

NORTHEAST MISSISSIPPI HEALTH CARE, INC

FORMA DE REGISTRO DEL PACIENTE

APELLIDO DEL PACIENTE \_\_\_\_\_ PRIMER NOMBRE \_\_\_\_\_ INICIAL DEL MEDIO \_\_\_\_\_

Dirección (calle, ciudad, zona postal) \_\_\_\_\_

Es Usted Latino o Descendiente de latino? ( ) SI ( ) NO Lengua Preferida ( ) INGLÉS ( ) ESPAÑOL

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Doctor de su Preferencia? \_\_\_\_\_

Número de Seguro Social \_\_\_\_\_ Necesidad de Comunicación Especial? \_\_\_\_\_

Número de Teléfono Residencial \_\_\_\_\_ Correo electrónico \_\_\_\_\_

Número de Celular \_\_\_\_\_

Estado Marital  
 ( ) Soltero(a)  
 ( ) Casado(a)  
 ( ) Viudo(a)  
 ( ) Divorciado(a)

Dado que NEMHC, INC. es un Centro de Salud calificado a nivel Federal, debemos recopilar esta información para fines de informes Federales).

**ORIENTACION SEXUAL**

*Heterosexual*  
 ( ) Derecho/Heterosexual  ( ) BI Sexual  
 ( ) Gay/Lesbiano/Homosexual  ( ) No lo se  
 ( ) Elijo no divulgar  
 ( ) Otro/Especifique \_\_\_\_\_

**Identidad de Género**

( ) Masculino  ( ) Femenino a Masculino/Transgenero  
 ( ) Femenino  ( ) Masculino a Femenino/Transgenero  
 ( ) Elijo no divulgar

**ETNICIDAD**

( ) Asiático  
 ( ) Americano Nativo  
 ( ) Blanco  
 ( ) Latino/Hispano  
 ( ) Negro/ Africano Americano  
 ( ) Indio Americano/Nativo de Alaska  
 ( ) Otro Isoleño Pacifico  
 ( ) Mas de una Raza

**EN CASO DE EMERGENCIA**

NOMBRE \_\_\_\_\_  
 RELACION \_\_\_\_\_  
 Numero de Telefono ( ) \_\_\_\_\_

Tiene Usted un Testamento  
 ( ) SI  ( ) NO

Tiene Usted un Poder Medico  ( ) SI  ( ) NO

Estaría usted interesado en hablar acerca de esto?  
 ( ) SI  ( ) NO

Es usted Veterano  ( ) SI  ( ) NO

Tiene usted casa  ( ) SI  ( ) NO

Usted vive solo  ( ) SI  ( ) NO

Con sus Padres  ( ) SI  ( ) NO

( ) Otro \_\_\_\_\_  
 Esta usted sin tasa  ( ) SI  ( ) NO

Parte Responsable (si es Menor) \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Numero de Telefono \_\_\_\_\_

Dirección de la Parte Responsable (si es diferente) \_\_\_\_\_

Esposo (o parte responsable) Seguro Social \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Trabajo del Esposo \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

**TIENE USTED SEGURO MÉDICO**  
 ( ) SI  ( ) NO

Asegurado Principal \_\_\_\_\_ Seguro Secundario \_\_\_\_\_

Número de Identificación \_\_\_\_\_ Número de ID \_\_\_\_\_ Vive usted en casa Pública de \_\_\_\_\_  
 Número de Grupo \_\_\_\_\_ Numero de Grupo \_\_\_\_\_ Sección 8 ( ) SI ( ) NO  
 Número de Medicare \_\_\_\_\_ Numero de Medicare \_\_\_\_\_  
 Parte B \_\_\_\_\_ Parte D \_\_\_\_\_

**PARA SER LEÍDO Y FIRMADO POR PACIENTES CON SEGURO MÉDICO, MEDICAID, Y /O MEDICARE:**

Autorizo a cualquier titular de Información médica o de otro tipo sobre mí, a divulgar dicha información a la Administración del Seguro Social, la Comisión de Medicaid, los Centros para Medicare y Medicaid, o cualquier tercer pagador, o sus intermediarios y transportistas necesitan este o un reclamo relacionado con el reclamo. Yo permito que se use una copia de esta autorización en el lugar del original y solicite el pago de reclamos médicos a esta clínica.

