



INFORMACIÓN DEL SEGURO MÉDICO – USO EXCLUSIVO PARA PERSONAL DE OFICINA

- Medicaid
- NV Check-up
- Sin seguro médico
- NO envíe estados de cuenta a mi dirección registrada

Nombre de seguro médico privado: _____

Numero de Seguro: _____

Numero de grupo: _____

Nombre de la persona primaria: _____

Fecha de nacimiento: _____

Relación al paciente: _____

Sexo: M F X

Por la presente autorizo a Carson City Health and Human Services (CCHHS) a solicitar en mi nombre los servicios cubiertos prestados. Entiendo que si el titular de la póliza no es yo, una posible divulgación de información médica confidencial puede estar relacionada con el reclamo al titular de la póliza. Autorizo que el pago se realice directamente a CCHHS por los servicios cubiertos prestados. Certifico que la información que he informado con respecto a mi cobertura de seguro es correcta y además autorizo a CCHHS a divulgar cualquier información necesaria, incluida información médica, para procesar este reclamo o cualquier reclamo relacionado. Puedo revocar esta autorización en cualquier momento por escrito.

Firma: _____ **Fecha:** _____

18 AÑOS DE EDAD O MENOR

- Me gustaría que mis padres participaran en mi decisión de planificación familiar.
- No contactes a mis padres.
- Necesito ayuda para decirle a mis padres. NO está bien que me envíen los extractos del seguro a mi casa.

Firma: _____ **Fecha:** _____

Su atención médica aquí es voluntaria y confidencial. No se divulgará ninguna información sobre usted sin su permiso por escrito, excepto según lo exija la ley o para brindarle servicios de conformidad con los estándares federales de privacidad y seguridad. Copias del Aviso de prácticas de privacidad de Carson City Health and Human Services (CCHHS) están disponibles para su revisión en la sala de espera o previa solicitud.



POLIZA DE PAGO PARA SERVICIOS / INFORMACIÓN DE COMPROBANTE DE INGRESOS

RESPONSABILIDAD DEL PACIENTE

Es responsabilidad del paciente saber qué cubre y qué no cubre su seguro médico. Además, es responsabilidad del paciente verificar si la clínica tiene contrato con su plan. Puedes obtener más información sobre tu seguro médico llamando al número de teléfono que esta en tu tarjeta o a través del departamento de recursos humanos de tu lugar de trabajo.

POLÍTICA DE PAGO

Para los pacientes asegurados, el paciente es responsable de pagar cualquier copago o deducible al momento del servicio. CCHHS puede aceptar efectivo, cheques, Mastercard y VISA. Tenga en cuenta que CCHHS no enviará estados de cuenta para saldos inferiores a \$18,99; sin embargo, cualquier saldo no pagado sigue siendo responsabilidad del paciente.

FACTURACIÓN DE SEGUROS

Como cortesía, facturaremos a las compañías de seguros contratadas seleccionadas. Si no hemos tenido noticias de la compañía de seguros dentro de los 60 días, el saldo pasa a ser responsabilidad del paciente según el nivel asignado al momento del registro. Tenga en cuenta que para facturar al seguro, requerimos toda la información necesaria sobre el paciente asegurado.

INFORMACIÓN DE COMPROBANTE DE INGRESOS

TENGA EN CUENTA: Los pacientes con y sin seguro deben completar la información del comprobante de ingresos. Incluso con seguro, es posible que usted sea responsable de una parte de su visita. Al completar la información de ingresos, puede ser elegible para recibir un descuento en los servicios que recibe hoy durante su visita. Esto incluye cualquier saldo no cubierto por el seguro, cuando corresponda.

Empleo Fuente de ingreso bruto \$ _____ Semanal Quincenal Mensual Anual Otra

fuelle de ingresos \$ _____

¿A cuántas personas apoya en su hogar inmediato? _____

FOR OFFICE USE ONLY	
Source of Verification:	
By: _____	Tier: _____

Verifico que he leído y comprendido la Política de pago de práctica anterior y acepto los términos y condiciones.

