

La Misión Family Healthcare Servicio Médico Y Dental

19780 HWY 281 South
San Antonio, TX 78221
(210) 626-0600

| | | | |
|-----------|---|---|--------------------------------------|
| #1 | Se necesita una forma de identificación para cada miembro adulto de la familia. | Identificación con foto (Del paciente) | Licencia de Conducir |
| | | ID extranjera | Pasaporte |
| | | ID del estado | Tarjeta de Credito O Debito Con Foto |

| | |
|-----------|--|
| #2 | Copia de la tarjeta de Seguro Social de cada miembro de la familia (si aplica) |
|-----------|--|

| | | | |
|-----------|---|---------------------------|---------------------------------|
| #3 | Prueba de Dirección (solo se necesita una) | Recibo de la luz | Recibo de Cable |
| | | Recibo de agua | Recibo de Celular |
| | | Contrato de arrendamiento | Carta de Seguro Médico |
| | | Seguro de Carro | Carta de Cupones para alimentos |

| #4 | Tipos de Ingresos por cada miembro de la familia que trabaja | Comprobante de Ingresos Requeridos |
|-----------|---|---|
| | Trabajadores por cuenta propia | Necesita una copia actual o más reciente de su <u>Declaración de Impuestos (todas las páginas)</u> |
| | Recibe Comprobante de pago por trabajo | Traiga los recibos de pago de un mes (de los últimos 30 días) por cada miembro de la familia que trabaje. |
| | Ingresos solo en efectivo | Recoja y obtenga el formulario de verificación de ingresos firmado por su empleador antes de asistir a la cita de elegibilidad (el formulario es válido por 6 meses) |
| | Seguro Social | Carta de Seguro Social Reciente |
| | Manutención de menores y Seguro Social | Una copia de la carta oficial de manutención infantil o SSI |
| | Estudiante Universitario | Carta de préstamo para estudiantes educativos reciente |
| | Desempleado | Carta de la fuerza laboral de Texas |
| | Recibe ayuda de una tercera persona | Obtenga un formulario de apoyo financiero por parte de un tercero y traerlo firmado por alguien que lo esté ayudando mientras está desempleado. |

ELEGIBILIDAD DENTAL

**POR FAVOR, TENGA EN CUENTA QUE LA ELEGIBILIDAD DENTAL
SE HACE LOS VIERNES SOLO ENTRE LAS
8:30-2:30**

**PRIMER VIERNES DEL MES HACEMOS ELEGIBILIDAD DE 10:30-
2:30**

**ASEGÚRESE DE LLEVAR TODOS LOS DOCUMENTOS
NECESARIOS, DE LO CONTRARIO NO PODEMOS COMPLETAR SU
DESCUENTO**

DOCUMENTOS NECESARIOS PARA LA ELEGIBILIDAD

- **PRUEBA DE INGRESO**
- **PRUEBA DE DOMICILIO**
- **IDENTIFICACIÓN Con Foto**
- **TARJETA DE SEGURO SOCIAL (USTED Y FAMILIA)**



La Misión Family Health Care Clinic

**Client's Statement of Self-Employment Income
Declaración de Ingresos Del negocio propio Del cliente**

*This determination of eligibility is valid for **90 days/3 months***

1. Name of the person having Self-Employment Income
Nombre de la persona que tiene Ingresos de negocio propio _____
2. Give the number of months covered by this Income statement
Del número de meses que cubre esta declaración de ingresos _____
3. Describe what you did to earn this money:
Describa lo que hizo para ganarse este dinero: _____
4. List your business Income and Expenses (Important: Attach receipts, invoices, or other verifying papers).
Anote los ingresos de su negocio (Importante: Agregue recibos, facturas, e otros comprobantes).

| Date | Kind of work | Amount |
|---------------------------------------|----------------------|---------------|
| Fecha | Que clase de trabajo | Cantidad |
| | | \$ |
| | | \$ |
| | | \$ |
| | | \$ |
| | | \$ |
| | | \$ |
| | | \$ |
| | | \$ |
| | | \$ |
| Total Self-Employment Expenses | | \$ |

For Internal Use

La Mision Family Health Care Clinic

I certify under penalty of perjury that the information I have provided is true and complete to the best of my knowledge, including information about income of each household member. I understand that giving false information could result in being disqualified for future programs.

Certifico bajo pena de perjurio que la información que he proporcionado es verdad y es completa al mejor de mi conocimiento, incluyendo información sobre los ingresos de cada miembro del hogar. Entiendo que dar información falsa podría causar ser descalificado para futuros programas.

