

Fecha de hoy:

BHA After Hours (Proveedor de guardia): (321) (321) 951-8463

(para evaluar situaciones urgentes, para emergencias llame al 911)

¿Se necesita un traductor de idioma/ASL?

Sí Explicar:

**Información del Paciente**

Apellido		Inicial	Primer nombre		FDN	Edad
Dirección (calle)			Ciudad	Estado	C. P.	
Teléfono de contacto principal #:		Contacto alternativo #:			NSS	
		<input type="checkbox"/> trabajo <input type="checkbox"/> casa				
Dirección de correo electrónico		¿Desea ingresar al portal del paciente?				
		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
<b>Farmacia preferida:</b>	<input type="checkbox"/> Farmacia BHA Sarno, 2120 Sarno Rd, Melbourne FL, 32935		<input type="checkbox"/> Farmacia BHA Palm Bay, 5270 Babcock St NE, Palm Bay FL, 32905		<input type="checkbox"/> Otro farmacia, nombre y ubicación:	
	<input type="checkbox"/> BHA Barton/Rockledge Pharmacy, 220 Barton Blvd, Rockledge FL, 32955		<input type="checkbox"/> Farmacia BHA Titusville, 1537 N. Avenida Singleton, Titusville FL, 32796			
Nombre del padre/tutor (solo menores):		Relación:	FND del padre/tutor:	Dirección:	<input type="checkbox"/> Igual a la anterior    Número de teléfono	
Nombre del padre/tutor (solo menores):		Relación:	FND del padre/tutor:	Dirección:	<input type="checkbox"/> Igual a la anterior    Número de teléfono	

**Información del Seguro Médico**

Persona responsable de la factura		Fecha de nacimiento	Dirección (si es diferente)		Teléfono
Relación con el suscriptor: <input type="checkbox"/> El mismo <input type="checkbox"/> cónyuge <input type="checkbox"/> hijo (a) <input type="checkbox"/> hijastro(a) <input type="checkbox"/> otro _____					
<b>Seguro principal:</b>					
Compañía de seguros _____		<input type="checkbox"/> Sin seguro (desea solicitar escala de tarifa móvil)			
<input type="checkbox"/> Sin seguro (Declina la escala de tarifas móviles)					
Nombre del suscriptor	ID del suscriptor/Póliza #	Grupo #	FDN suscriptor	NSS suscriptor	Copago \$
<b>Seguro secundario:</b>					
Compañía de seguros _____		<input type="checkbox"/> Sin seguro (desea solicitar escala de tarifa móvil)			
Nombre del suscriptor	ID del suscriptor/Póliza#	Grupo #	FDN suscriptor	NSS suscriptor	Copago \$

**Información del Seguro Dental**

Seguro Dental Primario					
Nombre del suscriptor	ID del suscriptor/Póliza #	Grupo #	FDN Suscriptor	NSS suscriptor	

**EN CASO DE EMERGENCIA**

Nombre del amigo o familiar	Relación con el paciente	Número primario	Número secundario
-----------------------------	--------------------------	-----------------	-------------------

**Directiva Avanzada del Cuidado Médico**

<input type="checkbox"/> Tengo un testamento vital	<input type="checkbox"/> Tengo un poder duradero para la salud	<input type="checkbox"/> No tengo testamento vital ni poder duradero	<input type="checkbox"/> Quiero más información sobre un testamento vital
--	--	--	---

La información anterior es verdadera de acuerdo a mi conocimiento. Autorizo la asignación de beneficios para los servicios recibidos para ser pagados directamente a Brevard Health Alliance. Entiendo que soy financieramente responsable de cualquier saldo en adeudo. También autorizo a Brevard Health Alliance o a mi compañía de seguros a divulgar cualquier información necesaria para procesar mis reclamos de seguro.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Información demográfica y de otro tipo para ayudarnos a servirle mejor

