DEPARTAMENTO DE SALUD DE CALHOUN/CONDADO DE LIBERTY
10971 NW SPRING STREET, BRISTOL, FL 32321 (850) 643-2415 FAX (850) 643-5689
19611 SR 20 W. BLOUNTSTOWN, FL 32424 (850) 674-5645 FAX (850) 674-5420

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Apellido | **Nombre de pila** | **Inicial Media**

Fecha de nacimiento | **Número de Seguridad Social** | **Sexo al nacer (☑ uno)** ☐ Masculino ☐ Femenino

Dirección | **Ciudad** | **Estado** | **Código postal** | **Condado**

También conocido como (otro nombre que usas o prefieres que te llamen) | **Número de teléfono y tipo**

Dirección de correo electrónico

Carrera (☑ uno)
☐Blanco ☐ Hawaiano ☐Otros isleños del Pacífico ☐Negro/Afroamericano ☐Indio americano/nativo de Alaska ☐Asiático nativo

Lengua Primaria Hablada | **¿Necesitas un intérprete?** ☐ Sí ☐ No

Estado civil (☑ uno)
☐ Sencillo ☐ Casados ☐ Viuda
☐ Separados ☐ desconocida
☐ Divorciados

Etnia (☑ uno)
☐ Hispanic/Latino
☐ No hispano/latino

¿Eres un trabajador migrante o un familiar de un trabajador migrante? (☑ uno)
☐ Sí ☐ No

Servicio Militar de EE. UU . (☑ uno)
☐Ninguno ☐Actualmente en el cargo ☐Baja

Viviendas (☑ uno)
☐Alquilar ☐Ser propio ☐Vivir con familia/amigos ☐♦♓■ hogar ☐Inestable ☐Otros

Número de habitaciones en la casa (incluye TODAS las habitaciones)

Revisa todos los que están en condiciones de funcionamiento en tu casa (☑)
☐Festero ☐Cocina ☐●♋♍♋ caliente ☐Ventilador Inodoro interior
☐Agua dentro para ♌♏♌♏❒ ☐Agua dentro para bañarse

Estado laboral
☐ Empleado ☐ No empleado

Empleador | **Ocupación**

INFORMACIÓN DE CONTACTO DE EMERGENCIA

Nombre del contacto: | **Relación:** | **Número de teléfono:**

INFORMACIÓN DE LA CUENTA DEL PACIENTE

¿La persona responsable del pago es la misma que el paciente? ☐ Sí ☐ No **Si no, por favor completa:**

La persona responsable del pago realiza lo siguiente:

Apellido | **Nombre de pila** | **Inicial Media**

Número de Seguridad Social | **Fecha de nacimiento** | **Número de teléfono y tipo**

Relación con el paciente: ☐ Madre ☐ Padre ☐ Tutor Legal ☐ Poder Notarial

INFORMACIÓN DEL SEGURO

¿Tienes seguro médico? ☐ Sí ☐ No

Nombre de la compañía de seguros | **Número de póliza** | **Número de grupo**

Nombre del titular de la tarjeta (Asegurado)

Entiendo que soy responsable de cualquier cargo denegado o no pagado por mi seguro. También autorizo el pago de beneficios médicos a los departamentos de salud de Calhoun y Liberty County. El pago debe realizarse en el momento en que se prestan los servicios, salvo que se hayan hecho arreglos previos. Las cuentas vencidas pueden remitirse a una agencia de cobro.

Autorizo al personal de FDOH-Calhoun/Liberty a contactar con la persona mencionada anteriormente en caso de emergencia o si no pueden localizarme utilizando la información de contacto proporcionada para transmitir información sobre citas actuales o futuras.

FDOH-Calhoun/Liberty no niega servicios a nadie por motivos de raza, origen nacional, color de piel, religión, orientación sexual, discapacidad física, discapacidad, fuente de pago o incapacidad de pago, y utiliza las recientes Directrices Federales de Pobreza para establecer una escala de tarifas ajustable para pacientes de bajos ingresos elegibles que reciban servicios elegibles. Consulte la tabla de tarifas para la lista completa de servicios elegibles.

☐ Elijo proporcionar información financiera para solicitar servicios de tarifa deslizante. (Tabla completa a continuación)

☐ Elijo NO proporcionar información financiera y pagaré el coste total de todos los servicios facturables.

