

**Formulario de inscripción**

Seleccione su preferencia de proveedor de atención primaria (circule uno )

Location A: Clarendon			Location B: DeWitt
Dr. Christopher Hopkinson, MD	Dr. Jennifer Kelly, MD	Dr. Thomas Patten, DDS	Dr. Wallace Tracy, MD
Dr. Curtis Schalchlin, MD	Nancy Hornsby, APN	Haley Ligon, APN	Ashley Loftis, PA

¡Gracias por elegirnos! Como centro de salud calificado federalmente y para brindarle un mejor servicio , le solicitamos que nos brinde la siguiente información.

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ SSN: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
 Dirección postal: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_  
 Teléfono de casa: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

*Solo proporcione su dirección de correo electrónico SI nos autoriza a enviarle recordatorios de citas a su correo electrónico.*

Dirección física: \_\_\_\_\_ Estado civil: Soltero \_\_\_ Casado \_\_\_ Divorciado \_\_\_ Viudo \_\_\_

Sexo: Masculino \_\_\_ Femenino \_\_\_ Farmacia que prefiere usar: \_\_\_\_\_

¿Es Mid-Delta Health Systems su proveedor de atención primaria? *Sí/ No* Si no, ¿quién es su PCP ? \_\_\_\_\_

**FIESTA RESPONSABLE - SI ES DIFERENTE DEL PACIENTE**

Nombre de la persona responsable de esta cuenta: \_\_\_\_\_ Relación con el paciente: \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ SSN: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN DE EMPLEO / ESTUDIANTE**

Nombre del empleador/escuela: \_\_\_\_\_ Número de teléfono del trabajo \_\_\_\_\_  
 Dirección del empleador: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_  
 Empleo/Estado del estudiante: Tiempo completo \_\_\_ Tiempo parcial \_\_\_ Trabajador autónomo \_\_\_ Desempleado \_\_\_ Jubilado \_\_\_

**COMPLETE SI EL PACIENTE TIENE 0-17 AÑOS DE EDAD**

Padre/Tutor legal : \_\_\_\_\_ Padre/Tutor legal: \_\_\_\_\_  
 Fecha de nacimiento : \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_  
 Teléfono de trabajo : \_\_\_\_\_ Teléfono de trabajo: \_\_\_\_\_

**CONTACTO DE EMERGENCIA / DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN**

Puede hablar sobre mis necesidades médicas o intercambiar información con lo siguiente: (Primero, indique su contacto principal)

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

**No deseo que se divulgue información a nadie, incluido mi cónyuge y / u otros miembros del hogar .**

**MÉTODO DE CONTACTO PREFERIDO**

¿Cómo le gustaría que nos comuniquemos con usted? (Marque todo lo que corresponda) Teléfono \_\_\_ Texto \_\_\_ Correo electrónico \_\_\_  
 Idioma: Inglés \_\_\_ Español \_\_\_ Mejor hora para contactarlo: mañana \_\_\_ tarde \_\_\_ noche \_\_\_  
 ¿Qué le gustaría recordatorios a recibir : (Marque todas las aplicables) Designación Reminders \_\_\_ Lab Resultados para Portal \_\_\_  
 Salud Maintenance \_\_\_ Receta Confirmation \_\_\_ general Notifications \_\_\_

**INFORMACIÓN DEL SEGURO: ENTREGUE SU TARJETA AL RECEPCIONISTA**Seguro primario:

Compañía de seguros: \_\_\_\_\_ Número de identificación del paciente: \_\_\_\_\_  
 Nombre del asegurado primario/titular de la tarjeta: \_\_\_\_\_ Relación con el paciente: \_\_\_\_\_  
 Fecha de nacimiento del asegurado primario: \_\_\_\_\_ SSN del asegurado primario: \_\_\_\_\_ Número de grupo: \_\_\_\_\_

Seguros Secundarios:

Compañía de seguros: \_\_\_\_\_ Número de identificación del paciente: \_\_\_\_\_  
 Nombre del asegurado primario/titular de la tarjeta: \_\_\_\_\_ Relación con el paciente: \_\_\_\_\_  
 Fecha de nacimiento del asegurado primario: \_\_\_\_\_ SSN del asegurado primario: \_\_\_\_\_ Número de grupo: \_\_\_\_\_

## INFORMACIÓN ADICIONAL

Raza: (Marque uno) *Indio americano/Ala skan Nativo de Asia Negro/Afroamericano Blanco/Caucásico*  
*Sin informar/Se niega a informar*