Etnicidad		Educación	
	Hispano o latino		Estudiante actual
	No hispano		Tiempo completo
Raza (marcar todo lo que corresponda)			Tiempo parcial
	Asiático		N/A
	Nativo hawaiano	Situación de vivienda	
	Otro isleño del Pacífico		sin hogar
	Negro/Afroamericano		Compartiendo hogar
	Indio americano/ Nativo de Alaska		Refugio
	Blanco		En situación de calle
Idioma principal			Vivienda Pública - HUD
	Inglés		Alquiler
	Español		Propietario
	criollo		Otro _____
	Lenguaje de señas americano (ASL)		Transicional
	Otros por favor especifique:	¿Con qué genero se identifica en este momento?(No para pacientes pediátricos)	
Se identifica a sí mismo(a) (No para pacientes pediátricos):			Femenino
	Heterosexual		Masculino
	Lesbiana, gay u homosexual		Transgénero masculino de mujer a hombre
	Bisexual		Transgénero mujer de hombre a mujer
	Otra cosa		Género neutral, ni exclusivamente masculino ni femenino
	Otro		Otro
¿Cuál es su sexo de nacimiento?		Situación de empleo	
	Femenino		Tiempo completo/ Tiempo parcial
	Masculino		Trabajador migrante
¿Entiendo que BHA puede tener estudiantes asignados a mi cuidado?			No empleado
	Sí		Estacional
	No	Estado civil	
¿Entiendo que BHA es mi proveedor médico de principal?			Soltero
	Sí		Casado
	No		Divorciado
¿Es veterano(a)?			Viudo
	Sí		Legalmente separados
	No		Con pareja

\*Toda la información solicitada es solo para propósitos estadísticos

**Consentimiento para tratamiento - Consentimiento HIPAA - Otros consentimientos y políticas de BHA**

**PERSONA(S) QUE PUEDEN ACOMPAÑAR AL MENOR (O ADULTO) Y TOMAR DECISIONES PARA EL TRATAMIENTO MÉDICO / DENTAL / CONDUCTUAL**

Nombre:	Relación:	Teléfono:
1.		
2.		
3.		

**PERSONA(S) QUE PUEDEN OBTENER INFORMACIÓN MÉDICA DE BHA - Consentimiento HIPAA**

Nombre:	Relación:	Teléfono:
1.		
2.		
3.		

**Consentimientos y políticas de BHA**

**MARQUE CON SUS INICIALES**

**CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO:** Yo, el firmante, doy mi consentimiento para el tratamiento según lo considere necesario mi proveedor de atención médica en BHA. Yo, el firmante, también consiento el tratamiento por parte de los proveedores dentales de BHA.

**TODOS LOS CARGOS SON PAGADEROS AL MOMENTO DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS A MENOS QUE SE HAYAN REALIZADO OTROS ARREGLOS ANTES DE LA VISITA.** Autorizar a Brevard Health Alliance a divulgar cualquier información médica necesaria para procesar reclamaciones y autorizar el pago de beneficios médicos pagaderos directamente a Brevard Health Alliance. Entiendo que Brevard Health Alliance presentará y completará los pasos necesarios para cobrar el pago de mi seguro. Sin embargo, si mi seguro no responde o el pago no se realiza en un plazo de 90 días, entiendo que es mi responsabilidad pagar por cualquier servicio prestado por Brevard Health Alliance. Entiendo además que Brevard Health Alliance puede no estar contratado con mi plan de seguro y estoy de acuerdo en que soy responsable de los cargos negados por tales razones.

**Recibí nuestra política de falta a las citas.** Yo, el firmante, reconozco que recibí la Política de "No Show" (Falta a las citas) y haré todo lo posible para faltar a las citas programadas, y notificaré a BHA dentro de las 24 horas anteriores a mi cita programada si no puedo llegar a ella. Si 2 ocurren dos faltas a las citas dentro de un periodo de 6 meses, tendrá que llegar sin cita y esperar su turno. Las citas de dentales y de especialidades BHA tienen diferentes políticas para faltas sin previo aviso, por favor pídale al personal de BHA más información.

**CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO DE UN MENOR.** Al firmar este consentimiento afirmo que tengo la responsabilidad legal y la autoridad para dirigir el tratamiento médico del paciente mencionado anteriormente, ya sea como padre o tutor legal y voy a mantener indemne a cualquier médico asistente u otra persona o entidad contra cualquier reclamo de que el tratamiento médico proporcionado al paciente anterior no estaba autorizado. Este consentimiento incluye esta y posteriores visitas a este consultorio con el menor. Mi permiso también se extiende a la divulgación de este registro médico a los médicos consultores si alguna vez se requiere para diagnosticar y tratar adecuadamente a este menor.

**Autorizo el contacto por teléfono o mensaje de texto o correo electrónico para recordatorios de citas.**

**Aviso de privacidad.** Me han ofrecido una copia de mis derechos a la privacidad de mi información médica protegida.

**Consentimiento HIE** El Health First Health Information Exchange (HIE) otorga a los médicos que participan en su atención acceso electrónico a sus registros médicos más actualizados. Este consentimiento es para establecer si desea participar en el Health First HIE ( en vigor hasta que sea revocado por mí por escrito)  
 Participo:  No participo:

**Derechos y responsabilidades del Paciente**

La Carta de Derechos del Paciente se publica en el vestíbulo. Reconozco que puedo recibir una copia de la Carta de Derechos del paciente a petición expresa.

