



| Información Del Paciente | | |
|---|--|--|
| Apellido | Nombre Primer nombre utilizado | Segundo nombre, sufijo |
| Nombre anterior último primero | Género () Masculino () Hembra | Fecha de nacimiento / / |
| Número de seguridad social | Dirección | Ciudad/ Estado/ Código postal |
| Nombre de soltera de la madre Teléfono del paciente Casa: () - Celular: () - Consentimiento al texto <u>Si</u> <u>No</u> Trabajo: () - | correo electrónico: Acceso al Portal del Paciente: [] Si [] No Preferencia de contacto: Casa ___ Trabajo ___ Celular ___ Correo ___ Portal ___ | Farmacia: Dirección Número: - - |
| Idioma Hablado (marque todos los que apliquen) [] Inglés [] Español [] Otro [] Rechazado para revelar Se necesita intérprete [] Si [] No Carrera [] asiático [] indio americano [] Negro / afroamericano [] Nativo-hawaiano [] Más de una carrera [] Blanco [] Otros Pacific Islander [] Otro [] Rechazado para revelar | Etnicidad [] hispano o latino [] Not Hispanic or Latino [] Rechazado para revelar Estado civil [] Desconocido [] Casado [] Soltero [] Divorciado [] Apartado [] Viudo [] Compañero Orientación sexual ___ Lesbiana, gay u homosexual ___ Heterosexual o heterosexual ___ Bisexual ___ Algo más, por favor describa ___ no lo sé ___ Elige no revelar | Trabajador Agrícola ___ si ___ no patient declined Migrante / Estacional [] Migrante (una persona / dependiente cuyo principal empleo ha sido en la agricultura en los últimos 24 meses y ha tenido que establecer un hogar temporal para el propósito de tal empleo) [] Estacional (Una persona dependiente cuyo principal empleo ha sido en la agricultura sobre una base estacional y no ha tenido que establecer un hogar temporal para el propósito de tal empleo) Sin hogar <u>Si</u> <u>No</u> [] Duplicando la vivienda [] Refugio para los indigentes [] Calle [] Transicional [] Otro [] Desconocido [] Paciente rechazado |
| Estatus de Veterano [] Si [] No [] Rechazado para revelar Estado de la vivienda [] Vivienda pública [] No en Vivienda Pública [] Rechazado para revelar | ¿Como supiste de nosotros? [] Publicidad [] Médico de Atención Primaria [] Médico Especialista [] Boca a boca [] Paciente en la práctica [] Hospital [] Compañía de seguros [] Paciente existente [] Otro | Pronombres: ___ él/él ___ ella/ella ___ ellos/ellos Sexo asignado al nacer: ___ Masculino ___ Hembra ___ Elige no revelar ___ Desconocido Confinado en casa ___ Si ___ No |
| Identidad de género: ___ Identificar como hombre ___ Transgénero Hombre / Mujer a Hombre (FTM) ___ Género no conforme (o exclusivamente masculino o femenino) ___ Categoría de género adicional / otro / por favor especifique ___ Identificar como mujer ___ Transgénero mujer / hombre a mujer (MTF) ___ Elija no revelar | | |

Nombre del paciente:

Fecha de nacimiento:

Informacion Del Empleador

Empleador del paciente _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Cremallera _____

Número de teléfono: _____

Ocupación: _____

Estado de Empleo: ____ Tiempo completo ____ Medio tiempo ____ Retirado ____ Estudiante ____ Otro

Guardián
Apellido: _____
Nombre de pila: _____
Segundo nombre, sufijo: _____
nombre del contacto de emergencia: _____
Número de contacto de emergencia
() _____ - _____
Relación con el paciente: _____

Pariente más cercano
Nombre: _____
Relación _____
Teléfono de casa: _____
Teléfono móvil: _____

INFORMACIÓN SOBRE INGRESOS

Indique los ingresos de su hogar en una de las siguientes categorías

Semanal _____ Mensual _____ Anual/Anual _____

[] Declinación para proveer ingreso familiar Firma _____ Fecha _____

Información sobre Ingresos - requerido por el gobierno federal

Cuántos miembros de la familia viven en su hogar?
Por favor cuéntenos sobre sus ingresos familiares. Encuentre el tamaño de su familia en la columna de la izquierda, luego vaya a través de esa misma línea y haga un círculo alrededor de su ingreso familiar anual

Table with 7 columns: Tamaño de la familia, Nivel A, Nivel B1, Nivel B2, Nivel B3, Nivel B4, Nivel C. Rows 1-8 with income ranges.

