Nombre del Paciente: XXXXXX
HAR: XXXXXX **Edad:** XXXXXX **Sexo:** XXXXX
MRN: XXXX **Fecha de Nacimiento:** XXXX

Condiciones para Tratamiento

1. Consentimiento Médico: Atreves de la presente otorgo mi consentimiento para recibir servicios de salud, incluyendo pruebas y tratamientos, como rayos-X, exámenes, vacunas, administración de medicamentos, consultas de salud mental, pruebas de laboratorio (incluyendo VIH) y otros servicios de *Community Health Partners, Inc.* (*CHP*) como sea indicado por mi proveedor de salud. Tengo derecho a negociar cualquier tratamiento con mi proveedor y a rechazar cualquier procedimiento o tratamiento.
2. Información de Privacidad: Reconozco haber recibido la Notificación de Prácticas de Privacidad del *CHP.* Verificaré dicha notificación en referencia a la divulgación de la información sobre mi salud.
3. Autorizo que mi proveedor de salud y la agencia de salud pública obtengan y registren los archivos de vacunas de mi hijo/a en el Sistema de Información del Departamento de Salud Pública y Servicios Humanos (*DPHHS) Immunization Information System (IIS)*. El *IIS* es un sistema de informática electrónico confidencial, que contiene los archivos de vacunación. Entiendo que la información existente en el registro puede ser otorgada a la agencia de salud pública al igual que mi proveedor de salud para asistir con los cuidados médicos y tratamientos de mi hijo(a). Además la información podrá ser otorgada a instalaciones dedicadas al cuidado infantil y las escuelas en las que mi hijo/a haya sido matriculado para así cumplir con los requisitos de vacunación del estado. Entiendo que en cualquier momento puedo revocar esta autorización y hacer que mi archivo sea retirado contactando al departamento de salud de mi localidad.
4. Este documento no expirará a no ser que sea revocado por el/la paciente. Pacientes tienen el derecho de revocar su consentimiento para recibir tratamiento o a que su información sea liberada al especificar este deseo por escrito al personal de la agencia de salud.
5. Revelación del Seguro Médico: Yo entiendo que es mi responsabilidad notificar directamente a mi compañía de seguro médico, dentro del plazo establecido en mi póliza, si soy tratado en CHP y de obtener pre-autorización para procedimientos especializados y/o pruebas. CHP podría enviar un cobro aparte para los servicios de consulta de saluda mental brindados como parte de su consulta médica.
6. Acuerdo Financiero: Atreves de la presente asumo total responsabilidad por el costo de los servicios recibidos de *CHP* y estoy de acuerdo en pagar mi cuenta en su totalidad. He proporcionado la información sobre mi seguro a *CHP si lo tengo*. Por medio de la presente autorizo a *CHP* cobrar a mi portador de seguro en mi nombre. Igualmente autorizo que mi portador de seguro pague directamente a *CHP* por servicios recibidos. Entiendo que seré responsable por cualquier saldo que no cubra mi seguro. Si yo, o mi fiador optamos por no cobrarle a mi seguro, Yo notificare a *CHP* en el momento de mi visita y por lo tanto seré responsable de pagar el costo de dicha visita. Bajo estas circunstancias, no se me aplicará la tarifa de descuento que tiene *CHP*. Si no puedo saldar la cuenta, me pondré en contacto con el Departamento de Cobros *(Billing Department)* del *CHP* llamando al número (406) 823-6304 para establecer un plan de pago de cuotas mensuales para saldar mi cuenta. Entiendo además que si no pago la cuenta total o hago pagos mensuales, mi cuenta podría ser enviada a la agencia de cobranzas (*collection agency).*
   _____(Iniciales del Fiador)
7. Posesiones valiosas: Entiendo que *CHP* no se hará responsable por artículos personales que yo pueda dejar en sus instalaciones.
8. Centro de Práctica Profesional: *CHP* es un establecimiento clínico de entrenamiento. Entiendo que mi cuidado puede ser proporcionado por estudiantes practicando bajo la supervisión del personal médico.
9. Está prohibido fumar en todos las instalaciones de *CHP.* Gracias por no fumar.

Certifico que he leído la información proporcionada como paciente o como representante debidamente autorizado para el paciente, que la información me ha sido explicada en su totalidad, que entiendo su contenido, que esta información no puede ser modificada, y que yo puedo retractarme en cualquier momento del consentimiento otorgado para recibir los servicios mencionados.

Firma del Paciente (Fiador): _____ Fecha: _____

Relación con el paciente: _____

Razón por la cual el paciente no puede firmar: _____

Testigo: _____ Hora:_____ Fecha: _____

COMMUNITY HEALTH PARTNERS

REAL PEOPLE. REMARKABLE HEALTHCARE.

Información de Paciente Nuevo: ¡Bienvenido!

Por favor complete toda la información en ambos lados de esta forma.

