



**Información del paciente:**

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

Nombre legal: \_\_\_\_\_ Nickname \_\_\_\_\_

Fecha De Nacimiento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Edad: \_\_\_ Número de Seguro Social: \_\_\_-\_\_\_-\_\_\_ Estudiante:  Sí  No

Estado Civil: Casado  Soltero  Pareja de Vida  Divorciada  Viuda  Género: Hombre  Mujer  Otro

Dirección postal: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Dirección física: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Teléfono residencial: \_\_\_-\_\_\_-\_\_\_ Teléfono Celular: \_\_\_-\_\_\_-\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Empleador del paciente: \_\_\_\_\_ dirección: \_\_\_\_\_ teléfono del trabajo: \_\_\_\_\_

Nombre de los cónyuges: \_\_\_\_\_ Fecha De Nacimiento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Número de Seguro Social: \_\_\_-\_\_\_-\_\_\_

**¿Modo de contacto preferido?**

Texto  Teléfono Celular  Teléfono de Casa  Correo Electrónico  Otro: \_\_\_\_\_

Quien es tu medico de salud primario \_\_\_\_\_ Quien es tu dentista primaria \_\_\_\_\_

¿Desea obtener información sobre nuestro Programa tarifa ajustable? Sí  No

**Información de la parte responsable**

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha De Nacimiento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Número de Seguro Social: \_\_\_-\_\_\_-\_\_\_

Dirección postal: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Empleador: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono de Trabajo: \_\_\_\_\_

**Contacto de emergencia**

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Dirección física: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Teléfono Residencial: \_\_\_-\_\_\_-\_\_\_ Teléfono Celular: \_\_\_-\_\_\_-\_\_\_ Teléfono del trabajo: \_\_\_-\_\_\_-\_\_\_

**Información de seguros**

Seguros Primaria: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_ Número de identificación: \_\_\_\_\_

número de grupo: \_\_\_\_\_ Nombre del grupo o empleador: \_\_\_\_\_ Nombre del suscriptor: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Relación del suscriptor con el paciente: \_\_\_\_\_

Seguro secundario: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_ Número de identificación: \_\_\_\_\_

número de grupo: \_\_\_\_\_ Nombre del grupo o empleador: \_\_\_\_\_ Nombre del suscriptor: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Relación del suscriptor con el paciente: \_\_\_\_\_



## FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO.** Doy mi consentimiento voluntario para la atención y el tratamiento por parte de Adams County Health Center, Inc. (ACHC) y sus médicos, profesionales y personal afiliados, incluidos, entre otros, atención médica, dental, terapéutica y de enfermería para pacientes ambulatorios; pruebas y procedimientos de diagnóstico, laboratorio y radiológicos; y cualquier otra atención que el proveedor, profesional o miembro del personal que lo considere razonablemente necesario o aconsejable. Si el personal de ACHC sufre un pinchazo de aguja o está expuesto a sangre o fluidos corporales, doy mi consentimiento para la prueba de cualquier enfermedad transmitida por la sangre para la protección del personal de ACHC.

**DIRECTIVAS ANTICIPADAS.** Indique si el paciente ha ejecutado una directiva anticipada, por ejemplo:

Testamento vital (Un documento que detalla qué tratamientos médicos desea o rechaza si está en fase terminal o está inconsciente permanentemente.)  Poder notarial duradero (Un documento legal que nombra a una persona (sustituto/agente) para tomar decisiones médicas por ti si no puedes comunicarte)  POLST  Otro: \_\_\_\_\_

No he ejecutado una Directiva Anticipada.

Me gustaría que me contactaran para obtener más información

**CONDICIONES PARA EL TRATAMIENTO EN ACHC.** En consideración a la atención y el tratamiento que recibiré o he recibido en ACHC, acepto lo siguiente:

**1. Responsabilidades del paciente.** Acepto cumplir con las Responsabilidades del Paciente establecidas en el Aviso de Prácticas de Privacidad separada de ACHC, así como las descritas en este consentimiento.

**2. Pago.** Acepto que soy responsable de cualquier copago, deducible u otros cargos por servicios que no sean pagados por seguros, programas gubernamentales u otros pagadores, excepto según lo prohíba la ley aplicable o cualquier acuerdo entre mi compañía de seguros y ACHC. Reconozco que el pago por todos los servicios del departamento prestados (clínica, laboratorio, rayos X, salud conductual, terapia física) vence en el momento del servicio, a menos que se hayan hecho arreglos de pago con el Coordinador de Cuentas por Cobrar. No hay excepciones a esto. El seguro se factura con gusto como cortesía a nuestros pacientes cuando se nos proporciona información actualizada. Las formas de pago aceptables son: efectivo, cheque personal o de empresa, tarjeta de crédito o débito (solo Visa o MasterCard), giro postal personal o cheque de caja.

