

Southeast Alabama Rural Health Associates (SARHA)
FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN PEDIÁTRICA

INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE (Hay que completar formularios diferentes para cada menor en una familia)

NOMBRE COMPLETO DEL MENOR	FECHA DE NACIMIENTO DEL MENOR	SEXO DEL MENOR <input type="checkbox"/> MALE <input type="checkbox"/> FEMALE <input type="checkbox"/> OTRO _____	IDIOMA PRINCIPAL DEL MENOR <input type="checkbox"/> INGLÉS <input type="checkbox"/> ESPAÑOL <input type="checkbox"/> OTRO
DIRECCIÓN PRIMARIA	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL
CORREO ELECTRÓNICO DEL PADRE/TUTOR LEGAL	NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL DEL MENOR		
NÚMERO DE TELÉFONO DE CELULAR PRIMARIO	NÚMERO DE TELÉFONO TRABAJO PRIMARIO	NÚMERO DE TELÉFONO DEL CASA PRIMARIO	

¿CUÁL ES EL MEJOR NÚMERO PARA CONTACTARLE?

RAZA <input type="checkbox"/> AMERICANA <input type="checkbox"/> NATIVO AMÉRICANO/ DE ALASKA <input type="checkbox"/> ASIÁTICO <input type="checkbox"/> INDIA ASIÁTICA <input type="checkbox"/> JAPONESA <input type="checkbox"/> BLANCA <input type="checkbox"/> FILIPINA <input type="checkbox"/> KOREANA <input type="checkbox"/> CHINA <input type="checkbox"/> HAWAIANA NATIVA/ISLEÑO DEL PACIFICO <input type="checkbox"/> SAMOANA <input type="checkbox"/> VIETNAMITA <input type="checkbox"/> NEGRA O AFROAMERICANA <input type="checkbox"/> ELIJO A NO RESPONDER <input type="checkbox"/> OTRA RAZA	SI ESTUVIERA SIN HOGAR, POR FAVOR SELECCIONE: <input type="checkbox"/> REFUGIO PARA PERSONAS SIN HOGAR <input type="checkbox"/> COMPAÑERO DE CASA <input type="checkbox"/> CALLE <input type="checkbox"/> OTRO	ETNICIDAD <input type="checkbox"/> HISPÁNO O LATINO <input type="checkbox"/> NO HISPANO O LATINO <input type="checkbox"/> ELIJO A NO RESPONDER	VETERANO <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO TRABAJADOR AGRÍCOLA <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO SI RESPONDIÓ QUE SÍ A TRABAJADOR AGRÍCOLA: <input type="checkbox"/> ESTACIONAL <input type="checkbox"/> TEMPORERO
--	---	--	---

FARMACIA	NÚMERO DE TELÉFONO DE LA FARMACIA	DIRECCIÓN DE LA FARMACIA	
MEDICAMENTOS	ALERGIAS	HISTORIAL QUIRURGICO	HOSPITALIZACIÓN

INFORMACIÓN DEL TUTOR LEGAL

NOMBRE COMPLETO	FECHA DE NACIMIENTO	DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO DEL PADRE/TUTOR LEGAL		
DIRECCIÓN		CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL
NÚMERO DE TELÉFONO DE CASA				
NÚMERO DE TELÉFONO CELULAR				

INFORMACIÓN DEL CONTACTO DE URGENCIAS

NOMBRE COMPLETO DEL CONTACTO DE URGENCIAS	RELACIÓN DEL CONTACTO DE URGENCIAS CON EL MENOR	NÚMERO DE TELÉFONO DEL CONTACTO DE URGENCIAS
--	--	---

INFORMACIÓN PARA FACTURACIÓN (PARTE RESPONSABLE/INFORMACIÓN DEL TITULAR DEL SEGURO)

APELLIDO	NOMBRE	FECHA DE NACIMIENTO	RELACIÓN CON EL MENOR	NÚMERO DEL CARNET DE CONDUCIR
NOMBRE DEL SEGURO PRIMARIO	NÚMERO DE PÓLIZA	NÚMERO DE GRUPO		FECHA EFECTIVA
NOMBRE DEL SEGURO SECUNDARIO	NÚMERO DE PÓLIZA	NÚMERO DE GRUPO		FECHA EFECTIVA

