



REQUISITOS DE ADMISIÓN & DIRECCIONES PARA LA APLICACIÓN REQUISITOS DE ADMISIÓN:

- El paciente debe ser un adulto sin seguro y residente del condado de Rowan.
- El paciente no puede tener más del 300% del nivel federal de pobreza(actualmente \$40,770 por individual y \$83,250 para una familia de cuatro personas).**Los ingresos del hogar se refiere a los ingresos brutos combinados de todos los miembros del hogar ,definido como grupo de personas que viven juntos ,que son de 15 años de edad o mayores..**

DIRECCIONES PARA LA APLICACIÓN:

- Completar la Aplicación Para los Servicios y el Formulario de Historial de Salud del Paciente.Si usted es trabajador independiente, debe también completar el Formulario de Declaración de ingresos de trabajador independiente.Estas formas pueden ser devueltas a cualquier hora que la clínica está abierta.Formularios de solicitud incompletos le pueden provocar retrasos en sus servicios. Estos Requisitos de admisión e instrucciones para el formulario de Aplicación explica los elementos que debe traer para la Cita de Inscripción para verificar si es elegible.
- Su aplicación será revisada por el personal de la clínica.Por favor asegúrese que ha dado un número de teléfono actual en el que se le pueda contactar.Usted debe esperar respuesta de la clínica en un plazo de 14 días hábiles después de completar la aplicación.Si usted es aprobado,se le programará una Cita de Inscripción.Durante la cita de Inscripción usted no verá al doctor.
- La siguiente información debe traerse a la Cita de Inscripción.Se harán copias de la información que figura a continuación y usted completará cualquier otra forma que sea necesaria para su expediente.Una vez completada la documentación, se le inscribirá como paciente y se le programara su primera visita con el médico.

SERVICIOS: El propósito de la de la Clínica de Atención Comunitaria del Condado de Rowan es proveer un alto nivel de atención.La CCC (siglas en Ingles)es un centro de atención primaria y habrá limitación en los servicios que podemos ofrecer..El Consejo de Administración guía a la clínica en su misión de proporcionar la mejor calidad posible de atención al paciente.La CCC no ofrece servicios como examen físico DOT,evaluación de discapacidad,ginecología y/o pruebas de embarazo/ETS.

Prueba de ingresos del paciente Talones de pago de los últimos tres meses ,verificación de desempleo de CSE Comisión de Seguridad en el Empleo(ESC siglas en Inglés),extracto mensual de pensión,carta de la seguridad social que conste beneficios por jubilación o seguridad de ingreso suplementario(SSI) por dependencia,manutención de los hijos,etc.**Estado de cuenta bancario que muestra depósito directo no puede utilizarse como prueba de ingresos.**Si usted esta aplicando para discapacidad necesitaremos una carta de verificación de la Administración del Seguro Social o carta de su abogado.

Prueba de ingresos de otros miembros del hogar Los ingresos del hogar se refiere al ingreso bruto de todos los miembros del hogar ,definido como un grupo de personas que viven juntas,quienes son 15 años de edad o mayores.Talones de pago de los últimos tres meses, verificación de CSE por desempleo,extracto de pensión mensual,carta de Seguridad Social que muestre los beneficio mensual de jubilación o SSI por dependiente ,manutención de hijos,etc.**Estado de cuenta bancaria que muestra deposito directo no puede utilizarse como prueba de ingresos.**

Declaración de impuestos Si ha presentado la declaración de impuestos del año fiscal más reciente ,necesitamos una copia del formulario 1040 o una transcripción de su declaración.Usted puede solicitar una transcripción llamando al 1-800-908-9946 o en línea en la página IRS.gov.

Prueba de identificación y Residencia Usted debe traer una identificación con fotografía como pasaporte, necesita verificar que reside en el condado de Rowan.Necesita proveer un documento reciente que pruebe que es residente del

Condado de Rowan .Aceptamos documentos incluyendo factura de servicios públicos (gas agua,electricidad) y/o contrato de alquiler o arrendamiento.

