

**Autorización de No-Pno lo hijo o Guardián
para asistir a la cita médica**

Nombre del niño: _____

En caso de que no pueda asistir a la cita médica de mi hijo, doy a la siguiente persona o personas mi permiso para que mi hijo sea tratado por el personal de Promise Healthcare.

*** Tenga en cuenta que al firmar este documento usted es consciente de que su hijo puede estar recibiendo medicamentos y/o inyecciones y el designado que aparece está autorizado a firmar para todos y cada uno de los procedimientos.*

Nombre de person llevar a niño a la cita	Relación con el niño	Número de teléfono

Fecha de firma de los padres (expira 1 año a partir de la fecha de firma)

Nombre del padre número de teléfono padre impreso

Historia pediátrica de salud

Por favor, completa el formulario en su totalidad.

Nombre del niño: _____

Nombre de la madre: _____

Ocupación de la madre: _____

Nombre del padre: _____

Ocupación del padre: _____

Nombre del guardián: _____

Ocupación del guardián: _____

¿Con quién vive el paciente? Padre madre ambos padres otros (especificar): _____

¿Cuántos hermanos viven con el paciente? _____

¿Cuál es el idioma principal del niño? _____

¿Qué otros médicos ha visto su hijo en el último año?

Lista por favor: _____

¿Su hijo es alérgico a algún medicamento? SÍ NO

En caso afirmativo, enumere: _____

¿Su hijo toma algún medicamento (incluyendo vitaminas y medicamentos de venta libre)? SÍ NO

En caso afirmativo, por favor enumere a continuación:

Nombre de la Medicina	Prescrito por (si no sobre-el contador)	Razón tomada	Cuánto tiempo tomó

Promesse d'un avis de soins de santé sur les pratiques en matière de protection de la vie privée

Cet avis décrit comment les renseignements sur la santé à votre sujet peuvent être utilisés et divulgués et comment vous pouvez accéder à cette information. S'il vous plaît examiner attentivement.

Vos droits :

En ce qui concerne vos renseignements sur la santé, vous avez certains droits. Cette section explique vos droits et certaines de nos responsabilités pour vous aider.

Obtenez une copie électronique ou papier de votre dossier médical :

- Vous pouvez demander à voir ou à obtenir une copie électronique ou papier de votre dossier médical et d'autres renseignements sur la santé que nous avons à votre sujet. Demandez-nous comment faire. Nous pouvons vous demander de faire la demande par écrit.
- Nous vous fournirons une copie ou un résumé de vos renseignements sur la santé, habituellement dans les 30 jours suivant votre demande. Nous pouvons facturer des frais raisonnables et fondés sur les coûts.

Demandez-nous de corriger votre dossier médical :

- Vous pouvez nous demander de corriger les informations de santé vous concernant qui, selon vous, sont incorrectes ou incomplètes. Demandez-nous comment faire.
 - Nous pouvons dire « non » à votre demande, mais nous allons vous dire pourquoi par écrit dans les 60 jours.

Demandez des communications confidentielles :

- Vous pouvez nous demander de vous contacter d'une manière spécifique (par exemple, téléphone à domicile ou au bureau) ou d'envoyer du courrier à une autre adresse.
 - Nous allons dire « oui » à toutes les demandes raisonnables.

Demandez-nous de limiter ce que nous utilisons ou partageons :

- Vous pouvez nous demander de ne pas utiliser ou partager certaines informations sur la santé pour le traitement, le paiement ou nos opérations.
 - Nous ne sommes pas tenus d'accepter votre demande, et nous pouvons dire « non » si cela affecterait vos soins.
- Si vous payez un service ou un article de soins de santé en totalité, vous pouvez nous demander de ne pas partager ces renseignements aux fins du paiement ou de nos opérations avec votre assureur santé.
 - Nous allons dire « oui » à moins qu'une loi ne nous oblige à partager cette information.

