



RURAL HEALTH, Inc.
We specialize in you

Información Del Paciente

Proporcione una licencia de conducir o una tarjeta de identificación con foto, junto con
Tarjetas de seguro actuales y cualquier copago adeudado al momento del servicio

Apellido: _____ Nombre: _____

Primer nombre utilizado: _____ Segundo nombre, sufijo _____

Nombre anterior último _____

Género: () Masculino () Hembra Fecha de nacimiento: ____/____/____

Número de seguridad social: _____

Nombre de soltera de la madre _____

Correo electrónico: _____ @ _____

Acceso al Portal del Paciente: [] Si [] No

Dirección del paciente : _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Número de licencia de conducir: _____

Estado _____ Vencimiento Fecha _____

Teléfono del paciente: Casa () _____ - _____ Celular () _____ - _____

Trabajo () _____ - _____

Consentimiento al texto [] Si [] No

Preferencia de contacto: [] Casa [] Trabajo [] Celular [] Correo [] Portal

Farmacia: _____ Dirección: _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Número de Farmacia: () _____ - _____

Nombre del paciente:_____ Fecha de nacimiento:_____

*Solo para fines de recopilación de datos; Rural Health, Inc. debe informar los siguientes datos para todos los pacientes. Rural Health, Inc. informa esta información de forma **anónima** y la información que proporcione no afectará el monto de su pago.*

Idioma Hablado (marque todos los que apliquen)

Inglés Español Otro_____ Rechazado para revelar

Se necesita intérprete ¿Necesitas un intérprete? Si No

Carrera asiático indio americano Negro / afroamericano Nativo-hawaiano Blanco
 Más de una raza Otro Isleño Pasifico Otro por favor especifique _____
 Rechazado para revelar

Etnicidad Hispano o latino No hispana o latina/latino, Rechazado para revelar

Estado civil Desconocido Casado Soltero Divorciado Apartado Viudo
 Compañero

Orientacion sexual Lesbiana, gay u homosexual, Heterosexual o heterosexual no lo sé
 Bisexual, Algo más, por favor describa _____, Elige no revelar

Identidad de género: Identificar como hombre Identificar como mujer
 Elija no revelar Transgénero Hombre / Mujer a Hombre
 Transgénero mujer / hombre a mujer
 Género no conforme (o exclusivamente masculino o femenino)
 Categoría de género adicional / otro / por favor especifique

Sexo asignado al nacer: Masculino Hembra Elige no revelar Desconocido

Pronombres: él/él ella/ella ellos/ellos

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Confinado en casa:

Si No

En casa se define como; que necesita ayuda de otra persona o equipo médico como muletas, un andador o una silla de ruedas para abandonar su hogar, o su médico cree que su salud o enfermedad podrían empeorar si se va de su hogar.

Trabajador Agrícola

Si No, El paciente rechazó * Estado migrante / estacional

Migrante (*una persona / dependiente cuyo principal empleo ha sido en la agricultura en los últimos 24 meses y ha tenido que establecer un hogar temporal para el propósito de tal empleo*)

Estacional (*Una persona dependiente cuyo principal empleo ha sido en la agricultura sobre una base estacional y no ha tenido que establecer un hogar temporal para el propósito de tal empleo*)

Sin hogar:

Si No Paciente rechazado Duplicando la vivienda

Refugio para los indigentes Calle Transicional Otro Desconocido

Estatus de Veterano:

Si No Rechazado para revelar

Estado de la vivienda:

Vivienda pública No en Vivienda Pública Rechazado para revelar

¿Como supiste de nosotros?

Publicidad Médico de Atención Primaria Médico Especialista

Boca a boca Paciente en la práctica Hospital Compañía de seguros

Paciente existente

Other, por favor especifique _____

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Informacion Del Empleador

Empleador del paciente _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Número de teléfono: _____ Ocupación: _____

Estado de Empleo: Tiempo completo Medio tiempo Retirado Estudiante Otro

Información de Contacto en caso de Emergencia

Nombre: _____

Relación con el paciente: _____

Número de contacto de emergencia: () _____ - _____

Pariente más cercano

Nombre: _____ Relación: _____ Teléfono de casa: () _____ - _____

Guardián

Apellido _____

Nombre de pila: _____ Segundo nombre, sufijo: _____

INFORMACIÓN DEL PARTE RESPONSABLE *Persona a ser facturada, si no es el paciente (Garante)*