En el caso de los hijos menores, el adulto que lleva al niño a su cita es responsable del pago de la cuenta.

**3. Cesión.** Por la presente, asigno y autorizo el pago directo a ACHC de cualquier pago u otros beneficios a los que pueda tener derecho de cualquier programa gubernamental, compañía de seguros u otra entidad que sea o pueda ser responsable de los costos asociados con la atención. Acepto que esta asignación no se retirará ni anulará en ningún momento hasta que mi cuenta se pague en su totalidad. Tenga en cuenta que no podemos aceptar la responsabilidad de cobrar un reclamo de seguro después de 60 días, o de negociar un reclamo en disputa. El reembolso del seguro es un contrato entre el paciente, su empleador y la compañía de seguros.

**4. Prácticas de facturación.** Entiendo y acepto que cualquier cotización de cargos por servicios prestados y / o beneficios de seguro disponibles son estimaciones basadas en la mejor información disponible en ese momento. ACHC puede modificar dichas cotizaciones y será responsable de los cargos por los servicios realmente prestados. Cuando el seguro esté disponible, ACHC facturará y permitirá un tiempo razonable para que la compañía de seguros pague. Seré responsable de cualquier cantidad no cubierta por el seguro. Si no se recibe el pago, se me facturarán todos los cargos e intereses. El pago vence al recibir la factura.

**SIN GARANTÍA.** Entiendo y estoy de acuerdo en que la práctica de la medicina no es una ciencia exacta y que no se me han hecho garantías con respecto a los resultados de mi atención o tratamiento en ACHC.

**PERSONAS POR LAS QUE ACHC NO ES RESPONSABLE.** Entiendo que ACHC solo es responsable de los actos de sus empleados que actúan dentro del alcance y el curso de sus funciones. Entiendo que las personas que no están empleadas por ACHC pueden estar involucradas en mi atención o tratamiento, incluidos, entre otros, contratistas, proveedores o productos independientes técnicos. Entiendo que ACHC no es responsable de los actos u omisiones de no empleados o empleados de ACHC que actúen fuera del curso y alcance de sus deberes.



**METEDO PREFERIDO DE CONTACTO:** Yo estoy de acuerdo ser contactado por ACHC por método de texto, llamado por teléfono celular o de teléfono de casa o correo electrónico.

**AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD.** He recibido una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad de ACHC en esta ocasión o en una ocasión anterior. **[Por favor inicial]:** \_\_\_\_\_

He leído, entiendo y acepto completamente este Consentimiento y Condiciones de Tratamiento. Certifico que soy el Paciente o el representante legalmente autorizado del Paciente y tengo autoridad para ejecutar este Consentimiento y Acuerdo en nombre del Paciente. He tenido la oportunidad de hacer preguntas sobre este Consentimiento y Condiciones de Tratamiento y he tenido mis preguntas respondidas a mi satisfacción.

\_\_\_\_\_  
**(Nombre de la persona)** **(Fecha)**

\_\_\_\_\_  
**(Firma)**

\_\_\_\_\_  
Relación con el paciente/autoridad

**Consentimiento para permitir que un miembro de la familia u otra persona involucrada en la atención o el pago acceda a la información médica**

Las personas que se enumeran a continuación son miembros de la familia u otras personas que están involucradas en la atención médica del paciente o en el pago de la atención médica. Doy permiso al Centro de Salud del Condado de Adams (ACHC) para divulgar la información de salud protegida del Paciente a dichas personas.

<u>Nombre:</u>	<u>Relación:</u>	<u>Número de teléfono:</u>

Además de las personas mencionadas anteriormente, hay o puede haber otras personas que están involucradas en la atención médica del Paciente o en el pago de la atención médica. Este consentimiento *no* tiene la intención de limitar la autoridad de ACHC para divulgar información de salud protegida a dichas otras personas en la medida permitida por la ley aplicable, incluyendo pero no limitado a 45 CFR 164.510.

\_\_\_\_\_  
**Firma** **Fecha**

*Si está firmado por un representante personal:*

\_\_\_\_\_  
Imprimir el nombre del Representante Personal

\_\_\_\_\_  
Autoridad estatal de Representante Personal o relación con el paciente.



## RECONOCIMIENTO DE LA POLÍTICA DE QUEJAS DE LOS PACIENTES

La siguiente es la Política de Quejas de Pacientes de Adams County Health Center Inc. Por favor, firme a continuación para reconocer que ha leído esto y se le dio una copia del folleto del Aviso de Prácticas de Privacidad de ACHC.