Obtenez une liste de ceux avec qui nous avons partagé des informations :

- Vous pouvez demander une liste (comptable) quelquefois où nous avons partagé vos renseignements sur la santé pendant six ans avant la date à laquelle vous le demandez, avec qui nous les avons partagées et pourquoi.
- Nous incluons toutes les divulgations, sauf celles concernant le traitement, le paiement et les opérations de soins de santé, et certaines autres divulgations (comme celles que vous nous avez demandé de faire). Nous fournirons une comptabilité par an gratuitement, mais nous facturerons des frais raisonnables et basés sur les coûts si vous en demandez un autre dans un délai de 12 mois.

Obtenez une copie de cet avis de confidentialité :

- Vous pouvez demander une copie papier de cet avis à tout moment, même si vous avez accepté de recevoir l'avis par voie électronique. Nous vous fournirons rapidement une copie papier.

Choisissez quelqu'un pour agir pour vous :

- Si vous avez donné à quelqu'un une procuration médicale ou si quelqu'un est votre tuteur légal, cette personne peut exercer vos droits et faire des choix au sujet de vos renseignements sur la santé.
 - Nous nous assurerons que la personne a ce pouvoir et peut agir pour vous avant de prendre des mesures.

Déposez une plainte si vous estimez que vos droits sont violés :

- Vous pouvez vous plaindre si vous estimez que nous avons violé vos droits en nous contactant en utilisant les informations à la dernière page de cet avis, ou :
 - Vous pouvez déposer une plainte auprès du U.S. Department of Health and Human Services Office for Civil Rights en envoyant une lettre au 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201, en appelant le 1-877-696-6775, ou en visitant www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/plaintes/.

Nous ne riposterons pas contre vous pour avoir déposé une plainte.

Vos choix :

Pour certaines informations sur la santé, vous pouvez nous dire vos choix sur ce que nous partageons. Si vous avez une nette préférence pour la façon dont nous partageons vos informations dans les situations décrites ci-dessous, parlez-nous. Dites-nous ce que vous voulez que nous faisons, et nous suivrons vos instructions.

Dans ces cas, vous avez à la fois le droit et le choix de nous dire :

- Partagez de l'information avec votre famille, vos amis proches ou d'autres personnes qui vous sont pris en charge.
- Partagez des informations dans une situation de secours en cas de catastrophe.

Si vous n'êtes pas en mesure de nous dire votre préférence, par exemple si vous êtes inconscient, nous pouvons aller de l'avant et partager vos informations si nous croyons que c'est dans votre meilleur intérêt. Nous pouvons également partager vos informations en cas de besoin pour réduire une menace grave et imminente pour la santé ou la sécurité.

Dans ces cas, nous ne partageons jamais vos informations à moins que vous ne nous donniez une autorisation écrite :

- Fins marketing
- Vente de vos informations
- La plupart des notes de psychothérapie

Dans le cas de la collecte de fonds :

- Nous pouvons vous contacter pour les efforts de collecte de fonds, mais vous pouvez nous dire de ne plus vous contacter.

Autres utilisations et divulgations

Comment utilisons-nous ou partageons-nous habituellement vos renseignements sur la santé? Nous utilisons ou partageons généralement vos informations sur la santé de la manière suivante.

Traitez-vous :

- Nous pouvons utiliser vos informations sur la santé et les partager avec d'autres professionnels qui vous traitent.
Exemple : Un médecin qui vous soigne pour une blessure demande à un autre médecin votre état de santé général.
- Nous pouvons utiliser et partager vos informations de santé pour exécuter notre pratique, améliorer vos soins et vous contacter si nécessaire.
Exemple : Nous utilisons des renseignements sur la santé à votre sujet pour gérer votre traitement et vos services.
- Nous pouvons utiliser et partager vos informations de santé pour facturer et obtenir le paiement de plans de santé ou d'autres entités.
Exemple : Nous donnons des renseignements vous concernant à votre régime d'assurance maladie afin qu'il paie vos services.

Les exemples utilisés dans le cet avis de pratiques en matière de protection de la vie privée ne sont que des illustrations et ne sont pas censés être une liste complète.

Sinon, comment pouvons-nous utiliser ou partager vos renseignements sur la santé?

Nous sommes autorisés ou tenus de partager vos renseignements d'autres façons – habituellement d'une manière qui contribue au bien public, comme la santé publique et la recherche. Nous devons respecter de nombreuses conditions dans la loi avant de pouvoir partager vos informations à ces fins. Pour plus d'informations, voir : www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html.

