

**Premier Community HealthCare Group, Inc.**  
**FORMA DE REGISTRO DE PACIENTE**

**Información del Garante (Persona Responsable):**

Nombre: \_\_\_\_\_ Inicial: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Zip: \_\_\_\_\_

¿ Está empleado(a)?  Si  No      Nombre del empleador/escuela: \_\_\_\_\_

Teléfono de su casa: ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo: ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ # Seguro Social: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Estado Marital:  Soltero(a)  Casado(a)  Otro      Raza:  Negra  Hispana  Blanca  Otra

Clase (marque uno):  Agricultor Migrante  Agricultor Estacional  Otro \_\_\_\_\_

**Información del Paciente / Dependiente:**

Nombre: \_\_\_\_\_ Inicial: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ # Seguro Social: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Estado Marital:  Soltero(a)  Casado(a)  Otro      Raza:  Negra  Hispana  Blanca  Otra

**Información del Seguro Medico:**

Nombre del seguro: \_\_\_\_\_ # de Póliza \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ # del Grupo: \_\_\_\_\_

Ciudad, Estado, Zip \_\_\_\_\_

Teléfono: ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

Nombre del dueño(a) a de la Póliza: \_\_\_\_\_ Empleador: \_\_\_\_\_

**Información Financial de la Familia:**

Ingreso Familiar: \_\_\_\_\_ # de Personas soportadas por este ingreso: \_\_\_\_\_

(Mencione los nombres en la siguiente página)

Periodo del Ingreso (marque uno):  por hora  semanal  cada dos semanas  mensual  anual

¿ Trabaja usted  Parte del tiempo?      o  Tiempo completo?

SE REQUIERE DOCUMENTACIÓN DE INGRESOS POR EL GOBIERNO FEDERAL PARA PAGOS REDUCIDOS

Income Verification Date: \_\_\_\_\_

Account Number: \_\_\_\_\_

**Premier Community HealthCare Group, Inc.  
FINANCIAL POLICY**

Premier Community HealthCare Group, Inc. (PCHG) makes available to all patients the option to pay according to your income and family size-we call this a **Sliding Scale**. Through the **Income Verification** process, your ability to pay is based upon total yearly family income and family size, and is updated yearly or when changes in your family income warrant re-evaluation.

**Sliding Scale:**

For determination of your **Sliding Scale, Proof of Income**, such as your Federal Tax Forms, pay stubs for 4 weeks, or a completed Verification of Employment form completed by your employer is required. In addition to your Wages and Salary, the following items are used in calculating your total family income: AFDC, SSI, Social Security, Workers' Compensation, Child Support, Unemployment, Veterans Benefits, and Alimony.

If you have no income, written evidence of the persons who provide your food and shelter or other is required.

If you do not choose to report your income to determine your Sliding Scale, you are obligated to pay the full amount of all charges incurred at the time of service.

If you have health insurance, you may be entitled to a Sliding Scale discount on your deductible and co-payment amounts. Proof of current coverage that can be verified is required.

**Medicaid:**

If you are covered under the Medicaid program, bring your Medicaid card or Letter of Authorization at each visit. PCHG is a participating provider in several Medicaid primary care programs and is able to provide services to most Medicaid patients. The PCHG Representative will provide information on the programs and assist you in enrollment or disenrollment procedures.

The PCHG Representative will inform you of any additional financial assistance programs for which you may be eligible.

**POLICY AGREEMENT**

1. I authorize the release of any medical, dental or other information necessary to obtain payment from any Third Party Payor (Medicare, Medicaid, or private insurance, etc.).
2. I authorize and request payment of any medical, dental or governmental benefits to the party who accepts assignment of my claims. (Medicare, Medicaid, or private insurance).
3. I agree that a copy of this authorization may be used in place of the original.
4. I understand and agree that I am responsible for the charges for services provided by PCHG.

Guarantor Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

PCHG Representative \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

PREMIER COMMUNITY HEALTHCARE GROUP, INC.

