

TAPM Offices



- Pediatrics at Wendover: 1046 East Wendover Avenue, Greensboro, NC 27405
- Family Medicine at E. Commerce: 400 East Commerce Street, High Point, NC 27260
- Family Medicine at Eugene: 1002 South Eugene Street, Greensboro, NC 27406
- Family Medicine at Arlington: 1205 Arlington Street, Greensboro, NC 27406
- Family Medicine at Market: 1100 E Market Street, Greensboro NC 27401
- Family Medicine at Brentwood: 2039 Brentwood Street, High Point, NC 27263

Paquete de Información para Pacientes Nuevos

TAPM es un centro de salud comunitario financiado por el gobierno federal. A TAPM se le requiere recolectar la información sobre los ingresos anuales de todos los pacientes. Por favor, marque el cuadro por debajo del número de personas que viven dentro de su hogar y el rango de ingresos anual. Esta información debe ser actualizada anualmente por los pacientes de TAPM.

Esta información se utiliza únicamente con fines internos y no será divulgada a fuentes externas/agencias/organizaciones.

2018 Guía de Pobreza Federal						
INGRESOS ANNUAL						
Porcentaje def pobreza						
Rangos de Nivel de Pobreza	0%-100.99%	101%-125.99%	126%-150.99%	151%-175.99%	176%-200%	>200%
# de Miembros de Familia en	100	125	150	175	200	201
1	\$12,060	\$15,075	\$18,090	\$21,105	\$24,120	\$24,241
2	\$16,460	\$20,300	\$24,360	\$28,420	\$32,480	\$32,642
3	\$20,780	\$25,525	\$30,630	\$35,735	\$40,840	\$41,044
4	\$25,100	\$30,750	\$36,900	\$43,050	\$49,200	\$49,446
5	\$29,420	\$35,975	\$43,170	\$50,365	\$57,560	\$57,848
6	\$33,740	\$41,200	\$49,440	\$57,680	\$65,920	\$66,250
7	\$38,060	\$46,425	\$55,710	\$64,995	\$74,280	\$74,651
8	\$42,380	\$51,650	\$61,980	\$72,310	\$82,640	\$83,053

Para las familias/las casas con más de 8 personas agregen \$4.320 para cada de las adiciones las figuras siguientes son las 2018 pautas de la pobreza de HHS;persona

The following figures are the 2017 HHS poverty guidelines;http://aspe.hhs.gov/POVERTY/14poverty.cfm

Nombre y firma del paciente/responsable del partido

Apellido: _____ Nombre: _____ M.I. _____

Firma: _____ Fecha: _____

Número de registro médico: _____

Staff Initials/Signature _____ Date Entered _____

Sección 1: Información del Paciente

Apellido: _____ Primer Nombre: _____ Segundo Nombre: _____

de Seguro Social: _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Ciudad de Nacimiento, Estado, País: _____

Dirección Actual: _____ Ciudad, Estado: _____ Código Postal: _____

Condado en que reside: _____ Teléfono de Casa: () _____ Celular: () _____

Sexo: Masculino Femenino **Estado Civil:** Soltero(a) Casado(a) Divorciado(a) Viudo(a) Otro

Origen étnico: Indio Norte-Americano Asiático Norteamericano-Africano Hispano Nativo de Hawai Isleño del Pacífico Caucásico(Blanco)

Raza: Negro/Norteamericano-Africano Indio Norte-Americano Asiático Caucásico(Blanco) Hispano Islas del Pacífico Más de una raza

Lenguaje hablado: Inglés Español Otros: _____

Vive usted en: Vive con dos ó mas familias Refugio Vivienda de transición Calle/Vehículo No sin hogar

Vivienda Pública: Familia del inquilino Sección 8 Vivienda para personas mayores Inmediaciones a la Sección 8 No es aplicable

Estudiante: Tiempo-Completo Tiempo-Parcial **Militar:** Activo Retirado Veterano Ninguno

Empleo: Tiempo Completo Tiempo Parcial Por Cuenta Propia Desempleado Descapacitado Retirado

Ocupación: Militar Activo Gerencia Trabajo de Oficina Trabajador del Campo Obrero Profesional Retirado Proveedor de Servicios

Nombre de Empleador: _____ Dirección: _____ Teléfono: _____

¿Trabaja usted en el campo ó con frutas y vegetales? Si No **Trabajo de Campo:** Inmigrante Por temporada

Contacto en caso de Emergencia, Nombre: _____ Teléfono: () _____

Sección 2: Familiar ó persona responsable por la cuenta (completar solamente si es diferente a la información anterior)

Apellido: _____ Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Sexo: M

F Si es diferente a la anterior, Dirección: _____ Ciudad, Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono: () _____ # de Seguro Social: _____ # de Licencia de Conducir: _____ Estado:

_____ Nombre de Empleador/Dirección: _____ Teléfono: () _____

Relación con el paciente: _____ **Estado Civil:** Soltero(a) Casado(a) Divorciado(a) Viudo(a) Otro

Empleo: Tiempo Completo Tiempo Parcial Por Cuenta Propia Desempleado Descapacitado Retirado

Ocupación: Militar Activo Gerencia Trabajo de Oficina Trabajo de Campo Obrero Profesional Retirado Proveedor de Servicios

Sección 3 Información de Seguro Médico

Por favor indique cuál de los siguientes casos se relacionan a usted ó a su hijo(a):

- El paciente está inscrito en Guilford Community Care Network (tiene una tarjeta naranja)
- El paciente está inscrito en Triad Adult and Pediatric Medicine sliding fee scale (tiene tarjeta morada ó está fuera del condado)
- El paciente tiene la siguiente cobertura:

Información de Seguro Médico Primario

Nombre del beneficiario _____ # de ID del beneficiario _____

Tipo de Seguro Médico _____ Suma del co-pago \$ _____ (No habrá co-pago con Medicaid)

Relación con Asegurado(a): Yo Hijo(a) Dependiente Especial Padre/Madre ¿Tiene copia de la tarjeta disponible? Si No

Información de Seguro Médico Secundario (distinto al anterior)

Nombre del Beneficiario _____ # de ID del beneficiario _____

Tipo de Seguro Médico _____ Suma del co-pago \$ _____ (No habrá co-pago con Medicaid)

Relación con Asegurado(a): : Yo Hijo(a) Dependiente Especial Padre/Madre ¿Tiene copia de la tarjeta disponible? Si No

Esta clinica trabaja con sus pacientes para que los servicios de pago sean más fáciles. Cuando asista a su cita, se le preguntará que pague cualquier monto/deducible que el seguro médico permita cobrar. Nosotros presentaremos un reclamo con su seguro. Por favor asegúrese que la información de su seguro médico sea la correcta. Cualquier monto que no sea cubierto por su seguro medico será responsabilidad del padre ó madre del paciente.

PERMISO PARA DIVULGAR INFORMACION: Su firma a continuación autoriza a nuestra organización a divulgar toda información perteniente al paciente, su tratamiento e incluyendo información sobre su comportamiento a su compañía de seguro médico y a cualquier proveedor médico a quien el/la paciente sea referido(a). Además, al firmar este formulario autoriza a recibir tratamiento y cuidado de parte del proveedor médico ó consultorio proporcionando el cuidado médico y el bienestar del paciente.

Firma (Yo soy: Paciente Padre/Madre Guardián Legal)

Fecha

PROMESA PARA PAGAR SU CUENTA: Todos los servicios otorgados por Triad Adult and Pediatric Medicine, serán la responsabilidad del paciente ó de la persona responsable quien firma a continuación aceptando todas los cobros hechos a la cuenta del paciente. Yo/nosotros entendemos que seré/seremos responsable(s) por cualquier cobro no pagado por el seguro médico. Yo/nosotros entendemos que seré/seremos responsable(s) por cualquier cargo que no sea cubierto por el seguro médico, Medicare, Medicaid, programa de cuidados para indigentes ó cualquier otro programa federal, estatal ó agencia del condado. Si yo/nosotros no pago/pagamos la deuda en 30 días de la fecha en la que los servicios fueron prestados, su cuenta estará en mora. Si yo/nosotros estoy/estamos atrasados en el pago de la cuenta y es necesario que se contrate un abogado para que recolecte la deuda, yo/nosotros también seré/seremos responsables por el 15% de este costo. Yo/nosotros también pagaré/pagaremos cualquier gasto ocasionado en la recolección de esta deuda. Triad Adult and Pediatric Medicine puede acceder mi reporte de crédito para decidir si califico para asistencia financiera.

Firma (Yo soy: Paciente Padre/Madre Guardián Legal)

Fecha

Permiso para Proteger la Información de su Salud ('PHI')

Nombre del Paciente _____ Fecha de Nacimiento _____

HIPAA (Health Insurance Portability & Accountability Act de 1996) otorga reglas específicas para proteger su privacidad específicamente restringiendo su Información Protegida de Salud (PHI). Información Protegida de Salud (PHI) incluye cualquier información (oral, grabada, en papel ó de manera electrónica) sobre la salud física ó mental del paciente, servicios prestados, pagos para dichos servicios e información personal. Intentaremos ofrecerle un cuidado médico eficiente, de calidad y amigable mientras aseguraremos su privacidad. Nosotros requerimos permiso para los métodos de contacto y así asegurar su PHI.