Negación del Medicaid O declaración escrita de los Servicios Sociales(Carta de solicitud)en la que indique que no es elegible para Medicaid con menos de seis meses de antigüedad. Si Servicios Sociales le niega el Medicaid porque usted no ha dado la información que ellos pidieron,usted debe volver y completar la solicitud antes de que se pueda aprobar la elegibilidad.Si usted ha aplicado por Medicaid pero no ha recibido respuesta,necesitamos una prueba de su aplicación.Hemos incluido aquí una carta que puede llevar con usted a Servicios Sociales para aplicar para Medicaid.

La clínica requiere una cuota administrativa no reembolsable de 10 dólares por trimestre. El paciente puede pagar 40 dólares por año o 10 dólares por trimestre.El paciente que no cumpla será bloqueado, podrá pagar 10 dólares para desbloquearse(como máximo una vez al año).



Solo Para Uso De La Oficina	
Date Submitted	_____
1st Contact	_____
2nd Contact	_____
Enrollment Appt	_____

APLICACIÓN PARA SERVICIO

(Todas los formularios deben ser completados antes que sean revisados para la elegibilidad.)

Fecha: _____ Sexo: M F Raza : _____ Edad: _____ Fecha de Nacimiento: ___/___/___

Estado civil: Casada(o) Soltera(o) Separada(o) Divorciada(o) Viuda(o)

Vive con su pareja

Nombre _____ SS# _____

Nombre completo y apellido _____

¿Eres ciudadano(a) de EE.UU.? Si No Eres residente legal si No

Residente del Condado de Rowan Sí No El paciente Habla Inglés? Si No

Dirección de Calle _____ Ciudad _____ C.Postal _____

Dirección Postal _____ Ciudad _____ C.Postal _____

Correo Electrónico _____

Su Mejor Número de Contacto** _____ ******

Es muy importante tener su número de teléfono actual en archivo.

Pariente más cercano/Contacto de Emergencia Nombre _____
Relación _____

Numero de Telefono del contacto de Emergencia _____

¿Cómo supo de

¿Cómo supo de nosotros? _____

Está usted Empleado Si No Nombre de Empleador _____

¿ Hizo Declaración de Impuestos? Si No

Es usted dependiente en la declaración de impuestos de alguna persona Si No

¿Está usted presentando discapacidad? Si No

¿Es usted Veterano ? Si No

LISTA TOTAL MENSUAL DE INGRESOS DE SU HOGAR

Sueldo/salario	_____	Discapacidad	_____
Seguro social	_____	Comp. del Trabajador	_____
Desempleo	_____	Autoempleo	_____
Pensión	_____	Otros	_____

de adultos en el hogar _____ # de niños en el hogar _____

SERVICIOS PEDIDOS

_____ Yo necesito ver al doctor en esta clínica.

_____ Yo necesito ver al dentista de esta clínica. Razones por las que quiero ver al dentista:

Dolor de Dientes Caries Diente Roto Limpieza

La Clínica no provee dentaduras ,parciales, coronas, tratamiento de conducto de raíz, o cirugía oral.

Si está aplicando por servicios médicos y dental cual es su necesidad **inmediata**?

Médico o Dental (seleccione uno).

¿Tiene usted alguno de los siguientes?

Medicaid Si No

Medicare Si No

Seguro Médico Si No

Seguro Dental Si No

¿Es usted elegible para beneficios de Veterano VA?

Médico Si No

Dental Si No

Prescripción Médica Si No

Solo Para Uso De Oficina

ID _____

SS Card _____

Income _____

Taxes _____

Disability App _____

Medicaid Denial _____

Admin Fee _____

Proof of Residency _____

NOTA: La Clínica de Cuidado Comunitario no provee manejo de dolor o servicios de cirugía. Si usted necesita tratamiento para depresión o problemas de salud mental, contacte a Daymark Recovery Services a 704-633-3616.

Nosotros no prescribimos narcóticos o sustancias controladas (incluyendo Gabapentin).

Si esta es una de sus necesidades médicas es muy poco probable que la Clínica De Cuidado Comunitario pueda servirle.