Firma del Paciente/Padre/Tutor legal

Relación con el menor

Fecha

Apellido del estudiante

Nombre del estudiante

Inicial Mediana

Fecha de nacimiento del estudiante

Autorización para tratamiento y/o diagnóstico médico

Yo, el abajo firmante, paciente (o padre y/o tutor legal de un paciente), por la presente autorizo a SARHA, sus proveedores y asistentes designados, a administrar cualquier tratamiento según sea necesario, y proporcionar tratamientos médicos, o diagnósticos, o pruebas y tales procedimientos adicionales como sean considerados necesarios. Esto incluye, pero no se limita, al Virus de la Deficiencia Humana (VIH), las Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS/STD), la Hepatitis A, B y C, la Análisis de Orina, la Hemoglobina A1C y las Radiografías. Las pruebas se pueden realizar a través de la orina, la sangre, la prueba de anticuerpos y otros medios. Las enfermedades de transmisión sexual son enfermedades de notificación obligatoria al Departamento de Salud Pública. Esta autorización será efectiva en todo momento a partir de esta fecha en adelante, a menos que sea revocada por el abajo firmante por escrito. Yo también certifico que no se ha dado ninguna garantía o seguridad en cuanto a los resultados que se puedan obtener. ***El estado de Alabama requiere consentimiento por parte del paciente si él o ella tiene 14 años, o más. Por favor hágale firmar abajo a su hijo/a si fuera aplicable. El padre/tutor legal puede firmar con consentimiento por parte del menor.**

Firma del Paciente/Padre/Tutor legal	Relación con el menor	Fecha
--------------------------------------	-----------------------	-------

Apellido del estudiante	Nombre del estudiante	Inicial Mediana	Fecha de nacimiento del estudiante
-------------------------	-----------------------	-----------------	------------------------------------

Consentimiento para tratar a un menor (para menores de 14 años)

Si fuera aplicable, marque la casilla correspondiente:

Mi hijo **puede recibir servicios médicos** en SARHA **sin mi presencia. NO OBSTANTE**, entiendo que tengo que estar disponible por teléfono para que mi hijo reciba los servicios. El personal de SARHA intentará contactarme en todos los números de teléfono proveídos.

Mi hijo **puede recibir servicios médicos** en SARHA **únicamente en mi presencia.**

Firma del Paciente/Padre/Tutor legal	Relación con el menor	Fecha
--------------------------------------	-----------------------	-------

Apellido del estudiante	Nombre del estudiante	Inicial Mediana	Fecha de nacimiento del estudiante
-------------------------	-----------------------	-----------------	------------------------------------

Asignación de beneficios del seguro médico

Por la presente, autorizo el pago de los beneficios del seguro hacia el centro y/o proveedores anteriormente nombrados, en cumplimiento con los términos de mi póliza. Por la presente, autorizo al centro y/o proveedor a divulgar cualquier información adquirida durante mi examen o tratamiento médico con el fin de que mis beneficios del seguro puedan reclamarse de manera rápida y correcta.

Firma del Padre/Tutor legal	Relación con el menor	Fecha
------------------------------------	------------------------------	--------------

Apellido del estudiante	Nombre del estudiante	Inicial Mediana	Fecha de nacimiento del estudiante
--------------------------------	------------------------------	------------------------	---

Política de Pago

Se requiere el pago completo a la hora del servicio para todos los pacientes cubiertos por seguros médicos que están bajo contrato con SARHA, tanto como para todos los pacientes en la escala de pagos. A los pacientes que están en estas categorías de seguros médicos se les requiere pagar todos los copagos, deducibles, coaseguros y porcentajes de la escala de pagos a la hora del servicio. Incumplimiento con la política de pago puede ocasionar la despedida del paciente. Los cargos para los pacientes con seguros médicos que no están bajo contrato con SARHA se presentaran a solicitud, sin costo, como un servicio hacia el paciente. Ya que se requiere el pago completo a la hora del servicio, SARHA no puede aceptar la asignación de seguros médicos sin contrato. Por lo tanto, es el paciente, no la compañía aseguradora, quien se responsabiliza por el pago completo de la factura. La compañía aseguradora podría después pagarle directamente al paciente. Esta política de pago le permite a SARHA controlar los costes de facturación y, de este modo, mantener las tarifas asequibles. El plan de ayuda financiero está disponible para aquellos que cualifiquen.