Yo autorizo a Triad Adult and Pediatric Medicine, sus proveedores médicos y empleados a que me dejen mensajes detallados y específicos acerca del cuidado médico de mi hijo(a), incluyendo resultados, a los números listados a continuación. Yo entiendo que cuando una vez que un mensaje exista, ya no estará protegido bajo HIPAA y como tal no estará protegido de acceso no autorizado. Este permiso empieza en la fecha mencionada a continuación y se mantendrá en efecto hasta que sea cancelado por escrito por el paciente/guardián. Yo entiendo que tal revocación no será efectiva en casos donde la información ya haya sido revelada pero será efectiva en el futuro.

LOS PROVEEDORES MEDICOS/PERSONAL DE TRIAD ADULT AND PEDIATRIC MEDICINE TENDRAN MI PERMISO PARA: (Marque las cajas correspondientes)

- Dejar un mensaje en casa. Número telefónico: _____
- Dejar un mensaje en el celular. Número de celular: _____
- Dejar un mensaje en mi trabajo. Número telefónico: _____
- Dejar mensajes con: Nombre _____ Teléfono: _____ Relación: _____
Nombre _____ Teléfono: _____ Relación: _____

Por favor indique la farmacia de su preferencia: _____ Teléfono (si lo sabe): _____

Por favor indique cualquier excepción a lo mencionado: _____

Firma: _____ Fecha

(Yo soy: Paciente Padre/Madre Guardián Legal)

Consentimiento para recibir Servicios ****Por favor complete la sección a continuación solo si usted es el padre/madre ó guardián legal del paciente****

Como padre/madre ó guardián legal del paciente ya mencionado, yo entiendo que mi hijo(a) no puede recibir cuidado médico en Triad Adult and Pediatric Medicine (TAPM) con ningún adulto a no ser de que yo otorgue permiso por escrito para que otro adulto traiga a mi hijo(a). Este permiso incluye autorización para que mi hijo(a) reciba vacunas durante una visita con los adultos a continuación.

Yo autorizo a los siguientes adultos para que traigan a mi hijo(a) en mi ausencia:

Nombre	Relación con el/la niño(a)	Número telefónico

Además, yo entiendo que debo traer a mi hijo(a) a la primera visita a TAPM para asegurarme que el historial médico dado sea el correcto. También estoy de acuerdo en estar disponible telefónicamente en visitas futuras si no puedo asistir a ellas. La persona que traiga a mi hijo(a) debe de tener conocimiento completo de la razón por la cual está viniendo. Esta persona también debe de estar al tanto de cualquier condición médica y/ó alergias que mi hijo(a) pueda tener. Yo autorizo el uso de la información protegida sobre la salud de mi hijo(a) por parte de TAPM para así recibir tratamientos, pagos, ó cuidados médicos. Yo tengo el derecho de revisar las Practicas de Privacidad de TAPM antes de firmar este permiso. También entiendo que TAPM usa un sistema telefónico automatizado, el cual hará llamadas a mi casa ó a las personas mencionadas en la lista otorgada cuando mi hijo(a) tenga una cita. Al firmar este formulario también autorizo a TAPM para llamar a mi casa ó a una de las personas en esta lista en referencia a citas ó cuidado médico de mi hijo(a).

Firma del Padre/Madre ó Guardian Legal: _____ Fecha de la firma: _____

Nombre del Padre/Madre ó Guardian Legal: _____ Testigo (Iniciales): _____

Nombre De Paciente: _____

Fecha De Nacimiento: _____ Número de registro médico: _____

Consentimiento de Servicios Especializados

Adult and Pediatric Medicine,, en es un hogar médico integrado y de atención primaria. Esto significa que, además de ser una oficina médica que le ofrece servicios de atención primaria, usted está de acuerdo como parte de nuestra práctica de recibir servicios de cuidado de especialidad en el sitio y recomendados por el equipo integrado de atención médica. Su equipo integrado de atención médica podría consistir en un proveedor médico, una enfermera, un asistente médico certificado, médicos especializados y un enlace con la comunidad. Los servicios de atención especializada pueden incluir cribado, evaluación y tratamiento en las siguientes áreas: asma, salud conductual, desarrollo, nefrología, Neurología, nutrición/dietética, podología, psiquiatría y/o otro personal sanitario en formación. Los servicios especializados están sujetos a cambios basados en disponibilidad o acceso a proveedores especializados. Los servicios de salud mental y uso de sustancias pueden estar sujetos a diferentes reglas de confidencialidad basadas en las pautas estatales y federales. Cualquier paciente puede declinar servicios especializados informando a un proveedor. El paciente entiende que se reconoce que no se ha hecho ninguna garantía o garantías en cuanto a los resultados que pueden obtenerse de los servicios especializados. El servicio de especialidad puede no estar cubierto por su seguro y puede resultar en el costo de los servicios siendo la responsabilidad del paciente.