Firma del Aplicante

Fecha _____



FORMULARIO DE HISTORIA CLÍNICA DEL PACIENTE

Nombre: _____ **Fecha:** _____

Estatura: _____ **Peso:** _____

Yo Necesito Tratamiento Para:

- | | | |
|--|---------------------------------------|-------|
| <input type="checkbox"/> Diabetes | Última lectura de azúcar en la sangre | _____ |
| <input type="checkbox"/> Presión Arterial Alta | Última Lectura de presión arterial | _____ |
| <input type="checkbox"/> Problemas del corazón | Tiroides | _____ |
| <input type="checkbox"/> Hepatitis (enfermedad del hígado) | Colesterol | _____ |

Otras (Por favor enlistar): _____

Otras (Por favor enlistar): _____

Otras condiciones de salud (Marcar si todas las opciones que correspondan):

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Bronquitis | <input type="checkbox"/> Perdida del oído |
| <input type="checkbox"/> Angina | <input type="checkbox"/> Cataratas | <input type="checkbox"/> Úlceras |
| <input type="checkbox"/> Artritis | <input type="checkbox"/> Cirrosis hepática | <input type="checkbox"/> Problemas de los riñones |
| <input type="checkbox"/> Infección de la vejiga | <input type="checkbox"/> Enfisema pulmonar | <input type="checkbox"/> Convulsiones |
| <input type="checkbox"/> Ceguera | <input type="checkbox"/> Dolor de cabeza | <input type="checkbox"/> Tuberculosis |

Ha sido recientemente hospitalizado o acudido a sala de emergencias por alguna enfermedad o lesión? Si ___ No ___

<u>Fecha aproximada</u>	<u>Lugar</u>	<u>Motivo</u>
_____	_____	_____

Tiene un médico al que acude regularmente? Si ___ No ___

Nombre del médico y Numero Teléfono

¿Tiene alguna alergia alimentaria? _____

¿Sabe si es usted alérgico algún medicamento? _____

¿Qué medicamentos está tomando ahora o que debería tomar regularmente?

¿Recibe actualmente tratamiento para depresión o cualquier otro problema de salud mental en forma regular? Si ___ No ___

Para servirle mejor, por favor conteste lo mejor que pueda

¿Fuma? Si ___ No ___

¿Cuántas veces al día? _____

¿Consumo alcohol? Si ___ No ___

¿Con qué frecuencia? _____

¿Ha consumido alguna vez drogas de la calle ? Si ___ No ___

¿Qué tipo? última vez que utilizo _____

¿Alguna vez ha compartido agujas? Si ___ No ___

Se ha hecho la prueba de Hep C? _____

¿Tiene transporte? Si ___ No ___

¿Qué tipo ? _____

En el último año, ha tenido cambios mayores de vida (matrimonio, divorcio, muerte de un ser querido, enfermedad o lesión grave, problemas financieros) que le gustaría que tuviéramos en cuenta? _____

Historia Dental del paciente

Califique su dolor (escala de 1 al 10)

- ¿Cuándo fue la última vez que vio al dentista? _____
- ¿Con qué frecuencia se cepilla los dientes? _____
- ¿Con qué frecuencia utiliza el hilo dental? _____
- ¿Con qué frecuencia consume bebidas azucaradas cuanto toma? _____

TODA LA INFORMACIÓN REVELADA SE MANTENDRÁ CONFIDENCIAL



ACUERDO DE CONFIDENCIALIDAD

Reconozco que para recibir medicamentos a “ningún costo” es necesario entregar a la Compañía Farmacéutica y otras agencias comunitarias diversa información incluyendo pero no limitándose a, nombre, dirección, número de seguro social , fecha de nacimiento, información de ingresos y registros médicos. Yo por la presente doy permiso a Community Care Clinic para firmar los documentos necesarios.

Firma Paciente o Persona Responsable _____

Fecha _____

Entrevistador
(Testigo) _____

Fecha _____



**AUTORIZACIÓN PARA REVELAR INFORMACIÓN A
CLÍNICA DE ATENCIÓN COMUNITARIA (CCC)**

Registros de paciente a revelar:

Nombre completo y apellido	Fecha de Nacimiento	NSS
Dirección de calle		Num. De Telefono
Ciudad	Estado	Código Postal

Información a revelar de:	ESTA SECCIÓN ES PARA SER COMPLETADA POR CCC(SEGÚN SEA NECESARIO)
Información específica a revelar:	
Registros solicitados de:	

Información que será revelada a:	
Community Care clinic of Rowan County 315-G Mocksville Ave, Salisbury, NC 28144	Tel.