☐ ☹ información financiera ha sido completada. Fecha de finalización: _____

_____ _____ _____

FIRMA DEL CLIENTE/PADRE o TUTOR **NOMBRE IMPRESO DEL CLIENTE/PADRE o TUTOR** **FECHA**

Me proporcionaron una copia del Aviso de Prácticas y Servicios de Privacidad en _____. _____
Iniciales del Secretario de Entrevistas _____

DETERMINACIÓN DE LA TARIFA PROGRESIVA

Introduce los ingresos de todo tu hogar o unidad familiar: Haz una lista de cada miembro de la familia y incluye TODOS los tipos de ingresos (salarios, SSI, manutención infantil, jubilación, desempleo, etc.) Se deberá proporcionar documentación para poder determinar la tarifa progresiva.

NOMBRE	Fecha de nacimiento	RELACIÓN FAMILIAR	Lugar de empleo u otra fuente de ingresos	Ingresos antes de impuestos o deducciones.
1.				$ WK BW MO
2.				$ WK BW MO
3.				$ WK BW MO
4.				$ WK BW MO
5.				$ WK BW MO
6.				$ WK BW MO
7.				$ WK BW MO
8.				$ WK BW MO

¿Pagas manutención? ☐ No ☐ Sí – **¿Cuánto al mes?** $_____

¿Pagas el cuidado infantil? ☐ No ☐ Sí – **¿Cuánto al mes?** $_____

INICIO DE LOS SERVICIOS

PARTE I **CONSENTIMIENTO ENTRE LA RELACIÓN CLIENTE-PROVEEDOR**

Nombre del cliente: _____

Nombre de la agencia: __Departamento de Salud de Florida en Calhoun/Condado de Liberty _____

Dirección de la agencia: _19611 State Road 20 West Blountstown, FL. 32424/ 10971 NW Spring Street Bristol, FL. 32321 _____

Consiento establecer una relación cliente-proveedor. Autorizo al personal del Departamento de Salud y a sus representantes a prestar atención sanitaria rutinaria. Entiendo que la atención médica rutinaria es confidencial y voluntaria, y puede implicar visitas médicas que incluyen obtención de antecedentes médicos, evaluación, examen, administración de medicación, análisis de laboratorio y/o procedimientos menores. Puedo terminar esta relación en cualquier momento.

_____By inicializar esta línea, reconozco que se me ha proporcionado una Hoja Informativa de Consentimiento Informado por Telemedicina y que consiento la prestación de algunos servicios mediante telemedicina. Puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento dejando de utilizar los servicios de telemedicina sin afectar mi derecho a cuidados o tratamientos futuros. (***Inicial si acepta los servicios de telemedicina, Hoja informativa de Consentimiento Informado de Telemedicina adjunta al correo electrónico de Bienestar para Nuevos Empleados***)

PARTE II **CONSENTIMIENTO PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN** (Solo para fines de tratamiento, pago o operaciones sanitarias)

Consiento el uso y divulgación de mi información médica; incluyendo médica, dental, VIH/SIDA, ETS, tuberculosis, prevención del abuso de sustancias, psiquiátria/psicológica y gestión de casos; para tratamiento, pago y operaciones sanitarias. Además, consiento que mi información sanitaria se comparta en el Health Information Exchange (HIE), permitiendo el acceso de consultas médicas, hospitales, coordinadores de cuidados, laboratorios, centros de radiología y otros proveedores sanitarios mediante medios electrónicos y seguros. Si decides no compartir tu información en el HIE, puedes optar por no participar solicitando y firmando un formulario de Exclusión HIE. (***Formulario de Exclusión HIE y formulario de Revocación de Exclusión HIE adjuntos al correo electrónico de Bienestar para Nuevos Empleados***)

PARTE III **CERTIFICACIÓN DE PACIENTES DE MEDICARE, AUTORIZACIÓN PARA LIBERAR Y SOLICITUD DE PAGO** (Solo aplica a clientes de Medicare)

Como Cliente/Representante firmado a continuación, certifico que la información que proporcioné al solicitar el pago bajo el Título XVIII de la Ley de la Seguridad Social es correcta. Autorizo a la agencia mencionada a facilitar mi información sanitaria a la Administración de la Seguridad Social o a sus intermediarios/aseguradoras para esta o una reclamación relacionada con Medicare. Solicito que se realice el pago de los beneficios autorizados en mi nombre. Asigno los beneficios por los servicios médicos a la agencia mencionada y la autorizo a presentar una reclamación a Medicare para el pago.