Firma del Padre/Madre ó Guardian Legal: _____ Fecha de la firma: _____

Nombre del Padre/Madre ó Guardian Legal: _____ TAPM Testigo (Iniciales): _____

Nuestras Políticas

Estamos dedicados a servir a nuestros pacientes y proporcionar atención de calidad. Tenga en cuenta los siguientes estándares:

Comportamiento – para su seguridad y la seguridad de los demás, no toleraremos comportamientos groseros o inapropiados en cualquiera de nuestras instalaciones. Valoramos nuestro personal y nuestros pacientes y pretendemos tratar a todos con igual respeto. **Mostrar comportamientos inapropiados podría resultar en que usted o hijo/a sean despedidos de nuestra práctica inmediatamente.** Gracias por su ayuda y apoyo para mantener nuestras instalaciones seguras y amistosas con el paciente

Citas perdidas – es importante que nuestros pacientes lleguen a sus citas programadas y lleguen a tiempo. Si usted no puede venir a su cita programada, le pedimos que se comuniquen con nuestra oficina las 24 horas de antelación para que podamos ajustar nuestros horarios en consecuencia. Si no se pone en contacto con nuestra oficina por adelantado, documentaremos la cita perdida como un "no show" en el registro del paciente. El exceso de ningún espectáculo podría impactar negativamente en la capacidad de su hijo/a para programar citas en el futuro, y posiblemente resultar en una interrupción de nuestros servicios.

Tardanza – los pacientes que llegan a menos de 10 minutos de retraso se verán a discreción del proveedor, basándose en el flujo de otros pacientes en la oficina que llegan a tiempo. Los pacientes que llegan más de 10 minutos tarde para su cita se les pedirá que reprogramen con el fin de respetar el tiempo de nuestros otros pacientes, proveedores, y nuestro personal clínico.

Si usted tiene preguntas, por favor pida hablar con el administrador de la práctica en su ubicación respectiva.

Mi firma abajo indica mi comprensión de las políticas enumeradas.

Firma del Padre/Madre ó Guardian Legal: _____ Fecha de la firma: _____

Nombre del Padre/Madre ó Guardian Legal: _____ TAPM Testigo (Iniciales): _____



Autorización para el Uso/Divulgación de Información de Salud Protegida

Nombre del Paciente _____

Fecha de Nacimiento _____

Número de Archivo Médico _____

Yo autorizo a Triad Adult & Pediatric Medicine a que comparta la información de salud a continuación, incluyendo pero no limitada a información sobre enfermedades tales como Virus de Inmunodeficiencia Humana ("VIH") y Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida ("SIDA"), salud mental, abuso de drogas/alcohol, resultados de exámenes de laboratorio, historial médico, tratamiento ó cualquier otra información. Yo entiendo que si la persona permitida a recibir esta información no es un plan de salud o proveedor médico, la información compartida no estará bajo la protección de regulaciones de privacidad federales ó estatales. Al firmar a continuación, acepto compartir mi información, también acepto que la naturaleza de esta divulgación ha sido discutida conmigo en una manera en la que he entendido, y que he tenido la oportunidad de hacer preguntas sobre esta autorización. Esta autorización es válida por un año desde la fecha en la que fue firmada, y entiendo que puedo cancelar este permiso por escrito en cualquier momento siempre y cuando la información aún no se haya compartido.

Firma (Yo soy: Paciente Padre/Madre Guardián Legal) _____

Fecha _____

Teléfono _____

Dirección _____

Ciudad _____

Estado _____

Testigo _____

Fecha _____

Título _____

AVISO: Triad Adult & Pediatric Medicine está en asociación con otras agencias de salud locales para mejorar el cuidado de salud de los pacientes sin seguro médico en el Condado de Guilford. Estas agencias trabajan juntas y podrían compartir información médica suya ó de su hijo(a). Por favor marque las agencias con las que no quiere que Triad Adult & Pediatric Medicine comparta su información médica: Triad Adult & Pediatric Medicine (incluyendo Guilford Child Health, Family Medicine at Eugene, y High Point Adult Medicine), Cone Health, Departamento de Servicios Sociales del Condado de Guilford, Guilford Community Care Network, Departamento de Salud del Condado de Guilford, Partnership for Health Management y High Point Regional Health System.

Agencias Intercambiando Información

La información a compartir será divulgada con el siguiente propósito: _____

Información a compartir (dejar en blanco si es todo el archivo médico): _____

Agencia con la que se comparte la información:

Nombre _____

Dirección _____

Ciudad _____

Estado _____

Código Postal _____

Agencia que recibirá la información:

Nombre _____

Dirección _____

Ciudad _____

Estado _____

Código Postal _____

Staff Only:

Faxed Mailed Date Processed: _____ Processed By (staff initials): _____