Para un tamaño de familia mayor de 8, para cada miembro adicional de la familia, añada lo siguiente al límite superior

Table with 7 columns: 9+, \$4,420.00, \$4,420.01 - \$5,525.00, \$5,525.01- \$6,630.00, \$6,630.01 - \$7,735.00, \$7,735.01 - \$8,840.00, \$8,840.01 y más

Si marcó un rango de ingresos en Nivel C, le agradecemos que se haya tomado el tiempo para completar este formulario. Por favor, dé este formulario a la recepcionista.

Si marcó un rango de ingresos en la Nivel A, Nivel B1, Nivel B2, Nivel B3, Nivel B4 puede calificar para servicios médicos y dentales con descuento

SÓLO USO DE OFICINA

Calificar para los descuentos de tarifa deslizando? [] SI [] NO

Nombre del paciente:

Fecha de nacimiento:

| | | | |
|------------------|--------------|--------------|--------------|
| [] 100% & abajo | [] 101-133% | [] 134-185% | [] 186-200% |
|------------------|--------------|--------------|--------------|

INFORMACIÓN DEL PARTE RESPONSABLE

Persona a ser facturada, si no es el paciente (Garante)

RELACIÓN CON EL PACIENTE [] Auto (pase a la siguiente sección) [] Cónyuge [] Padre [] Otro

| | | |
|--|--------------------------------|---------------------------------------|
| Apellido | Nombre de pila | Segundo nombre |
| Número de seguridad social | Fecha de nacimiento | Género [] Hombre [] Mujer |
| Dirección (si es diferente de arriba) | Ciudad Estado | Código postal |
| Teléfono de casa () | Teléfono móvil () | Teléfono del trabajo () |
| Empleador | Dirección del empleado | Teléfono del empleador |

INFORMACIÓN DEL SEGURO

POR FAVOR PRESENTE TODA LA INFORMACIÓN DE SEGURO ACTIVO Y UNA COPIA DE TARJETAS DE SEGURO

SEGURO PRIMARIO

[] Sin Seguro [] Medicaid / Illinois [] Seguro médico del estado [] Otros (Empleador \ Privado \ Comercial)

RELACIÓN DE PACIENTES CON EL TITULAR DE LA POLÍTICA

[] Yo [] Esposa [] Niño [] Otro _____

| | | |
|---|--|--|
| Nombre del plan | Número de póliza | Número de grupo |
| Nombre del titular de la póliza | Nombre del titular de la póliza | Titular de la póliza Fecha de nacimiento |
| Fecha de vigencia (si se conoce) | Monto de Copago \$ | |
| Empleador | Dirección del empleado | Teléfono del empleador () _____ - _____ |

SEGURO SECUNDARIO

[] Medicaid/Illinois [] Seguro médico del estado [] Otros (Empleador \ Privado \ Comercial)

RELACIÓN DE PACIENTES CON EL TITULAR DE LA POLÍTICA

[] Yo [] Esposa [] Niño [] Otro _____

| | | |
|--|--|--|
| Nombre del plan | Número de póliza | Número de grupo |
| Nombre del titular de la póliza | Nombre del titular de la póliza | Titular de la póliza Fecha de nacimiento |
| Empleador | Dirección del empleado | Teléfono del empleador () _____ - _____ |

(Por favor, inicial) Por la presente autorizo la divulgación de mi información médica necesaria para procesar las reclamaciones por los servicios prestados por Rural Health, Inc. y / o la divulgación de la información médica necesaria para la aplicación de la cobertura de seguro. Una copia de este comunicado será tan válida como el original. Autorizo además el pago de tales servicios prestados para ser hechos directamente a Rural Health, Inc. Entiendo que soy responsable de cualquier cantidad no cubierta por el seguro.

(por favor inicial) He recibido una copia de la Notificación de Prácticas de Privacidad de Rural Health, Inc. y Política de No Show.

(Por favor inicial) Por este medio consiento voluntariamente el tratamiento, las pruebas, y los servicios Permito que Rural Health, Inc. y sus empleados y otras personas involucradas en mi cuidado me traten de maneras que juzgan ser beneficioso para mí. Entiendo que tengo el derecho de hacer preguntas y recibir información sobre mi cuidado y tratamiento. Entiendo que tengo el derecho de retirar mi consentimiento para el tratamiento o las pruebas. Consiento en exámenes, pruebas diagnósticas, análisis de sangre (incluyendo exámenes de sangre para cualquier enfermedad contagiosa como hepatitis y VIH / SIDA cuando el personal de salud ha estado expuesto a mi sangre y / o fluidos corporales), medicamentos, cuidado de enfermería y otros servicios o Tratamiento prestado por mi proveedor u otro personal de Rural Health, Inc. bajo los órdenes o la dirección de este proveedor.

