



Estimado Paciente

De acuerdo a las políticas de Long Island Select Healthcare, nosotros necesitamos requerir cierta documentación de usted. Estos documentos están relacionados a nuestra financiación federal y nos ayuda a abrir puertas para proveerle servicios. Si usted está aplicando para nuestra escala de tarifa de descuentos, necesitaremos aceptable prueba de ingreso. Aceptable prueba de ingreso incluye:

- Su declaración de impuestos más reciente
- Su formulario W-2 más reciente
- 2 salarios de su empleador más reciente
- Una carta de determinación del Seguro Social detallando las cantidades adjudicadas
- Una declaración escrita de ingreso de parte de su empleador
- Un estado bancario que muestre montos de depósito directo.
- Si no está empleado o no puede mostrar una prueba de ingresos, por favor llene un formulario de auto-certificación.

Una vez que nos proporcione un comprobante de ingreso y verifiquemos su elegibilidad para nuestra escala de tarifa de descuentos, usted será elegible bajo el programa asignado por el período de un año. Si en algún momento durante el año sus niveles de ingresos cambian, por favor traiga una prueba adicional de ingresos para que podamos reevaluar su elegibilidad para nuestra escala de tarifa de descuentos.

Tenga en cuenta que sin un comprobante de ingresos aceptable, no podremos evaluar su elegibilidad para nuestra escala de tarifas de descuentos pendientes y usted puede ser responsable de cualquier cargo no cubierto por su compañía de seguros.

Long Island Select Healthcare se compromete a proporcionar a los pacientes excelentes servicios de salud a un costo razonable. Si, en algún momento, tiene alguna pregunta o inquietud, no dude en comunicarse con nosotros.

Gracias

Long Island Select Healthcare



Determinación de los Requisitos para los Descuentos de Escala de Pago

En Long Island Select Healthcare, Inc. (LISH, Inc.) nuestra política es la de dar atención médica importante a todos los pacientes sin importar cuánto van a poder pagar. Los descuentos los establece el Consejo de Directores para los consumidores de LISH y se ofrecen basados en la información que usted nos da en cuanto al tamaño e ingreso de su familia. Si usted cumple con lo que se requiere para un descuento en la escala de pago, estos descuentos se aplicarán a todos los servicios que reciba en LISH, pero no a los servicios proporcionados fuera del Centro de Salud.

**Por favor complete la siguiente información, aún si tiene seguro.
Ingreso de la familia antes de Impuestos**

Miembro de la Familia	Número	Ingreso al Mes	Ingreso al Año
Usted mismo Nombre			
Su esposo o esposa			
Menores que dependen de usted			
Otras personas que dependen de usted			
Total			

Me niego a dar la información sobre mi ingreso y tamaño de familia. Yo estoy de acuerdo en pagar el total a LISH.

Estoy de acuerdo en dar la documentación de mi ingreso durante mi siguiente consulta.

Se necesita una prueba del ingreso que sea aceptable para el programa de descuentos basados en una escala de pago. Si su situación financiera cambia, por favor infórmele a LISH.

Yo declaro que toda la información de arriba es verdadera, precisa y correcta. Entiendo que si LISH dice que yo he dado información errónea o falsa, no voy a poder recibir los descuentos y me pueden pedir que pague los descuentos que me habían ofrecido.

Nombre (letra de molde): _____ Firma: _____

Testigo: _____ Fecha: _____

El personal completará lo siguiente

Cumple los requisitos para los descuentos basados en la escala de pago: Sí _____ No _____ El paciente se negó _____

En caso de haber respondido Sí, se dio una prueba aceptable de ingreso: Sí _____ No _____ El paciente se negó _____

Si tiene seguro, les dio la tarjeta del seguro médico: Sí _____ No _____ No aplica _____

El paciente no reporta ingresos. Sí _____

El paciente no puede obtener una prueba del empleador. (Esto incluye paga en efectivo o ingreso fuera nómina.) Sí _____

En caso de haber respondido Sí a alguna de estas preguntas, por favor utilice el formulario de testimonio propio.



Formulario de Entrada para Pacientes de LISH, Inc.

