

| | |
|---|---|
| Fecha de hoy: | ¿Es usted un empleado de BHA? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| BHA After Hours (Proveedor de guardia): (321) 241-6800 | (para evaluar situaciones urgentes, para emergencias llame al 911) |
| ¿Se necesita un traductor de idioma/ASL? Sí Explicar: | |

Información del Paciente

| | | | | |
|--|---|---|---|--|
| Apellido | Inicial | Primer nombre | Fecha de nacimiento | Edad |
| Dirección (calle) | | Ciudad | Estado | Código Postal |
| Teléfono de contacto principal #: | | Contacto alternativo #: <input type="checkbox"/> trabajo <input type="checkbox"/> casa | | |
| Dirección de correo electrónico | | ¿Desea ingresar al portal del paciente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | | Número de seguro social |
| Farmacia preferida: | <input type="checkbox"/> Farmacia BHA Sarno 2120 Sarno Rd., Melbourne, FL 32935 | <input type="checkbox"/> Farmacia BHA Palm Bay 5270 Babcock St. NE, Palm Bay FL, 32905 | | <input type="checkbox"/> Farmacia BHA PSJ 7227 N Highway 1, Ste. 125, Cocoa, FL 32927 |
| | <input type="checkbox"/> Farmacia BHA Barton/Rockledge 220 Barton Blvd., Rockledge, FL 32955 | <input type="checkbox"/> Farmacia BHA Titusville 1537 N. Avenida Singleton, Titusville, FL 32796 | | <input type="checkbox"/> Otro farmacia, nombre y ubicación: |
| Nombre del padre/tutor (solo menores): | Relación: | FND del padre/tutor: | Dirección: <input type="checkbox"/> Igual a la anterior | Número de teléfono |
| Nombre del padre/tutor (solo menores): | Relación: | FND del padre/tutor: | Dirección: <input type="checkbox"/> Igual a la anterior | Número de teléfono |

Información del Seguro Médico

| | | | |
|---|----------------------------|-----------------------------|----------------|
| Persona responsable de la factura | Fecha de nacimiento | Dirección (si es diferente) | Teléfono |
| Relación con el suscriptor: <input type="checkbox"/> El mismo <input type="checkbox"/> cónyuge <input type="checkbox"/> hijo (a) <input type="checkbox"/> hijastro(a) <input type="checkbox"/> otro _____ | | | |
| Seguro principal: | | | |
| Compañía de seguros _____ <input type="checkbox"/> Sin seguro (desea solicitar escala de tarifa móvil) | | | |
| <input type="checkbox"/> Sin seguro (Declina la escala de tarifas móviles) | | | |
| Nombre del suscriptor | ID del suscriptor/Póliza # | Grupo # | FDN suscriptor |
| | | | NSS suscriptor |
| | | | Copago \$ |
| Seguro secundario: | | | |
| Compañía de seguros _____ <input type="checkbox"/> Sin seguro (desea solicitar escala de tarifa móvil) | | | |
| Nombre del suscriptor | ID del suscriptor/Póliza# | Grupo # | FDN suscriptor |
| | | | NSS suscriptor |
| | | | Copago \$ |

Información del Seguro Dental

| | | | | |
|------------------------|----------------------------|---------|----------------|----------------|
| Seguro Dental Primario | | | | |
| Nombre del suscriptor | ID del suscriptor/Póliza # | Grupo # | FDN Suscriptor | NSS suscriptor |

EN CASO DE EMERGENCIA

| | | | |
|-----------------------------|--------------------------|-----------------|-------------------|
| Nombre del amigo o familiar | Relación con el paciente | Número primario | Número secundario |
|-----------------------------|--------------------------|-----------------|-------------------|

Directiva Avanzada del Cuidado Médico

| | | | |
|--|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Tengo un testamento vital | <input type="checkbox"/> Tengo un poder duradero para la salud | <input type="checkbox"/> No tengo testamento vital ni poder duradero | <input type="checkbox"/> Quiero más información sobre un testamento vital |
|--|--|--|---|

La información anterior es verdadera de acuerdo a mi conocimiento. Autorizo la asignación de beneficios para los servicios recibidos para ser pagados directamente a Brevard Health Alliance. Entiendo que soy financieramente responsable de cualquier saldo en adeudo. También autorizo a Brevard Health Alliance o a mi compañía de seguros a divulgar cualquier información necesaria para procesar mis reclamos de seguro.