Etnia: (circule uno) *Hispano No hispano*

Idioma principal \_\_\_\_\_ ¿Necesita un traductor: Sí\_\_ No\_\_ Dominio limitado del inglés: Sí\_\_ No\_\_

Veterano: Sí\_\_ No\_\_ Trabajador estacional: Sí\_\_ No\_\_ Trabajador migrante: Sí\_\_ No\_\_ Sin hogar: Sí\_\_ No\_\_

Estado de personas sin hogar: Desconocido\_\_ Calle\_\_ Duplicación\_\_ Vivienda de transición\_\_

Refugio para personas sin hogar\_\_ Otro\_\_

Vivir en viviendas gubernamentales: Sí\_\_ No\_\_

Orientación sexual: (Marque uno) *Heterosexual Lesbiana/Gay/Homosexual Bisexual Algo más*  
*No sé , elijo no revelar*

Identidad de género: (Marque uno) *Masculino Femenino Transgénero masculino/Femenino-t o-masculino*  
*Tran sgender Femenino/Masculino a Femenino Otro elijo no revelar*

## INFORMACIÓN DE ACCIDENTE / LESIÓN - SI ES APLICABLE

Compañía de seguros : \_\_\_\_\_ Número de reclamo: \_\_\_\_\_

Nombre del contacto/ajustador : \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_

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

Fecha de la lesión: \_\_\_\_\_ Lesión en el trabajo: Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

## CONSENTIMIENTO Y RECONOCIMIENTO

**CONSENTIMIENTO:** La información en este formulario es verdadera a lo mejor de mi conocimiento. Doy mi consentimiento voluntario para la atención ambulatoria en Mid-Delta Health Systems, que puede incluir procedimientos de diagnóstico, exámenes y / o tratamiento por parte de los proveedores de MDHS y / u otro personal de la clínica.

**DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN :** Autorizo a Mid-Delta Health Systems a divulgar información médica a compañías de seguros de terceros con el fin de presentar reclamos, y a divulgar u obtener información médica a / de proveedores de atención médica y al Departamento de Salud con el fin de continuidad de cuidado. Autorizo el pago de beneficios médicos de mi seguro a Mid-Delta Health Systems. Doy mi consentimiento para que las personas que figuran en este formulario reciban toda la información sobre mi atención médica, observaciones personales y preocupaciones, planes de tratamiento y pronóstico.

**CONSENTIMIENTO DE HISTORIAL DE RECETA:** Esta instalación participa en el Programa de Monitoreo de Medicamentos de Receta. Los médicos en este consultorio no recetarán narcóticos, benzodiazepinas ni medicamentos controlados para uso crónico. Autorizo a Mid-Delta Health Systems a obtener y revisar mi historial de recetas de farmacias, otros proveedores y otras entidades de terceros, como compañías de seguros.

**INSTALACIÓN DE CAPACITACIÓN:** Entiendo que ocasionalmente los estudiantes de atención médica pueden estar trabajando con mi proveedor. Doy mi consentimiento para que un estudiante de atención médica observe o participe en mi atención mientras esté bajo la supervisión de mi proveedor. Entiendo que estos estudiantes de atención médica están bajo las mismas políticas de confidencialidad que mi proveedor. Reconozco que tengo la opción de rechazar el consentimiento.

**AVISO DE PRIVACIDAD / DECLARACIÓN DE DERECHOS DEL PACIENTE:** Si deseo uno, me han dado una copia del Aviso de Privacidad y Derechos del Paciente de Mid-Delta Health Systems.

**PERÍODO EFECTIVO :** Entiendo que este consentimiento / autorización será válido y permanecerá vigente mientras asista a la clínica o hasta que revoque esta autorización por escrito.

**Medicaid / ARKids :** Entiendo que si tengo Medicaid, este centro debe ser designado como mi médico de atención primaria. Si Mid-Delta Health Systems no es mi PCP, reconozco que debo obtener una referencia para los servicios de mi PCP o la cantidad total de los servicios se deberá al momento de la visita. Entiendo que soy responsable de CUALQUIER servicio no cubierto por Medicaid o ARKids .

**Medicare:** entiendo que seré responsable de cualquier servicio o laboratorio no cubierto por mi plan de reemplazo de Medicare o Medicare.

**Escala de tarifa variable / Autopago:** Entiendo que Mid-Delta Health Systems ofrece tarifas reducidas en una escala de tarifa variable basada en los ingresos del hogar. Si deseo solicitar la escala móvil de tarifas, completaré el formulario provisto y devolveré mi comprobante de ingresos dentro de las 48 horas de la visita. Si califico para tasas reducidas, entiendo que se me pedirá que pagar una cuota inicial \$ 15 para los médicos o dentales \$ 30 para el momento del registro. Cualquier cargo restantes serán recogidos a la salida. Si no tengo seguro y no califico para la escala móvil de tarifas, se me pedirá que pague una tarifa fija de \$ 15 por concepto médico o \$ 30 por concepto dental al momento del check-in y cargos adicionales al momento del check-out.