RELACIÓN CON EL PACIENTE Auto (pase a la siguiente sección) Esposo/a Padre Otro

Apellido: _____ Nombre de pila: _____

SSN#: _____ - _____ - _____ Fecha de nacimiento: ___/___/___ Género: Hombre Mujer

Dirección (si es diferente de arriba): _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono de casa: () _____ - _____ Teléfono móvil: () _____ - _____

Empleador: _____ Dirección del empleado _____

_____ Ciudad: _____ Estado _____

Código postal: _____ Teléfono del empleador: () _____ - _____

MÉDICO * INFORMACIÓN DEL SEGURO

Sin Seguro Seguro médico del estado Seguro de salud de Medicare Otros (Empleador \ Privado \ Comercial)
 Programa de tasa de descuento

❖ **SEGURO PRIMARIO**

Relación del paciente con el tomador del seguro Yo Esposo/a Niño Otro_____

Nombre del plan:_____ Número de póliza: _____

Número de grupo:_____ Nombre del titular de la póliza:_____

Titular de la póliza SSN # :_____-_____-_____ Fecha de nacimiento:___/___/_____

Fecha de vigencia (si se conoce):_____ Cantidad de copago \$_____

Empleador:_____ teléfono: ()_____ -_____

Dirección del empleado _____ Ciudad:_____ Estado:___ Zip:_____

❖ **SEGURO SECUNDARIO** Sin Seguro Seguro médico del estado Seguro de salud de Medicare
 Otros (Empleador \ Privado \ Comercial)

Relación del paciente con el tomador del seguro Yo Esposo/a Niño Otro_____

Nombre del plan:_____ Número de póliza: _____

Número de grupo:_____ Nombre del titular de la póliza:_____

Titular de la póliza SSN # :_____-_____-_____ Fecha de nacimiento:___/___/_____

Empleador:_____ teléfono: ()_____ -_____

DENTAL * INFORMACIÓN DE SEGURO

No Insurance Medicaid/Illinois/MCO Medicare Other (Private/Commercial) Slide Fee Program

❖ **SEGURO PRIMARIO**

Relación del paciente con el tomador del seguro Yo Esposo/a Niño Otro_____

Nombre del plan:_____ Número de póliza: _____

Número de grupo:_____ Nombre del titular de la póliza:_____

Titular de la póliza SSN # :_____-_____-_____ Fecha de nacimiento:___/___/_____

Fecha de vigencia (si se conoce):_____ Cantidad de copago \$_____

Empleador:_____ teléfono: ()_____ -_____

Dirección del empleado _____ Ciudad:_____ Estado:___ Zip:_____

❖ **SEGURO SECUNDARIO** Sin Seguro Seguro médico del estado Seguro de salud de Medicare
 Otros (Empleador \ Privado \ Comercial)

Relación del paciente con el tomador del seguro Yo Esposo/a Niño Otro_____

Nombre del plan:_____ Número de póliza: _____

Número de grupo:_____ Nombre del titular de la póliza:_____

Titular de la póliza SSN # :_____-_____-_____ Fecha de nacimiento:___/___/_____

Empleador:_____ teléfono: ()_____ -_____

INFORMACIÓN SOBRE INGRESOS

Indique los ingresos de su hogar en una de las siguientes categorías

[] Declinación para proveer ingreso familiar

Semanal \$ _____ Mensual \$ _____ Anual/Anual \$ _____

Información sobre Ingresos - requerido por el gobierno federal

Cuántos miembros de la familia viven en su hogar? _____

Por favor cuéntenos sobre sus ingresos familiares. Encuentre el tamaño de su familia en la columna de la izquierda, luego vaya a través de esa misma línea y haga un círculo alrededor de su ingreso familiar anual