Firma: _____ Fecha: _____

RECONOCIMIENTO DE RECIBO DEL AVISO

Yo, _____ (nombre del paciente en letra de imprenta) por la presente reconozco que conozco las prácticas de privacidad de los servicios humanos y de salud de Carson City. Soy consciente de que hay copias disponibles para revisión en la sala de espera o previa solicitud.

O

- Me gustaría recibir una copia del Aviso de prácticas de privacidad de CCHHS.
- Me niego a recibir una copia del Aviso de prácticas de privacidad de CCHHS.

Firma: _____ Fecha: _____

FOR OFFICE USE ONLY

If Acknowledgement refused Describe effort to obtain signature: _____

State reason for refusal: _____

Staff Signature _____ Date _____



CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EXAMEN Y TRATAMIENTO

Iniciales Debido a la naturaleza y sensibilidad de ciertas visitas y la información discutida con los proveedores de atención médica de CCHHS, yo Reconozco que CCHHS no divulgará ninguna información de salud del paciente (PHI) sin mi consentimiento por escrito, a menos que esté relacionada con la continuidad de la atención o información específica de facturación. Completaré una Divulgación de información si solicito información específica información que será revelada a mí o a la parte designada.

Iniciales El personal de CCHHS es un informante obligatorio de acuerdo con los estatutos del estado de Nevada para incidentes que incluyen, entre otros, seducción sexual reglamentaria, abuso y negligencia infantil, lascivia o relaciones sexuales con un niño menor de 14 años y otros incidentes reportables según lo definido por los Estatutos Revisados de Nevada aplicables. El personal también está obligado a informar ciertos enfermedades transmisibles cuando corresponda.

Iniciales Tengo derecho a saber todo sobre mi atención y me alientan a hacer preguntas. Por la presente solicito y autorizo voluntariamente el examen y tratamiento médico por parte del personal clínico de la Clínica de Salud y Servicios Humanos de Carson City. Estos pueden incluir:

Examen físico

Control de peso y presión arterial
menores Examen de cabeza, cuello, pulmones, corazón,
senos, abdomen, pelvis, recto,
brazos y piernas

Pruebas de laboratorio

Orina
Fluidos vaginales
Análisis de sangre
Pruebas de Papanicolaou
transmisibles,
VIH

Tratamiento

Tratamiento oral y tópico de
condiciones ginecológicas
Salud y condiciones de la piel
Ciertas enfermedades
incluidas las infección sexual y

PLANIFICACIÓN FAMILIAR

Iniciales He elegido voluntariamente recibir atención médica en CCHHS. Soy consciente de que no me obligarán a recibir servicios ni a utilizar ningún método anticonceptivo en particular. Entiendo que la aceptación de servicios de planificación familiar no es necesaria para poder participar en otros programas o recibir otros servicios ofrecidos en CCHHS.

Iniciales Tengo derecho a elegir mi propio método anticonceptivo con la opinión de mi proveedor en relación con posibles problemas de salud o efectos secundarios que puedan afectar mi salud. También puedo rechazar cualquier método anticonceptivo o cualquier otro servicio ofrecido por esta clínica.

MINOR

Iniciales Soy consciente de que todos los registros de menores se conservarán durante un mínimo de 5 años después de que la persona cumpla 18 años (NRS 629.051).

Iniciales De acuerdo con NRS 129.030 (3), entiendo la naturaleza y el examen o los servicios propuestos y el resultado probable, y solicito voluntariamente el examen o los servicios propuestos.

Iniciales Al recibir un examen o servicios, los padres, tutores legales o custodios no son responsables del pago de ese examen o servicios a menos que hayan otorgado su consentimiento para el examen o servicios propuestos (NRS 129.030 (7)). Entiendo que al solicitar el examen o los servicios propuestos, soy responsable del pago de la escala móvil por el examen solicitado o servicios recibidos durante mi visita.

Iniciales Si bien no es necesario para el tratamiento, CCHHS alienta a los padres, tutores legales o custodios a participar en las decisiones de planificación familiar para menores. Reconozco que puedo solicitar ayuda para notificar o involucrar a mis padres, tutor legal o custodio durante mi visita, si es necesario.

He leído (o me han leído) la información anterior, la entiendo y he dado mi permiso para el examen, tratamiento y atención por parte del personal de CCHHS.

Firma: _____ **Fecha:** _____