

Paquete de información para pacientes nuevos

TAPM es un centro de salud comunitario que recibe fondos del gobierno federal. TAPM está obligado a recopilar información sobre los ingresos anuales de todos los pacientes. Rodee con un círculo en la tabla a continuación la cantidad de personas que viven en su hogar (familia) y su rango de ingresos anuales. Todos los pacientes de TAPM deben actualizar esta información cada año.

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

Guías Federales de Pobreza 2025						
INGRESOS ANUALES						
Porcentaje del nivel de pobreza						
Rangos del porcentaje del nivel de pobreza	0 % - 100 %	100 % - 125 %	126 % - 150 %	151 % - 175 %	176 % - 200 %	Más del 200 %
1	≤ \$15,650	\$15,651-\$19,563	\$19,564-\$23,475	\$23,476-\$27,388	\$27,389-\$31,300	≥ \$31,301
2	≤ \$21,150	\$21,151-\$26,438	\$26,439-\$31,725	\$31,726-\$37,013	\$37,014-\$42,300	≥ \$42,301
3	≤ \$26,650	\$26,651-\$33,313	\$33,314-\$39,975	\$39,976-\$46,638	\$46,639-\$53,300	≥ \$53,301
4	≤ \$32,150	\$32,151-\$40,188	\$40,189-\$48,225	\$48,226-\$56,263	\$56,264-\$64,300	≥ \$64,301
5	≤ \$37,650	\$37,651-\$47,063	\$47,064-\$56,475	\$56,476-\$65,888	\$65,889-\$75,300	≥ \$75,301
6	≤ \$43,150	\$43,151-\$53,938	\$53,939-\$64,725	\$64,726-\$75,513	\$75,514-\$86,300	≥ \$86,301
7	≤ \$48,650	\$48,651-\$60,813	\$60,814-\$72,975	\$72,976-\$85,138	\$85,139-\$97,300	≥ \$97,301
8	≤ \$54,150	\$54,151-\$67,688	\$67,689-\$81,225	\$81,226-\$94,763	\$94,764-\$108,300	≥ \$108,301

La escala móvil de tarifas que se muestra a continuación aplica a todos los servicios médicos, de salud conductual y de nutrición que ofrece TAPM.						
% de los cargos	20 % de los cargos	40 % de los cargos	50 % de los cargos	60 % de los cargos	80 % de los cargos	El paciente paga el monto total de la factura (SIN DESCUENTO)
Rangos del porcentaje del nivel de pobreza (FPG)	0 % - 100 %	100 % - 125 %	126 % - 150 %	151 % - 175 %	176 % - 200 %	>200 %

*Para unidades familiares con más de 8 miembros, agregue \$5,500 por cada miembro adicional. Fuente: <https://aspe.hhs.gov/poverty-guidelines>

Nombre y firma del paciente/parte responsable

Apellido: _____ Nombre: _____ Inicial del segundo nombre: _____

Firma: _____

Fecha: _____ Número de expediente médico: _____

Información del paciente

Apellido: _____ Nombre: _____ Inicial del segundo nombre: _____

Fecha de nacimiento: _____ Sexo: ☐ Masculino ☐ Femenino Número de Seguro Social: _____

Raza: ☐ Afroamericano ☐ Nativo americano ☐ Asiático ☐ Caucásico ☐ Nativo de Hawái/Otras islas del Pacífico ☐ Otra

Origen étnico: ☐ Hispano/latino ☐ No hispano/latino Idioma: ☐ Inglés ☐ Español ☐ Otro: _____
Si indicó "Otro", ¿necesita un intérprete? ☐ Sí ☐ No

Estado civil del paciente: ☐ Soltero ☐ Casado ☐ Divorciado ☐ Viudo ☐ Otro

Número de licencia de conducir del paciente: _____ Religión: _____

Estatus militar del paciente: ☐ Activo ☐ Retirado ☐ Veterano

Empleo del paciente: ☐ Tiempo completo ☐ Tiempo parcial ☐ Empleado por cuenta propia ☐ Desempleado
☐ Discapacitado ☐ Jubilado

Lugar de trabajo del paciente: _____

En el caso de los trabajadores agrícolas, ¿usted es: ☐ Migrante ☐ Por temporada ☐ Empleado durante todo el año
☐ Trabajador agrícola jubilado