Tamaño de la familia	Nivel A <100% de Nivel De Pobreza 1-100%	Nivel B1 <125% of Nivel De Pobreza 101-125%	Nivel B2 <150% of Nivel De Pobreza 126 to 150%	Nivel B3 <175% of Nivel De Pobreza 151 to 175%	Nivel B4 <200% of Nivel De Pobreza 176 to 200%	Nivel C >200% of Nivel De Pobreza 200% y más
1	\$0 to \$12,880	\$12,880.01 to \$16,100.00	\$16,100.01 to \$19,320.00	\$19,320.01 to \$22,540.00	\$22,540.01 to \$25,760.00	\$25,760.01 y más
2	\$0 to \$17,420	\$17,420.01 to \$21,775.00	\$21,775.01 to \$26,130.00	\$26,130.01 to \$30,485.00	\$30,485.01 to \$34,840.00	\$34,840.01 y más
3	\$0 to \$21,960	\$21,960.01 to \$27,450.00	\$27,450.01 to \$32,940.00	\$32,940.01 to \$38,430.00	\$38,430.01 to \$43,920.00	\$43,920.01 y más
4	\$0 to \$26,500	\$26,500.01 to \$33,125.00	\$33,125.01 to \$39,750.00	\$39,750.01 to \$46,375.00	\$46,375.01 to \$53,000.00	\$53,000.01 y más
5	\$0 to \$31,040	\$31,040.01 to \$38,800.00	\$38,800.01 to \$46,560.00	\$46,560.01 to \$54,320.00	\$54,320.01 to \$62,080.00	\$62,080.01 y más
6	\$0 to \$35,580	\$35,580.01 to \$44,475.00	\$44,475.01 to \$53,370.00	\$53,370.01 to \$62,265.00	\$62,265.01 to \$71,160.00	\$71,160.01 y más
7	\$0 to \$40,120	\$40,120.01 to \$50,150.00	\$50,150.01 to \$60,180.00	\$60,180.01 to \$70,210.00	\$70,210.01 to \$80,240.00	\$80,240.01 y más
8	\$0 to \$44,660	\$44,660.01 to \$55,825.00	\$55,825.01 to \$66,990.00	\$66,990.01 to \$78,155.00	\$78,155.01 to \$89,320.00	\$89,320.01 y más

Para un tamaño de familia mayor de 8, para cada miembro adicional de la familia, añada lo siguiente al límite superior

9+	\$4,540.00	\$4,540.01 - \$5,675.00	\$5,675.01 - \$6,810.00	\$6,810.01 - \$7,945.00	\$7,945.01 - \$9,080.00	\$9,080.01 and over
----	------------	-------------------------	-------------------------	-------------------------	-------------------------	---------------------

Si marcó un rango de ingresos en Nivel C, le agradecemos que se haya tomado el tiempo para completar este formulario. Por favor, dé este formulario a la recepcionista.

Si marcó un rango de ingresos en la Nivel A, Nivel B1, Nivel B2, Nivel B3, Nivel B4 puede calificar para servicios médicos y dentales con descuento

• Firma:

Uso interno: * Representante de servicio al paciente: si el ingreso de un paciente califica para A, B1, B2, B3 o B4, proporcione al paciente una solicitud de tarifa de desluzamiento.

SÓLO USO DE OFICINA

Calificar para los descuentos de tarifa desluzante? [] SI [] NO
 [] <100% [] <125% [] <150% [] <175% [] <200%

_____(Por favor, inicial) Por la presente autorizo la divulgación de mi información médica necesaria para procesar las reclamaciones por los servicios prestados por Rural Health, Inc. y / o la divulgación de la información médica necesaria para la aplicación de la cobertura de seguro. Una copia de este comunicado será tan válida como el original. Autorizo además el pago de tales servicios prestados para ser hechos directamente a Rural Health, Inc. Entiendo que soy responsable de cualquier cantidad no cubierta por el seguro.

_____(Por favor inicial) He recibido una copia de la Notificación de Prácticas de Privacidad de Rural Health, Inc. y Política de No Show

_____(Por favor inicial) Por este medio consiento voluntariamente el tratamiento, las pruebas, y los servicios Permiso que Rural Health, Inc. y sus empleados y otras personas involucradas en mi cuidado me traten de maneras que juzgan ser beneficioso para mí. Entiendo que tengo el derecho de hacer preguntas y recibir información sobre mi cuidado y tratamiento. Entiendo que tengo el derecho de retirar mi consentimiento para el tratamiento o las pruebas. Consiento en exámenes, pruebas diagnósticas, análisis de sangre (incluyendo exámenes de sangre para cualquier enfermedad contagiosa como hepatitis y VIH / SIDA cuando el personal de salud ha estado expuesto a mi sangre y / o fluidos corporales), medicamentos, cuidado de enfermería y otros servicios o Tratamiento prestado por mi proveedor u otro personal de Rural Health, Inc. bajo los órdenes o la dirección de este proveedor.