- Al firmar abajo autorizo y solicito voluntariamente la divulgación (incluyendo el intercambio en papel ,electrónico y oral) de todo mi historial médico a la Clínica de Cuidado Comunitario del Condado de Rowan (CCC siglas en inglés).
- Esta incluye permiso específico para publicar todos los registros y otra información con respecto a mi tratamiento médico,hospitalizaciones ,laboratorio,servicios de radiología,y atención médica ambulatoria de todas las fuentes médicas incluyendo pero no limitado to:hospitales ,clínicas ,laboratorios,médicos y centros de atención de la salud del veterano VA
- Esta autoriza la divulgación de dicha información creada durante 12 meses después de la fecha de firma de la autorización ,además de información anterior de hasta a 5 años e incluyendo.
- Yo autorizo el uso de copia(incluyendo una copia electrónica) de esta forma para la divulgación de la información descrita anteriormente .

- Yo puedo escribir a CCC y a mis fuentes para revocar la autorización
- CCC me dará una copia de esta forma, si la pido.

Esta autorización le sirve desde la fecha de autorización hasta un año

He leído el formulario y estoy de acuerdo con las revelaciones anteriores de los tipos de fuentes enumeradas.

Persona Autorizando la Revelación _____

Fecha _____

Testigo _____

Fecha _____



AUTORIZACIÓN DE HIPAA PARA TEXTOS, CORREOS ELECTRÓNICOS Y MENSAJES DE VOZ

Community Care Clinic del Condado de Rowan ofrece a los pacientes un programa de texto, correo electrónico y un mensaje de voz automatizado

(el "Programa"). Este es el formulario para obtener su consentimiento. **Firmar este documento es mandatorio. Como proveedor de su atención médica y/o dental, necesitamos poder contactarlo con resultados importantes y cualquier cambio en nuestras horas de oficina por cambios climáticos o eventos imprevistos.**

Costo. No hay ningún costo por ser parte del Programa, pueden aplicarse mensajes de texto estándar y tarifas de uso de minuto de su proveedor de servicio móvil o de internet.

Riesgos. Enviando y recibiendo con nosotros texto, correo electrónico y mensajes de voz puede impactar su privacidad y seguridad en su Información Personal de Salud ("PHI" siglas en inglés). Ejemplo de estos son: nombre, condición médica, cobertura de seguros.

Mensajes de texto correo electrónicos y mensajes de voz no están codificados. Codificación hace que su información esté segura. Información en mensaje de texto correo electrónico puede que no sea segura.

Si usted comparte el teléfono, correo electrónico, si ha perdido o le han robado su teléfono móvil alguien más que nosotros puede tener acceso a su Información Personal de Salud. Mensajes pueden ser leídos, utilizados o compartidos por otras personas además de nosotros.

Yo el Paciente, entiendo y acepto todo lo siguiente:

- Yo autorizo (CCCRC) que me envíen textos, correos electrónicos y mensajes de voz. Estos incluyendo (pero no limitado a) recordatorios relacionados a cuidado, tratamiento e información de educación de salud
- Textos, correos, y mensajes de voz de (CCCRC) pueden contener Información Personal de Salud. Yo seré responsable con la información que yo comparto con (CCCRC).
- Este consentimiento será efectivo mientras reciba tratamiento de (CCCRC). Yo puedo pedir por una forma de comunicación más segura, como teléfono o fax.
- **Yo haré saber a (CCCRC) inmediatamente si cambio mi número de teléfono. Yo puedo enviar correo electrónico o llamar a (CCCRC). También puedo enviar una carta a (CCCRC -315G Mocksville Avenue, Salisbury, NC 28144).**
- Yo tengo derecho de recibir una copia de este formulario de consentimiento para mis récords.