Farmacia preferida: _____

Dirección del paciente: _____ Código postal: _____

Teléfono (casa): _____ ¿Se le puede llamar? ☐ Sí ☐ No ¿Se le puede dejar un mensaje? ☐ Sí ☐ No

Teléfono (celular): _____ ¿Se le puede llamar? ☐ Sí ☐ No ¿Se le puede dejar un mensaje? ☐ Sí ☐ No

Teléfono (trabajo): _____ ¿Se le puede llamar? ☐ Sí ☐ No ¿Se le puede dejar un mensaje? ☐ Sí ☐ No

Correo electrónico: _____ ¿Se le puede enviar un correo electrónico? ☐ Sí ☐ No

¿Cómo prefiere que nos comuniquemos con usted? ☐ Teléfono (casa) ☐ Teléfono (celular) ☐ Teléfono (trabajo) ☐ Mensaje de texto ☐ Correo electrónico ☐ Otro: _____

¿Vive en una vivienda pública? ☐ Sí ☐ No - En caso afirmativo: ☐ Inquilino familiar ☐ Vivienda para adultos mayores
☐ Sección 8 ☐ Área de Sección 8

¿No tiene una vivienda? ☐ Sí ☐ No En caso afirmativo: ¿Aproximadamente desde qué fecha? _____ ¿Cuál de las siguientes opciones describe mejor dónde se encuentra actualmente? ☐ Comparto una vivienda con otra persona ☐ Refugio
☐ Vivienda de transición ☐ Calle/Vehículo ☐ Otro

Contacto de emergencia del paciente, Nombre: _____ Teléfono: () _____

***Padre/madre o persona responsable del pago
(complete únicamente si no es la persona anterior)***

Apellido: _____ Nombre: _____ Inicial del segundo nombre: _____

Fecha de nacimiento: _____ Sexo: ☐ Masculino ☐ Femenino

Número de Seguro Social: _____

Dirección del paciente: _____ Código postal: _____

Estatus militar del paciente del padre/madre: ☐ Activo ☐ Retirado ☐ Veterano

Empleo del padre/madre: ☐ Tiempo completo ☐ Tiempo parcial ☐ Empleado por cuenta propia
☐ Desempleado ☐ Discapacitado ☐ Jubilado

Lugar de trabajo del padre/madre: _____

En el caso de los trabajadores agrícolas, ¿usted es: ☐ Migrante ☐ Por temporada ☐ Empleado durante todo el año
☐ Trabajador agrícola jubilado

Información del seguro médico

Indique cuál de las siguientes opciones aplica para usted o su hijo:

☐ El paciente está inscrito en la escala móvil de tarifas de Triad Adult and Pediatric Medicine, Inc.

☐ El paciente está inscrito en Guilford Community Care Network (tiene una tarjeta naranja).

☐ El paciente tiene Medicaid/NC Health Choice. Número de identificación: _____ ☐

El paciente cuenta con la siguiente cobertura de seguro privado:

Tipo de seguro: _____ Monto del copago: _____

Empleador del titular de la póliza: _____ Dirección: _____

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

Número de suscriptor: _____

¿Cuál es la relación del paciente con el asegurado? ☐ Titular ☐ Hijo ☐ Dependiente especial

● ¿Está disponible una copia de la tarjeta? ☐ Sí ☐ No

Este consultorio médico trabaja con sus pacientes para facilitar el pago de los servicios. Cuando acuda a su cita, se le pedirá que pague cualquier deducible pendiente y/o copago, según lo permita su compañía de seguros. Nosotros presentaremos los reclamos a su compañía de seguros, por lo que es importante garantizar que la información del seguro sea correcta. Cualquier gasto no cubierto por el seguro será responsabilidad del padre/madre o persona responsable o del paciente.

Consentimiento para servicios

****Complete la sección a continuación únicamente si usted es el padre/madre o tutor legal del paciente.****

Como padre/madre o tutor legal del paciente mencionado anteriormente, entiendo que mi hijo no puede recibir atención en Triad Adult and Pediatric Medicine ("TAPM") con un adulto que no sea su tutor, a menos que haya otorgado una autorización por escrito para que este adulto acompañe a mi hijo. Este consentimiento también incluye la autorización para que mi hijo reciba vacunas durante una visita con los adultos que se indican a continuación.