Nombre Legal del Paciente:_____ **Número de Seguro Social:** _____
No se necesita tener número de seguro social para recibir servicios.

Nombre Preferido: _____ **Fecha de Nacimiento:** _____
Mes/Día/Año

Género en su Certificado de nacimiento: □ Masculino □ Femenino

Otros nombres que haya usado: _____

Padre o Tutor legal (si es menor de 18):_____

Dirección de Correo:_____
Número y calle o Apartado Postal **Ciudad** **Estado** **Código Postal**

Teléfono: _____ **Correo electrónico:** _____

Estado civil: _____ **Lenguaje preferido:** _____

Etnicidad: ☐Hispano ☐No Hispano

País de origen: _____

Raza (marque todo que aplican) : □ Afro-Americano □ Asiático □ Isleño del Pacífico
□ Blanco □ Nativo Hawaiano □ Desconocido □ Indio Americano/Nativo de Alaska □ Declinar

Si trabaja, Empleador: _____ **Estatus de Empleo:** □ Tiempo completo □ Medio tiempo

En los últimos dos años:

1. ¿Se ha mudado Ud. a un área nueva para trabajar en granja o rancho? ☐Sí ☐No
2. ¿Ha trabajado Ud. en un rancho por temporada? ☐Sí ☐No

¿El año pasado ha vivido Ud. en un albergue, refugio, hogar transitorio, en su vehículo, o en la calle, o se ha quedado Ud. temporalmente con su familia o con sus amigos? ☐Sí ☐No

¿Es Usted Veterano? ☐Sí ☐No

Orientación Sexual:
□ Lesbiana, gay u homosexual
□ Heterosexual o derecho
□ Bisexual □ Algo diferente
□ No sabe
□ Prefiere no compartir esta información

Identidad de género:
□ Masculino □ Femenino
□ Transexual Masculino: Femenino a Masculino
□ Transexual Femenino: Masculino a Femenino
□ Género no binario □ Otro
□ Prefiere no compartir esta información

Nombre de Contacto de Emergencia: _____

Número de Teléfono: _____ Relación con Ud.: _____

Próxima página

BusOfficeDoc

SCAN:
Doc Type: Business Office Doc
Doc Desc: CHP Patient Info
E Label

¿Quién es responsable por los cobros de hoy? (adulto mayor de 18 años)

☐ Yo ☐ Otro (¿Es un miembro de su familia o su patrón responsable del cobro de hoy?)

Sólo complete esta información si seleccionó otro

Nombre: _____ Relación con esta persona:_____

Dirección: _____

No. de Seguro Social_____ Teléfono (C) _____(T) _____

Fecha de Nacimiento _____ Empleador_____
Mes/Día/Año

☐ **Yo estoy en la escala de CHP y mis cargos de hoy deben ser descontados usando mi escala.**

¿Tiene seguro que pague por esta visita? (Por favor marque todo lo que aplica)

☐ Seguro Privado ☐Medicaid ☐Medicare ☐Healthy Montana Kids

☐ Compensación del Trabajador ☐ Cobertura de Automóvil

Nombre del Titular de la Póliza: _____Fecha de Nacimiento del Titular de la Póliza:_____

Compañía de Seguros:_____ Número de Identificación de Seguro: _____
Mes/Día/Año

Si Ud. no trae su tarjeta de seguros con usted, por favor tráigala tan pronto como le sea posible o recibirá una cuenta por la cantidad total.

Community Health Partners recibe financiamiento federal. Por eso, nos solicitan que preguntemos las siguientes preguntas. Toda esta información será estrictamente confidencial. Esta información será requerida una (1) vez al año, si Ud. no está en nuestra escala de descuento.

¿Cuál es su ingreso anual?

Tamaño familia	Ingreso	Ingreso	Ingreso	Ingreso
1	❑ $0 to $13,590	❑ $13,591 to $20,385	❑ $20,386 to $27,180	❑ $27,181 y más
2	❑ $0 to $18,310	❑ $18,311 to $27,465	❑ $27,466 to $36,620	❑ $36,621 y más
3	❑ $0 to $23,030	❑ $23,031 to $34,545	❑ $34,546 to $46,060	❑ $46,061 y más
4	❑ $0 to $27,750	❑ $27,751 to $41,625	❑ $41,626 to $55,500	❑ $55,501 y más
5	❑ $0 to $32,470	❑ $32,471to $48,705	❑ $48,706 to $64,940	❑ $64,941 y más
6	❑ $0 to $37,190	❑ $37,191 to $55,785	❑ $55,786 to $74,380	❑ $74,381 y más
7	❑ $0 to $41,910	❑ $41,911 to $62,865	❑ $62,866 to $83,820	❑ $83,821 y más
8	❑ $0 to $46,630	❑ $46,631 to $69,945	❑ $69,946 to $93,260	❑ $93,261 y más
9+	¿Cuánta gente vive con Ud.? _____ ¿Cuál es el ingreso anual total? $_____			

❑ **No quiero compartir esta información.**

Firma _____ Fecha _____

For Office Use Only

Slide Status: Active ☐ Date Expired _____

Patient Declined Slide ☐ Will Return Ppwk by: _____

Entered by_____ Date_____

Double Check _____ Date _____

SCAN:
Doc Type: Business Office Doc
Doc Desc: CHP Patient Info
E Label

BusOfficeDoc

COMMUNITY HEALTH PARTNERS

REAL PEOPLE. REMARKABLE HEALTHCARE.