**SI NO PUEDE PAGAR CUALQUIERA DE LAS TARIFAS ANTERIORES AL MOMENTO DE SU VISITA, PUEDE SER REPROGRAMADO .**

Firma del paciente (o padre / tutor legal)

Fecha

CONSENTIMIENTO PARA SERVICIOS DE TELESALUD

Mid-Delta Health Systems, Inc., 245 Madison Street, Clarendon, AR 72029, 800.244.3602

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

1. Entiendo que mi proveedor de atención médica desea participar en una visita de telesalud o una serie de visitas. Entiendo que estos encuentros no serán lo mismo que una visita directa del paciente/proveedor de atención médica porque no estaré en la misma habitación que mi proveedor de atención médica. En su lugar, nos comunicaremos utilizando tecnología audiovisual simultánea bidireccional ("la tecnología").
2. Entiendo que tengo derecho a negarme a participar en cualquier encuentro de telesalud en cualquier momento o a finalizarlo en cualquier momento durante el encuentro. Entiendo que si no deseo participar en un encuentro de telesalud, tendré que hacer una cita para una visita en persona con mi proveedor o buscar atención en el departamento de emergencias más cercano si creo que mis síntomas justifican ese nivel de atención. . Además, entiendo que es posible que mi proveedor no pueda acomodar una visita en persona y que puede haber un retraso en mi atención si elijo una visita en persona.
3. Entiendo que mi proveedor de atención médica puede interrumpir el encuentro de telesalud si cree que esta tecnología no cumple con el estándar de atención necesario para abordar mis inquietudes médicas. Si eso sucede, entiendo que tendré que hacer una cita para una visita en persona con mi proveedor o buscar atención en el departamento de emergencias más cercano si creo que mis síntomas justifican ese nivel de atención.
4. Entiendo cómo se utilizará la tecnología para realizar cualquier encuentro de telesalud con esta práctica. También entiendo que, con esta tecnología, existe el riesgo de interrupción y dificultades técnicas.
5. He tenido la oportunidad de hacer preguntas sobre los encuentros de telesalud y la tecnología. Mis preguntas han sido respondidas y los riesgos, beneficios y cualquier alternativa práctica han sido discutidos conmigo en un idioma que entiendo.
6. Entiendo que se me informará la identidad de todas las personas que estarán en la habitación con mi proveedor de atención médica durante cualquier encuentro de telesalud y que esas personas estarán presentes solo porque mi proveedor de atención médica ha determinado que su presencia es necesaria para ayudar en mi tratamiento médico de acuerdo con el estándar de atención médica aplicable
7. Me han informado si mi proveedor tiene licencia para brindar atención médica en el estado donde me encuentro. Si no tienen licencia en el estado donde me ubico, doy mi consentimiento para recibir servicios de telesalud de todos modos porque el proveedor tiene licencia completa en el estado donde se encuentra.
8. Entiendo que seré responsable de cualquier copago y coseguro que se aplique a mi(s) encuentro(s) de telesalud.
9. Este consentimiento seguirá siendo válido durante 1 año a partir de la fecha de mi primera visita de telesalud.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente o tutor Relación con el paciente

Motivo por el cual el paciente no puede dar su consentimiento por sí mismo: \_\_\_\_\_



**Alergias**

¿Es usted alérgico a algún medicamento?  Sí  No

En caso afirmativo, indique qué medicamentos.