Información del paciente:

Centro de Salud: _____ Doctor de cabecera: _____

Apellido: _____ Nombre: _____

Prefieren que lo llamen: _____ Fecha de nacimiento: ___/___/___

Sexo: Hombre / Mujer Transexual Pronombre personal de su preferencia: _____

Núm. de Seguridad Social: ___-___-___ Idioma principal: _____

Raza: (marque todas las que aplican)

- Indio americano o nativo de Alaska
- Asiático
- Hawaiano nativo
- Negro o afroamericano
- Blanco o caucásico
- Otra raza
- De las Islas del Pacífico
- No reportado / me rehusó a reportar

Etnia:

- Hispano o Latino
- No Hispano o Latino
- No reportado / me rehusó a reportar

Dirección para recibir correo: _____

Apartamento #: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Dirección de domicilio (si es diferente de la dirección para recibir correo): _____

Apartamento #: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono de casa: _____ Teléfono celular: _____

Teléfono del trabajo: _____ Dirección de correo electrónico: _____

Estado civil: (marque uno)

- Soltero
- Casado
- Viudo
- Divorciado
- Separado
- Tiene pareja

Estado estudiantil: (marque uno)

- De tiempo completo
- De tiempo parcial
- No es un estudiante

Estado laboral: (marque uno)

- De tiempo completo
- De tiempo parcial
- Retirado
- Servicio activo
- Trabaja independientemente
- Desempleado

Nombre del empleador: _____

Nombre de la escuela: _____

Información del padre o tutor:

Nombre del padre o tutor: _____ Fecha de nacimiento: ___/___/___

Dirección: _____ Teléfono: _____

Nombre del padre o tutor: _____ Fecha de nacimiento: ___/___/___

Dirección: _____ Teléfono: _____

Contacto de emergencia:

Nombre: _____ Relación con el paciente: _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

Información de la farmacia:

Nombre: _____ Dirección: _____

Ciudad: _____ Código Postal: _____ Teléfono: _____



Información del Seguro Médico

Nombre del Plan Principal: _____ Número de póliza: _____

Médico de atención primaria en la tarjeta de seguro: _____

Nombre del Plan Secundario: _____ Número de póliza: _____

Información de la persona responsable del seguro:

Nombre: _____ Dirección: _____

Ciudad: _____ Código Postal: _____ Teléfono: _____

Relación con el paciente: _____

Por favor indique cómo le gustaría que nos comunicáramos con usted:

¿Le gustaría tener acceso a nuestro portal del paciente? Sí No
 Prefiere por teléfono: Casa Celular Trabajo
 ¿Está bien si dejamos un mensaje? Casa Celular Trabajo
 Mejor hora del día para comunicarnos con usted: Mañana Tarde Noche
 Idioma que prefiere: Inglés Español Otro: _____

Las siguientes preguntas le ayudan a LISH, Inc. a recibir fondos para que nos podamos asegurar de que su atención médica sea asequible.

Por favor marque todas las que aplican

___ Trabajador migrante

¿Actualmente trabaja en la agricultura o hace trabajo de campo? Sí No
 ¿Su ingreso del año pasado fue el resultado principalmente de trabajar el campo? Sí No
 ¿El ingreso de su familia viene principalmente del trabajo de campo? Sí No
 ¿Se cambia de casa frecuentemente en búsqueda de trabajo? Sí No

___ Trabajador temporal

¿Va a volver a su estado o país después de que termine la temporada de cosecha? Sí No

___ Sin hogar o vive en un albergue

¿Vive en un albergue o renta por semana o por mes? Sí No
 ¿Lo ha hecho durante el último año? Sí No
 ¿Comparte una vivienda unifamiliar con una o más familias? Sí No
 ¿O con más de 3 personas con las que no está relacionado? Sí No
 ¿Lo ha hecho durante el último año? Sí No
 ¿Está actualmente viviendo con familia o con amigos mientras busca otra vivienda? Sí No

___ En vivienda pública

¿Vive ahora en vivienda del gobierno? Sí No
 ¿Lo ha hecho durante el último año? Sí No
 ¿Vive ahora en vivienda para personas de edad avanzada? Sí No
 ¿Lo ha hecho durante el último año? Sí No
 ¿Recibe beneficios de vivienda bajo la Sección 8? Sí No
 ¿Lo ha hecho durante el último año? Sí No

Es usted (Por favor marque todas las que aplican)

___ Veterano
 ___ Empleado de LISH, Inc.
 ___ Miembro del Consejo Directivo de LISH, Inc.

¿Cómo supo de nosotros? (Por favor marque una)

___ Fue referido por
 Un empleado de LISH, Inc. Un paciente de LISH, Inc. Un agente de la comunidad
 ___ Anuncios
 Periódico Folleto o poster En línea Un evento de LISH, Inc.



FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO PARA LONG ISLAND SELECT HEALTHCARE

Consentimiento para el tratamiento. Yo autorizo a Long Island Selecta Healthcare, Inc. (“LISH, Inc.”), y a su personal médico, de enfermería y otros profesionales a que me proporcionen los servicios de cuidados médicos y me administren los procedimientos de diagnóstico y terapia y tratamientos, que a juicio del personal médico de LISH, INC., sean necesarios o aconsejables en mi caso. Esto incluye todas las pruebas de diagnóstico y procedimientos rutinarios, incluyendo rayos equis de diagnóstico, la administración y/o inyección de productos y medicamentos farmacéuticos y la extracción de sangre para exámenes de laboratorio. Entiendo que no se me han garantizado ni los resultados ni la efectividad de los tratamientos o exámenes hechos por el personal de LISH, INC.

Divulgación de información. Yo autorizo a LISH, Inc. a que use y divulgue mi información de salud con los siguientes propósitos: (1) para proporcionarme, ordenar o coordinar mi tratamiento de cuidados de salud; (2) para permitirle a LISH, Inc. a obtener pago por los servicios que me proporcione; y (3) permitirle a LISH, Inc. llevar a cabo las operaciones ordinarias de cuidados de salud y de negocios, tales como el aseguramiento de la calidad, planeación de servicios y de administración en general.

Estoy consciente que esta autorización para usar y divulgar la información puede incluir información relacionada con:

- VIH o SIDA
- Abuso de alcohol o drogas
- Enfermedades mentales o cualquier otra condición de salud mental
- Enfermedades de transmisión sexual
- Planeación familiar, embarazo y aborto
- Pruebas genéticas o enfermedades genéticas

Estoy consciente que Long Island Selecta Healthcare puede compartir información con mis otros proveedores médicos para tratamiento médico o con terceras personas para pago financiero a través de medios electrónicos.

Asignación de beneficios. Yo le asigno a LISH, Inc. todos los beneficios a los cuales tengo derecho de Medicare, Medicaid, otras agencias gubernamentales, compañías de seguros y terceras personas que sean responsables financieramente por el cuidado médico y tratamiento provisto por LISH, Inc.

Obligaciones. Estoy de acuerdo en que, con excepción de lo que pueda ser limitado por la ley o por acuerdos entre LISH, Inc. y terceras personas, en el caso en que las terceras personas por las que he otorgado una asignación de beneficios no paguen por lo que se me he proporcionado, yo estoy obligado/a a pagar cualquier cantidad que se deba por los servicios proporcionados en las instalaciones de LISH, Inc., de acuerdo con las tasas y términos de LISH, INC. efectivos el día del servicio. También estoy de acuerdo en que yo soy responsable por cualquier copago, coaseguro o deducible correspondiente.

Certifico que he leído este formulario y que yo soy el paciente o que estoy formalmente autorizado por el paciente como su representante de paciente para firmar este formulario y aceptar sus términos.

Firma del paciente o de la persona responsable: _____

Naturaleza de la relación con el paciente (si el paciente no firma): _____

Fecha: _____



**Long Island
Select Healthcare**

Certificación del recibo del Aviso de Prácticas de Privacidad. Yo certifico que se me ha proporcionado una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad de Long Island Selecta Healthcare (LISH, Inc.), las cuales describen cómo LISH, Inc. puede usar y divulgar mi información médica y cómo puedo obtener acceso y control a este uso y divulgación de información.

Firma del paciente

Fecha

Reportes para el Sistema de Información sobre las Inmunizaciones del Estado de Nueva York (NYS Inmunización Información Sistema.) Por medio de la presente autorizo a LISH, Inc. a reportar cualquier inmunización que su equipo médico me administre al Sistema de Información sobre las Inmunizaciones del Estado de Nueva York.

Firma del paciente

Fecha