicano <input type="checkbox"/> Mexicano - Americano <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Puertorriqueño <input type="checkbox"/> No Hispano
Tipo de empleo: <input type="checkbox"/> Tiempo Completo <input type="checkbox"/> Tiempo Parcial <input type="checkbox"/> Trabajador por cuenta propia <input type="checkbox"/> Discapacitado <input type="checkbox"/> Retirado <input type="checkbox"/> Desempleado <input type="checkbox"/> Dependiente	
Déjenos saber quién lo recomendó: _____	
¿Eres estudiante? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	

# FORMULARIO DE REGISTRO PEDIÁTRICO

**PADRE/GUARDIA #1**

Apellido:	Nombre:	Inicial:
Fecha de Nacimiento <i>MES/DIA/AÑO</i>		Idioma principal: <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Darí <input type="checkbox"/> Pashto <input type="checkbox"/> Otra _____
Teléfono Principal #: Tipo: <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Residencial <input type="checkbox"/> Trabajo		Teléfono secundario #: Tipo: <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Residencial <input type="checkbox"/> Trabajo
Dirección:		
Ciudad:	Estado:	Código postal:
Correo electrónico:		Sexo: <input type="checkbox"/> Femenina <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> No escoger revelar
Relación a Paciente:		

**PADRE/GUARDIA #2**

Apellido:	Nombre:	Inicial:
Fecha de Nacimiento <i>MES/DIA/AÑO</i>		Idioma principal: <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Darí <input type="checkbox"/> Pashto <input type="checkbox"/> Otra _____
Teléfono Principal #: Tipo: <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Residencial <input type="checkbox"/> Trabajo		Teléfono secundario #: Tipo: <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Residencial <input type="checkbox"/> Trabajo
Dirección:		
Ciudad:	Estado:	Código postal:
Correo electrónico:		Sexo: <input type="checkbox"/> Femenina <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> No escoger revelar
Relación a Paciente:		

**CONTACTO DE EMERGENCIA (QUE NO SEA PADRE/GUARDIA)**

Nombre:	Relación:
Teléfono #:	Dirección:

**CONTACTO DE EMERGENCIA (QUE NO SEA PADRE/GUARDIA)**

Nombre:	Relación:
Teléfono #:	Dirección:

Entiendo que tengo la opción de autorizar a Daily Planet Health Services a hablar con miembros de mi familia u otras personas acerca de resultados, hallazgos y decisiones relacionadas con mi atención. Autorizo a Daily Planet Health Services a comunicarse con las personas enumeradas a Consentimiento para Tratamiento, Reconocimiento de Prácticas de Privacidad. También entiendo que las personas autorizadas pueden acompañar a mi hijo(a) a las citas y ayudar en su cuidado. Entiendo que puedo revocar o modificar esta autorización en cualquier momento mediante una solicitud por escrito.

Por la presente certifico que toda la información proporcionada en este formulario es verdadera.

---

**Firma de padre**


---

**Nombre**


---

**Fecha**

\*\*\*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.\*\*\*



## Consentimiento para Tratamiento, Reconocimiento de Prácticas de Privacidad

**Daily Planet Health Services (DPHS)** se compromete a brindar atención de alta calidad centrada en el paciente. De acuerdo con las regulaciones de atención médica y para asegurar que usted esté completamente informado, le pedimos que revise y firme este formulario antes de recibir servicios. Este documento proporciona información importante sobre sus derechos y responsabilidades con respecto al tratamiento médico y sobre cómo su información de salud puede ser utilizada y compartida. Por favor, lea cuidadosamente y hable con un miembro del personal si tiene alguna pregunta antes de firmar.

### 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.
- Doy mi consentimiento para que mis registros se compartan a través del Intercambio de Información de Salud (Health Information Exchange). Esto significa que sus proveedores y equipo medico pueden compartir de manera segura su información de salud con otros proveedores para ayudar a coordinar su atención. Notifique a un miembro del personal de Daily Planet si decide dejar de compartir su información.
- 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**.