PARTE IV **ASIGNACIÓN DE PRESTACIONES** (Solo aplica a pagadores externos)

Como Cliente/Representante firmado a continuación, cedo a la agencia mencionada todos los beneficios proporcionados bajo cualquier plan de atención sanitaria o póliza de gastos médicos. La cantidad de dichos beneficios no deberá exceder los gastos médicos establecidos en la tabla de tarifas aprobada. Todos los pagos bajo este párrafo deben realizarse a la agencia mencionada. Soy personalmente responsable de los cargos que no cubren esta asignación.

PARTE V **RECOGIDA, USO O LIBERACIÓN DEL NÚMERO DE LA SEGURIDAD SOCIAL**

(Este aviso se proporciona conforme a la Sección 119.071(5)(a) de los Estatutos de Florida.)

Para los programas de atención sanitaria, el Departamento de Salud de Florida puede recoger su número de seguridad social para fines de identificación y facturación, según lo permitan los apartados 119.071(5)(a)2.a. y 119.071(5)(a)6. de los Estatutos de Florida. Al firmar a continuación, consiento la recogida, uso o divulgación de mi número de la seguridad social únicamente con fines de identificación y facturación. No se usará para ningún otro propósito. Entiendo que la recopilación de números de la seguridad social por parte del Departamento de Salud de Florida es imprescindible para el desempeño de sus deberes y responsabilidades según lo prescrito por la ley.

PARTE VI **MI FIRMA A CONTINUACIÓN VERIFICA LA INFORMACIÓN ANTERIOR Y LA RECEPCIÓN DEL AVISO DE DERECHOS DE PRIVACIDAD** (***El Aviso de Prácticas de Privacidad del DOH está adjunto al correo electrónico de Bienestar de Nuevos Empleados***)

_____ _____ _____

Firma del cliente/representante | Relación del Yo o del Representante con el Cliente | Fecha

_____ _____

Testigo (opcional) | Fecha

PARTE VII **RETIRADA DE CONSENTIMIENTO**

RETIRO _____ ESTE CONSENTIMIENTO, con efecto _____

Firma del cliente/representante | Fecha

Florida HEALTH

CONSENTIMIENTO GENERAL PARA EL CUIDADO Y EL TRATAMIENTO

Consentimiento para el cuidado y el tratamiento

Yo, _____ autorizo al **personal del Departamento de Salud de Florida en Calhoun/Condado de Liberty** y a sus representantes a prestarme atención médica rutinaria. Entiendo que la atención sanitaria rutinaria es confidencial y voluntaria, y puede implicar visitas a la consulta del proveedor, que incluyen la toma de antecedentes, exámenes, administración de medicamentos, análisis de laboratorio y/o procedimientos menores. Entiendo que puedo suspender el servicio en cualquier momento.

El personal del Departamento de Salud de Calhoun/Liberty County proporcionará las explicaciones adecuadas para todos los exámenes, tratamientos, medicamentos, pruebas de laboratorio y procedimientos menores. Entiendo que podré tomar decisiones sobre tratamientos recomendados, medicamentos, pruebas de laboratorio y procedimientos.

Si tengo menos de 18 años:
Entiendo que puedo consentir y recibir servicios anticonceptivos sin el permiso de mi(s) padre(s) o tutores, según la autoridad de la Sección 381.0051 de los Estatutos de Florida.
También entiendo la importancia de hablar sobre las necesidades anticonceptivas con mi(s) padre(s) o tutores, o con otros familiares. Los servicios anticonceptivos son confidenciales; sin embargo, si ocurre una emergencia o situación que ponga en peligro la vida, el personal puede notificar a mi(s) padre(s) o tutores.