Aide aux questions de santé et de sécurité publiques :

- Nous pouvons partager des informations sur la santé à votre sujet pour certaines situations telles que :
- Prévention des maladies
- Aider aux rappels de produits
- Signaler les effets indésirables aux médicaments
- Signaler les cas présumés de violence, de négligence ou de violence familiale
- Prévenir ou réduire une menace grave pour la santé ou la sécurité de quiconque

Faites de la recherche :

- Nous pouvons utiliser ou partager vos informations pour la recherche en santé.

Se conformer à la loi :

- Nous partagerons des informations vous concernant si les lois fédérales ou étatiques l'exigent, y compris avec le ministère de la Santé et des Services sociaux s'il veut s'assurer que nous nous conformons à la loi fédérale sur la protection des renseignements personnels.

Répondre aux demandes de don d'organes et de tissus :

- Nous pouvons partager des renseignements sur la santé à votre sujet avec des organismes d'approvisionnement en organes.

Travailler avec un médecin légiste ou un directeur de funérailles :

- Nous pouvons partager des renseignements sur la santé avec un coroner, un médecin légiste ou un directeur des funérailles lorsqu'une personne décède.

Répondre aux demandes des travailleurs, de l'application de la loi et d'autres demandes du gouvernement :

- Nous pouvons utiliser ou partager des informations sur la santé à votre sujet :
 - Pour les demandes d'indemnisation des accidents du travail
 - À des fins d'application de la loi ou avec un agent d'application de la loi
 - Avec des organismes de surveillance de la santé pour les activités autorisées par la loi
 - Pour les fonctions spéciales du gouvernement telles que l'armée, la sécurité nationale et les services de protection présidentielle

Répondre aux poursuites judiciaires et aux actions en justice :

- Nous pouvons partager des renseignements sur la santé à votre sujet en réponse à une ordonnance judiciaire ou administrative, ou en réponse à une assignation à comparaître.

Protection de la vie privée de la loi fédérale et protection de la vie privée de droit d'état

Hipaa ne préempte généralement pas ou ne l'emporte pas sur d'autres lois qui donnent aux gens une plus grande protection de la vie privée. Si une loi d'État ou fédérale applicable nous oblige à vous fournir plus de protection de la vie privée, alors nous devons suivre cette loi en plus de HIPAA.

Certains types d'information sur la santé peuvent être protégés de plus en vertu de la loi fédérale ou étatique. Par exemple, certains résultats de tests génétiques, dossiers de santé mentale, résultats des tests de dépistage du VIH/sida, dossiers scolaires et programmes fédéraux de traitement de la toxicomanie et de l'alcoolisme sont assujettis à des restrictions spéciales à notre utilisation et à notre divulgation en vertu de diverses lois.

Nos responsabilités :

- La loi nous oblige à préserver la confidentialité et la sécurité de vos renseignements protégés sur la santé.
- Nous vous ferons savoir rapidement si une violation se produit qui peut avoir compromis la vie privée ou la sécurité de vos informations.
- Nous devons respecter les fonctions et les pratiques en matière de protection de la vie privée décrites dans cet avis et vous en donner une copie.
- Nous n'utiliserons ni ne partagerons vos informations autres que celles décrites ici, sauf si vous nous dites que nous pouvons par écrit. Si vous nous dites que nous pouvons, vous pouvez changer d'avis à tout moment. Faites-nous savoir par écrit si vous changez d'avis.

Pour plus d'informations, voir : www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html

Modifications apportées aux modalités de cet avis :

Nous pouvons modifier les modalités de cet avis, et les modifications s'appliqueront à toutes les informations que nous avons à votre sujet. Le nouvel avis sera disponible sur demande, dans notre bureau et sur notre site Web.