**PÓLIZA FINANCIAL**

PREMIER COMMUNITY HEALTHCARE GROUP, INC. LE OFRCECE A TODOS LS PACIENTES LA OPCIÓN DE PAGAR DE ACUERDO A SU INGRESO Y TAMAÑO DE SU FAMILIA - ESTO LO LLAMAMOS "HONORARIOS REDUCIDOS". POR EL PROCESO DE VERIFICACIÓN DE INGRESO, SU HABILIDAD PARA PAGAR ESTÁ BASADA EN EL INGRESO ANUAL Y EL TAMAÑO DE SU FAMILIA. ESTE PROCESO ES VERIFICADO ANUALMENTE O CUANDO HAY CAMBIOS EN EL INGRESO DE SU FAMILIA QUE JUSTIFIQUEN UNA RE-EVALUACIÓN.

**HONORARIOS REDUCIDOS**

PARA LA DETERMINACIÓN DE SUS HONORARIOS REDUCIDOS, SE REQUIERE QUE USTED PROVEA PRUEBA DE INGRESOS COMO SU PLANILLA FEDERAL DE CONTRIBUCIONES, LOS ÚLTIMOS CUATRO RECIBOS DE PAGO O UNA VERIFICACIÓN DE EMPLEO COMPLETADA POR SU EMPLEADOR. EN ADICIÓN A SUS INGRESOS Y SALARIOS, LO SIGUIENTE ES UTILIZADO PARA CALCULAR EL INGRESO TOTAL DE SU FAMILIA: AFDC, SSI, SEGURO SOCIAL, COMPENSACIÓN DE TRABAJADORES (WORKER'S COMP), SOPORTE PARA NIÑOS (CHILD SUPPORT), DESEMPLEO. BENEFICIOS DE VETERANOS Y PAGOS DE SOPORTE (ALIMONY).

- SI USTED NO TIENE INGRESOS, SE REQUIERE QUE MUESTRE EVIDENCIA ESCRITA POR LA PERSONA QUE LE PROVEE COMIDA Y DOMOCILIO.
- SI USTED PREFERE NO PROVEER SUS INGRESOS PARA DETERMINAR SU ELEGIBILIDAD PARA HONORARIOS REDUCIDOS, USTED ESTÁ OBLIGADO(A) A PAGAR COMPLETAMENTE TODOS LOS CARGOS POR SERVICIOS RECIBIDOS DURANTE LA VISITA.
- SI USTED TIENE SEGURO MÉDICO, USTED PODRÍA TENER DERECHO A UN DESCUENTO DE SU DEDUCIBLE O CO-PAGO. SE REQUIERE VERIFICAR LO QUE CUBRE SU SEGURO MÉDICO.

**MEDICAID**

SI USTED ESTÁ CUBIERTO(A) POR EL PROGRAMA DE "MEDICAID", TRAIGA SU TARJETA DE MEDICAID O CARTA DE AUTORIZACIÓN A CADA VISITA. PCHG ES UN PROVEEDOR QUE PARTICIPA EN VARIOS PROGRAMAS DE MEDICAID Y PUEDE PROVEER SERVICIOS A LA MAYORÍA DE LOS PACIENTES QUE TIENEN MEDICAID.

UN REPRESENTATE DE PCHG LE INFORMARÁ SOBRE ESTOS PROGRAMAS Y LE ASISTIRÁ EN LOS PROCEDIMIENTOS PARA INSCRIBIRSE O DESINSCRIBIRSE EN ESTOS PROGRAMAS. LOS REPRESENTATES DE PCHG TAMBIÉN LE INFORMARÁ DE CUALQUIER PROGRAMA DE ASISTENCIA ECONÓMICA AL CUAL USTED PODRÍA SER ELEGIBLE.

**AUTORIZACIÓN**

1. YO AUTORIZO A QUE SE LE PROVEA INFORMACIÓN MÉDICA, DENTAL U OTRA INFORMACIÓN PERTINENTE A MI SEGURO MÉDICO (MEDICARE, MEDICAID, SEGURO PRIVADO, ETC.) PARA OBTENER PAGO POR SERVICIOS RECIBIDOS.
2. YO AUTORIZO Y PIDO QUE SE PAGUEN MIS BENEFICIOS MÉDICOS, DENTALES O GUBERNAMENTALES A LA ENTIDAD QUE ACEPTA MIS RECLAMOS (MEDICAID, MEDICARE, SEGURO PRIVADO).
3. YO ESTOY DE ACUERDO DE QUE UNA COPIA DE ESTA AUTORIZACIÓN PUEDE USARSE EN LUGAR DEL DOCUMENTO ORIGINAL.
4. YO COMPRENDO Y ESTOY DE ACUERDO DE QUE SOY RESPONSABLE DE LOS CARGOS INCURRIDOS POR SERVICIOS RENDIDOS POR HRA.