Firma: _____ Fecha: _____

Información demográfica y de otro tipo para ayudarnos a servirle mejor:

| | | | |
|--|-----------------------------------|--|---|
| Etnicidad | | Educación | |
| <input type="checkbox"/> | Hispano o Latino | <input type="checkbox"/> | Cubana/cubano |
| <input type="checkbox"/> | Mexicana / mexicana americana | <input type="checkbox"/> | Puertorriqueño / Puertorriqueña |
| <input type="checkbox"/> | No Hispano | <input type="checkbox"/> | N/A |
| Raza (marcar todo lo que corresponda) | | Situación de vivienda | |
| <input type="checkbox"/> | Indio americano/ Nativo de Alaska | <input type="checkbox"/> | Nativo hawaiano |
| <input type="checkbox"/> | Indio asiático | <input type="checkbox"/> | Otro asiático |
| <input type="checkbox"/> | Negro/Afroamericano | <input type="checkbox"/> | Otro isleño del Pacífico |
| <input type="checkbox"/> | Chino | <input type="checkbox"/> | Otro (por favor explique) |
| <input type="checkbox"/> | Filipino | <input type="checkbox"/> | Samoano |
| <input type="checkbox"/> | Guameña o Chamorro | <input type="checkbox"/> | Vietnamita |
| <input type="checkbox"/> | Coreano | <input type="checkbox"/> | Blanco |
| <input type="checkbox"/> | Japonés | <input type="checkbox"/> | |
| Idioma principal | | Situación de vivienda | |
| <input type="checkbox"/> | Inglés | <input type="checkbox"/> | Vives con alguien mas? ¿Es temporal/inestable? |
| <input type="checkbox"/> | Español | <input type="checkbox"/> | Compartiendo hogar |
| <input type="checkbox"/> | criollo | <input type="checkbox"/> | Refugio |
| <input type="checkbox"/> | Lenguaje de señas americano (ASL) | <input type="checkbox"/> | Blanco En situación de calle |
| <input type="checkbox"/> | Otros por favor especifique: | <input type="checkbox"/> | Othro |
| Se identifica a sí mismo(a) (No para pacientes pediátricos): | | <input type="checkbox"/> | Vivienda Pública - HUD |
| <input type="checkbox"/> | Heterosexual | <input type="checkbox"/> | Alquiler |
| <input type="checkbox"/> | Lesbiana, gay u homosexual | <input type="checkbox"/> | Transicional |
| <input type="checkbox"/> | Bisexual | <input type="checkbox"/> | Propietario |
| <input type="checkbox"/> | Otra cosa | <input type="checkbox"/> | Otro |
| <input type="checkbox"/> | Otro | ¿Con qué género se identifica en este momento?(No para pacientes pediátricos) | |
| ¿Cuál es su sexo de nacimiento? | | <input type="checkbox"/> | Femenino |
| <input type="checkbox"/> | Femenino | <input type="checkbox"/> | Masculino |
| <input type="checkbox"/> | Masculino | <input type="checkbox"/> | Transgénero masculino de mujer a hombre |
| ¿Entiendo que BHA puede tener estudiantes asignados a mi cuidado? | | <input type="checkbox"/> | Transgénero mujer de hombre a mujer |
| <input type="checkbox"/> | Sí | <input type="checkbox"/> | Género neutral, ni exclusivamente masculino ni femenino |
| <input type="checkbox"/> | No | <input type="checkbox"/> | Otro |
| ¿Entiendo que BHA es mi proveedor médico de principal? | | Situación de empleo | |
| <input type="checkbox"/> | Sí | <input type="checkbox"/> | Tiempo completo/ Tiempo parcial |
| <input type="checkbox"/> | No | <input type="checkbox"/> | Trabajador migrante |
| ¿Es veterano(a)? | | <input type="checkbox"/> | No empleado |
| <input type="checkbox"/> | Sí | <input type="checkbox"/> | Estacional |
| <input type="checkbox"/> | No | Estado civil | |
| ¿Entiendo que BHA es mi proveedor médico de principal? | | <input type="checkbox"/> | Soltero |
| <input type="checkbox"/> | Sí | <input type="checkbox"/> | Casado |
| <input type="checkbox"/> | No | <input type="checkbox"/> | Divorciado |
| ¿Es veterano(a)? | | <input type="checkbox"/> | Viudo |
| <input type="checkbox"/> | Sí | <input type="checkbox"/> | Legalmente separados |
| <input type="checkbox"/> | No | <input type="checkbox"/> | Con pareja |