He leído la información anterior y, al firmar a continuación confirmo:

____ Si voy a participar en el programa.

Número de teléfono móvil: _____

Correo electrónico _____ @ _____

Teléfono Fijo: _____



**AUTORIZACIÓN PARA DAR A CONOCER
INFORMACIÓN MÉDICA A UN INDIVIDUO**

Registros de paciente a revelar:

Nombre completo	Fecha de Nacimiento	NSS
Dirección de calle		Num. De Telefono
Ciudad	Estado	Codigo Postal

Individuo al que se le revela información. Nombre completo:	Fecha de nacimiento	NSS
Dirección de calle		Numero de Telefono
Ciudad	Estado	Código Postal

Información especificada a revelar:



Designación de Representante Autorizado

Puede dar permiso a una persona de confianza para hablar de esta aplicación con nosotros , ver su aplicación y actuar por usted en asuntos relacionados con esta aplicación ,incluyendo obtener información sobre la solicitud y firmar su solicitud en su nombre. Esta persona se llama un "representante autorizado". Si en algún momento necesita cambiar su representante autorizado, contacte con el Mercado (Marketplace) o el Despacho de Servicios Sociales del Condado de donde vive (<http://www.ncdhhs.gov/dss/local/>) . Si usted es un representante legalmente designado en esta aplicación ,presente prueba con la solicitud.

1. Nombre de aplicante/beneficiario _____
2. Nombre de representante autorizado _____
3. Dirección Domiciliaria _____ Apto/Suite # _____
4. Ciudad. _____ 5. Estado. _____ 6. Código postal _____
7. Número de teléfono _____ Idioma de preferencia _____

- Yo entiendo que firmando esta autorización, estoy permitiendo que la persona nombrada pueda firmar mi solicitud, completar mi re-inscripción/determinación, obtener información oficial sobre mi estado de caso, y actuar por mi en todos los asuntos futuros con esta agencia.
- Yo entiendo que firmando esta autorización ,mi representante autorizado puede ver y discutir cualquier información contenida en el mi expediente o archivo relacionado en mi caso aparte de la información de otra fuente especificada como "Confidencial" o "No se Puede Revelar"
- Entiendo que mi representante autorizado y yo somos responsables de cualquier información incompleta o incorrecta proporcionada.
- Entiendo que si deseo, puedo revocar esta designación de representante autorizado cuando quiera.

Firma de Aplicante /Beneficiario.

Fecha

Firma de Representante Autorizado

Fecha



ACUERDO DE TÉRMINOS DE SERVICIO

Y CONSENTIMIENTO INFORMADO 2023

Por favor lea el siguiente documento. Después de leer cada punto, escriba sus iniciales en la línea al lado de la afirmación y firmar y fechar la última página.

____ **DECLARACION DE MISION/VISION:** Nuestra mision es proveer atención médica primaria , cuidado dental y prescripción de medicamentos a los adultos desatendidos y sin seguro del Condado de Rowan.Nuestra visión es garantizar que la asistencia médica esté disponible para todos lo residentes del Condado de Rowan mediante prestación de servicio y/o la colaboración de otros recursos.

____ **CRITERIOS DE SELECCIÓN:** Todos los pacientes deben reunir los requisitos para recibir los servicios en la visita inicial y, **por lo tanto cada 90 días.**Prueba de elegibilidad para actualización de 90 días incluye lo siguiente:

- Social,manutención de los niños (cada 90 días) Ingresos del hogar se refiere a los ingresos brutos combinados de todos los miembros del hogar definido como grupo de personas que viven juntos ,quienes son 15 años o mayor.
- Prueba de residencia del Condado de Rowan (un documento reciente que acredite la residencia en el Condado de Rowan).Documentos aceptados incluye factura de servicios públicos(gas, agua ,electricidad)y/o contrato de alquiler o arrendamiento.
- Negación de Medicaid del Departamento del Servicio Social.Si usted tiene Medicaid de Planificacion Familiar,debemos tener una carta que indique que es solo para planificación familiar(anualmente)y copia de la Tarjeta del Medicaid.
- Si está buscando activamente por discapacidad,este debe ser verificado por una carta de la Administración de Seguridad Social o de su abogado (cada 90 días).
- La Forma 1040 de impuestos federales
- La clínica requiere una cuota administrativa no reembolsable de \$10 por trimestre . Los pacientes pueden pagar los \$40 por año o \$10 por trimestre.
- Una vez que se hayan actualizado todos los requisitos y se haya pagado la cuota administrativa,se emitirá una tarjeta rosa para los pacientes por 90 días.Esta tarjeta debe presentada para recibir servicios médicos dentales y de farmacia cada vez que se presten servicios y/o recoja una receta.Si no se actualiza,su elegibilidad sera bloqueada y no podra recoger recetas o recibir servicios hasta que su elegibilidad sea actualizada.Si necesita enviar un amigo o un familiar a recoger sus medicamentos,por favor envíe la carta con ellos así sabemos que tienen su permiso de recoger sus medicamentos.