_____ _____
Fecha de firma del cliente/representante

_____ _____
Fecha del testimonio

Nombre: _____

ID#: _____

Data de nacimiento:
_____

BIENVENIDOS,

Gracias por seleccionar al Departamento de Salud de Florida en Calhoun y el condado de Liberty como el departamento de salud de su condado, donde, como equipo de profesionales sanitarios, nos esforzamos por ofrecer a todos nuestros pacientes una atención sanitaria segura, atenta e integral a nivel personal para alcanzar sus objetivos de salud y los de su familia. Este enfoque, junto con la práctica clínica basada en la evidencia, nos guía para coordinar tus necesidades sanitarias de una manera que te inspire a lograr una vida más larga y satisfactoria. La información que sigue son datos sobre el departamento de salud que quizá necesites conocer para colaborar mejor con nosotros.

HORARIO DE FUNCIONAMIENTO--- *Puede variar el último miércoles del mes y según los días festivos reconocidos a nivel nacional*

- **El horario de la clínica de Bristol** es de 8:00 a 17:00 EST, de lunes a viernes.
- **El horario de la clínica de Blountstown** es de 7:00 a 16:00 CST, de lunes a viernes.
- **Te pedimos que llegues puntualmente a la hora de registro o registro que se te ha asignado, o puede que te pidan reprogramar para otro día.**
- Las citas deben cancelarse 24 horas antes de la hora programada. Si un cliente tiene tres o más citas no presentadas o no se presentan, ya no se le ofrecerán citas preprogramadas hasta durante un año y solo se le ofrecerán citas el mismo día.
- Hay cobertura fuera de horario disponible. Llama al 850.674.5645 o al 850.643.2415 y sigue las instrucciones de asistencia automática.

MEDICAMENTOS

Ten en cuenta que esta clínica no prescribe narcóticos crónicos y tiene una capacidad limitada para prescribir otras sustancias controladas.

La asistencia para la epilepsia y la insulina está disponible para ayudar a los pacientes elegibles a pagar algunos medicamentos. Pregunta a tu proveedor sobre este programa, si es necesario.

PAGO POR SERVICIOS PRESTADOS

- **DOH-Calhoun/Liberty no niega tratamiento a nadie por su incapacidad de pago en el momento del servicio; Sin embargo, le pedimos que tenga su cuenta en buen estado. Esto ayuda a nuestra agencia a seguir prestando servicios a la comunidad.**

- Nuestro Programa de Descuento por Tarifa Móvil está disponible para los pacientes elegibles según su capacidad de pago. Se requiere prueba de ingresos para determinar la elegibilidad. La capacidad de pago se determina por el tamaño del hogar y la renta anual en relación con un calendario de descuentos basado en las directrices federales de ingresos por pobreza. Copias del Calendario de Descuentos por Tarifas Móviles están disponibles bajo solicitud.

- Los pacientes serán facturados según su tarifa ajustable por los servicios elegibles. Consulte la tabla de tarifas para la lista completa de servicios elegibles.

- Si tienes cobertura de seguro para los laboratorios, tu información de seguro será enviada a Quest o Labcorp y te la facturará el laboratorio. Si tu seguro prefiere que los análisis los realice un proveedor específico, recuerda que es tu responsabilidad informarnos del laboratorio en el momento de la recogida.

- Los copagos asignados por las compañías de seguros comerciales para las visitas de atención primaria pediátrica se cobran en la fecha del servicio. Presentaremos tu seguro e intentaremos obtener el pago; Sin embargo, puede que seas responsable de una parte de la factura. Las reclamaciones (facturas) que la compañía de seguros no pague al departamento de salud pueden convertirse en tu responsabilidad.

- Si te derivan a otro centro médico, eres responsable de organizar el pago por los servicios que recibes de ellos. Algunas instalaciones tienen programas de descuento para los que podrías ser elegible. Se recomienda que contactes con el centro antes de tu primera cita para informarte sobre las opciones disponibles.

POLÍTICA DE NO DISCRIMINACIÓN

FDOH-Calhoun/Liberty no niega servicios a nadie por motivos de raza, origen nacional, color de piel, religión, orientación sexual, discapacidad física, discapacidad, fuente de pago o incapacidad de pago. Las Directrices Federales contra la Pobreza se utilizan para establecer una escala tarifaria variable para pacientes de bajos ingresos elegibles.

¡Te agradecemos que nos permitas servirte a ti y a tu familia!
- Personal del Departamento de Salud de Calhoun y Liberty.