Toda la información solicitada es solo para propósitos estadísticos

Consentimiento para tratamiento - Consentimiento HIPAA - Otros consentimientos y políticas de BHA

PERSONA(S) QUE PUEDEN ACOMPAÑAR AL MENOR (O ADULTO) Y TOMAR DECISIONES PARA EL TRATAMIENTO MÉDICO / DENTAL / CONDUCTUAL

| | | |
|---------|-----------|-----------|
| Nombre: | Relación: | Teléfono: |
| 1. | | |
| 2. | | |
| 3. | | |

PERSONA(S) QUE PUEDEN OBTENER INFORMACIÓN MÉDICA DE BHA - Consentimiento HIPAA

| | | |
|---------|-----------|-----------|
| Nombre: | Relación: | Teléfono: |
| 1. | | |
| 2. | | |
| 3. | | |

Consentimientos y políticas de BHA

MARQUE CON SUS INICIALES

CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO: Yo, el firmante, doy mi consentimiento para el tratamiento según lo considere necesario mi proveedor de atención médica en BHA. Yo, el firmante, también consiento el tratamiento por parte de los proveedores dentales de BHA.

TODOS LOS CARGOS SON PAGADEROS AL MOMENTO DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS A MENOS QUE SE HAYAN REALIZADO OTROS ARREGLOS ANTES DE LA VISITA. Autorizar a Brevard Health Alliance a divulgar cualquier información médica necesaria para procesar reclamaciones y autorizar el pago de beneficios médicos pagaderos directamente a Brevard Health Alliance. Entiendo que Brevard Health Alliance presentará y completará los pasos necesarios para cobrar el pago de mi seguro. Sin embargo, si mi seguro no responde o el pago no se realiza en un plazo de 90 días, entiendo que es mi responsabilidad pagar por cualquier servicio prestado por Brevard Health Alliance. Entiendo además que Brevard Health Alliance puede no estar contratado con mi plan de seguro y estoy de acuerdo en que soy responsable de los cargos negados por tales razones.

Recibí nuestra política de falta a las citas. Yo, el firmante, reconozco que recibí la Política de "No Show" (Falta a las citas) y haré todo lo posible para faltar a las citas programadas, y notificaré a BHA dentro de las 24 horas anteriores a mi cita programada si no puedo llegar a ella. Si 2 ocurren dos faltas a las citas dentro de un periodo de 6 meses, tendrá que llegar sin cita y esperar su turno. Las citas de dentales y de especialidades BHA tienen diferentes políticas para faltas sin previo aviso, por favor pídale al personal de BHA más información.

CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO DE UN MENOR. Al firmar este consentimiento afirmo que tengo la responsabilidad legal y la autoridad para dirigir el tratamiento médico del paciente mencionado anteriormente, ya sea como padre o tutor legal y voy a mantener indemne a cualquier médico asistente u otra persona o entidad contra cualquier reclamo de que el tratamiento médico proporcionado al paciente anterior no estaba autorizado. Este consentimiento incluye esta y posteriores visitas a este consultorio con el menor. Mi permiso también se extiende a la divulgación de este registro médico a los médicos consultores si alguna vez se requiere para diagnosticar y tratar adecuadamente a este menor.

Autorizo el contacto por teléfono o mensaje de texto o correo electrónico para recordatorios de citas.

Aviso de privacidad. Me han ofrecido una copia de mis derechos a la privacidad de mi información médica protegida.

Consentimiento HIE El Health First Health Information Exchange (HIE) otorga a los médicos que participan en su atención acceso electrónico a sus registros médicos más actualizados. Este consentimiento es para establecer si desea participar en el Health First HIE (en vigor hasta que sea revocado por mí por escrito)
 Participo: No participo:

Derechos y responsabilidades del Paciente

La Carta de Derechos del Paciente se publica en el vestíbulo. Reconozco que puedo recibir una copia de la Carta de Derechos del paciente a petición expresa.