Firma del Paciente o Guardián (firme)

Fecha

RHI Personnel Signature

Date

Nombre del paciente:

Fecha de nacimiento:

**ACUERDO FINANCIERO Y DE SEGURO DEL PACIENTE
POR FAVOR LEA DETENIDAMENTE Y FIRME A CONTINUACIÓN**

En consideración a recibir los servicios de Rural Health, Inc, usted acepta:

1. Todos los servicios se proporcionan a usted con el entendimiento de que usted es responsable de los cargos, independientemente de su cobertura de seguro. Si desea conocer la carga de un servicio, pregunte antes del tratamiento. Tenga en cuenta que no todos los servicios son un beneficio cubierto con diferentes compañías de seguros. Usted es responsable de saber qué servicios están o no están cubiertos. **CONOZCA SUS BENEFICIOS.**
2. En el momento del check-in, recogeremos su copago, deducible y pago por los servicios no cubiertos, así como la porción del paciente según lo determinado por el seguro o la escala de honorarios. Aceptamos efectivo, cheque y tarjeta de crédito de Master Card, Visa y Discover.
3. Su póliza de seguro es un contrato entre usted, su empleador y la compañía de seguros. No somos parte de ese contrato. Es responsabilidad del paciente informar inmediatamente a nuestra oficina de la cobertura del seguro o cambios en la compañía de seguros.
4. Usted es responsable de saber si se requiere una referencia. Asegúrese de saber qué proveedores hay en su plan, qué servicios están cubiertos y qué servicios auxiliares debe utilizar. (Como laboratorios, hospitales, etc.) Si podemos ser de ayuda, por favor háganoslo saber.
5. Vamos a facturar a su compañía de seguros como una cortesía, pero usted sigue siendo en última instancia responsable del pago de todos los servicios que recibe. Si su compañía de seguros no responde dentro de 30 días, haremos un seguimiento con una investigación en su nombre. Sin embargo, si su seguro no responde dentro de los 60 días de la presentación de la reclamación, se le enviará una declaración. Debe llamar a su compañía de seguros para preguntar por qué la reclamación no se paga. Nuestra oficina le ayudará sólo después de haber contactado a su compañía de seguros.
6. Si su reclamo médico no ha sido pagado y su compañía de seguros no ha resuelto su disputa, puede registrar una queja con el Departamento de Comercio y Seguros de Illinois. Nuestra oficina hará todo lo posible para ayudarle; Sin embargo, debe entender que no puede retrasar el pago mientras espera el resultado de su queja
7. Cualquier cargo no pagado de más de 90 días de edad se enviará a una agencia de recaudación externa con una tarifa de agencia adicional. Usted es responsable de los honorarios de cobranza, los honorarios legales o los costos judiciales incurridos en el proceso de cobro. Esta agencia reportará su falta de pago a las TRES (3) agencias nacionales de informes de crédito.
8. Los cheques devueltos están sujetos a una tarifa de cheque de devolución de \$ 25.00.

Entendemos que los problemas financieros temporales pueden afectar el pago puntual. Le animamos a que comunique dichos problemas para que podamos ayudarle en la administración de su cuenta.

Autorizo a Rural Health Inc., para que me examine, me evalúe y me trate, y / o a mi hijo (a), o al pupilo. Autorizo al RHI a liberar toda la información clínica necesaria para presentar mis reclamaciones de seguro a mis compañías de seguros. También solicito que mis compañías de seguros paguen beneficios directamente al RHI por servicios prestados. Entiendo que el RHI reembolsará cualquier sobrepago en mi cuenta, de manera oportuna.

Su firma a continuación forma un acuerdo vinculante entre el RHI (el proveedor del servicio) y el Paciente que está recibiendo servicios o la Parte Responsable para pacientes menores (aquellos pacientes menores de 18 años). Responsable es la persona que es financieramente responsable del pago de cualquier cargo

Nombre del paciente (escriba su nombre por favor)

Firma del Paciente o Guardián (firme su nombre)

Fecha

RHI Staff Signature

Date