

Reconocimiento del Recibo de la Declaración de Prácticas de Privacidad

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Reconozco que he recibido una copia de la Declaración de Prácticas de Privacidad para las oficinas del Centro de Salud Valley View. La Declaración de Prácticas de Privacidad describe los tipos de usos y divulgaciones de mi información de salud protegida que podrían ocurrir en mi tratamiento, pagos por servicios, o en la ejecución de operaciones de atención médica de oficina. La Declaración de Privacidad también describe mis derechos y las responsabilidades y obligaciones de esta oficina en respecto a mi información de salud protegida. La Declaración de Prácticas de Privacidad también está publicada en la instalación.

El Centro de Salud Valley View se reserva el derecho de cambiar las prácticas de privacidad actualmente descritas en la Declaración de las Prácticas de Privacidad. Si las prácticas de privacidad cambian, se me ofrecerá una copia de la declaración de privacidad corregida en el momento de mi primera visita después que las revisiones entren en vigencia. Puedo también obtener una declaración revisada de las prácticas de privacidad solicitando que uno sea enviado a mí o transmitido a mí de otra manera..

Autorizacion De Divulgacion Adicional		
<p>Además de las divulgaciones permitidas mencionadas en la declaración de prácticas de privacidad, por este medio específicamente autorizo la divulgación de mi información de salud protegida a la(s) persona(s) identificada(s) abajo. (Entiendo que la respuesta por omisión es "NO", sino se indica "SI" como respuesta a cada pregunta individual. Información personal protegida (PHI) no pueda compartirse con nadie a menos que de otra manera sea permitido por las reglas de HIPAA.)</p>		
	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Cualquier Miembro de Mi Familia (Hijos/as, Esposo/sa de sus Hijos/as, Padres, Nietos/as) (Nombre y Relación):		

Personas a quien contactar en caso de una emergencia

Nombre: _____ Numero de teléfono: _____ Parentesco: _____

Si llega más de **10 minutos** tarde a su cita, **puede que** le pidan que re programe su cita.
 Por favor provea **por lo menos 24 horas de trabajo de aviso** para cancelar o reprogramar una cita..
 Citas canceladas con menos de 24 horas de aviso se notarán como "cancelación de corto aviso".
 Si tiene **2 citas perdidas/cancelaciones de corto aviso dentro de 6 meses. Puede perder el derecho de programar citas por hasta seis meses.** Aun habrá cuidado disponible para cualquier paciente en estado de Standby. Estado de Standby significa que el paciente debe llegar antes de las 8am y esperar a que haya una cita disponible.

*Niños menores de 18 años deben ser acompañados por un padre/guardián que se quede en la clínica durante la cita. Menores de edad (menos de 18 años) no se pueden dejar en la sala de espera sin un adulto supervisando.

X _____

FIRMA DEL PACIENTE/TUTOR

FECHA

Family Size & Income (Tamaño de Familia e Ingresos)

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____
 El Centro de Salud Valley View recibe fondos en base de la información proporcionada en este formulario.

Por favor escriba el nombre de su esposo/a o pareja y sus dependientes, incluso si no está solicitando el descuento.

Nombre	Parentesco	Tipo de Ingreso	Ingresos Brutos Mensuales
	Yo		
Ingreso Total:			

Nota: Por favor, incluya la documentación de ingresos para cada adulto en el hogar. Se requieren copias de documentos verificando su ingreso antes de que el *descuento* sea aprobado.

Declaraciones de impuestos Los dos últimos talones de pago Otra información de ingresos _____

Si su ingreso es de \$ 0, por favor háganos saber cómo cumple sus necesidades básicas.

Descuento

Es la política del Centro de Salud Valley View proporcionar servicios independientemente de la capacidad de un individuo para pagar. El *descuento* se ofrece en función del tamaño de la familia y los ingresos anuales.

Como cortesía, le cobraremos a su a seguridad basado en la información que usted nos dé. Por favor presente sus tarjetas de a seguridad actuales cuando se registre para su cita.

Si no tiene a seguridad de salud, esperamos que usted pague el balance completo por los servicios que reciba. Pago es requerido en el momento de servicio, incluyendo copagos, deducibles, cuotas de servicio, y/o cualquier servicio que no sea cubierto. Aceptamos efectivo, cheques, tarjetas de débito, y la mayoría de tarjetas de crédito principales. Si usted es incapaz de pagar al momento de servicio, arreglos de pago deben hacerse sin ninguna cuota administrativa adicional.

Si no es capaz de pagar el balance completo en esa fecha, debe contactar a nuestro Especialista en Cuentas de Pacientes al (360) 330-9564 para hablar de otros recursos que posiblemente sean disponibles para usted.

Individuo responsable de pago Igual que el contacto del paciente

Nombre legal (Apellido, 1º, 2º): _____ Fecha de Nacimiento: _____

Parentesco: _____ Número de Seguro Social: _____

Dirección de envió: _____ Número de teléfono: _____

Certifico que la información de tamaño de familia e ingresos proporcionada es correcta. El Centro de Salud Valley View tiene mi permiso para verificar esta información. Este formulario debe ser completado cada 12 meses o si su situación financiera cambia.

Por la presente autorizo el pago directamente a Valley View Health Center por los servicios que recibí. Entiendo que soy financieramente responsable ante Valley View Health Center por los servicios no pagados por la a seguridad u otros pagadores de terceros

Estoy de acuerdo en pagar mi copago en cada visita

X _____
 FIRMA DEL PACIENTE/TUTOR

 FECHA