Cet avis de pratiques en matière de protection de la vie privée s'applique aux organisations suivantes :

Cet avis couvre les services de Promise Healthcare qui comprennent :

- Centre de santé Frances Nelson
- SmileHealthy Dental Center
- Medicaid et l'assurance maladie Marketplace Sensibilisation et inscription
- Promise Healthcare au Community Resource Center
- Promettez des soins de santé aux éléments communautaires
- SmileHealthy Mobile, Head Start & Éducation

Si vous avez des questions ou souhaitez obtenir de plus amples renseignements sur cet avis de pratiques en matière de protection de la vie privée, vous pouvez écrire ou appeler l'agent de protection de la vie privée de Promise Healthcare :

Promesse santé

Agent de protection de la vie privée | Alan Mendoza | amendoza@promisehealth.org

819, chemin Bloomington | Champaign, IL 61820 | www.promisehealth.org | (217) 356-1558

Derechos de los pacientes

Como una persona que recibe servicios a través de Promise Healthcare, usted tiene el derecho:

- Recibir servicios independientemente de su edad, raza, color, orientación sexual, religión, estado civil, género, origen nacional o patrocinadores.
- Ser tratado con consideración, respeto y dignidad, incluyendo el tratamiento de la privacidad.
- Estar informado de los servicios disponibles en nuestro centro de salud.
- Ser informado de las disposiciones para la cobertura de emergencia fuera de hora.
- Ser informado de los cargos por servicios, elegibilidad para reembolsos de terceros y, cuando corresponda, la disponibilidad de atención gratuita o de costos reducidos.
- Recibir una copia detallada de su estado de cuenta a petición.
- Para obtener de nuestro centro de salud, se puede esperar razonablemente que entienda información completa y actual sobre su diagnóstico, tratamiento y pronóstico.
- Negarse a participar en la investigación experimental.
- Para recibir de su médico, información necesaria para dar consentimientos informados antes del inicio de cualquier procedimiento y/o tratamiento de no emergencia. Un consentimiento informado incluirá, como mínimo, el suministro de información sobre el procedimiento específico y/o tratamiento, los riesgos razonablemente previsibles involucrados y alternativas para la atención o el tratamiento, si los hubiera, como un médico razonable en circunstancias similares revelaría de una manera que le permita tomar una decisión bien informada.
- Rechazar el tratamiento en la medida permitida por la ley y estar plenamente informado de las consecuencias médicas de esta acción.
- Expresar quejas y recomendar cambios en las políticas y servicios al personal de la agencia, al administrador de la agencia o al Departamento de Salud sin temor a represalias.
- Expresar quejas sobre la atención y los servicios y que el centro de salud investigue dichas quejas. Promise Healthcare es responsable de proporcionarle a usted o a su designado una respuesta por escrito dentro de los 30 días, si se solicita, indicando las conclusiones de la investigación. La agencia también es responsable de notificarle a usted o a su designado que, si no está satisfecho por la respuesta de la agencia, puede presentar una queja ante la Oficina de Gestión de Sistemas de Salud del Departamento de Salud del Estado de Illinois.
- Tener la privacidad y confidencialidad de toda la información y registros relacionados con su tratamiento en las instalaciones de Promise Healthcare.
- Aprobar o rechazar la información de divulgación del contenido de su registro médico a cualquier profesional de la salud y/o centro de atención médica, excepto según lo requiera la ley o el contrato de pago de terceros.
- Para acceder a su expediente médico.

DESCARGO DE RESPONSABILIDAD: Como centro de salud calificado federalmente (FQHC), estamos obligados a solicitar la siguiente información. Nos damos cuenta de que se trata de información muy personal. Por lo tanto, queremos que sepa que sus respuestas se mantendrán con la más estricta confianza. La información recopilada se utiliza únicamente como un total de nuestra base de datos, por lo que de ninguna manera identifica a una persona o familia específica. La información recopilada ayuda a dar forma a futuros programas y servicios que estarán disponibles en nuestras clínicas, así como a nivel local, estatal y federal. Gracias por su participación.

