

Charlotte Community Health Clinic, Inc.

APLICACION AL PROGRAMA DE TARIFAS AJUSTABLES PARA PACIENTES ESTABLECIDOS

La Clínica de la Comunidad de Charlotte está comprometida a ofrecer servicios médicos de alta calidad a todos los miembros de la comunidad, independiente de que tengan la capacidad de pagar o no.

Todos los pacientes de la Clínica de la Comunidad de Charlotte con ingresos familiares al nivel del 200% de la Normas Federales de la Pobreza, o por debajo del nivel, y que presenten la documentación requerida, serán elegibles para descuento en los servicios médicos, dentales y de farmacia.

Para calificar al Programa de Tarifas Ajustables, es necesario saber el total de los ingresos familiares y el número de personas en la familia. Es indispensable que presenten prueba de ingresos aceptable y verificable, así como la lista detallada del número de personas en la familia. Si estas pruebas no se presentan, usted será responsable por el 100% de los costos.

***FAVOR PRESENTE COPIAS – ESTAS NO SERAN DEVUELTAS
(los documentos serán destruidos después de concluida la investigación)***

Prueba de Ingresos Aceptable – Presente prueba por cada adulto que aparece en la aplicación.

- Declaración de Impuestos – La más reciente
- Forma W-2
- Recibos de pago de los últimos 30 días (más sería mejor)
- Carta del Empleador en papel de membrete de la empresa (debe incluir nombre de persona a contactar y número de teléfono)
- Carta Oficial: Carta del Seguro Social, de la Agencia de Veteranos o de la Agencia de Servicio Social que indique los ingresos.
- Prueba de Desempleo – Documentación de la Oficina de Compensación que indique cuanto recibe de pago y por cuanto tiempo.
- Cuota Alimenticia o Acuerdo de Mantención de Menores
- Extracto de Cuenta Bancaria (solamente si tiene depósito directo)
- Documentación Oficial de Ingresos: Prueba de Jubilación, Prueba de Invalidez o Prueba de Ingresos Suplementarios del Seguro Social (SSI).
- Si es Desamparado: Carta del Refugio que le presta servicios.
- Si esta Mantenido por un familiar o amigo: Carta de esa persona especificando en detalle el tipo de ayuda que le da y por cuanto tiempo.

Complete y Firme la aplicación adjunta. Entregue junto con la documentación requerida según se indica aquí, **POR TARDAR UNA SEMANA ANTES DE SU CITA:**

Por E-Mail a: finacial.docs@cchc-clt.org

En Persona a: Clínica de la Comunidad de Charlotte, 8401 Medical Plaza Dr. Suite 300, Charlotte, NC 28262

En Persona a: Clínica de la Comunidad de Charlotte, 5301 Wilkinson Blvd. Charlotte, NC 28208

Charlotte Community Health Clinic, Inc.

APLICACION AL PROGRAMA DE TARIFAS AJUSTABLES PARA PACIENTES ESTABLECIDOS

Nombre: _____ Nacimiento: ____/____/____ MRN: _____ Recibido: _____
(PRIMERO, SEUNDO Y APELLIDOS) mes día año (Uso Oficial) (Uso Oficial)

Me han dado la oportunidad de solicitar al programa de Escala de Descuento de CCHC.

NO DESEO SOLICITAR EN ESTE MOMENTO AL PROGRAMA DE DESCUENTO DE TARIFAS AJUSTABLES.

Firma del Paciente: _____ Fecha _____

Los datos colectados en este formulario serán usados solamente para recibir información acerca de usted y su familia, con el fin de poderles ofrecer mejores servicios médicos, dentales y psicológicos.

Este formulario no será usado para limitar o negarle servicios.

- ¿Algún otro miembro de su familia está solicitando por descuentos con esta solicitud? Sí No
Si la respuesta es SI, favor indicarlo en la columna final abajo
- ¿Tiene Medicaid, Medicare o algún otro seguro médico privado? Sí No
- ¿Si tiene seguro privado, cual es el deducible anual por cada miembro de su familia? \$ _____
- ¿Alguna vez usted/sus dependientes han solicitado Medicaid o Medicare y se los han negado? Sí No
- ¿Desea ayuda a solicitar o re solicitar a Medicaid? Sí No
- ¿Está desempleado? Sí No
- ¿Está impedido para trabajar por enfermedad o invalidez? Sí No

ESTA SECCION DEBE SER COMPLETADA POR EL PACIENTE, PADRE O GUARDIAN: Favor de incluirse usted, conyugue/compañero/hijos y todas las personas que viven en su hogar.