Autorizo a los siguientes adultos a acompañar a mi hijo para recibir atención en mi ausencia:

Nombre de la persona	Relación con el niño	Número de teléfono

También entiendo que debo acompañar a mi hijo para su primera visita en TAPM con el objetivo de garantizar que se registre una historia clínica precisa. Asimismo, acepto que las visitas futuras puedan realizarse por teléfono si no es posible en persona. La persona que acompañe a mi hijo debe tener conocimiento completo de la enfermedad por la cual se presenta el niño. Esta persona también debe estar al tanto de otras afecciones médicas y/o alergias que tenga mi hijo. Tengo derecho a revisar el Aviso de Prácticas de Privacidad de TAPM antes de firmar este formulario de consentimiento. También entiendo que TAPM utiliza un sistema automatizado de recordatorios por teléfono, y que se realizarán llamadas a mi casa o a la casa de alguna de las personas que figuran anteriormente cuando mi hijo tenga una cita programada.

Firma del padre/madre o tutor legal: _____ Fecha de la firma: _____

Firma del testigo del personal dental de TAPM: _____ Fecha de la firma: _____

TAPM: CONSENTIMIENTO COMBINADO Y ACUERDO DEL PACIENTE

Triad Adult and Pediatric Medicine forma parte de un sistema organizado de atención médica que incluye a los participantes de OCHIN. Una lista actual de los participantes de OCHIN está disponible en www.ochin.org. Como asociado comercial de **Triad Adult and Pediatric Medicine**, OCHIN proporciona servicios de tecnología de la información y servicios relacionados a **Triad Adult and Pediatric Medicine** y a otros participantes de OCHIN. OCHIN también realiza actividades de evaluación y mejora de la calidad en nombre de sus participantes. Por ejemplo, OCHIN coordina actividades de revisión clínica en nombre de las organizaciones participantes para establecer estándares de mejores prácticas y evaluar los beneficios clínicos que pueden derivarse del uso de sistemas de registros médicos electrónicos. OCHIN también ayuda a los participantes a trabajar de manera colaborativa para mejorar la gestión de derivaciones internas y externas de pacientes. **Triad Adult and Pediatric Medicine** puede compartir su información de salud personal con otros participantes de OCHIN o con un intercambio de información de salud únicamente cuando sea necesario para el tratamiento médico o para los fines de operaciones de atención médica del sistema organizado de atención médica. Las operaciones de atención médica pueden incluir, entre otras acciones, geocodificar la ubicación de su residencia para mejorar los beneficios clínicos que usted recibe.

La información de salud personal puede incluir información médica pasada, presente y futura, así como información descrita en las Normas de Privacidad. La información, en la medida en que se divulgue, se compartirá de manera consistente con las Normas de Privacidad o cualquier otra ley aplicable, según se modifique de vez en cuando. Usted tiene derecho a cambiar de opinión y retirar este consentimiento; sin embargo, la información puede haber sido ya proporcionada conforme a su autorización. Este consentimiento permanecerá en vigor hasta que usted lo revoque por escrito. Si lo solicita, se le proporcionará una lista de las entidades a las que se ha divulgado su información.

Sección 1: Autorización para compartir información de salud protegida

La Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996 (Health Insurance Portability & Accountability Act, HIPAA) establece lineamientos para proteger específicamente su privacidad al restringir la información (oral, grabada, en papel o enviada electrónicamente) sobre la salud física o mental/conductual de un paciente, los servicios proporcionados o el pago de dichos servicios, y la información personal que conecta al paciente con los registros. Para proporcionar atención médica eficiente, de calidad y orientada al paciente, asegurando su privacidad, necesitamos su autorización para los métodos de contacto que podamos utilizar para su información de salud protegida.