**Rellene este formulario para registrar o actualizar su información como paciente de
Promise Healthcare – (Expira en 1 año a partir de la fecha firmada)**

Fecha de hoy:		Proveedor de atención médica Promise:			
Información del paciente (por favor imprima):					
Círculo Uno: Señorita Señor Señora Doctor	apellido:	nombre:	segundo nombre:	Sufijo: <input type="checkbox"/> Círculo Uno <input type="checkbox"/> Junior <input type="checkbox"/> Senior <input type="checkbox"/> Otro _____	
Nombre anterior:	Nombre preferido:	Seguro Social #:	Nacimiento:	Sexo asignado al nacer: <input type="checkbox"/> masculino <input type="checkbox"/> hembra	
Dirección de la calle de facturación:		ciudad:	Estado:	Código postal:	país: condado:
Dirección de inicio (si es diferente):		ciudad:	Estado:	Código postal:	país: condado:
Teléfono de inicio:	Teléfono de trabajo:		teléfono celular:		
Dirección de correo electrónico:					
Identidad de género: (Círculo Uno) hembra Masculino Hombre transgénero de mujer a hombre Mujer transgénero de hombre a mujer Elija no revelar Otro: _____	Orientación sexual: (Círculo Uno) Lesbianas o gays Heterosexual (Heterosexual) bisexual Otra cosa Elija no revelar No sé	Estado civil: (Círculo Uno) soltero casado Legalmente separados divorciado Compañero de vida Viudo Declinar especificar	Notificación del paciente/Preferencia de contacto (<i>Circule todo lo que corresponda</i>): Llamada telefónica – Inicio/Celular/Trabajo/Todo mensaje de texto Correo electrónico Portal de pacientes No llames hogar/trabajo Dejar mensaje – Sí/No		
Carrera: (Circule todo lo que se aplica)		Etnia: (Círculo Uno)		Estado del estudiante: (Círculo uno)	
Indio americano/nativo de Alaska	Otro isleño del Pacífico	Hispano/Latino		dedicación plena	
Negro/Afroamericano	Blanco	No hispano/latino		Tiempo parcial	
Nativo hawaiano	asiático	Desconocido/Declina informar		No es un estudiante	
Declinar informar					
Idioma preferido: (Circule todo lo que corresponda)					
Inglés	Italiano	Alemán	tigriña	Declinar responder	
Japonés	Chino mandarín	Francés	birmano	Español	
sudanés	Otro: _____				
<p>Descuento de pago rápido: <i>Es la política de Promise Healthcare alentar a los pacientes a pagar rápidamente por los servicios; Promise Healthcare ofrece un descuento del 30% para el pago rápido de los montos adeudados. Promise Healthcare considera que el pago rápido se realizará en la fecha del <u>servicio</u>.</i></p> <p>1. Este descuento se ofrece a los pacientes que <u>no tienen seguro médico privado</u> se consideran pacientes de pago completo y auto pago. 2. El pago se solicita al cliente en el momento del servicio, y se da el descuento de tarifa plana, si el paciente paga en su totalidad por la visita.</p>					

Persona responsable del proyecto de ley

apellido:	nombre:	segundo nombre:	Previous Last Name:			
seguridad social #	Fecha de nacimiento: / /	relación: <input type="checkbox"/> propio <input type="checkbox"/> padre <input type="checkbox"/> Compañero de vida <input type="checkbox"/> esposo <input type="checkbox"/> Otro: _____				
Dirección:	ciudad:	estado:	Código postal:	país:	condado:	

Información del empleador

Nombre del empleador:						
Dirección de la calle del empleador:	ciudad:	estado:	Código postal:	país:	condado:	
ocupación:	Estado del empleo: (Círculo Uno) dedicación plena Tiempo parcial Servicio activo jubilado No empleado Autónomo			Teléfono de trabajo:	Fecha de jubilación: / /	

Contacto de emergencia / Parientes cercanos

apellido:	nombre:	relación:	Número de teléfono:			
Dirección:	ciudad:	estado:	Código postal:			

Información del seguro: La tarjeta debe ser entregada al representante de recepción y el copago pagado en la visita

Seguro primario: Medicare Medicaid Blue Cross Blue Shield Molina United Healthcare Otro: _____						
Nombre del titular de la póliza:	Fecha de nacimiento del titular de la póliza: / /	relación:				
Seguro secundario: Medicare Medicaid Blue Cross Blue Shield Molina United Healthcare Otro: _____						
Nombre del titular de la póliza:	Fecha de nacimiento del titular de la póliza: / /	relación:				