____ Las compañías farmacéuticas exigen requisitos para que los pacientes puedan recibir medicamentos gratuitos.La siguiente información puede ser necesaria para este programa:nombre ,NSS,fecha de Nac. ingresos,dirección, impuestos sobre los ingresos,negación del Medicaid, numero de telefono,expediente medico.Se pueden requerir documentos adicionales.

____ **SERVICIOS:** El propósito de la Community Care Clinic of Rowan es proporcionar un alto nivel de atención primaria y habrá limitaciones en los servicios que podemos prestar.Nosotros somos una organización sin fines de lucro que opera con profesionales remunerados/voluntarios personal de apoyo calificado y donaciones de comunidad. La CCC no ofrece servicios como examen DOT físico, evaluaciones de discapacidad,ginecología,y/o pruebas de embarazo/ ETS.

____ **CITAS:**Los pacientes deben de llamar a Community Care clinic al tel.704-636-4523 para programar un cita.**Por favor llame a la clínica para cita por enfermedad antes de acudir al Servicio de Urgencias.**Todas las citas programadas se dan en orden de llegada, primero en llegar /primero en llamar.Al llegar a todas las citas por favor regístrese en recepción .

____ **REFERIDOS:**Las visitas a Community Care Clinic son gratuitas.No se garantiza la gratuidad de servicios fuera de la clínica.Estos incluyen referidos,pruebas diagnósticas o de detección.Si el medico hace un referido, se requerirá un formulario de consentimiento,sin embargo ,esto no significa que el servicio será gratuito.Es su responsabilidad y confirmar los costos de referidos externos.Community Care clinic no se responsabiliza por facturas del Departamento de Emergencia.

NO SE PUEDE RECOGER RECETAS SI NO HAY FARMACÉUTICO EN GUARDIA!

(Esta es una ley de Carolina del Norte)

_____ La farmacia está abierta de Lunes a Jueves de 9am-12pm y de 1pm-4pm. Para rellenos de recetas debe llamar **1-2 DÍAS HÁBILES** antes de recogerlos. Para solicitar reabastecimiento de receta puede ser telefonada utilizando -en 24 horas al día la línea de reabastecimiento de receta. **No** Espere terminar sus medicamentos par solicitar reabastecimiento de su receta.

_____ Por favor tenga en cuenta que de vez en cuando recibirá correos electrónicos de compañías farmacéuticas notificando que ha sido aceptada en su programa y que un suministro de medicamentos de 90 días ha sido enviado directamente a su médico. Todos los medicamentos deben ser enviados directamente a Community Care Clinic, **no a su casa**. No debe completar ningún formulario de medicamentos recibido por correo. Cualquier llamada telefónica de compañías de drogas debe ser dirigido a la clínica. El personal de la clínica completará por usted todos los papeles necesarios. **Si usted recibe cualquiera de lo siguiente de compañías farmacéuticas a su casa debe reportar a la farmacia de CCC INMEDIATAMENTE:**

- Medicamentos
- Solicitudes rechazadas/carta de denegación de las compañías farmacéuticas
- Solicitud de información adicional

_____ Armas (incluyendo cuchillo y pistola) y sustancias ilegales no son permitidas en el local. Si usted está en posesión de cualquiera de estos en el establecimiento, será reportado a seguridad policial y todos sus servicios clínicos serán suspendidos permanentemente.

_____ La Clínica de Cuidado Comunitario se reserva el derecho de rechazar el servicio a cualquier persona bajo la influencia de drogas, alcohol, o exhibiendo comportamientos perturbadores. Esto incluye en la visita o en llamada telefónica a Community Care Clinic.

