



HARMONY HEALTH CLINIC

ATENCIÓN: Pacientes Nuevos

Requisitos para la solicitud de nuevos pacientes

Las solicitudes deben devolverse **COMPLETAS** con **TODA** la documentación antes de que se pueda concertar una cita. Devuelva esta solicitud **lunes a viernes de 9 - 1**

Requerimientos:

- **Debe vivir o trabajar en el condado de Pulaski**
- **Su ingreso está por debajo del 300% de nivel de pobreza**
- **No se necesita seguro para ser visto** ***debe NO estar asegurado**

Traiga lo siguiente para completar su nueva solicitud de paciente:

- Identificación con foto
- Prueba de residencia
 - Traiga una factura de servicios públicos actual con su nombre y dirección
 - Si actualmente vive en un refugio, traiga una carta del refugio que confirme que vive allí.
- Comprobante de ingresos (por favor traiga el valor de 1 mes de TODAS las fuentes de ingresos, como beneficios de SNAP, talones de pago, beneficios de SSI, declaración de desempleo, etc.)
- Si se le ha negado Medicaid o tiene Medicaid está pendiente.
- Si no tiene ingresos, traiga una copia de su declaración de impuestos federales más reciente.

Si está desempleado, traiga todos y cada uno de los siguientes documentos que le correspondan:

- Carta actual de seguridad social / beneficios
- Carta de adjudicación de cupones de alimentos / SNAP
- Declaración de desempleo
- Carta de concesión de jubilación / pensión
- Carta de concesión de beneficios para veteranos
- Manutención infantil para cada niño
- Verificación de ingresos por cuenta propia (extracto bancario)
- Carta de adjudicación de TEA / TANF
- Declaración de DHHS
- Otros ingresos del hogar: identifique la fuente de ingresos
- Si vive con alguien que se ocupa de sus necesidades, esa persona debe firmar la última página de la solicitud y proporcionar una factura de servicios públicos con su nombre y dirección.

Debe proporcionar: Identificación con foto, comprobante de residencia y comprobante de ingresos



HARMONY
HEALTH CLINIC

APLICACIÓN DEL PACIENTE

INFORMACIÓN GENERAL

Nombre Completo: _____ SSN#: _____

Prefiero ser llamada(o): _____

Dirección: _____

Ciudad/Estado/Código Postal: _____ Fecha de nacimientos: ____/____/____

Numero de Celular: _____ ¿Te podemos mandar textos? Sí No

Teléfono de Casa u Otro teléfono donde te podemos llamar: _____

Correo Electrónico: _____

¿Te podemos dejar un mensaje con información de tu cita, condiciones médicas, y otra información a los números de teléfonos y correo electrónico? Sí No

¿Qué idioma hablas con fluidez? _____

¿Necesitas servicios de intérprete? Si No Si es así, que lenguaje? _____

¿Tienes creencias culturales o religiosas que necesitamos saber para servirte mejor?

Si No Si es así, por favor explica: _____

Raza / Etnicidad Marque todos que apliquen

Indo Americano o Alaska Nativo

Asiatico

Negro / Afro Americano

Hispano or Latino

Nativo Hawaiiiano o Otro Isleno del Pacifico

Blanco / Caucasico

Otro: _____

Para uso de Clinica: Date Rec'd: _____ Date Approved/Declined: _____

Tu identidad de género actual: Hembra Varón Mujer Trans /HaM
 Hombre Trans/ MaH Genero Queer No binario Elijo no revelar
 Descripción de otro género: _____

Sexo que te asignaron al nacer: Hembra Varón Intersexual Desconocido
 No asignado en acta de nacimiento Elige no revelar Otra explicación: _____

Piensas en ti mismo como: Heterosexual Lesbiana, gay, o homosexual
 Bisexual Asexual No se Elijo no revelar Algo más: _____

Cuáles son sus pronombres personales preferidos?: Ella El Ellos
 Algo diferente: _____

¿Quiere o necesita ayuda en cambiar su sexo, género, o nombre legal? Si No
 Referido para servicios a: _____

INFORMACIÓN DE EMPLEO E FINANCIAS (Ve “Ingresos calculados mensualmente)

Estado de empleo: Tiempo Completo Parte-Tiempo Retirado Discapacitado Desempleado

Mis ingresos familiares bruto total (ingreso antes de impuestos o deducciones) calculado para todos los miembros del hogar de cada persona mayor de 19 años o más. \$_____.