Autorizo a Triad Adult and Pediatric Medicine, a sus médicos y empleados, a que se comuniquen y dejen mensajes detallados y específicos sobre mi atención médica o la de mi hijo, incluyendo resultados de exámenes, en el/los número(s) de teléfono que he proporcionado. Entiendo que, una vez que existe un mensaje de correo de voz, este ya no está cubierto por HIPAA y, por lo tanto, no está protegido contra accesos no autorizados. Esta autorización entra en vigor a partir de la fecha de firma y permanecerá vigente hasta que el paciente/tutor la cancele por escrito. Entiendo que dicha revocación no es efectiva en los casos en que la información ya haya sido divulgada, pero sí será efectiva para futuras divulgaciones.

Sección 2: Autorización para la divulgación de información

Su firma otorga a nuestra organización la autorización para divulgar toda la información relacionada con el tratamiento del paciente, incluida la información sobre salud conductual, a su(s) compañía(s) de seguros y a cualquier otro proveedor de atención médica al que el paciente pueda ser derivado. Además, al firmar este formulario autoriza el tratamiento y/o la administración de la atención por parte del proveedor/consultorio y cualquier otra agencia o persona asociada con el proveedor/consultorio que participa en la atención y bienestar del paciente.

Sección 3: Compromiso de pago de la cuenta

Por todos los servicios que proporciona Triad Adult and Pediatric Medicine, el paciente o cualquier persona responsable que firme a continuación se compromete a pagar todos los cargos de la cuenta del paciente. Entiendo/entendemos que seré/seremos responsable(s) de todos los cargos no cubiertos por seguros privados, Medicare, Medicaid, programas de atención a personas de bajos recursos o cualquier otra agencia federal, estatal o del condado. Si no pago/no pagamos cualquier cargo dentro de los treinta (30) días posteriores a la fecha del servicio, estaré/estaremos en incumplimiento. En caso de incumplimiento y si se requiere un abogado para la cobranza, acepto/aceptamos pagar los honorarios del abogado equivalentes al quince por ciento (15 %) del saldo adeudado. También pagaré/pagaremos cualquier costo u otro gasto generado en la cobranza de esta cuenta. Triad Adult and Pediatric Medicine puede acceder a mi puntuación de predicción de pago a través de Search America y/o a mi informe crediticio para determinar si soy elegible para acceder a la Asistencia financiera.

Sección 4: Consentimiento para servicios de especialidades

Triad Adult and Pediatric Medicine, Inc. es un centro de atención primaria integrado. Esto significa que, además de ofrecer servicios de atención primaria, usted acepta, como parte de nuestra práctica, recibir servicios adicionales de atención especializada en el lugar recomendados por el equipo de atención médica integrada. Su equipo integrado puede consistir en un proveedor médico, profesional de enfermería, asistente médico certificado, clínicos especialistas y enlace comunitario. Los servicios de especialidades pueden incluir detección, evaluación y tratamiento en las siguientes áreas: asma, salud conductual, desarrollo, nefrología, neurología, nutrición/dietética, podología, psiquiatría y/o otros profesionales de la salud en formación. Los servicios de especialidades pueden cambiar según la disponibilidad o el acceso a sus proveedores. Los servicios de salud mental y abuso de sustancias pueden estar sujetos a reglas de confidencialidad diferentes según las normas estatales y federales. Cualquier paciente puede rechazar los servicios de especialidades informándolo a un proveedor. El paciente entiende y reconoce que no se garantiza ni asegura ningún resultado derivado de los servicios de especialidades. Es posible que estos servicios no estén cubiertos por su seguro y, en ese caso, el costo será responsabilidad del paciente.

Sección 5: Nuestras políticas

Estamos comprometidos a prestar servicios a nuestros pacientes y brindar atención de calidad. Tenga en cuenta las siguientes normas:

Comportamiento: para su seguridad y la de los demás, no toleraremos comportamientos groseros o inapropiados en ninguna de nuestras instalaciones. Valoramos a nuestro personal y a nuestros pacientes, y nos esforzamos por atender a todos con el mismo respeto. **Manifestar un comportamiento inapropiado puede resultar en la terminación inmediata de la atención para usted o su hijo.** Agradecemos su colaboración para mantener nuestras instalaciones seguras y centradas en el paciente.

****Debido a la grave falta de acceso a servicios dentales en nuestra área, las citas perdidas se toman muy en serio.****

Aunque haremos todo lo posible para recordarle su cita dental próxima por teléfono o correo, usted es responsable de recordar la fecha y hora de su cita.