### POLÍTICA DE QUEJAS DE PACIENTES

Si siente que se le ha negado un beneficio o servicio debido a su raza, color, origen nacional, edad, sexo, discapacidad, creencias religiosas o políticas, o si siente que se ha violado su privacidad / confidencialidad, puede presentar una queja ante un miembro del Equipo Ejecutivo de este centro por escrito. Se le emitirá una respuesta por escrito dentro de los 15 días posteriores a la notificación de la queja. Si siente que necesita ayuda, también puede presentar una queja ante los ESTADOS UNIDOS. Departamento de Salud y Servicios Humanos o Departamento de Salud y Bienestar de Idaho (ver direcciones a continuación). Su queja debe ser por escrito, debe incluir su nombre, dirección, número de teléfono y una breve descripción del incidente. Si necesita ayuda, un miembro del Equipo Ejecutivo estará disponible para ayudarlo. No tomaremos represalias ni tomaremos medidas contra usted por presentar una queja.

Equipo Ejecutivo:

CEO: Mendy Stanford o CFO: Wendy Mott

Dirección: 205 N. Berkley, P.O. Box 428, Council, ID 83612

Teléfono: 208-253-4242

Fecha: \_\_\_\_\_ Firma de paciente: \_\_\_\_\_  
(o representante legal autorizado del paciente)

Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos Departamento de Salud y Bienestar de Los Estados Unidos

2201 Sexta Avenida  
Seattle, WA 98121-1831 P.O. Caja 83720

Oficina de Privacidad  
P.O. Box 83720  
Boise, ID 83720-0036

Aprobado: 23/09/09

Revisado y Aprobado 27/01/10; 30/11/16; 23/02/2022



**Adams County Health Center Inc. - Encuesta de pacientes**

Tómese un momento para responder las preguntas a continuación para ayudarnos a recopilar datos para cumplir con nuestros requisitos de subvención de Centros de Salud Federalmente Calificados.

**Toda la información que se recopila en este formulario es para nuestro Financiamiento Federal en el Centro de Salud del Condado de Adams. Su información permanecerá confidencial.**

1.) **Por favor, rodee el tamaño de la familia y el nivel de ingresos mensuales** en el que mejor se ajuste. El tamaño de la familia incluye a todos los residentes en el hogar. El ingreso mensual es para todos los residentes del hogar.

PAUTAS DE NIVEL DE INGRESOS MENSUALES 2026.

Tamaño de la Familia	INGRESOS	INGRESOS	INGRESOS	INGRESOS	INGRESOS	INGRESOS
1	\$ 1,330	\$ 1,663	\$ 1,995	\$ 2,328	\$ 2,660	\$2, 661
2	\$1,803	\$2,254	\$2,705	\$3,156	\$3,607	\$3,608
3	\$2,277	\$2,846	\$3,415	\$3,984	\$4,553	\$4,554
4	\$2,750	\$3,438	\$4,125	\$4,813	\$5,500	\$5,501
5	\$3,223	\$4,029	\$4,835	\$5,641	\$6,447	\$6,448
6	\$3,697	\$4,621	\$5,545	\$6,469	\$7,393	\$7,394
7	\$4,170	\$5,213	\$6,255	\$7,298	\$8,340	\$8,341
8	\$4,643	\$5,804	\$6,965	\$8,126	\$9,287	\$9,288
9	\$5,117	\$6,396	\$7,675	\$8,954	\$10,233	\$10,234
10	\$5,590	\$6,988	\$8,385	\$9,783	\$11,180	\$11,181

\*Si se niega a responder a la pregunta anterior, por favor consulte aquí

2.) **¿Eres un veterano?**  Sí  NO (Si respondió "Sí", verifique todo lo que corresponda)

servicio activo reserva activa Guardia Nacional  Retirado

3) **¿Ha sido dado de baja de las fuerzas armadas de los Estados Unidos?**  Sí  No

aprobación de la gestión general  aprobación de la gestión honorable separado otra descarga elija no responder

4) **Por favor, compruebe la carrera correspondiente:**

Blanco Nativo Hawaiano Isleño del Pacífico Negro/Afroamericano Indio Americano/Nativo de Alaska Asiático

Otro: \_\_\_\_\_

5) **Por favor, compruebe la etnia apropiada:**

Hispano o Latino No Hispano o Latino Desconocido/No Reportado

Si se niega a elegir una raza o etnia, consulte aquí:

6) **En algún momento en los últimos 2 años, ¿ha sido su principal fuente de ingresos o el trabajo agrícola migrante o de su familia?**

Sí No elijo no responder

Nombre del paciente (por favor imprimir): \_\_\_\_\_