\_\_\_\_\_  
**FIRMA DE AUTORIZACIÓN DE ASIGNACION**

\_\_\_\_\_  
**FECHA**

**AUTORIZACION PARA EL CUIDADO DE SALUD**

- 1- Doy permiso a los Proveedores Dentales Médicos de NEMHC, INC, para que me presten atención o aquellos de quienes soy responsables, según lo que el proveedor aconseje, según sea necesario en el caso de una Emergencia.
- 2- Por la presente autorizo a NEMHC, INC A proporcionar la información profesional necesaria de mis registros Médicos o Dentales recopilados por NEMHC, INC, incluidos los servicios profesionales, y por la presente libero a NEMHC de toda responsabilis que pueda surgir de la divulgación de la información solicitada.
- 3- Acepto/Aceptamos Responsabilidad completa por todos los cambios basados en la capacidad de pago y aceptamos pagar lo mismo al momento en que se presenten los Servicios o antes de 90 días a partir de la fecha del servicio o de acuerdo con el pago especificado (Medicare no- cubierto, Medicaid, cargos de seguro privado). En caso por defecto, acepto pagar todos los costos de cobro, incluidos los honorarios razonables de los abogados.
- 4-Acepto que he leído y entiendo el consentimiento anterior y acepto sus terminos.

\_\_\_\_\_  
**FIRMA del Paciente/Parte Responsable**

**NORTHEAST MISSISSIPPI HEALTH CARE, INC.**

**HISTORIA MEDICA DEL PACIENTE**

**Por Favor Complete Todas Las Secciones.**

**I . Quien es su Doctor de Salud regular?** \_\_\_\_\_

**II , Es Usted Alergico a alguna Medicina o COMIDA? \_\_\_\_SI \_\_\_\_NO (Si es si, porfavor da una lista)** \_\_\_\_\_

**III. Ha sido usted hospitalizado alguna vez por una cirugía mayor, enfermedad o una lesión? \_\_\_\_SI \_\_\_\_NO (Si es Si, porfavor haga una lista. Use la parte de atras de la pagina si lo necesita.)**

FECHA	RAZON DE LA HOSPITALIZACION	FECHA	RAZON DE LA HOSPITALIZACION
-------	-----------------------------	-------	-----------------------------

**IV. Preferencia Religiosa** \_\_\_\_\_ **Usted usa Tabaco (yes/no), o Drogas (si/no)**

**V. Porfavor de una Lista de sus Medicinas(Recetadas y compradas en el mostrador) que usted este tomando actualmente**

FECHA	RAZON DE LA HOSPITALIZACION	FECHA	RAZON DE LA HOSPITALIZACION
-------	-----------------------------	-------	-----------------------------

**VI. Ha tenido Usted o cualquiera de sus miembros de la Familia Inmediata han sido diagnosticados alguna vez con los siguientes? (Porfavor marque todas las que aplican)**

	Usted	Papa	Mama	Abuelos	Hermanos o Hermanas
Problemas Cardiacos	( )	( )	( )	( )	( )
Presion Alta	( )	( )	( )	( )	( )
Problemas Digestivos/Estomago	( )	( )	( )	( )	( )
Problemas de los Rinones/Vejiaga	( )	( )	( )	( )	( )
Cancer	( )	( )	( )	( )	( )
Problemas de los Nervios/ataques	( )	( )	( )	( )	( )
Derrame Cerebral	( )	( )	( )	( )	( )
Diabetes	( )	( )	( )	( )	( )
Enfermedad de los Pulmones/Asma	( )	( )	( )	( )	( )
Depresion/Anciedad	( )	( )	( )	( )	( )