Patient Signature/Firma: _____ **Date/Fecha:** _____

Signature of Representative: _____ **Date:** _____

○ Ingresos en efectivo

FORMA DE VERIFICACION DE INGRESOS

Nombre: _____ Numero de Seguro Social: _____

Las personas mencionadas arriba han solicitado los servicios ofrecidos por
ASCENSION DEPAUL SERVICES.

Para verificar si esta persona y su familia son elegibles para recibir estos servicios es necesario
que verifiquemos todos sus ingresos.

Esta determinación de elegibilidad es válida por un año.

EL EMPLEADOR DEBE LLENAR CON TINTA
Se requiere que el Supervisor llene la porción de abajo

1. ¿La persona mencionada arriba es su empleado(a)? ○ Si ○ No
 - a) ¿Es empleado (a) temporal? ○ Si ○ No
 - i. Si es temporal, díganos el promedio del ingreso mensual _____
 - b) ¿Recibe propina (tips)? ○ Si ○ No
2. ¿Qué tan frecuente recibe su pago/cheque este empleado (a)?
○ Diario ○ Semanal ○ Quincenal (cada 2 semanas) ○ Mensual
3. ¿Tiene seguridad de salud este empleado(a)? ○ Si ○ No
4. Nombre del empleador o de la compañía: _____

En la tabla de abajo, por favor de darnos los ingresos de este empleado de los 30 días.

| Fecha de Pago | Ingreso (gross) |
|---------------|-----------------|
| 1. | |
| 2. | |
| 3. | |
| 4. | |

Dirección/Domicilio: _____ Teléfono: _____

Certifico bajo pena de perjurio que la información que he proporcionado es verdad y es completa al mejor de mi conocimiento.

Firma: _____ Fecha: _____
(Supervisor)

Haga el favor de entregar esta forma a la persona/cliente después de haberla llenado.
Toda la información que usted nos dé será confidencial y no será compartida con ninguna otra agencia.

| Internal Use Only | | |
|---|---------------------------------------|--------------------|
| Weekly pay | X (multiply by amount/payment) | 52 weeks |
| Calculations: | | |
| | | |
| Signature of Representative: _____ | | Date: _____ |



La Mision Family Health Care Clinic

La condición de inmigrante

Desempleado

APOYO FINANCIERO POR UNA TERCERA PERSONA

Nombre del Cliente: _____ Numero de Seguro Social: _____

Para determinar la elegibilidad de la familia todos los ingresos serán verificados.

*Esta determinación de elegibilidad es válida por **90 días**.*

LA TERCERA PERSONA DEBE DE LLENAR CON TINTA

1. ¿La persona mencionada arriba recibe apoyo financiero de usted? Si No
2. ¿Qué tan frecuente está recibiendo apoyo financiero de usted? Diario Semanal Mensual
 Cada 2 semanas
3. ¿Que cantidad de dinero recibe de usted? \$ _____

| |
|---------------------------------|
| <i>Internal Use Only</i> |
| |

Nombre de la Tercera Persona: _____ Relación con el Cliente: _____

Dirección/Domicilio: _____ Teléfono: _____

Firma: _____ Fecha: _____

(De la persona que llena esta forma)

Después de que llene esta forma favor de dársela a la persona o cliente. Toda la información contenida en esta forma es estrictamente confidencial y no será compartida con otras agencias privadas o de gobierno.

DECLARACION DE NO TENER INGRESO:

Yo, _____, declaro por la presente que no tengo documentos que comprueben mi ingreso, pero estoy recibiendo apoyo financiero de la Tercera Persona mencionada arriba.

Yo certifico que la información de arriba es verdadera y correcta al mejor de mi conocimiento y creencia.

Entiendo que la información será certificada en la medida de lo posible y que dar información falsa podría resultar en ser descalificado por fraude.

Firma del Cliente: _____ Fecha: _____

Información del Paciente

| | | |
|---|------------------|------------------|
| Nombre: | Apellido: | |
| Fecha De Nacimiento: | SSN: | Sexo: M F |
| Dirección/Domicilio: | | |
| Ciudad: Estado: Código Postal: | | |
| Número de Teléfono: (Casa) (Celular) (Trabajo) | | |
| Empleador: Ocupación: | | |
| Estado Civil: Menor Soltero Casado Separado Divorciado | | |
| Etnicidad: Hispano Anglo/Blanco Asiatico/Pacific Islander AfroAmericano Other: | | |

Información del Cónyuge o la Persona Responsable

| | | |
|---|------------------|------------------|
| Nombre: | Apellido: | |
| Fecha De Nacimiento | | |
| : | SSN: | Sexo: M F |
| Dirección/Domicilio: | | |
| Ciudad: Estado: Código Postal: | | |
| Número De Teléfono: (Casa) (Celular) (Trabajo) | | |