**Designación FTCA.** Brevard Health Alliance es un centro considerado FTCA. Este centro de salud recibe fondos de HHS y cuenta con el estatus de servicio federal de salud Bajo el estatuto 42 U.S.C. 233(g)-(n). Con respecto a ciertas reclamaciones relacionadas con la salud, incluyendo reclamos por negligencia médica, para sí mismo y sus individuos cubiertos. Comprendo este punto y puedo solicitar información adicional a petición.

**Emergencia en horarios no laborales** Reconozco que he recibido una copia de las horas de operación para cada clínica y el número de teléfono fuera del horario laboral de The Brevard Health Alliance, Inc. para comunicarme con un proveedor de guardia en una emergencia médica.

Al firmar a continuación y marcar con mis iniciales en las líneas anteriores, he leído y entiendo lo que aquí se indica.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Al firmar a continuación reconozco que soy un empleado de Brevard Health Alliance y he sido testigo y puedo verificar que las firmas/iniciales anteriores son del representante del paciente/paciente.

Firma del testigo: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Hoja de trabajo de calificación financiera y solicitud para tarifa móvil

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: / /

Teléfono de casa: \_\_\_\_\_ Teléfono de trabajo: \_\_\_\_\_

Empleador/Escuela: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_

¿Su empleo es temporal?      Sí      No

¿Su empleo está relacionado con la agricultura?      Sí      No

Parte Financieramente Responsable (si no es uno mismo): \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Relación con el paciente: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ C.P.: \_\_\_\_\_

Teléfono del hogar: \_\_\_\_\_ Teléfono celular: \_\_\_\_\_

¿Número de personas en su hogar? \_\_\_\_\_ (Incluye a todas las personas que declara en sus impuestos)

Nombre	Edad	Relación
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Prueba documentada de ingresos:	Mensual actual	Total de los últimos 12 meses
Salarios o autoempleo		
Seguridad Social/Asistencia Pública		
Desempleo/Compensación al trabajador		
Pensión alimenticia/manutención de niños		
Pensiones/Ingresos por jubilación		
Ingresos por discapacidad		
Cualquier otro ingreso		
<b>Total de ingreso bruto anual:</b>		

Declaro bajo pena de perjurio, bajo las leyes del Estado de Florida, que todas las declaraciones contenidas en esta solicitud y documentos adjuntos son verdaderas y correctas, con pleno conocimiento de que todas las declaraciones hechas en esta solicitud están sujetas a investigación y que cualquier respuesta falsa o deshonestas a cualquier pregunta puede ser motivo de negación de la solicitud.

He leído la solicitud de tarifa móvil y entiendo que el pago debe llevarse a cabo al momento de prestación de los servicios. Si no se le proporciona la documentación de verificación de ingresos a BHA dentro de los 30 días a partir de esta solicitud, la solicitud perderá su vigencia y usted deberá volver a llevar a cabo la solicitud. Gracias de antemano por su cooperación.

Sin prueba y la enviaré en <30 días - ingresos auto declarados: \$ \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Solo para uso de la oficina:  
 Califica para tarifa móvil (círculo uno): A B C D E F (Sin descuento/cuota completa Fecha de determinación no legible: \_\_\_\_\_)

Firma de la persona que toma la determinación de elegibilidad:

La escala de tarifa móvil se basa en las Pautas de Pobreza de HHS 2021

Descripción del servicio	Escala A sin techo	Escala A 100% o menos	Escala B 101%-125%	Escala C 126%-150%	Escala D 151%-175%	Escala E 176%-200%	Escala F 201% +
Servicios médicos	\$0	\$10	\$15	\$25	\$35	\$50	Tarifa completa
Servicios de psicología	\$0	\$10	\$15	\$25	\$35	\$50	Tarifa completa
Obstetra	\$0	\$10	\$15	\$25	\$35	\$50	Tarifa completa
Servicios dentales	\$10	\$20	\$30	\$40	\$50	\$60	Tarifa completa
Servicios de Psiquiatría	\$0	\$20	\$30	\$40	\$50	\$60	Tarifa completa
Farmacia (Costo de los Medicamentos + entrega)	COM + \$5	COM + \$5	COM + \$6	COM + \$7	COM + \$8	COM + \$9	Tarifa completa

**Información de tarifas móviles**

Gracias por seleccionar Brevard Health Alliance. Parte de nuestra misión para BHA es proporcionar servicios de calidad a usted y a su familia. Al hacerlo, BHA ofrece una escala de tarifas móvil para los pacientes y miembros de sus familias (como se define a continuación) que caen por debajo del 200% de las pautas de pobreza establecidas por el Gobierno Federal. Los niveles de ingresos se basan en los ingresos totales "familiares", la familia se define a continuación.