No se tolerará el comportamiento grosero, vulgar o enojado.

_____ Se espera que los pacientes lleguen a tiempo. Por favor haga todo lo posible para dejar a sus niños en casa. **Los niños no deben dejarse desatendidos en la sala de espera.** No se permite comer o beber en las áreas de pacientes.

_____ Por favor no lleve su celular a la zona de tratamiento. Si es necesario, se requiere que esté apagado. Sin excepciones.

_____ **Es requerido que los pacientes usen mascarilla durante todo el tiempo en la clínica por la seguridad del personal y pacientes.** También es necesario que los pacientes revelen información de salud relacionada con COVID-19 y completar los procedimientos de detección del Covid 19 antes de entrar.

_____ **SUSPENSIÓN DE SERVICIOS:** El incumplimiento del plan de tratamiento de los médicos puede dar lugar a la destitución de la clínica. Esto puede incluir:

- Ver a dos médicos de atención primaria
- No asistir a las citas de revisión/referidos (esto incluye **todas** las citas)
- **Fallar el cumplimiento de analisis de laboratorio**
- Proveer información falsificada (**no reportar cambio en los ingresos, la posibilidad de obtener seguro médico a través de un cónyuge, o el mudarse/vivir en otro país**)
- **Si usted no se hace presente a cualquier cita sin llamar para cancelar por anticipado, no será elegible para los servicios prestados en la clínica por 6 meses. Si reprograma la cita más de tres veces sin atender en un periodo de 12 meses, usted será sujeto a no servicio por seis meses.** Se le enviara una carta a la dirección de domicilio en registro explicando la suspensión de servicios. (usted puede desbloquearse por \$10 - máximo una vez al año).
- Para cancelar o reprogramar una **cita dental**, debe hacerse con 24 horas de anticipación, de no cumplir será suspendido de **servicios dentales** por 6 meses. Si falla 3 citas, se le despedira de los servicios de clínica dental
- Si es descubierto que está vendiendo o dando a otros medicamentos, tiras de prueba o cualquier otra cosa que le prescriban será despedido **PERMANENTEMENTE** de la clínica.
- No pagar \$10 trimestrales de honorarios administrativos no reembolsables

_____ Yo Reconozco que lo anterior me ha explicado satisfactoriamente y doy el consentimiento voluntario para evaluación y examen del personal médico de la clínica. También estoy de acuerdo en que las pruebas de rutina se hagan como sean necesarias y tratamiento según se indique. El doctor y/o enfermera discutirán conmigo cualquier plan de tratamiento considerado. Cumpliré con todos los servicios prestados y entenderé mis consecuencias si no lo hago.

CCC ESTA AQUÍ PARA PROVEER LA ATENCIÓN PRIMARIA Y DENTAL A LOS PACIENTES. Habrá veces que no podamos tratar su necesidad si esta fuera del alcance de la práctica primaria.

Nombre(por favor escribir claramente)

He leído y aceptado las declaraciones sobre los Acuerdos en el 2023 de las Condiciones de Servicio y el Consentimiento Informado con mis iniciales en cada artículo. Mis preguntas han sido contestadas a mi satisfacción

Nombre del paciente

Fecha

Testigo

Fecha



ACUERDO DE CANCELACIÓN EN EL DEPARTAMENTO DENTAL

Si falla presentarse a una cita dental , fallar sin notificar con **24 horas de anticipación** para cancelar o reprogramar la cita, o llegar 15 minutos tarde de la hora que se le ha programado la cita se le considerara que falló a la cita. Después de cada cita que pierda, se le cancelaran los servicios dentales por 6 meses. Después de fallar tres citas, usted será despedido de todos los servicios en la clínica dental.

Las citas de higiene dental deben ser confirmadas antes de las 3:00 PM del día anterior a la cita programada a través de mensaje de texto o por llamada telefónica. Citas que no sean confirmadas pueden correr el riesgo de ser canceladas para ofrecerle a otro paciente.

Firma del Paciente

Fecha

Nombre Impreso del Paciente

Fecha de Nacimiento del Paciente