Designación FTCA. Brevard Health Alliance es un centro considerado FTCA. Este centro de salud recibe fondos de HHS y cuenta con el estatus de servicio federal de salud Bajo el estatuto 42 U.S.C. 233(g)-(n). Con respecto a ciertas reclamaciones relacionadas con la salud, incluyendo reclamos por negligencia médica, para sí mismo y sus individuos cubiertos. Comprendo este punto y puedo solicitar información adicional a petición.

Emergencia en horarios no laborales Reconozco que he recibido una copia de las horas de operación para cada clínica y el número de teléfono fuera del horario laboral de The Brevard Health Alliance, Inc. para comunicarme con un proveedor de guardia en una emergencia médica.

Al firmar a continuación y marcar con mis iniciales en las líneas anteriores, he leído y entiendo lo que aquí se indica.

Firma: _____ Fecha: _____

Al firmar a continuación reconozco que soy un empleado de Brevard Health Alliance y he sido testigo y puedo verificar que las firmas/iniciales anteriores son del representante del paciente/paciente.

Firma del testigo: _____ Fecha: _____

Hoja de trabajo de calificación financiera y solicitud para tarifa móvil

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: / /

Teléfono de casa: _____ Teléfono de trabajo: _____

Empleador/Escuela: _____ Ocupación: _____

¿Su empleo es temporal? Sí No

¿Su empleo está relacionado con la agricultura? Sí No

Parte Financieramente Responsable (si no es uno mismo): _____

Fecha de nacimiento: _____ Relación con el paciente: _____

Domicilio: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ C.P.: _____

Teléfono del hogar: _____ Teléfono celular: _____

¿Número de personas en su hogar? _____ (Incluye a todas las personas que declara en sus impuestos)

| Nombre | Edad | Relación |
|--------|-------|----------|
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |

Prueba documentada de ingresos: Mensual actual Total de los últimos 12 meses

| Salarios o autoempleo | | |
|--|--|--|
| Seguridad Social/Asistencia Pública | | |
| Desempleo/Compensación al trabajador | | |
| Pensión alimenticia/manutención de niños | | |
| Pensiones/Ingresos por jubilación | | |
| Ingresos por discapacidad | | |
| Cualquier otro ingreso | | |
| Total de ingreso bruto anual: | | |

Declaro bajo pena de perjurio, bajo las leyes del Estado de Florida, que todas las declaraciones contenidas en esta solicitud y documentos adjuntos son verdaderas y correctas, con pleno conocimiento de que todas las declaraciones hechas en esta solicitud están sujetas a investigación y que cualquier respuesta falsa o deshonestas a cualquier pregunta puede ser motivo de negación de la solicitud.

He leído la solicitud de tarifa móvil y entiendo que el pago debe llevarse a cabo al momento de prestación de los servicios. Si no se le proporciona la documentación de verificación de ingresos a BHA dentro de los 30 días a partir de esta solicitud, la solicitud perderá su vigencia y usted deberá volver a llevar a cabo la solicitud. Gracias de antemano por su cooperación.

Sin prueba y la enviaré en <30 días - ingresos auto declarados: \$ _____

Firma: _____ Fecha: _____

Solo para uso de la oficina:
 Califica para tarifa móvil (círculo uno): A B C D E F (Sin descuento/cuota completa Fecha de determinación no legible: _____)

Firma de la persona que toma la determinación de elegibilidad:

La escala de tarifa móvil se basa en las Pautas de Pobreza de HHS 2023

| Descripción del servicio | Escala A sin techo | Escala A 100% o menos | Escala B 101%-125% | Escala C 126%-150% | Escala D 151%-175% | Escala E 176%-200% | Escala F 201% + |
|--|-----------------------|--------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|--------------------|
| Servicios médicos | \$0 | \$10 | \$15 | \$25 | \$35 | \$50 | Tarifa completa |
| Servicios de psicología | \$0 | \$10 | \$15 | \$25 | \$35 | \$50 | Tarifa completa |
| Obstetra | \$0 | \$10 | \$15 | \$25 | \$35 | \$50 | Tarifa completa |
| Servicios dentales | \$10 | \$20 | \$30 | \$40 | \$50 | \$60 | Tarifa completa |
| Servicios de Psiquiatría | \$0 | \$20 | \$30 | \$40 | \$50 | \$60 | Tarifa completa |
| Farmacia (Costo de los Medicamentos + entrega) | COM + \$5 | COM + \$5 | COM + \$6 | COM + \$7 | COM + \$8 | COM + \$9 | Tarifa completa |

Información de tarifas móviles

Gracias por seleccionar Brevard Health Alliance. Parte de nuestra misión para BHA es proporcionar servicios de calidad a usted y a su familia. Al hacerlo, BHA ofrece una escala de tarifas móvil para los pacientes y miembros de sus familias (como se define a continuación) que caen por debajo del 200% de las pautas de pobreza establecidas por el Gobierno Federal. Los niveles de ingresos se basan en los ingresos totales "familiares", la familia se define a continuación.