He adjuntado los siguientes documentos de verificación de ingresos a esta solicitud (marque todos los que correspondan):

	Cheques de pago / talones de pago (4 más recientes)		Estado de cuenta (2 más recientes)
	Carta / Teléfono de Empleador		Orden Judicial (acuerdo, pensión alimenticia, manutención de menores, otro)
	Declaración de Impuestos, W-2 o Formulario 4506T		Carta de Desempleo Estatal
	Verificación de una agencia pública / privada (TANF / ADC, cupones de alimentos, refugio, seguro social, SSI, etc.)		Auto declaración de ingresos (Ver “AUTO DECLARACIÓN DE INGRESOS DEL PACIENTE”)
	Carta del empleador de concesión de pensión / jubilación		Otro (Renta, \$ Recibido, etc.)

EL TAMAÑO DE MI HOGAR

La cantidad de personas en mi hogar es: _____

Cálculo de los miembros del hogar / tamaño de la familia: El número de miembros del hogar o el tamaño de la familia se determina en función del número de personas que residen en el hogar y que están relacionadas o son **económicamente interdependientes**. (Ejemplo: Aquellos que no tienen ingresos y viven con parientes y / o todos los dependientes enumerados en el formulario de impuestos del IRS 1040 se consideran emparentados y / o económicamente interdependientes).

SEGURO DE SALUD Y DENTAL

¿Tiene seguro médico? Si No Si es así, ¿qué tipo de seguro? _____

¿Tiene seguro dental? Si No Si es así, que tipo de seguro? _____

¿Ha solicitado Medicaid? Si No Si es así, ¿cuándo?_

¿Cuál fue la respuesta a la aplicación para Medicaid? Aprobado Rechazado Esperando respuesta

INFORMACIÓN DE RESIDENCIA

Certifico que vivo en el condado de Pulaski, Arkansas: Si No

Vivo en los Estados Unidos y trabajó en el condado de Pulaski, Arkansas: Sí No

Si no trabajo en el condado de Pulaski, he adjuntado los siguientes documentos de residencia a esta solicitud para demostrar que vivo en el condado de Pulaski (marque todo lo que corresponda):

<input type="checkbox"/>	Licencia de conducir	<input type="checkbox"/>	Otro documentos oficial
<input type="checkbox"/>	Registro de automóvil	<input type="checkbox"/>	Carta del refugio
<input type="checkbox"/>	Copia del contrato de arrendamiento a alquiler	<input type="checkbox"/>	Factura de servicios públicos
<input type="checkbox"/>	Copia del cupón hipotecario	<input type="checkbox"/>	Registro escolar
<input type="checkbox"/>	Carta de compañero de cuarto o del propietario		

INFORMACIÓN Y CONTACTO DE EMERGENCIA

Nombre: _____ Celular: _____

Relación al paciente: _____ Teléfono de casa: _____

Nombre: _____ Celular: _____

Relación al paciente: _____ Teléfono de casa: _____

HISTORIA E INFORMACIÓN MÉDICA

¿Cuál es la razón de visitar el doctor o dentista hoy?

¿Actualmente, estás bajo el cuidado de un doctor o un dentista? Sí No

En general, ¿cómo calificarías tu salud física?

Muy Mal Mal Normal Bien Muy Bien Excelente

Favor de anotar problemas medicas crónicas que tiene (como diabetes, presión alta, problemas del corazón, u otros problemas) _____

¿Has recibido tratamiento para tu salud mental en el pasado?

- Nunca
- Actualmente siendo tratado
- Tratado en el pasado, pero al momento no.

Si actualmente estás siendo tratado, favor de explicar tu diagnóstico y el tratamiento

¿Ha sido hospitalizado anteriormente? Sí No

Si es así, favor de anotar las razones por tu visita al hospital y las fechas.

¿Ha tenido operaciones o cirugías mayores? Sí No

Si es así, favor de anotar cualquier cirugía y las fechas de las cirugías.

Favor de anotar medicamentos y las instrucciones de dosificación.

Usted tiene alergia a los siguientes alimentos:

- Aspirina Penicilina Codeína Anestésicos locales Acrílico Metal
 Látex Las sulfamidas No Alergias

Favor de anotar otras alergias.