Nombre*	Relación en la Familia	Fecha de Nacimiento	Ingresos	Frecuencia	Prueba de Ingresos*	Plan de Seguro de Salud que lo cubre.	Deducible Anual	¿Está Aplicando por Asistencia?
Ejemplo: Juan Gabriel	Yo mismo	5/16/46	\$346	Semanales	Formulario de Impuestos	Medicare	Ninguno	Si

*Vea la lista de documentos aceptables como prueba de ingresos e identificación de los miembros de la familia

Incluyo Prueba de Ingresos por las cantidades mencionadas arriba Sí No
Incluyo Identificación de todos los miembros de la familia listados arriba Sí No
*****La Documentación debe ser presentada por el Paciente, Padre o Guardián para determinar si es elegible a los descuentos de las Tarifas de Descuento*****

Entiendo que esta información está sujeta a verificación por parte de la Clínica de Salud Comunitaria Charlotte. Certifico que esta información es Verdadera y Correcta según mi conocimiento. Entiendo y Acepto que dar Información Falsa puede resultar en que se me niegue el derecho de solicitar al programa. Además, acepto las condiciones y los términos del Programa de las Tarifas de Descuento y que reportaré a CCHC cualquier cambio a la información dada. **También entiendo que debo presentar prueba de ingresos antes de mi próxima visita, o de lo contrario tendré que pagar el costo total sin ningún descuento.**

Firma del Paciente, Padre o Guardián

Nombre Impreso

Fecha



Formulario de registro de renovación del paciente

MRN _____

Fecha: _____

Nombre del Paciente: _____
(Apellido) (Nombre) (Inicial del 2do nombre)

Fecha de Nacimiento: ___/___/___

Seguro Social/ W7: _____ - _____ - _____

Información de su dirección postal

Calle y # _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

De teléfono _____ (Favor de escoger: Trabajo/Celular/Casa)

Orto # de Teléfono _____ (Favor de escoger: Trabajo/Celular/Casa)

Correo electrónico (Email): _____

Contacto de Emergencia: _____ Teléfono #: _____

Relación con el Paciente: _____

Sexo: Masculino Femenino Transgénero (hombre/ mujer) Transgénero (mujer/ hombre)

Orientación Sexual: Heterosexual (no lesbiana/ Homosexual) Lesbiana o homosexual

Bisexual otro No lo se Prefiero no responder

Estado Civil: Soltero/a Casado/a Divorciado/a Separado/a Viudo/a

Empleo: Tiempo completo Medio Tiempo Desempleado/a Estudiante Tiempo completo

Estudiante Tiempo Medio

Raza (Las que apliquen)

Blanco/Caucásico Negro/Afro- americano Indio Americano asiático

Nativo de Hawái Otra isla del Pacifico Nativo de Alaska Otro: _____

¿Es usted de origen Hispano/ Latino? Si No

¿País de Origen? _____

¿Es veterano de las fuerzas armadas estadounidenses? Si No

¿Está cubierto bajo BCBS, UHC, AETNA, Cigna, Medicaid, Medicare, Bright Health o algún otro Seguro Médico Privado? Yes No

MRN: _____

**Formulario de Autorización para Entrega de Información Médica
(En inglés, HIPPA, a personas designadas por el paciente)**

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____

Entrega de Información

Autorizo la entrega de mi información médica, incluyendo resultados de diagnósticos, historial de consultas médicas, exámenes, e informe de pagos. Esta información puede ser entregada a:

Esposo/a _____

Hijos _____

Otros _____

No autorizo que se entregue mi información a ninguna persona.

Esta autorización estará en efecto hasta que yo la revoque por escrito.