Vivienda y situación de los trabajadores

Estado de las personas sin hogar: (Círculo Uno) Duplicación calle No sin hogar transicional refugio desconocido Vivienda permanente de apoyo			Estatus de trabajador migrante: (Círculo Uno) migrante No es un trabajador agrícola temporero		¿Alguna vez has servido en las Fuerzas Armadas: (Círculo Uno) No Sí
---	--	--	--	--	---

Información y propósito del descuento de escala de tarifas deslizantes:

Promise Healthcare mantiene un procedimiento estándar para los pacientes calificados para descuentos en la escala de tarifas deslizantes para los servicios proporcionados. Los descuentos en la escala de tarifas deslizantes están disponibles para los pacientes con todos los ingresos a o por debajo del 200% de las pautas federales de pobreza. Los descuentos en la escala de tarifas deslizantes aplican a todos los servicios de Promise Healthcare proporcionados directamente, y para todos los servicios en el alcance, proporcionados por acuerdo por proveedores de atención médica no prometedora.

propósito:

Reducir y/o eliminar las barreras financieras para la atención a las poblaciones médicamente desatendidas.

Tabla de ingresos por tarifa móvil 2021 - (Círculo Uno caja)

# de personas en el hogar	Ingresos de los hogares	Escala deslizante A Tarifa nominal* \$10 por visita	Escala deslizante B \$25 por visita	Escala deslizante C \$35 por visita	Escala deslizante D \$45 por visita	Pago 100 % completo
1	anual	\$0.00 - \$12,880.00	\$12,881.00 - \$19,320.00	\$19,321.00 - \$22,540.00	\$22,541.00 - \$25,760.00	\$25,761.00 +
	Por mes	\$0.00 - \$1,073.00	\$1,074.00 - \$1,610.00	\$1,610.00 - \$1,878.00	\$1,879.00 - \$2,147.00	\$2,148.00 +
	Por semana	\$0.00 - \$247.00	\$248.00 - \$371.00	\$372.00 - \$432.00	\$433.00 - \$494.00	\$495.00 +
2	anual	\$0.00 - \$17,420.00	\$17,421.00 - \$26,130.00	\$26,131.00 - \$30,485.00	\$30,486.00 - \$34,840.00	\$34,841.00 +
	Por mes	\$0.00 - \$1,452.00	\$1,453.00 - \$2,177.00	\$2,178.00 - \$2,540.00	\$2,541.00 - \$2,903.00	\$2,904.00 +
	Por semana	\$0.00 - \$334.00	\$335.00 - \$501.00	\$502.00 - \$585.00	\$586.00 - \$668.00	\$669.00 +