HISTORIA DE SUSTANCIAS

¿Usted toma alcohol?

Nunca

Actualmente: ¿qué tipo, cuánto, y con qué frecuencia? _____

Anteriormente, pero al momento no. Fecha lo dejo: ____/____

¿Usted usa tabaco u otro tipo de nicotina? Esto incluye cigarros, masticar, vapear, etc.

Nunca

Actualmente: ¿qué tipo, cuánto, y con qué frecuencia? _____

Anteriormente, pero al momento no. Fecha lo dejo: ____/____

¿Usted usa drogas ilegales, recreativas o no recetadas?

Nunca

Actualmente: ¿qué tipo, cuánto, y con qué frecuencia? _____

Anteriormente, pero al momento no. Fecha lo dejo: ____/____

SI ACTUALMENTE TIENES UNA VAGINA/ ÚTERO/ SENOS

Edad de su primer periodo: _____ # de embarazos: _____ # de partos vivos: _____

¿Estas tomando anticonceptivos? _____ Estás amamantando? _____ Estás embarazada? _____

Fecha de última mamografía: _____ Fecha de última Papanicolaou: _____

CERTIFICACIÓN Y CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE

CERTIFICACIÓN DE INFORMACIÓN

Certifico que la información que he proporcionado en mi solicitud es precisa, completa y verdadera a mi leal saber y entender. Entiendo que incluso si se aprueba mi solicitud, los servicios no están garantizados. Entiendo que mi estado financiero y de residencia debe actualizarse al menos una vez al año para seguir recibiendo servicios. Sin embargo, si mi situación financiera cambia o obtener un seguro médico, será necesario volver a evaluar mi estado de elegibilidad y es posible que ya no califique para los servicios. Entiendo que es mi responsabilidad notificar a la clínica o al centro de atención médica cualquier cambio en mi situación financiera o estado de seguro.

Nombre Escrito: _____

Firma: _____ Fecha: ____/____/____

CONSENTIMIENTO MÉDICO Y DENTAL

Doy mi consentimiento para participar en los programas Médico y Dental provistos por la clínica (HHC). En lo mejor de mi conocimiento he contestado con certeza a preguntas anteriores.

Nombre Escrito: _____

Firma: _____ Fecha: ____/____/____

RECIBO DE RECLAMO POR INVALIDEZ

Yo entiendo que la clínica Harmony NO trata pacientes con problemas relacionados con trabajo o algún tipo de enfermedad relacionadas con el trabajo y no va a realizar ninguna reclamación de incapacidad.

Nombre Escrito: _____

Firma: _____ Fecha: ____/____/____

RECIBO DE CONFORMIDAD DEL PACIENTE

Entiendo como paciente de la clínica Harmony que debo tomar responsabilidad sobre mis citas médicas, de no faltar a ninguna cita. Entiendo que es importante venir a la cita y permitir al personal controlar mi salud y medicación a través del plan recomendado por el médico. Arre el intento de llamar para cancelar o reprogramar mi cita por lo menos 24 horas antes de mi cita. En el evento de no dar avance, yo entiendo que podré ser referida a una clínica diferente después de faltar 3 veces.

Nombre Escrito: _____

Firma: _____ Fecha: ____/____/____

ACUERDO DEL PROGRAMA DE ASISTENCIA DE MEDICAMENTOS PARA PACIENTES

(Designación de Harmony Health Clinic como agente)

Para recibir medicamentos recetados gratis, DEBE leer, comprender, aceptar y firmar el siguiente acuerdo:

1. Certifico que la información que he proporcionado en mi solicitud es precisa, completa y verdadera a mi leal saber y entendimiento. Entiendo que incluso si se aprueba mi solicitud, los servicios no están garantizados. También entiendo que se pueden requerir otros documentos para proporcionar prueba de ingresos. Si mi situación financiera cambia u obtener un seguro médico, será necesario volver a evaluar mi estado de elegibilidad. Además, entiendo que es mi responsabilidad notificar a la clínica o al centro de atención médica cualquier cambio en mi situación financiera. Doy permiso para verificar mis ingresos a través del Departamento de Servicios Sociales, la Administración del Seguro Social, mi empleador, la Administración de Veteranos y cualquier otro empresa, negocio u organización de la que recibí ingresos.
2. Al firmar la solicitud adjunta, autorizo a los representantes de Harmony Health Clinic (incluidos, entre otros, empleados, contratistas y / o voluntarios) a solicitar y recibir la información necesaria sobre mí, mis condiciones de salud y mis necesidades de prescripción médica. Proveedores de atención; completar y firmar solicitudes de asistencia con medicamentos en mi nombre; actuar como mi agente con el propósito de solicitar medicamentos recetados u otros tipos de asistencia al paciente, recibir medicamentos recetados suministros médicos o equipos en mi nombre; compartir esta información con auditores, compañías farmacéuticas y otros según sea necesario; y tomar cualquier otro acción necesaria para asegurar los medicamentos recetados u otras asistencia al paciente.
3. Por la presente afirmo que toda la información que he proporcionado a Harmony Health Clinic es verdadera y correcta en todos los aspectos materiales con el fin de determinar mi elegibilidad para los servicios de Harmony Health Clinic y de todos y cada uno de los programas de asistencia de medicamentos recetados, así como tratamiento general y todos y cada uno de los demás programas de asistencia al paciente. Autorizo a Harmony Health Clinic a verificar cualquier información que haya proporcionado. Acepto notificar a Harmony Health Clinic dentro de diez (10) días si obtengo un seguro médico; si califico para Medicare, Medicaid u otro cobertura de salud financiada con fondos federales; o si mi situación financiera mejora de tal manera que no sea elegible para recibir servicios de Harmony Health Clinic o sus socios del programa de asistencia de medicamentos recetados.

Nombre del Paciente: _____

Firma : _____ Fecha: ____/____/____

O

Firma del Representante de Paciente

____/____/____
Fecha

Relación al Paciente

Autoridad Para actuar en nombre del paciente

**ANUNCIO AL PACIENTE SOBRE LA INMUNIDAD DE
LOS PROFESIONALES DE LA SALUD**

El propósito de este anuncio es informarle sobre las leyes estatales y federales que pueden afectar a su capacidad para demandar por mala práctica a los voluntarios o profesionales de la salud que le proveen servicios de salud en la clínica Harmony (HHC). Los profesionales médicos de la salud que proveen servicios de salud en HHC están cubiertos por las leyes estatales y federales como está descrito en el anuncio.

HHC está registrada como una clínica gratuita o de bajos recursos en conformidad al Acto Federal ARK. Ann. Section 16-6-201 et seq. y los siguientes reglamentos emitidos por el departamento de salud en Arkansas, lo que significa es que cualquier profesional de la salud voluntarios que le presta servicios de salud en HHC no será responsable por ningún daño civil o ninguna acción u omisión como resultado de brindarle servicios de salud excepto que la acción fue el resultado de la negligencia del profesional de la salud.

La Ley Federal relacionada con la operación de las clínicas gratuitas también conocida como la Federal Tort Claims Act (FTCA) 28 U.S.C. Section 1346(b), 2401(b), 2671-80, ofrece el arreglo exclusive por daños, lesiones personales, incluyendo muerte, que resulte de alguna práctica médica, quirúrgica, dental o relacionada con cualquier función y cualquier voluntario de HHC que provea cuidados médicos a quien el departamento de Salud de los Estado Unidos y Servicios Humanos considere un empleado del Servicio público de salud. La FTCA aplica el arreglo al respeto de juzgar a los médicos que son voluntarios en una clínica gratuita y que hayan provisto el requerido y autorizado servicio bajo el Título XIX del Social Security Act (i.e. Medicaid) en el lugar de la clínica gratuita o a través de sus programas o de los eventos emprendidos por la clínica gratuita. Mire U.S.C. Sección 233 (a), (o).

Por favor note que HHC no acepta aquellos pacientes que tienen Medicaid y tampoco reciben reembolso de Medicaid por cualquier servicio brindado.