Desorden de la Tiroides	( )	( )	( )	( )	( )	( )
Problemas de la Vesicula/Higado	( )	( )	( )	( )	( )	( )
Problemas de las Alergias/Sinositis	( )	( )	( )	( )	( )	( )
Abuso de Alcohol/Drogas	( )	( )	( )	( )	( )	( )
Mamograma Abnormal/Pap	( )	( )	( )	( )	( )	( )

VII. Enumere cualquier otra Condicion Medica que Usted tenga \_\_\_\_\_

VIII. Tiene Usted cualquiera de los siguientes Signos de cuidado de Cancer? Porfavor marque todos los que aplican.

- Cualquier Sangrado unusual o Flujo       Persistente Tos o Voz Afonica  
 Una llaga que no se cura                       Cambios persistentes en los Habitos del Intestino o la vejiga  
 Cambio en una Verruga o lunar               Persistente Indigestion o Dificultad para Tragar  
 Un bulto o Engrosamiento en la Mama ,El Testiculo o en otro lugar.

Tenemos un programa de detectado de Cancer agresivo en esta clinica. Si se siguen estos procedimientos por evaluacion pueden salvar su vida. Muchos canceres ahora son curables si se detectan temprano. Recomendamos lo siguiente:

Exámenes Anuales de Senos y cervicales para todas las mujeres mayores de 18 años y/o con el comienzo de la actividad sexual.

Examemen Rectal Anual con analisis de sangre en las heces, para todos los pacientes mayores de 50 años.

Mamografia Anual, para todas las mujeres mayores de 50 .

Deteccion Anual de cancer de prostata para todos los hombres mayores de 50 años.

Deteccion Anual de cancer de piel para todos los pacientes con mayor riesgos.

Lo alentamos a seguir estas pautas para ayudarlo a mantenerse saludables.

Firma del Paciente/Guardian

Fecha



## Acerca de Nuestra Noticia de Practica de Privacidad

Nosotros estamos comprometidos a proteger su información personal de salud de acuerdo con el aviso adjunto de las práctica de privacidad declara:

Nuestras obligaciones bajo la ley con respecto a su información personal de salud.

Como podemos usar y divulgar la información de salud que guardamos sobre usted.

Sus derechos relacionados con su información personal de salud.

Nuestro derechos a cambiar nuestro aviso de prácticas de privacidad.

Cómo presentar una queja si cree que se han violado sus derechos de privacidad.

Las condiciones que se aplican a los usos y divulgaciones que no se describen en este aviso.

La persona a contactar para obtener más información sobre nuestras prácticas de privacidad.

La ley nos exige que le entreguemos una copia de este aviso y que obtengamos su conocimiento de recibido por escrito, de que recibió una copia de este aviso.

### Copia del conocimiento de recibo del paciente de este aviso.

Yo, \_\_\_\_\_, Por la presente reconozco que he recibido una copia del Aviso de Práctica de Privacidad

Firma del Paciente

Fecha

Firma del Padre / o representante del Paciente( si es Aplicable)

Fecha

Descripción de la Autoridad Legal al Acto en nombre del Paciente

AUTORIZACION INDIVIDUAL PARA LIBERAR INFORMACION

DE SALUD PROTEGIDA

PARA FINES DISTINTOS DE TRATAMIENTO O PAGO

Yo, \_\_\_\_\_ (paciente) , autorizo de manera consciente y voluntaria a Northeast Mississip Health Care, Inc, para divulgar y compatir mi información personal de salud con las siguientes persona indicada y nombradas:

Esposo(a) \_\_\_\_\_

Madre \_\_\_\_\_

Padre \_\_\_\_\_

Hermana \_\_\_\_\_

Hija \_\_\_\_\_

Hijo \_\_\_\_\_

Otros \_\_\_\_\_

Yo, entiendo que yo tengo el derecho para cancelar o revocar esta autorización por escrito a cualquier hora, yo entiendo que, yo, debo dar por escrito la noticia de cancelación a la oficina del frente , ya sea Byhalia Family Health/Dental Center o Mt Pleaant Family Health Clinic. Yo entiendo que la información usada o divulgada puede estar sujeta a una nueva divulgación por parte del destinatario y ya no estará protegida por las reglas de privacidad.