Nombre del medicamento	Reacción

**Historia social**

- |   | si                       | No                       |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 1. ¿Ha solicitado y le han negado vivienda pública?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. ¿Ha solicitado y le han negado cupones de alimentos ?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. ¿Tiene problemas con el propietario con respecto a la seguridad?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. ¿Ha solicitado y le han negado WIC, Medicaid, Incapacidad, Seguro Social o SSI?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| En caso afirmativo , indique qué se le negó: _____  |                          |                          |
| 5. ¿En qué consiste su sistema de apoyo? Marque todo lo que corresponda:  |                          |                          |
| <input type="checkbox"/> madre <input type="checkbox"/> padre <input type="checkbox"/> niño <input type="checkbox"/> hermano <input type="checkbox"/> cónyuge <input type="checkbox"/> Otro |                          |                          |
| 6. ¿Con quién vives en tu hogar? Marque solo uno:   |                          |                          |
| <input type="checkbox"/> solo <input type="checkbox"/> Con los padres <input type="checkbox"/> Con cónyuge <input type="checkbox"/> Con otro  |                          |                          |
| 7. ¿Tiene un tutor legal o apoderado de atención médica (alguien que pueda tomar decisiones legales por usted si usted no puede)?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Si es así, ¿quién? _____  |                          |                          |
| 8. ¿Tiene un cuidador primario (alguien que lo cuida)?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Si es así, ¿quién? _____  |                          |                          |
| 9. ¿ Usas drogas ilegalmente ?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. ¿Tomó una bebida que contenía alcohol en el último año?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. ¿Cuántos hijos tienes? _____  |                          |                          |
| 12. ¿Cuál es su ocupación? _____  |                          |                          |
| 13. ¿Tiene exposiciones peligrosas en su ocupación?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. ¿Está expuesto a productos químicos agrícolas?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15. ¿Hace ejercicio regularmente?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16. ¿Consumes cafeína a diario?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17. ¿Ha viajado fuera de los Estados Unidos en los últimos seis meses?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 18. ¿Eres sexualmente activo?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 19. ¿ Tiene una directiva avanzada o testamento vital?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 20. Si no, ¿le gustaría aprender sobre directivas avanzadas o testamentos en vida?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 21. ¿Tienes problemas con la visión?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 22. ¿Tiene problemas de audición?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 23. ¿Tienes problemas con la lectura?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

## Solicitud de Tarifas Reducidas

Es necesario que hagamos preguntas personales para poder darle un descuento en sus gastos médicos/dentales. Esta información se mantendrá archivada en nuestra clínica en estricta confidencialidad. Debe verificar sus ingresos al menos una vez al año. La prueba de ingresos del hogar puede incluir:

- Su declaración anual de impuestos sobre la renta y/o una copia de su formulario W-2
- 1 talón de cheque de pago actual
- Una copia de sus cheques de seguridad social
- Cheques o documentos u Otros ingresos que pueda recibir

Su ingreso familiar anual se utilizará para calcular el nivel de su descuento.

de la parte responsable : \_\_\_\_\_ Número de cuenta \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ SSN# \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

\*Número TOTAL que vive en su hogar, inclúyase usted mismo: \_\_\_\_\_

Estado civil ( marque uno): Soltero Casado Separado Divorciado Viudo ( er )

\* ¿Alguien en su hogar está empleado? Si o no

Indique los nombres de otros miembros del hogar:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Declaro que la información anterior es verdadera y he dado permiso a MDHS para investigar cualquier información proporcionada en esta solicitud. Entiendo que esta información se mantendrá en estricta confidencialidad. También entiendo que si mis ingresos cambian, debo notificar a la recepcionista en mi próxima visita.

### Si NO desea solicitar nuestra escala móvil de tarifas:

Mid-Delta es un Centro de Salud Calificado Federalmente. Estamos obligados a obtener información sobre los ingresos del hogar para fines de informes. Indique los ingresos anuales de su familia. Esto nos ayuda a informar los datos de ingresos incluso si no está solicitando la escala móvil de tarifas.

¿Cuántas personas hay en su hogar? \_\_\_\_\_

_____ \$0 - \$10,000	_____ \$10,000 - \$20,000	_____ \$20,000 - \$30,000	_____ \$30,000 - \$40,000
_____ \$40,000 - \$50,000	_____ \$50,000 - \$60,000	_____ \$60,000 - \$70,000	_____ \$70,000 - \$80,000
_____ \$80,000 - \$90,000	_____ \$90,000 - \$100,000	_____ \$100,000 +	_____ Deseo no revelar

- Me niego a proporcionar mi prueba de ingresos para solicitar las tarifas reducidas. Al hacerlo, acepto que seré responsable de la factura en su totalidad. (SOLO MARQUE LA CASILLA SI NO ESTÁ APORTANDO)**

\_\_\_\_\_  
Firma de la parte responsable

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del entrevistador

### SOLO USO DE OFICINA

bruto semanal \$ \_\_\_\_\_ x4.334=

bruto quincenal \$ \_\_\_\_\_ x2.167=

Pago bruto dos veces al mes \$ \_\_\_\_\_ x2.00=

Salario bruto mensual \$ \_\_\_\_\_ x 12=

Totales x 12 Meses

Ingreso anual total: \$ \_\_\_\_\_

Fecha de vencimiento: \_\_\_\_\_ ( 1 año a partir de hoy)