El monto del descuento y los rangos de ingresos para esos descuentos son fijados por la Junta Directiva de BHA y aprobados por el Gobierno Federal. Las pautas de ingresos se revisan anualmente. Los descuentos actuales y las pautas de ingresos están disponibles en Brevard Health Alliance.

La aplicación de tarifa móvil cubrirá todos los servicios médicos, conductuales, farmacéuticos, obstetras y dentales médicamente necesarios. Los costos de procedimientos, laboratorios, pruebas y visitas al proveedor que se consideren médicamente necesarios, realizados dentro de una clínica BHA calificarán para el descuento de tarifa móvil. Los costos de los procedimientos, laboratorios, pruebas y visitas de proveedores que se consideren opcionales, cosméticos o experimentales serán responsabilidad del paciente que solicite los servicios al 100% de la tarifa regular cobrada. Incluso si los servicios son ordenados por un proveedor, no significa que sean médicamente necesarios.

Definiciones

Familia- Una familia se refiere a aquellas personas dentro del mismo hogar (incluidos los dependientes/pareja) que están solicitando el descuento por tarifa móvil utilizando sus ingresos combinados. Individuo-Una persona de 18 años o más que tiene ingresos verificables usando la siguiente lista (*).

Verificación de ingresos

Los ingresos se verifican una vez al año. Si un paciente tiene un cambio en sus ingresos, es su responsabilidad notificar a BHA de dicho cambio. BHA se reserva el derecho de verificar los ingresos con el empleador en cualquier momento. (*) Los pacientes están obligados a proporcionar al menos dos de los siguientes ítems como verificación de ingresos.

1. Declaración de impuestos del año anterior
2. Formulario(s) W-2 del año anterior
3. Talones de pago actuales (últimas 4 semanas, si es posible)
4. Notificación de despido del último empleador
5. Información actual de la oficina de desempleo
6. Solicitud de negación de Medicaid
7. Talones de pago del desempleo (últimos 4, si es posible)

Si no fue obligado a presentar la declaración de impuestos de años anteriores o recibe cualquiera de los siguientes tipos de ingresos, se debe presentar documentación que muestre los montos recibidos por cada uno de los miembros del hogar.

1. Manutención de niños
2. Asistencia social
3. Seguridad Social
4. Desempleo
5. Ingresos por autoempleo
6. Pensión alimenticia
7. Ingresos por jubilación
8. Compensación de trabajadores
9. Ingresos por discapacidad
10. Cualquier otro ingreso

Tarifas elegibles

Los servicios médicos, de salud conductual, farmacéuticos, obstetras y dentales que se proporcionan en BHA son elegibles para los descuentos de tarifas móviles. Los deducibles y copagos pueden ser elegibles para descuentos de tarifas móviles.

Cargo mínimo

Hay un cargo mínimo médico, de salud mental, farmacia, obstetra y dental para todas las visitas de tarifas móviles, según lo aprobado por la Junta Directiva de BHA. El cargo mínimo debe pagarse en el momento del servicio, independientemente de la cobertura del seguro.

Información adicional

El pago se requiere al momento de prestación de los servicios. Es importante completar esta solicitud a tiempo.

Su solicitud para el descuento de tarifa móvil no se aprobará hasta que se reciba la documentación completa. Hasta que no reciba la aprobación para un descuento de tarifa móvil, usted será responsable de los cargos totales asociados con los servicios que recibe de BHA a menos que cualquier cantidad esté cubierta por otros servicios de terceros. Si tiene alguna pregunta, el personal de BHA le ayudará. ¡Gracias!

* Tenga en cuenta que a todos los pacientes, independientemente de las solicitudes de tarifas móviles, se les pide que completen la información de ingresos, ya que es necesario para continuar con el financiamiento de la clínica; los pacientes que desean una tarifa móvil deben llenar el formulario en la página 4, junto con la información de ingresos.
¡Gracias por su ayuda!