3	anual	\$0.00 - \$21,960.00	\$21,961.00 - \$32,940.00	\$32,941.00 - \$38,430.00	\$38,431.00 - \$43,920.00	\$43,921.00 +
	Por mes	\$0.00 - \$1,830.00	\$1,831.00 - \$2,745.00	\$2,746.00 - \$3,203.00	\$3,204.00 - \$3,660.00	\$3,661.00 +
	Por semana	\$0.00 - \$421.00	\$422.00 - \$632.00	\$633.00 - \$737.00	\$738.00 - \$842.00	\$843.00 +
4	anual	\$0.00 - \$26,500.00	\$26,501.00 - \$39,750.00	\$39,751.00 - \$46,375.00	\$46,376.00 - \$53,000.00	\$53,001.00 +
	Por mes	\$0.00 - \$2,208.00	\$2,209.00 - \$3,313.00	\$3,314.00 - \$3,865.00	\$3,866.00 - \$4,417.00	\$4,418.00 +
	Por semana	\$0.00 - \$508.00	\$509.00 - \$762.00	\$763.00 - \$889.00	\$890.00 - \$1,016.00	\$1,017.00 +
5	anual	\$0.00 - \$31,040.00	\$31,041.00 - \$46,560.00	\$46,561.00 - \$54,320.00	\$54,321.00 - \$62,080.00	\$62,081.00 +
	Por mes	\$0.00 - \$2,587.00	\$2,588.00 - \$3,880.00	\$3,881.00 - \$4,527.00	\$4,528.00 - \$5,173.00	\$5,174.00 +
	Por semana	\$0.00 - \$595.00	\$596.00 - \$893.00	\$894.00 - \$1,042.00	\$1,043.00 - \$1,191.00	\$1,192.00 +
6	anual	\$0.00 - \$35,580.00	\$35,581.00 - \$53,370.00	\$53,371.00 - \$62,265.00	\$62,266.00 - \$71,160.00	\$71,161.00 +
	Por mes	\$0.00 - \$2,965.00	\$2,966.00 - \$4,448.00	\$4,449.00 - \$5,189.00	\$5,190.00 - \$5,930.00	\$5,931.00 +
	Por semana	\$0.00 - \$682.00	\$683.00 - \$1,024.00	\$1,025.00 - \$1,194.00	\$1,195.00 - \$1,365.00	\$1,366.00 +
7	anual	\$0.00 - \$40,120.00	\$40,121.00 - \$60,180.00	\$60,181.00 - \$70,210.00	\$70,211.00 - \$80,240.00	\$80,241.00 +
	Por mes	\$0.00 - \$3,343.00	\$3,344.00 - \$5,015.00	\$5,016.00 - \$5,851.00	\$5,852.00 - \$6,687.00	\$6,688.00 +
	Por semana	\$0.00 - \$769.00	\$770.00 - \$1,154.00	\$1,155.00 - \$1,346.00	\$1,347.00 - \$1,539.00	\$1,540.00 +
8	anual	\$0.00 - \$44,660.00	\$44,661.00 - \$66,990.00	\$66,991.00 - \$78,155.00	\$78,156.00 - \$89,320.00	\$89,321.00 +
	Por mes	\$0.00 - \$3,722.00	\$3,723.00 - \$5,583.00	\$5,584.00 - \$6,513.00	\$6,514.00 - \$7,443.00	\$7,444.00 +
	Por semana	\$0.00 - \$856.00	\$857.00 - \$1,285.00	\$1,286.00 - \$1,499.00	\$1,500.00 - \$1,713.00	\$1,714.00 +