Firma del Paciente o Guardián (firme)

Fecha

RHI Personnel Signature

Fecha

Nombre del paciente:

Fecha de nacimiento:

**ACUERDO FINANCIERO Y DE SEGURO DEL PACIENTE
POR FAVOR LEA DETENIDAMENTE Y FIRME A CONTINUACIÓN**

En consideración a recibir los servicios de Rural Health, Inc, usted acepta:

1. Todos los servicios se proporcionan a usted con el entendimiento de que usted es responsable de los cargos, independientemente de su cobertura de seguro. Si desea conocer la carga de un servicio, pregunte antes del tratamiento. Tenga en cuenta que no todos los servicios son un beneficio cubierto con diferentes compañías de seguros. Usted es responsable de saber qué servicios están o no están cubiertos. **CONOZCA SUS BENEFICIOS.**
2. En el momento del check-in, recogeremos su copago, deducible y pago por los servicios no cubiertos, así como la porción del paciente según lo determinado por el seguro o la escala de honorarios. Aceptamos efectivo, cheque y tarjeta de crédito de Master Card, Visa y Discover.
3. Su póliza de seguro es un contrato entre usted, su empleador y la compañía de seguros. No somos parte de ese contrato. Es responsabilidad del paciente informar inmediatamente a nuestra oficina de la cobertura del seguro o cambios en la compañía de seguros.
4. Usted es responsable de saber si se requiere una referencia. Asegúrese de saber qué proveedores hay en su plan, qué servicios están cubiertos y qué servicios auxiliares debe utilizar. (Como laboratorios, hospitales, etc.) Si podemos ser de ayuda, por favor háganoslo saber.
5. Vamos a facturar a su compañía de seguros como una cortesía, pero usted sigue siendo en última instancia responsable del pago de todos los servicios que recibe. Si su compañía de seguros no responde dentro de 30 días, haremos un seguimiento con una investigación en su nombre. Sin embargo, si su seguro no responde dentro de los 60 días de la presentación de la reclamación, se le enviará una declaración. Debe llamar a su compañía de seguros para preguntar por qué la reclamación no se paga. Nuestra oficina le ayudará sólo después de haber contactado a su compañía de seguros.
6. Si su reclamo médico no ha sido pagado y su compañía de seguros no ha resuelto su disputa, puede registrar una queja con el Departamento de Comercio y Seguros de Illinois. Nuestra oficina hará todo lo posible para ayudarle; Sin embargo, debe entender que no puede retrasar el pago mientras espera el resultado de su queja
7. Cualquier cargo no pagado de más de 90 días de edad se enviará a una agencia de recaudación externa con una tarifa de agencia adicional. Usted es responsable de los honorarios de cobranza, los honorarios legales o los costos judiciales incurridos en el proceso de cobro. Esta agencia reportará su falta de pago a las TRES (3) agencias nacionales de informes de crédito.
8. Los cheques devueltos están sujetos a una tarifa de cheque de devolución de \$ 25.00.

Entendemos que los problemas financieros temporales pueden afectar el pago puntual. Le animamos a que comunique dichos problemas para que podamos ayudarle en la administración de su cuenta.

Autorizo a Rural Health Inc., para que me examine, me evalúe y me trate, y / o a mi hijo (a), o al pupilo. Autorizo al RHI a liberar toda la información clínica necesaria para presentar mis reclamaciones de seguro a mis compañías de seguros. También solicito que mis compañías de seguros paguen beneficios directamente al RHI por servicios prestados. Entiendo que el RHI reembolsará cualquier sobrepago en mi cuenta, de manera oportuna.

Su firma a continuación forma un acuerdo vinculante entre el RHI (el proveedor del servicio) y el Paciente que está recibiendo servicios o la Parte Responsable para pacientes menores (aquellos pacientes menores de 18 años). Responsable es la persona que es financieramente responsable del pago de cualquier cargo

Nombre del paciente (escriba su nombre por favor)

Firma del Paciente o Guardián (firme su nombre)

Fecha

RHI Staff Signature

Date