**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

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

Nombre del Paciente

Fecha de Nacimiento:

Firma del paciente o representante autorizado

Fecha de Firma

Es política 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. DPHS cumple con todas las leyes federales de derechos civiles aplicables, incluida la Sección 1557 de la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio, y no discrimina por motivos de raza, color, origen nacional (incluido el dominio limitado del inglés y el idioma principal), edad, discapacidad o sexo. Cada paciente será informado de sus derechos en el idioma que entienda y podrá recibir una copia escrita de los Derechos y Responsabilidades del Paciente si así lo solicita. Puede solicitar una copia impresa en cualquier momento u obtener una copia revisada en nuestro sitio web: [www.dailyplanetva.org](http://www.dailyplanetva.org).

### Derechos Fundamentales del Paciente

A ser tratado con dignidad y respeto, y con el máximo cuidado profesional, sin distinción de raza, color, religión, origen nacional, sexo, fuente de pago, edad, estatus socioeconómico o discapacidad.

#### Derechos de tratamiento

1. A recibir atención y tratamiento por parte de personal calificado y competente.
2. Participar en el desarrollo y revisión de un plan individual de tratamiento o servicio.
3. A ser informado de las razones de cualquier cambio propuesto en el personal profesional responsable de los servicios o tratamientos.
4. Estar libre de procedimientos experimentales de investigación.
5. A rechazar o terminar el tratamiento y a ser informado de las consecuencias de estas acciones.
6. A ser informado sobre los diagnósticos, los servicios, el tratamiento y el pronóstico en términos que puedan ser entendidos.
7. Participar en la formulación de los planes de descarga y seguimiento de los cuidados.

#### Derechos de confidencialidad

Esperar que todas las comunicaciones y registros relacionados con los servicios y el tratamiento del paciente se traten como confidenciales según las leyes estatales y federales y que no se divulguen a nadie a menos que:

1. El paciente da su consentimiento por escrito
2. La divulgación está permitida o requerida por la ley.
3. El paciente se presenta como un peligro para sí mismo o para los demás.
4. Se sospecha de abuso o negligencia de niños o ancianos y se denuncia según la ley estatal.

#### Derechos de comunicación

1. Servicios de asistencia lingüística para personas con dominio limitado del inglés, incluidos intérpretes calificados y documentos traducidos electrónicos y escritos.
2. Ayudas y servicios auxiliares para personas con discapacidades, incluidos intérpretes calificados de lenguaje de señas estadounidense, interpretación remota por video e información en formatos alternativos

(como letra grande y formatos electrónicos accesibles).

#### Otros derechos

1. Para iniciar una queja o reclamo contra el DPHS o su personal.
2. Ser informado de los honorarios de los que el cliente es responsable y la base de los honorarios.
3. A que se les proporcionen adaptaciones razonables para las personas calificadas con discapacidades

#### Responsabilidades del paciente

Cada paciente tiene la responsabilidad de:

1. Tratar al personal y a otros consumidores de DPHS con respeto y consideración.
2. Asista a todas las citas. Llegue 15 minutos antes para que podamos brindarle la mejor atención posible.
3. Haga todo lo posible a notificar al personal 24 horas antes de la hora de la cita si no puede asistir una cita.
4. Participar en el desarrollo de un plan de tratamiento o servicio con el proveedor o el equipo de tratamiento.
5. Informar al personal de cualquier intención de no seguir el tratamiento o el plan de servicio, o de la decisión de terminar los servicios en DPHS.
6. Para reportar cualquier queja o reclamo, siguiendo los procedimientos del registro, o proporcionados a pedido.

#### Hay pautas muy claras dentro de las Pautas y Expectativas del DPHS que abordan la violencia, el uso de alcohol y drogas y la posesión de armas.

1. La violencia o la amenaza de violencia no serán toleradas, ni siquiera en el acto de legítima defensa.
2. No se permite el consumo de alcohol y/o drogas ilícitas. Si sospechamos que usted está bajo la influencia del alcohol o las drogas, es posible que se le pida que salga de la agencia.
3. No se permite la posesión de armas de ningún tipo. No se permiten armas o armas potenciales en la propiedad.