Para cada miembro adicional del hogar añadir:

\$4,540.00 a ingresos anuales

\$4,378.33 a ingresos mensuales

\$87.31 a ingresos semanales

La escala de tasas deslizantes se basa en el ingreso bruto total del hogar y el número de personas que residen en el hogar.

Efectivo 03/01/2021

LEA Y FIRME ESTA SECCIÓN

Yo, el paciente o padre/tutor de este paciente, tengo la responsabilidad legal y el derecho a obtener tratamiento y más:

- Entender que este consentimiento es bueno durante un año a partir de la fecha indicada a continuación.
- Permita que el proveedor de atención médica dé el tratamiento necesario. Esta atención puede incluir, pero no se limita a:
- Radiología para diagnosticar un problema
- Tomar muestras de sangre que pueden buscar enfermedades contagiosas como la hepatitis y el VIH/SIDA
- Tomar muestras de fluidos o tejido corporales
- Administrar medicamentos, vacunas y vacunas
- No discutiremos salud mental, discapacidades del desarrollo, abuso de alcohol/drogas, genética o VIH/ETS/SIDA sin un formulario de liberación adicional.
- Permita que mi Proveedor trate en situaciones de emergencia si puede salvar la vida o la salud de mi paciente.
- De acuerdo en que la atención en Promise hace hincapié en la coordinación de la atención y la comunicación en lo que nosotros, como equipo, consideramos mejor para el paciente.
- Entender que tengo derecho a rechazar cualquier tratamiento recomendado con el que no esté de acuerdo
- **Entender que el copago/pago en su totalidad vence en el momento del servicio.**
- Entender Promise acepta Medicare, Medicaid y la mayoría de los principales seguros comerciales.
- Autorizar a Promise Healthcare a liberar a Medicare/Medicaid/seguro, la información médica privada necesaria para procesar las reclamaciones de mi/este paciente.
- Acepte que Promise presentará reclamo y completará los pasos para cobrar el pago del seguro.
- Autorizar el pago de Medicare/Medicaid/Seguro que se pagará directamente a Promise.
- Acepte que si Medicare/Medicaid/seguro paga la reclamación en su totalidad, soy responsable de cualquier saldo **restante**.
- Si el copago del paciente y/o el saldo pendiente no se pueden pagar en el momento del servicio, y la naturaleza de la visita no emergencia según lo determinado por la política de tiraje Promesa, la cita puede ser reprogramada.
- Entender Promesa evaluará una tarifa por cheques devueltos. Después de dos cheques devueltos, efectivo o débito/areta de crédito será el único medio de pago aceptable.
- Acepte llamar al menos 24 horas antes de la cita programada para reprogramar o cancelar. Si las llamadas se realizan en menos de 24 horas, la documentación se realizará dentro del gráfico del paciente.
- Después **de tres NO-SHOWS**, los pacientes serán colocados en un estado de entrada y espera (excepto para citas el mismo día, niños menores de 2 años, y potencialmente un niño menor de 19 años (bajo la discreción del Director Clínico).
- Una copia escrita de la Política de No Show está disponible para todos los pacientes médicos.
- **Para pacientes** pediátricos: Illinois Inmunización Registro (I-CARE): I-CARE, o Illinois Comprehensive Automatas Inmunización Registro Exchange, es una aplicación de intercambio de registros de inmunización basada en la web desarrollada por el Departamento de Salud Pública de Illinois. La aplicación permite a los proveedores de atención médica pública y privada compartir los registros de inmunización de los residentes de Illinois con otros médicos en todo el estado. Si se niega a compartir el historial de inmunización de su hijo con I-CARE, por favor informe a su persona que lo azoca para obtener el formulario de exclusión voluntaria del registro.

Signo (Paciente/Padre/Tutor): _____ **fecha:** _____

Por favor, acepte que ha recibido y leído el Aviso de Prácticas de Privacidad firmando a continuación

Firma del paciente:	fecha:
Nombre de impresión:	Firma del Padre, Tutor o Representante del Paciente (si corresponde):
Por favor, describa su derecho legal a actuar en nombre del paciente:	

Quejas:

Si cree que sus derechos de privacidad han sido violados, puede presentar una queja ante nosotros. Todas las quejas deben ser dadas por escrito en el formulario proporcionado por Promise Healthcare. Para obtener un formulario, comuníquese con el Administrador del Sitio al (217) 356-1558. También puede presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos. *No será sancionado por presentar una queja.*

¿QUIÉN PUEDE TENER SU INFORMACIÓN MÉDICA?

Por favor, rellene este formulario. Nos dirá qué familiares y amigos tienen su permiso para tener su información médica.

Nombre del paciente:	Fecha de nacimiento:
----------------------	----------------------

ACERCA DE ESTE FORMULARIO:

1. Deje que los que se enumeran a continuación tengan información sobre su atención médica de pago
 - Informa a los que se enumeran a continuación o a una organización de ayuda en caso de desastre de su ubicación, salud o muerte

ESTAS PERSONAS PUEDEN TENER MI INFORMACIÓN DE SALUD:

1. nombre:		Relación contigo:	
Teléfono #:	Dirección:		
ciudad:	estado:	Código postal:	
2. nombre:		Relación contigo:	
Teléfono #:	Dirección:		
ciudad:	estado:	Código postal:	
3. nombre:		Relación contigo:	
Teléfono #:	Dirección:		
ciudad:	estado:	Código postal:	

POR FAVOR FIRME AQUÍ:

Al firmar a continuación, permito que Promise Healthcare hable o publique mi información de salud con las personas mencionadas anteriormente.

Marque todo lo que aprueba:

- Toda la información
- Información de facturación Información de citas Resultados del laboratorio Resultados de las pruebas
- Tratamiento(s) Servicios dentales
- Otro: _____

****Tenga en cuenta: No discutiremos la salud mental, las discapacidades del desarrollo, el abuso de alcohol/drogas, la genética o el VIH/SIDA/ETS con un formulario adicional de liberación de signos.**

Firma del paciente/padre/tutor:	Fecha de hoy:
---------------------------------	---------------

Su permiso expira en un año a menos que se cancele por escrito.