112 W Lewis St, Livingston, MT 59047

Elegibilidad de Cuota con Descuento

Su ingreso familiar debe ser renovado:

- Cada 3 meses si no tiene documentación por que no tienen empleo/casa.
- Cada 12 meses si su documentación **no** son sus impuestos personales.
- Hasta Noviembre 1st del próximo año si presenta la pág. 1 de sus impuestos más recientes.

Total numero de miembros en su hogar con quien comparte gastos, incluyendo usted, esposo(a), pareja, otros miembros de su familia, y todos sus dependientes y menores. _____

	Nombre Legal	Empleado?	Masculio Femenino	Fecha de Nacieminto	Paciente de CHP	Relación
1		☐ Si ☐ No			☐ Si ☐ No	Usted
2		☐ Si ☐ No			☐ Si ☐ No	
3		☐ Si ☐ No			☐ Si ☐ No	
4		☐ Si ☐ No			☐ Si ☐ No	
5		☐ Si ☐ No			☐ Si ☐ No	

Enliste los miembros en su hogar que están trabajando, incluyendo esposos, parejas, y niños mayores de 18 años.

Nombre	Empleador	Ingreso Bruto Mensual
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Otros ingresos mensuales (Incluyendo beneficios de SSI para menores, TANF, SS beneficios por muerte):

Seguro Social $_____ Compensación del trabajador/Incapacidad $_____ Otros Ingresos $ _____

Veteranos $_____ Manutención Infantil/pensión alimenticia $_____ Estoy desempleado _____

Desempleo $_____ Intereses/Ingreso de Dividendo $_____ No tengo ingreso _____

TANF $ _____ Auto-empleado $ _____

Usted paga pensión alimenticia y/o manutención infantil?_____Si presenta documentos, reduciremos esto de su ingreso cuando estemos calculando su escala para descuento.

Toda la información en esta forma es cierta en este momento. Si doy información falsa puedo ser perseguido bajo las leyes estatales y federales. Me comprometo a reportar cualquier cambio dentro de los siguientes 30 días del cambio.

_____ _____

Firma Fecha

_____ _____

Dirección– calle, No. o P.O. box, Ciudad, Estado, Código Postal Número de teléfono

Por favor complete la forma, incluya toda verificación de ingresos y regrese a la clínica dentro de 30 días de su visita

Para el uso de oficina:

Weekly
Total of all checks:

$ _____ Divide by 3=

$_____ x 52

$_____ yearly total

Bi-monthly (paid twice per month – set days)
Total of all checks:

$_____Divide by 3=

$_____x 24 =

$_____ yearly total

Yearly (gross)

$_____

for SSI/Retirement/SS $ x 12 =

$_____yearly total

Bi-weekly (paid every 2 weeks)
Total of all checks:

$_____ Divide by 3=

$_____ x 26 =

$_____ yearly total

Self Statement Gross Monthly Income

$_____ x 12

$_____ yearly total

Slide: _____

Start Date: _____

End Date: _____

Tax Returns:

For sliding fee applications we only accept individual tax returns which will normally be **Form 1040**

For Tax Years 2020 and 2021, please request page 1.

	Tax Year 2020 (exp 11/1/22)		**Tax Year 2021 (exp 11/1/23)**
Adjusted Gross Income	$		$
	Page 1, Line 11		Page 1, Line 11
Plus Untaxed Social Security	$		$
	Page 1: 6a minus 6b		Page 1: 6a minus 6b
Plus Yearly amounts of (per month x 12):			
	$	Child Support	$
	$	VA Disability	$
	$_____	Workers Comp Income	$_____
	$_____	TANF	$_____
	$	**= Total Yearly Income**	$

Calculation of Household Income:			
Total yearly income	$_____		$_____
Less Annual Child Support Paid	$_____	(3 payments documented)	$_____
Less Annual Alimony Paid (if tax return not provided)	$_____	(3 payments documented)	$_____
Annual Household Income	$_____		$_____

Entered into F/P: ___/___/___ Initials: _____
Entered into All Family Members Initials: _____
Entered into Dental Guarantor Initials: _____
Double Checked: Math F/P Family Dental Initials: _____

SCAN: E Label
Doc Desc: CHP Sliding Scale

BusOfficeDoc