Información del Seguro (Favor de entregar su tarjeta de seguro a la recepcionista)

| |
|--------------------------|
| Nombre De Seguro: |
| Número De Póliza: |

En Caso De Emergencia

| | |
|----------------|----------------------------|
| Nombre: | Número De Teléfono: |
|----------------|----------------------------|

Consentimiento Para Tratamiento

| | |
|--|---------------|
| <p>La información de arriba es correcta. Doy consentimiento para ser examinado y recibir tratamiento de La Misión Family Health Center. También autorizó que los beneficios de mi seguro sean pagados directamente a la Ascensión DePaul Services. Entiendo que soy responsable de pagar los cargos que no sean cubiertos. También autorizo a La Misión de divulgar cualquier información requerida para mi reclamo.</p> | |
| Paciente/Tutor Firma: | Fecha: |

Historial Médico Del Paciente

| | |
|---|--|
| Nombre: | Apellido: |
| Fecha de Nacimiento: | SSN: |
| Fecha de su ultimo Físico con su Doctor: | Fecha de su último examen Dental: |

¿Tiene alguna de estas condiciones? Circule S o N

S N **Alguna vez le han dicho que tiene que tomar pre-med, or medicamento, antes de su cita dental?**
 S N **Válvulas Cardiacas Protésicas**
 S N **Material protésico utilizado para la reparación de la válvula cardiaca.**
 S N **Endocarditis infecciosa previa**
 S N **Cardiopatía cianótica no reparada o cardiopatía congénita reparada, con derivaciones residuales o valvulares. Regurgitación en el sitio o adjunto al sitio de una vía protésica o dispositivo protésico**
 S N **Trasplante cardíaco con insuficiencia valvular debido a una válvula estructuralmente anormal**
 S N **¿Alguna vez ha tenido una reacción alérgica a la anestesia**
 S N **¿Alguna vez ha experimentado complicaciones o enfermedad después de un tratamiento dental**
 S N **¿Alguna vez ha sido tratado por osteoporosis o ha tomado bifosfonatos anteriormente?**
 S N **¿Le han dicho alguna vez que no era elegible para ser donante de sangre?**
 S N **¿Está embarazada? Si es así, cuál es su fecha de parto:**
 S N **¿Estás amamantando?**
 S N **Alguna vez ha sido hospitalizado? Cuando _____ Cuál hospital? _____**
 S N **Es alérgico (es decir picazón, sarpullido, hinchazón, etc) a un medicamento? Si la respuesta es sí, favor de anotarlos aquí:**

Circule las condiciones que tiene o ha tenido alguna vez en el pasado

| | | |
|----------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------------|
| Enfermedad del Corazón | Enfermedad del hígado | ERGE/Reflujo |
| Presión Arterial Alta | Enfermedad del pulmón | Anafilaxia |
| Dolor De Pecho | Enfermedad de células falciformes | Ictericia (además de nacimiento) |
| Dificultad para Respirar | Epilepsia o convulsiones | Arti |
| Cerebrovascular del corazón | Glaucoma | Implante de prótesis |
| Válvula Artificial del Corazón | Enfisema | Quimioterapia |
| Hemofilia desorden de la sangre) | Tuberculosis (TB) | Dialisis |
| Moretones fácilmente | SIDA/VIH complejo relacionado) | Herpes Labial |
| Transfusión de Sangre | VIH Positive | Fiebre del Heno |
| Anemia | Tejas | Tobillos hinchados |
| Trastorno de la Tiroide | Asma | Abuso de drogas/adicción a las drogas |
| Diabetes | Arthritis | Tratamiento Psiquiátrico |
| Cancer | Herpes | Mareos |
| Enfermedad del Riñón | Hepatitis | Erupción en la piel |

¿Tiene alguna condición que no esté en la lista? Si la respuesta es sí favor de indicar:

He revisado el historial médico y confirmo adecuadamente las condiciones pasadas y presentes.

Firma del paciente: _____ **Fecha:** _____

Patient Responsibilities**Favor de poner sus iniciales:**

_____ **El paciente es responsable** de proveer a La Misión con información precisa sobre su estado financiero o de cualquier cambio que haga. La Misión requiere un mes de ingresos, prueba de dirección, y foto ID para determinar su descuento. La determinación de su descuento es requerido antes de hacer una cita con el dentista. Esta información ayuda a La Misión a determinar el descuento del paciente para poder proveer los servicios.

_____ **El paciente es responsable** de proveer a La Misión con información de su salud completa y precisa para ayudar a la Misión a brindar la atención y los servicios adecuados.

_____ **El paciente es responsable** de pagar por los servicios con la cantidad completa al momento de llegar a su cita. No habrá reembolso cuando el tratamiento haya empezado.