Firma del Paciente/Representante

Fecha

Si la autorización ha sido firmada por el personal representante, se adjunta una description de la autoridad de los representantes para actuar (poder notarial,orden judicial,etc.)

NORTHEAST MS HEALTH CARE INC. MAY 2010

legal o responsabilidad por la divulgación de la información anterior en la medida indicada y autorizada en este documento.

Se me entregará una copia de esta autorización firmada según mi solicitud.

Firma del Paciente: \_\_\_\_\_ Día de la Firma \_\_\_\_\_

(o la firma de la persona autorizada para dar su consentimiento para un paciente menor de edad.)

Relación y/o autoridad para actuar en nombre del paciente \_\_\_\_\_

---

Northeast MS Health Care, Inc.

Northeast MS Health Care, Inc.

En el caso de que su cuenta se coloque en la Agencia de colección ,se puede agregar a su cuenta una comisión de cobro por la cantidad del 33% del saldo pendiente y se convertira en una parte del monto total adeudado. Usted sera responsable de todos los costos de cobro, incluidos los honorarios del abogado y el costo de la corte.

Usted acepta que, para que podamos reparar su cuenta o cobrar cualquier cantidad que deba, nosotros y nuestras agencia de cobro podremos comunicarnos con usted por teléfono a cualquier número de teléfono asociado con su cuenta, incluidos los números de teléfono inalámbrico, lo que podría generar cargos para usted.

Nosotros y nuestras agencias de cobros también podremos comunicarnos con usted enviando mensajes de texto o correo electrónico que nos proporcione. Los métodos de contacto pueden incluir el uso de mensajes de voz pre-grabados/ artificiales y/ o el uso de un dispositivo de marcación automática, según corresponda.

Nombre del Paciente  
(impresión) \_\_\_\_\_

Firma del  
Paciente \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_



Northeast Mississippi Health Care Inc.

Byhalia Centro de Salud Familiar- Mt. Pleasant Centro de Salud Familiar

Desoto Centro de Salud Comunitario

P O Box 698

Byhalia, MS 38611

(662)349-6220 (662)349-2657

\_\_\_\_\_

Ponga el label aqui

Yo, pido y autorizo \_\_\_\_\_ Para dar y obtener informacion del cuidado de salud del paciente ya mencionado para/de: \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_

Direccion \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Esta solicitud y autorizacion aplica a:

Información del cuidado de la salud, relacionado a los siguientes tratamiento, condición, o dias de servicios:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Toda información del cuidado de salud:

\_\_\_\_\_

Otro: \_\_\_\_\_

Mi autorización es dada de forma libre con el entendimiento

Yo, puedo rehusarme a esta autorización

Yo, puedo cancelar esta autorización en cualquier momento, excepto donde la información ya ha sido dada como resultado de mi autorización, proveido que mi revocación es por escrito.

Yo, tendré que pagar cualquier costo por copias o estampillas por adelantado.

NEMHC, Inc. No puede usar la condición y tratamiento en mi provisión de esta autorización.

La autorización es valida por un período de un año apartir del dia que ha sido firmada o antes si es especificado por mi, como está indicado seguidamente.

Una foto copia o fax de la autorización es válida como la original.

NEMHC, Inc. Sus directores, oficiales, empleados, agentes y voluntarios están absueltos por cualquier responsabilidad

legal o responsabilidad por la divulgación de la información anterior en la medida indicada y autorizada en este documento.

Se me entregará una copia de esta autorización firmada según mi solicitud.

Firma del Paciente: \_\_\_\_\_ Día de la Firma \_\_\_\_\_

(o la firma de la persona autorizada para dar su consentimiento para un paciente menor de edad.)