Para dejar Mensajes

Favor llamar al:

Teléfono de mi casa _____

Teléfono de mi trabajo _____

Número de mi Celular _____

Si no pueden contactarme:

Dejar mensaje detallado

Dejar mensaje pidiendo que les devuelva la llamada

La mejor hora para localizarme es (día) _____ entre las horas de _____

Firma del Paciente (o Adulto Responsable): _____ Fecha: ____/____/____

Firma del Testigo: _____ Fecha: ____/____/____



Aviso de las Prácticas de Privacidad Recibo y Reconocimiento del Aviso

Nombre del Paciente: _____

Fecha de Nacimiento: (mes) _____ (día) _____ (año) _____

Número de Seguro Social: _____

Por medio de esta, yo reconozco que he recibido y me han dado la oportunidad de leer una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad de la Clínica Comunitaria de Salud Charlotte. Entiendo que, si tengo alguna pregunta acerca del Aviso o mis Derechos de Privacidad, yo puedo llamar a la oficina administrativa al 704-384-1980.

Firma del Paciente, Tutor Legal o Representante del Paciente Fecha (mes/día/año)

Firma del Empleado

Fecha



Clínica de salud Comunitaria de Charlotte

Acuerdo de Citas de la Oficina Médica, Consejería y Dental

____ **Nuevos pacientes:** Por favor llegue treinta (30) minutos antes para el registro del paciente.

____ **Emergencias/Urgentes:**

Médico/BH: A los pacientes solo se les permite una (1) cita de emergencia/urgente antes de la nueva cita con el paciente.

Dental: A los patients solo se les permite una (1) cita de emergencia como nuevo paciente. La próxima cita será para un examen completo..

____ **Escala de tarifa de descuento:**

Dental: Se requiere una prueba de su tarjeta de CCHC en la primera cita. Para los pacientes que no forman parte de CCHC, se requiere una prueba de seguro. Si usted no tiene cobertura, se le cobrará nuestra tarifa completa hasta que la información de ingresos se nos proporcione o se le pueda ver bajo nuestra política de caminata. Todos los documentos deben actualizarse anualmente.

Médico/BH: Se requerirá prueba de ingresos o seguro en la primera cita. Si usted no tiene cobertura o prueba de sus ingresos para la primera visita, se le cobrará nuestra tarifa completa hasta que nos proporcione información de ingresos. Todos los documentos deben actualizarse anualmente.

____ **Llegada tardía:**

Médico/BH/Dental: Si llega más de quince (15) minutos tarde para su cita, es posible que se le pida que re programe o que se le trabaje en una cita vacante.

____ **Cancelaciones:**

Médico/BH/Dental: Al cancelar una cita, debe dar al menos veinticuatro (24) horas de anticipación. Cuando un paciente pierde una cita, perdemos la oportunidad de cuidar al paciente, así como a otro paciente que podría haber utilizado esa cita.



_____ **No Show:**

Médico/BH/Dental: (1) Si se pierde una cita por completo, (2) cuando el paciente llega más de 15 minutos tarde al reloj de la clínica y no ha llamado un día completo (24 horas)) antes de la cita para reprogramar es un No Show.* Cuando un paciente acumula tres (3) no show citas consecutivas en la clínica médica o dos (2) citas perdidas en la oficina dental, esa persona no podrá programar ninguna otra cita de rutina/seguimiento por un período de seis (6) meses después de la tercera cita perdida consecutiva en la oficina Medica o la segunda cita perdida en la oficina Dental. Ejemplo:

_____ **Médico/ BH**

- I. **Primer No Show:** Una nota será colocada en el expediente y se le recordará al paciente verbalmente nuestra política.
- II. **Segundo No Show:** Una nota será colocada en el expediente y se le recordará verbalmente de nuevo al paciente nuestra política.
- III. **Tercer No Show:** El paciente no podrá hacer citas por adelantado por un período de seis (6) meses.

_____ **Dental**

- I. **Primera cita perdida:** Una nota será colocada en el expediente y se le recordará verbalmente al paciente nuestra política de oficina.
 - II. **Segunda Cita Perdida:** El paciente no podrá programar otra cita por seis (6) meses.
 - III. **Tercera Cita Perdida:** El paciente no podrá hacer citas anticipadas por un período de un (1) año, excepto para emergencias.
- **Si un paciente está programado con otro miembro de la familia y ambos no se presentan para sus citas, la familia ya no podrá programar varias citas en el mismo día.**

Entiendo y acepto cumplir con el Acuerdo de Cita de La Clínica de la Comunidad de Charlotte

Firma del paciente/padre: _____ Fecha: __/__/__

Firma del testigo: _____ Fecha: __/__/__

MRN: _____