---

Firma

Nombre

Fecha



## Aviso de Elegibilidad, Requisitos y Reconocimiento de Responsabilidad Financiera del Programa de Descuento de Tarifas Escalonadas

### **Misión e Información del Programa**

Daily Planet Health Services (DPHS) ofrece servicios de salud accesibles y de calidad, independientemente de la capacidad de pago. Se utiliza una Escala de Descuento de Tarifas Escalonadas, basada en las Guías Federales de Pobreza, para determinar los cargos de los pacientes que viven en o por debajo del 200% del nivel de pobreza. La elegibilidad se determina por el tamaño de la familia/hogar y el ingreso anual.

- Una familia/hogar se define como un grupo de dos o más personas relacionadas por matrimonio (incluidas uniones civiles o convivencia intencional), nacimiento o adopción (todas estas personas se consideran dependientes del adulto). Por ejemplo, todos los que están incluidos en las declaraciones de impuestos se consideran miembros de una sola familia/hogar.

### **Responsabilidad Financiera**

- Acepto que soy financieramente responsable de todos los servicios prestados en mi nombre por los cuales pueda existir 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 proporcionar a DPHS información actualizada de mi seguro. Autorizo a DPHS a verificar mi seguro y presentar reclamos a mi compañía aseguradora. Entiendo que no todos los servicios provistos en DPHS pueden estar cubiertos por mi plan de seguro. En caso de que mi plan de seguro no sea válido o la cobertura no esté activa en el momento en que se presten los servicios, o que mi proveedor no figure como proveedor participante en 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 Guías Federales de Pobreza, soy elegible para solicitar el Programa de Descuento por Escala de Pago de DPHS, el cual puede reducir mi responsabilidad financiera según el tamaño de mi familia y mis ingresos. Este descuento puede aplicarse a copagos, coseguros y deducibles del seguro, así como a pagos de pacientes sin seguro. Para calificar, debo proporcionar comprobante de ingresos de un mes **dentro de los 30 días posteriores al registro**. Si no se recibe el comprobante dentro de este plazo, puedo ser responsable del costo total de los servicios. Acepto notificar a DPHS sobre cualquier cambio en mis ingresos o en el tamaño de mi familia al momento de recibir los servicios.
- Entiendo que, ya sea que tenga seguro o sea paciente sin seguro, soy financieramente responsable de cualquier costo asociado con mi saldo como paciente, incluidos los costos de cobranza. Reconozco que DPHS acepta pagos en efectivo, tarjeta de débito o crédito, cheque o giro postal.
- Si no puedo pagar las tarifas requeridas al momento del servicio, los cargos se facturarán a mi cuenta. **De acuerdo con el requisito de documentación de ingresos dentro de los 30 días**, la falta de comprobante de ingresos puede resultar en que se apliquen cargos completos. Si no dispongo del pago, puedo ser reprogramado(a) y se me puede solicitar que lleve la documentación y el pago a una visita futura. Cuando se reciba la documentación, cualquier descuento aplicable se aplicará de manera retroactiva a los servicios prestados **dentro de los 30 días anteriores**. Entiendo la importancia de notificar a Daily Planet Health Services sobre cualquier cambio en mis ingresos o dependientes al momento de recibir los servicios.

Entiendo la política de comprobante de ingresos y de pago de tarifas de Daily Planet Health Services y acepto proporcionar la información de ingresos requerida dentro de los 30 días a partir de la fecha indicada a continuación para calificar para tarifas descontadas por servicios. Entiendo que esta solicitud será revisada en cada visita y que el comprobante de ingresos para calificar para el Programa de Descuento de Tarifas Escalonadas se requiere anualmente y según cambien los ingresos. Por la presente certifico que toda la información proporcionada en este formulario es verdadera.