Acuse de Recibo:

Nombre del Paciente: _____

Firma : _____ Fecha: ____/____/____

O

Firma del Representante de Paciente

_____/____/____

Fecha

Relación al Paciente

Autoridad Para actuar en nombre del paciente

Harmony Health Clinic Consentimiento de telesalud

Nombre del paciente (apellido, primer) _____

Fecha de Nacimiento _____

La telesalud implica el uso de comunicaciones electrónicas para permitir que los proveedores en diferentes ubicaciones compartan información individual del cliente con el fin de mejorar la atención al cliente. Los proveedores pueden incluir médicos de atención primaria, especialistas y / o subespecialistas. La información puede usarse para diagnóstico, terapia, seguimiento y / o educación, y puede incluir cualquiera de los siguientes:

- Registros de salud del cliente
- Audio y video bidireccional en vivo
- Salida de datos de dispositivos de salud y archivos de sonido y video

Los sistemas electrónicos utilizados incorporarán protocolos de seguridad de red y software para proteger la confidencialidad de la identificación del cliente y los datos de imágenes e incluirán medidas para salvaguardar los datos y asegurar su integridad contra la corrupción intencional o no intencional.

Beneficios esperados:

- Mejor acceso a la atención al permitir que un cliente permanezca en el consultorio de su proveedor (o en un sitio remoto) mientras los proveedores obtienen los resultados de las pruebas y consultan a los médicos en sitios distantes / otros.
- Evaluación y gestión de clientes más eficiente.
- Obtención de la experiencia de un especialista lejano.

Posibles riesgos:

Existen riesgos potenciales asociados con el uso de telesalud. Estos riesgos incluyen, pero no se limitan a:

- En raras ocasiones, la información transmitida puede no ser suficiente (por ejemplo, una mala resolución de las imágenes) para permitir que los proveedores y consultores tomen las decisiones adecuadas;
- Pueden producirse retrasos en la evaluación y el tratamiento debido a deficiencias o fallos del equipo;
- En casos muy raros, los protocolos de seguridad podrían fallar, provocando una violación de la privacidad de la información de salud personal;
- En casos raros, la falta de acceso a registros médicos completos puede resultar en interacciones o reacciones alérgicas u otros errores de juicio;

Al firmar este formulario, entiendo lo siguiente:

1. Entiendo que las leyes que protegen la privacidad y la confidencialidad de la información médica también se aplican a la telesalud, y que ninguna información obtenida en el uso de

telesalud que me identifique será divulgada a investigadores u otras entidades sin mi consentimiento.

2. Entiendo que tengo derecho a negar o retirar mi consentimiento para el uso de telesalud en el curso de mi atención en cualquier momento, sin afectar mi derecho a atención o tratamiento futuros.
3. Entiendo que tengo derecho a inspeccionar toda la información obtenida y registrada en el curso de una interacción de telesalud, y puedo recibir copias de esta información por una tarifa razonable.
4. Entiendo que una variedad de métodos alternativos de atención médica pueden estar disponibles para mí y que puedo elegir uno o más de estos en cualquier momento. Mi proveedor me ha explicado las alternativas a mi satisfacción.
5. Entiendo que la telesalud puede implicar la comunicación electrónica de mi información médica personal a otros profesionales que pueden estar ubicados en otras áreas, incluso fuera del estado.
6. Entiendo que es mi deber informar a mi proveedor de las interacciones electrónicas con respecto a mi atención que pueda tener con otros proveedores de atención médica.
7. Entiendo que puedo esperar los beneficios anticipados del uso de telesalud en mi cuidado, pero que no se pueden garantizar ni asegurar resultados.

Consentimiento del paciente para el uso de telesalud

Yo, _____, he leído y entiendo la información proporcionada anteriormente con respecto a la telesalud, la he discutido con mi proveedor o con los asistentes que puedan ser designados, y todas mis preguntas han sido respondidas satisfactoriamente. Por la presente doy mi consentimiento informado para el uso de telesalud en mi cuidado.

Firma del cliente (o persona autorizada a firmar por el cliente):

Si es firmante autorizado, relación con el cliente:

Testigo:

**RECONOCIMIENTO DE RECIBO DE
AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD**

Al firmar a continuación, reconozco que se me ha proporcionado una copia del Aviso de prácticas de privacidad de Harmony Health Clinic y, por lo tanto, se me ha informado sobre cómo Harmony Health Clinic puede utilizar y divulgar mi información médica y cómo puedo obtener acceso y control de esta información.

Nombre del Paciente: _____

Firma : _____ Fecha: ____/____/____

O

Firma del Representante de Paciente

____/____/____
Fecha

Relación al Paciente

Autoridad Para actuar en nombre del paciente