Relación y/o autoridad para actuar en nombre del paciente \_\_\_\_\_

---

Northeast MS Health Care, Inc.

**DECLARACION PERSONAL DE INGRESO**

**PARA:** Northeast Health Care, Inc.  
 Byhalia Family Health Care  
 Mt. Pleasant Family Health Clinic  
 Desoto Community Health Center

Esto es para certificar que yo, estoy aplicando por un descuento del servicio primario, basado en el ingreso de mi familia y el número de miembros en toda mi casa. Yo, estoy declarando que: Los siguientes miembros ( relacionados por sangre, nacimiento o matrimonio) están viviendo en mi casa.

NOMBRE	EDAD	RELACION

Yo, tambien declaro que la suma estimada de Ingreso (antes de las deducciones) u otro ingreso es:

	POR HORA	SEMANAL	CADA 2 SEMANAS	MES	CADA 2 MESES	OTRO
Cabeza de Familia						
Esposo						
otros						

Esta solicitud estara cubriendo los servicios proveidos al momento de la solicitud solamente, y esta entendido por mi, que durante los 30 día ,o, para mi proxima visita a la clinica, cualquiera que sea la mas cercana: Yo regresare la siguiente prueba de ingreso.

- \_\_\_\_\_ Mas reciente regreso de los impuestos
- \_\_\_\_\_ Carta de aprobacion de una entidad del gobierno( Seguro Social, desempleo)
- \_\_\_\_\_ Otro \_\_\_\_\_

Esta solicitud por descuento de Servicios a favor de \_\_\_\_\_  
 Nombre del Paciente

FIRMA DE LOS APLICANTES \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Categoría: \_\_\_\_\_ % Aprobado por: \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

APLICACION PARA TARIFA REDUCIDA  
 NORTHEAST MISSISSIPI HEALTH CARE, INC.

Byhalia Health Center- Mt. Pleasant Family Health CLINIC - Desoto Community Health Center - Byhalia Family Dental Clinic

Categoria \_\_\_\_\_ % Aprobada ( ) Desaprobado ( ) Fecha \_\_\_\_\_ Por: \_\_\_\_\_

**INFORMACION DE LA CABEZA DE LA FAMILIA**

NOMBRE: \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

DIRECCION \_\_\_\_\_

SEGURO SOCIAL \_\_\_\_\_ TELEFONO \_\_\_\_\_ SEXO: F \_\_\_\_ M \_\_\_\_

RAZA: Blanca \_\_\_\_ Negro/Africano Americano \_\_\_\_ Asiatico \_\_\_\_ Is;eno Pacifico \_\_\_\_ Latino/Hispano \_\_\_\_

**ESTADO MARITAL    OCUPACION    ESTADO DE EMPLEO    FUENTE DE REFERENCIA**

\_\_\_\_ Nunca Casado    \_\_\_\_ Ama de Casa    \_\_\_\_ Tiempo Completo    \_\_\_\_ Departamento de Salud

\_\_\_\_ Casado    \_\_\_\_ Trabajador de Granja    \_\_\_\_ Tiempo Medio    \_\_\_\_ Referencia DHHS

\_\_\_\_ Separado    \_\_\_\_ Industrial    \_\_\_\_ Estudiante    \_\_\_\_ Familia/Amigo

\_\_\_\_ Divorciado    \_\_\_\_ Al Por Menor    \_\_\_\_ Discapacitado    \_\_\_\_ Hospital

\_\_\_\_ Viuda(o)    \_\_\_\_ Trabajador del Servicio    \_\_\_\_ Jubilado    \_\_\_\_ Paciente de Tiempo Largo

\_\_\_\_ Ley Comun    \_\_\_\_ Desempleado    \_\_\_\_ Desempleado    \_\_\_\_ Otro

**MIEMBROS DE LA FAMILIA**

Haga una lista de todos los miembros de la Familia que viven en su casa y que estan emparentados por sangre o matrimonio