FIRMA DEL PACIENTE O PERSONA AUTORIZADA: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

REPRESENTANTE DE PCHG: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

**Información del Garante (Persona Responsable):**

1.) Persona a llamar en caso de emergencia: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Ciudad, Estado, Zip \_\_\_\_\_ Teléfono del Trabajo: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

2.) Persona a llamar en caso de emergencia: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Ciudad, Estado, Zip: \_\_\_\_\_ Teléfono del Trabajo: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Nombre del esposo(a) u otra persona especial: \_\_\_\_\_

Teléfono de la casa: \_\_\_\_\_ Teléfono del Trabajo: \_\_\_\_\_

Nombre del Empleador: \_\_\_\_\_

**Información del Garante / Dependiente:**

Nombre del Padre: \_\_\_\_\_ Apellido del Padre: \_\_\_\_\_

¿Cómo se enteró de nosotros? (marque una)  Familiar / Amigo(a)  Periódico  Doctor  Hospital  
 Páginas Amarillas  Por sí mismo(a)  Servicios Sociales  Cartelera  Otro \_\_\_\_\_

País de Nacimiento/Descendencia Étnica: \_\_\_\_\_

Idioma Preferido: \_\_\_\_\_ ¿Necesita un intérprete?  Sí  No

Acerca de su casa:  Es dueño(a)/Alquila  Vive con un amigo(a)  Otro: \_\_\_\_\_

¿Es usted (marque una)  un(a) extranjero(a)?  un(a) ciudadano(a)?  un(a) residente?

¿Tiene alguna incapacidad que debemos saber? (marque una)  Sí  No

**Nombre de los Miembros de la Familia:**

1.) \_\_\_\_\_ 2.) \_\_\_\_\_

3.) \_\_\_\_\_ 4.) \_\_\_\_\_

5.) \_\_\_\_\_ 6.) \_\_\_\_\_

7.) \_\_\_\_\_ 8.) \_\_\_\_\_

9.) \_\_\_\_\_ 10.) \_\_\_\_\_

Yo, \_\_\_\_\_ doy permiso a que los Proveedores Médicos/Dentales de PCHG traten/receten a \_\_\_\_\_ (mi/mi hijo(a)) si es médicamente necesario. Un padre, guardián legal u otro adulto que tenga consentimiento parental escrito o consentimiento legal, debe acompañar a cada niño(a) durante toda la exminación. Yo autorizo a PCHG a que provea cualquier información necesaria a mi compañía de seguro.

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

Signature \_\_\_\_\_

## Respecto a Nuestra Notificación de Políticas de Privacidad

Estamos comprometidos a proteger la información médica cumpliendo la ley. La Notificación de Políticas de Privacidad adjunto describe:

- Nuestra obligación de acuerdo a las leyes respecto a la información médica relacionada con usted.
- Como podemos utilizar y revelar la información médica que nosotros archivamos.
- Sus derechos respecto a su información médica.
- Nuestro derechos de cambiar la Notificación de Políticas de Privacidad.
- Como realizar reclamos si usted considera que su derecho a privacidad ha sido violado.
- Condiciones aplicables a usos y revelaciones no descritas en esta notificación.
- La persona con quien se debe comunicar para más información sobre nuestras políticas de privacidad.

La ley requiere que la demos una copia de esta notificación y obtener su reconocimiento por escrito de haber recibido esta copia.

### Reconocimiento por el Paciente

Yo, \_\_\_\_\_, afirmo que he recibido una copia de la Notificación de Políticas de Privacidad.

---

Firma del Paciente

Fecha

---

Firma del Padre ó representante del paciente (Si aplicable)

Fecha

---

Descripción de Autoridad Legal para actuar de parte del paciente