Citas perdidas:

- Los pacientes solo pueden tener UNA cita perdida en un período de 12 meses.
- Las citas perdidas (Broken appointments, BA) se consideran cualquier cita que usted tenía programada y no se presentó.
- **Si tiene más de 2 BA en un período de doce meses, su atención se registrará como "Solo para el mismo día".**

Cancelaciones:

- Si no puede asistir a su cita programada, debe llamarnos con al menos 24 horas de anticipación para informarnos, *de modo que podamos ofrecer su cita a otro paciente.*
- Las cancelaciones tardías pueden considerarse citas perdidas.
- Las llegadas tardías también pueden considerarse citas perdidas. Si no llega dentro de los 10 minutos posteriores al horario de inicio de su cita, su lugar podrá asignarse a otro paciente.

Confirmación de la cita:

- Usted debe llamar para confirmar su cita antes del día hábil previo a la misma.
- Nuestra clínica cierra a las 5:00 p. m. Es su responsabilidad llamar, enviar un mensaje de texto o correo electrónico.
- Si no llama para confirmar al menos 24 horas antes del inicio de su cita, podemos asignar su lugar a otro paciente. **Esto puede considerarse una cita perdida.**

"Solo para el mismo día" – Cita el mismo día y pacientes sin cita previa:

- **Si por cualquier motivo un paciente pierde su cita o cancela tardíamente por segunda vez en un período de 12 meses,** no se le programará otra cita.
- Aún así, estos pacientes podrán recibir atención dental en nuestras instalaciones.
- Los pacientes que hayan tenido dos citas perdidas pueden llamarnos en la mañana para una "cita para el mismo día", o acudir a nuestra clínica como paciente sin cita previa.

Hacemos todo lo posible para integrar a los pacientes sin cita previa en el horario disponible, siempre que no interfiera con la atención de pacientes previamente programados; pero, comprenda que no hay garantía de que recibirá atención como paciente sin cita previa.

Si tiene alguna pregunta, solicite hablar con el Administrador de la Clínica de su respectiva ubicación.

Sección 6: Acuerdo de telemedicina/consulta telefónica

1. Entiendo que mi proveedor de atención médica desea que participe en una consulta de telemedicina.
2. Mi proveedor de atención médica me ha explicado que la tecnología de videoconferencia se utilizará para llevar a cabo dicha consulta, y que no será equivalente a una visita presencial directa entre el paciente y el proveedor de atención médica, debido a que no estaré en la misma habitación que mi proveedor.
3. Entiendo que existen riesgos potenciales asociados con esta tecnología, incluyendo interrupciones, acceso no autorizado y dificultades técnicas. Entiendo que mi proveedor o yo podemos interrumpir la consulta de telemedicina si se considera que la conexión de videoconferencia no es adecuada para la situación.
4. Entiendo que mi información de salud puede compartirse con otras personas para fines de programación de citas y facturación. Otras personas, además de mi proveedor, pueden estar presentes durante la consulta, respetando la confidencialidad de la información que se obtiene. También entiendo que seré informado de su presencia durante la consulta y tendré derecho a solicitar lo siguiente: (1) Omitir detalles específicos de mi historia clínica o examen físico que considere sensibles; (2) Pedir que el personal no médico abandone la sala de telemedicina; y/o (3) Terminar la consulta en cualquier momento.
5. Me han explicado las alternativas a la consulta de telemedicina y, al elegir participar, entiendo que algunas partes del examen que requieren pruebas físicas pueden ser realizadas por personas en mi ubicación bajo la dirección del proveedor de atención médica consultante.
6. He tenido una conversación directa con mi médico, durante la cual pude hacer preguntas sobre este procedimiento. Mis preguntas han sido respondidas y me han explicado los riesgos, beneficios y cualquier alternativa práctica en un lenguaje que entiendo.

Al firmar este formulario, certifico que:

He leído o me han leído este formulario y/o me lo han explicado

Comprendo perfectamente su contenido.

He tenido varias oportunidades de hacer preguntas y todas han sido respondidas a mi entera satisfacción.

Firma del paciente o padre/madre: _____ Fecha: _____

Testigo/integrante del equipo: _____ Fecha: _____