_____ **El paciente es responsable** de pagar por todos los cargos pendientes, incluyendo el cargo que se le cobrará si no se presenta a su cita.

_____ **El paciente es responsable** de usar cualquier crédito que tenga en su cuenta dentro del primer año que empezó su pago inicial.

_____ **El Paciente es responsable** de pagar por cualquier copia que necesite de su récord dental, se le dará una copia en la oficina y el costo será de \$10.00

_____ **El paciente es responsable** de utilizar los servicios de La Misión responsablemente e incluye hacerse cargo de las citas que tiene. Los empleados de la Misión le harán una llamada de cortesía para recordarle su cita, el paciente es responsable de saber cuando es su cita. Si no se presenta a su cita se le cobrará un cargo de \$25. Pacientes que lleguen más de 15 minutos tarde se le cancelará su cita.

_____ **El Paciente es responsable** de notificar a la Misión si va a cancelar una cita o si la quiere cambiar dentro de 24 horas, si no se le contesta la llamada puede dejar un mensaje de voz. Pacientes que no avisen dentro de 24hrs tendrán un cargo de \$25. Pacientes que tengan tres cancelaciones consecutivas, reprogramaciones o ausencias serán colocados en un periodo de prueba por seis meses.

_____ **El Paciente es responsable** de mantener a sus hijos en supervisión mientras estén dentro de la clínica.

_____ **El paciente es responsable** de cooperar con la Misión para mantener los estándares de seguridad y participar en actividades diseñadas para la seguridad del paciente y la de los demás durante su visita.

Firma del Paciente**Fecha**

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA:

Lea este formulario completo antes de firmar y complete todas las secciones que se aplican a sus decisiones relacionadas con la divulgación de información médica protegida. Las entidades cubiertas según la definición de ese término en la HIPAA y el Código de salud y seguridad de Texas 181.001 deben obtener una autorización firmada por la persona o el representante legalmente autorizado de la persona para divulgar electrónicamente la información médica protegida de la persona. No se requiere autorización para divulgaciones relacionadas con el tratamiento, pago, operaciones de atención médica, realización de ciertas funciones de seguro o según lo autorice la ley. Las entidades cubiertas pueden usar este formulario o cualquier otro formulario que cumpla con HIPAA, la Ley de Privacidad Médica de Texas u otras leyes aplicables. No se puede negar el tratamiento a las personas por no firmar esta autorización, y la negativa a firmar este formulario no afectará el pago, la inscripción o los beneficios de elegibilidad.

Información del Paciente

| | | | |
|---|-----------------------------------|----------------------------|---------------|
| Nombre: _____ | Apellido: _____ | Fecha de Nacimiento: _____ | |
| Seguro Social #: _____ | Dirección: _____ | Ciudad: _____ | Estado: _____ |
| Código Postal: _____ | Numero de Telefono de Casa: _____ | Numero de Telefono#: _____ | |
| _____ Correo Electrónico (opcional): _____ | | | |

El paciente anterior autoriza a Ascensión de Paul 's La Mision Family Healthcare en 19780 US HWY 281 S. SA, TX 78221 a divulgar información protegida del paciente a:

Nombre: _____ Apellido: _____ Dirección: _____
 _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____ Numero de Telefono de
 Casa: _____ Correo Electrónico (opcional): _____

Motivo de la divulgación (marque con un círculo todo lo que corresponda):

Tratamiento/Recetas Información de citas
 Información de Factura Otro: _____

PERÍODO DE VIGENCIA: Esta autorización es válida hasta antes de que ocurra la muerte del individuo, el individuo alcance la mayoría de edad o se retire el permiso; o hasta
 MES _____ DÍA _____ AÑO _____

Derecho a Revocar: Entiendo que puedo retirar mi permiso en cualquier momento notificando por escrito mi intención de revocar esta autorización a Ascension DePaul La Misión Family Healthcare. Entiendo que las acciones anteriores tomadas en base a esta autorización por entidades que tenían permiso para acceder a mi información médica no se verán afectadas.

Autorización de Firma: He leído este formulario y estoy de acuerdo con los usos y divulgaciones de la información como se describe. Entiendo que negarme a firmar este formulario no detiene la divulgación de salud antes de la revocación o de otra manera permitida por la ley sin mi autorización o permiso específico, incluidas las divulgaciones cubiertas según lo dispuesto por el Código de Salud y Seguridad de TX 181.154 (c) y / o 45 C.F.R. 164.502 (a) (1). Entiendo que la información divulgada de conformidad con esta autorización puede estar sujeta a una nueva divulgación por parte del destinatario y es posible que ya no esté protegida por las leyes de privacidad federales o estatales.

Firma del paciente _____ **Fecha** _____