NOMBRE	RAZA	SEXO	FECHA DE NACIMIENTO	RELACION	EMPLEO	SEGURO SOCIAL

INDIQUE COMO LE PAGAN SUS SALARIOS Y SU MONTO BRUTO PAGADO ANTES DE LAS DEDUCCIONES

POR HORA    SEMANAL    CADA 2 SEMANAS    MENSUAL    DOS VECES AL MES    OTRO    TOTAL

CABEZA DE LA FAMILIA
ESPOSO
OTROS

**INDIQUE CUALQUIER OTRO INGRESO FAMILIAR**

LIBRACION DEL SEGURO SOCIAL	\$
PENSION	\$
BENEFICIOS DE VETERANOS	\$
SSI/O DISCAPACITADO	\$
COMPENSACION DE TRABAJADORES	\$
LIBRADO DEL FERROCARRIL	\$
COMPENSACION DE DESEMPLEADO	\$
BIENESTAR/O ESTAMPILLAS DE COMIDA	\$
MANUTENCION DE MENORES Y /O PENSION ALIMENTICIA	\$
RENTA Y /OR INGRESOS POR INTERES	\$
OTRO	\$

Certifico que la informacion anterior es correcta segun mi conocimiento y entendimiento

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL APLICANTE

\_\_\_\_\_  
FECHA

NOTA: esta Aplicacion debe ser presentada con la prueba de Ingreso. Prueba aceptable es su mas reciente Regreso de los Impuestos o una carta de Aprobacion de una agencia del gobierno (Seguro Social, Desempleo, DHHS, etc)



**SOLICITUD DE ATENCION PRIMARIA DE SALUD BAJO CONSECCION FEDERAL**

Entiendo que Northeast Health Care, Inc. (NEMHC), haga negocios con Byhalia Centro de Salud Familiar. Mt Pleasant Clinica de Salud, Desoto Centro de Salud Comunitario y Byhalia Clinica Dental Familiar, recibe fondos federales bajo la seccion 330 de los EE.UU. Servicio de salud publica ley para subcidiar el costo de los servicios de salud de atencion primaria para pacientes cuyo ingreso bruto documentado esta por debajo del 200 por ciento del nivel de pobreza federal actual para el tamano de la familia de ese paciente.

Entiendo que estos fondos son solo para pacientes que cumplen con los criterios de elegibilidad en la aplicacion adjunta y que son requeridos por las Regulaciones Federales . Entiendo que NEMHC, que certificara mi elegibilidad para estos servicios y que la documentacion de esta certificacion se colocara en mi registro de paciente permanentemente. Acepto informar a NEMHC de cualquier cambio substancial en mi estado economico que pueda afectar mi estado.

Tambien me comprometo a proporcionar un comprobante de ingresos actualizado en futuras visitas. Entiendo que las Regulaciones Federales requieren que NEMHC, obtenga un co- pago minimo por los servicios y que yo pagare un co-pago minimo segun mis ingresos y el tamano de mi familia para cada visita y que se me pida que de un pago adicional por los servicios de laboratorio y servicios recibidos por Rayos- X.

Los pacientes con Seguro de Medicare parte B pueden ser elegibles para servicios, cantidad y deducibles a tasas aprobadas, sin embargo, entiendo que sere responsable de los co-pagos y/o servicios no cubiertos. Dichos ajustes solo se aplicaran despues de los pagos de terceros. Entiendo que:

- 1) Soy responsable de todos los cargos no cubiertos por un tercero (Medicare o Seguro Privado).
- 2)NEMHC, puede rechazar servicios futuros no graves por falta de pago.
- 3)NEMHC, puede contratar a una Agencia de cobros para cobrarme por falta de pago.

Por la presente certifico que el ingreso y la composicion familiar proporcionados en mi solicitud son verdaderos y correctos.

**Recibir servicios bajo esta subvencion Federal mediante la falsificacion de informacion en mi solicitud puede constituir una ofensa Federal.**

**Firma del Apicante** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ **Fecha**

\_\_\_\_\_ **Testigos**

\_\_\_\_\_ **Fecha**