



**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 : \_\_\_\_\_

la dirección postal \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

Número de licencia de conducir: \_\_\_\_\_

Estado \_\_\_\_\_ Vencimiento Fecha \_\_\_\_\_

Telefono 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 Pasífico  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

**Orientación 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 \$14,580	\$14,580.01 to \$18,225.00	\$18,225.01 to \$21,870.00	\$21,870.01 to \$25,515.00	\$25,515.01 to \$29,160.00	\$29,160.01 y más
2	\$0 to \$19,720	\$19,720.01 to \$24,650.00	\$24,650.01 to \$29,580.00	\$29,580.01 to \$34,510.00	\$34,510.01 to \$39,440.00	\$39,440.01 y más
3	\$0 to \$24,860	\$24,860.01 to \$31,075.00	\$31,075.01 to \$37,290.00	\$37,290.01 to \$43,505.00	\$43,505.01 to \$49,720.00	\$49,720.01 y más
4	\$0 to \$30,000	\$30,000.01 to \$37,500.00	\$37,500.01 to \$45,000.00	\$45,000.01 to \$52,500.00	\$52,500.01 to \$60,000.00	\$60,000.01 y más
5	\$0 to \$35,140	\$35,140.01 to \$43,925.00	\$43,925.01 to \$52,710.00	\$52,710.01 to \$61,495.00	\$61,495.01 to \$70,280.00	\$70,280.01 y más
6	\$0 to \$40,280	\$40,280.01 to \$50,350.00	\$50,350.01 to \$60,420.00	\$60,420.01 to \$70,490.00	\$70,490.01 to \$80,560.00	\$80,560.01 y más
7	\$0 to \$45,420	\$45,420.01 to \$56,775.00	\$56,775.01 to \$68,130.00	\$68,130.01 to \$79,485.00	\$79,485.01 to \$90,840.00	\$90,840.01 y más
8	\$0 to \$50,560	\$50,560.01 to \$63,200.00	\$63,200.01 to \$75,840.00	\$75,840.01 to \$88,480.00	\$88,480.01 to \$101,120.00	\$101,120.01 y más

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

9+	\$5,140.00	\$5,140.01 to \$6,425.00	\$6,425.01- \$7,710.00	\$7,710.01 - \$8,995.00	\$8,995.01 - \$10,280.00	\$10,280.01 y más
----	------------	--------------------------	------------------------	-------------------------	--------------------------	-------------------

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 desilzamiento.**

### SÓLO USO DE OFICINA

Calificar para los descuentos de tarifa deslizando? [ ] 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 Permito 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**