---

Firma

---

Nombre

---

Fecha



## Aviso de Elegibilidad, Requisitos y Reconocimiento de Responsabilidad Financiera del Programa de Descuento de Tarifas Escalonadas

### Solicitud del Programa de Descuento de Tarifas Escalonadas

**Requisitos de Comprobante de Ingresos:** Por favor, traiga copias actuales de uno de los siguientes documentos dentro de los 30 días como comprobante de ingresos (marque lo que corresponda):

<u>Puedo proporcionar documentación de ingresos:</u>	<u>No puedo proporcionar documentación de ingresos:</u>
<ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> Talonario de pago de empleo actual – un mes</li><li><input type="checkbox"/> Copia de W-2 reciente o declaración de impuestos más reciente</li><li><input type="checkbox"/> Registro de la Comisión de Empleo de Virginia (VEC) (período más reciente de 3 meses)</li><li><input type="checkbox"/> Comprobante de Asistencia Pública (por ejemplo, TANF, Cupones de Alimentos) AVISO DE ACCIÓN</li><li><input type="checkbox"/> Comprobante de pagos de SSI, SSDI y/o Seguro Social (por ejemplo, carta de adjudicación)</li><li><input type="checkbox"/> Estado de cuenta de pensión o jubilación</li><li><input type="checkbox"/> Copia de pago de compensación por desempleo</li><li><input type="checkbox"/> Copia de carta de determinación/estado de cuenta de Beneficios de Veteranos</li><li><input type="checkbox"/> Copia de adjudicación/pago de manutención de hijos</li><li><input type="checkbox"/> Copia de adjudicación/pago de pensión alimenticia</li><li><input type="checkbox"/> Estado de cuenta bancario actual con información de depósito directo</li><li><input type="checkbox"/> Carta del empleador – Declaración de ingresos en membrete de la empresa</li></ul>	<p>Si está experimentando falta de vivienda: si corresponde, debe proporcionar comprobante de falta de vivienda.</p> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> Documento de falta de vivienda de una agencia de servicios para personas sin hogar o trabajador de alcance comunitario – debe estar en membrete de la agencia y fechado dentro de los 30 días de la cita.</li><li><input type="checkbox"/> Si está sin hogar y sin ingresos, se requiere documentación verificada por un administrador de casos de la agencia o un trabajador de alcance comunitario.</li></ul> <p><b>No puedo proporcionar comprobante de mis ingresos y necesito elegibilidad temporal:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> Me pagan en efectivo.</li><li><input type="checkbox"/> No recibo cheques de pago.</li><li><input type="checkbox"/> No recibo talones de pago.</li><li><input type="checkbox"/> No puedo obtener una carta de mi empleador. (explicar): _____</li></ul>

**Ingreso Total de la Familia/Hogar:** \$ \_\_\_\_\_  Anual  Mensual  Cada dos semanas  Semanal

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

**No deseo solicitar el descuento de tarifas escalonadas. Entiendo que se me cobrará el costo total de los servicios y que no seré elegible para descuentos de farmacia 340B y otros beneficios.**

Certifico que no tengo otra manera de documentar mis ingresos al momento del servicio y que toda la información anterior es verdadera y correcta. Entiendo que esta elegibilidad es temporal y se espera que se renueve mensualmente. Entiendo que esto se utilizará para determinar la elegibilidad para el Programa de Descuento de Tarifas Escalonadas y puede ser verificado por DPHS. Si intencionalmente tergiverso mis ingresos, puede que tenga que devolver los beneficios recibidos y puedo ser procesado bajo la ley estatal.

---

**Firma**

---

**Nombre**

---

**Fecha**

**Certificación del Personal de DPHS:**

Certifico que pregunté al solicitante/beneficiario sobre todos los ingresos del hogar. La información fue proporcionada únicamente por el solicitante y refleja su autoinforme. No alteré esta información. Entiendo que falsificar o ayudar en falsificar puede resultar en terminación y acción legal.

---

**Firma del personal**

---

**Nombre del personal**

---

**Fecha**