Me comprometo a pagar todos los costes de recaudación o intento de recaudación para cualquier cargo que le corresponda a este paciente, incluyendo los honorarios razonables de un abogado y cualquier/todos los costes de la agencia de cobranza y costes judiciales. Por la presente, renuncio a todos los derechos de exención bajo cualquier ley o Constitución. Yo, el abajo firmante, doy permiso a SARHA, sus empleados y/o agentes "consentimiento expreso" para contactar conmigo en cualquiera/todos los números de teléfono, incluyendo números de teléfono celular, lo cual podría resultar en cargos para mí. SARHA también puede contactar conmigo mediante mensajes de texto o correo electrónico utilizando cualquier dirección de correo electrónico proporcionada. Los métodos de contacto también pueden incluir mensajes de voz pregrabados/artificiales y/o el uso de dispositivos de marcación automática, según corresponda, con fines de seguro o pago.

Firma del Paciente/Padre/Tutor legal	Relación con el menor	Fecha
---	------------------------------	--------------

Apellido del estudiante	Nombre del estudiante	Inicial Mediana	Fecha de nacimiento del estudiante
--------------------------------	------------------------------	------------------------	---

Ingresos del hogar

Para ayudarnos con la notificación de los requisitos, por favor vea la siguiente tabla y determine en qué categoría se encuentra. Esta información es confidencial, la información individual no será compartida.

Número de integrantes del hogar	Ingresos del hogar				
	Categoría A: Menos de	Categoría B: Menos de	Categoría C: Menos de	Categoría D: Menos de	Categoría E: Igual a o más de O elije no contestar.
1	\$14,580	\$19,391	\$21,870	\$29,160	\$29,160
2	\$19,720	\$26,228	\$29,580	\$39,440	\$39,440
3	\$24,860	\$33,064	\$37,290	\$49,720	\$49,720
4	\$30,000	\$39,900	\$45,000	\$60,000	\$60,000
5	\$35,140	\$46,736	\$52,710	\$70,280	\$70,280
6	\$40,280	\$53,572	\$60,420	\$80,560	\$80,560
7	\$45,420	\$60,409	\$68,130	\$90,840	\$90,840
8	\$50,560	\$67,245	\$75,840	\$101,120	\$101,120

Favor de escribir en la letra de la categoría que mayor describe su hogar, con su nombre en la línea de la firma, o hable con la recepcionista en registración. Si su hogar fuera mayor de 8 personas, favor de hablar con la recepcionista.

Firma del Paciente/Padre/Tutor legal

Relación con el menor

Fecha

Apellido del estudiante

Nombre del estudiante

Inicial Mediana

Fecha de nacimiento del estudiante

SOBRE NUESTRO AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Estamos comprometidos a proteger su información personal de salud en conformidad con la ley. El Aviso de prácticas de privacidad adjunto establece lo siguiente:

- Nuestras obligaciones según la ley con respecto a su información personal de salud.
- Cómo podemos utilizar y divulgar información personal de salud que guardamos sobre Ud.
- Sus derechos en relación con su información personal de salud.
- Nuestros derechos para cambiar nuestras prácticas de privacidad.
- Cómo presentar una queja si cree que se han violado sus derechos de privacidad.
- Las condiciones que se aplican a usos y divulgaciones que no están descritos en este aviso.
- La persona de contacto para obtener más información sobre nuestras prácticas de privacidad.

La ley nos exige darle una copia de este aviso y obtener su confirmación por escrito de que ha recibido una copia de este aviso.

Acuse de recibo del paciente

Yo, _____ por la presente, reconozco haber recibido una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad.

Firma del Paciente/Padre/Tutor legal _____

Descripción de la autoridad jurídica para actuar en nombre del paciente _____

Apellido del estudiante	Nombre del estudiante	Inicial Mediana	Fecha de nacimiento del estudiante
-------------------------	-----------------------	-----------------	------------------------------------