El monto del descuento y los rangos de ingresos para esos descuentos son fijados por la Junta Directiva de BHA y aprobados por el Gobierno Federal. Las pautas de ingresos se revisan anualmente. Los descuentos actuales y las pautas de ingresos están disponibles en Brevard Health Alliance.

La aplicación de tarifa móvil cubrirá todos los servicios médicos, conductuales, farmacéuticos, obstetras y dentales médicamente necesarios. Los costos de procedimientos, laboratorios, pruebas y visitas al proveedor que se consideren médicamente necesarios, realizados dentro de una clínica BHA calificarán para el descuento de tarifa móvil. Los costos de los procedimientos, laboratorios, pruebas y visitas de proveedores que se consideren opcionales, cosméticos o experimentales serán responsabilidad del paciente que solicite los servicios al 100% de la tarifa regular cobrada. Incluso si los servicios son ordenados por un proveedor, no significa que sean médicamente necesarios.

**Definiciones**

Familia- Una familia se refiere a aquellas personas dentro del mismo hogar (incluidos los dependientes/pareja) que están solicitando el descuento por tarifa móvil utilizando sus ingresos combinados. Individuo-Una persona de 18 años o más que tiene ingresos verificables usando la siguiente lista (\*).

**Verificación de ingresos**

Los ingresos se verifican una vez al año. Si un paciente tiene un cambio en sus ingresos, es su responsabilidad notificar a BHA de dicho cambio. BHA se reserva el derecho de verificar los ingresos con el empleador en cualquier momento. (\*) Los pacientes están obligados a proporcionar al menos dos de los siguientes ítems como verificación de ingresos.

1. Declaración de impuestos del año anterior
2. Formulario(s) W-2 del año anterior
3. Talones de pago actuales (últimas 4 semanas, si es posible)
4. Notificación de despido del último empleador
5. Información actual de la oficina de desempleo
6. Solicitud de negación de Medicaid
7. Talones de pago del desempleo (últimos 4, si es posible)

Si no fue obligado a presentar la declaración de impuestos de años anteriores o recibe cualquiera de los siguientes tipos de ingresos, se debe presentar documentación que muestre los montos recibidos por cada uno de los miembros del hogar.

1. Manutención de niños
2. Asistencia social
3. Seguridad Social
4. Desempleo
5. Ingresos por autoempleo
6. Pensión alimenticia
7. Ingresos por jubilación
8. Compensación de trabajadores
9. Ingresos por discapacidad
10. Cualquier otro ingreso

**Tarifas elegibles**

Los servicios médicos, de salud conductual, farmacéuticos, obstetras y dentales que se proporcionan en BHA son elegibles para los descuentos de tarifas móviles. Los deducibles y copagos pueden ser elegibles para descuentos de tarifas móviles.

**Cargo mínimo**

Hay un cargo mínimo médico, de salud mental, farmacia, obstetra y dental para todas las visitas de tarifas móviles, según lo aprobado por la Junta Directiva de BHA. El cargo mínimo debe pagarse en el momento del servicio, independientemente de la cobertura del seguro.

**Información adicional**

El pago se requiere al momento de prestación de los servicios. Es importante completar esta solicitud a tiempo.

Su solicitud para el descuento de tarifa móvil no se aprobará hasta que se reciba la documentación completa. Hasta que no reciba la aprobación para un descuento de tarifa móvil, usted será responsable de los cargos totales asociados con los servicios que recibe de BHA a menos que cualquier cantidad esté cubierta por otros servicios de terceros. Si tiene alguna pregunta, el personal de BHA le ayudará. ¡Gracias!

\* Tenga en cuenta que a todos los pacientes, independientemente de las solicitudes de tarifas móviles, se les pide que completen la información de ingresos, ya que es necesario para continuar con el financiamiento de la clínica; los pacientes que desean una tarifa móvil deben llenar el formulario en la página 4, junto con la información de ingresos.  
¡Gracias por su ayuda!