FHCCGLA
Family Health Care Centers of Greater Los Angeles, Inc.

SOLO PARA PERSONAL DE OFICINA

CORA Status: ☐ Yes ☐ No	**FHCCGLA Envelope:** ☐ Yes ☐ No
Clinic Site: ☐ Bell Gardens Family Medical Center ☐ Hawaiian Gardens Health Center ☐ Downey Family Medical Center ☐ Maywood Family Medical Center ☐ School Based Health Center	Medical Record # **Relationship to Responsible Party:** ☐Self ☐Child ☐Spouse ☐Other: _____
HIPPA Handout Given: Date: ____/____/____ Initials: _____	Advanced Directive Given: Date: ____/____/____ Initials: _____

INFORMACIÓN DEL PACIENTE	**PERSONA RESPONSABLE** *(Ingrese el nombre de la persona que es financieramente responsible de su cuenta)*
Apellido del Paciente: Nombre del Paciente:	Apellido y Nombre de la Persona Responsable: Relación:
Número de Seguro Social: Fecha de Nacimiento: (MM/DD/YYYY)	Número de Seguro Social: Fecha de Nacimiento: (MM/DD/YYYY)
Dirección:	Dirección:
Ciudad: Estado: Código Postal:	Ciudad: Estado: Código Postal:
Nombre de Apellido Materno:: Lugar de Nacimiento:	Nombre de Apellido Materno: Lugar de Nacimiento:
Esta Usted: [ ] Empleado [ ] Desempleado [ ] Estudiante [ ] Retirado Seleccione Uno: [ ] Tiempo Completo [ ] Tiempo Parcial	Esta Usted: [ ] Empleado [ ] Desempleado [ ] Estudiante [ ] Retirado Seleccione Uno: [ ] Tiempo Completo [ ] Tiempo Parcial
Tipo de Ingreso Mensual: (Cheque, Efectivo, Etc.) Cantidad de Ingreso Mensual: $_____ Tamaño de Familia: #: _____	Tipo de Ingreso Mensual: (Cheque, Efectivo, Etc.) Cantidad de Ingreso Mensual: $_____ Tamaño de Familia: #: _____
Trabajador Agricola: [ ] Estacional [ ] Trabajador Migrante Sin Hogar: [ ] Si [ ] No [ ] Doblando [ ] Calle [ ] Transicional [ ] Refugio Para Indigentes [ ] Otro: _____	Trabajador Agricola: [ ] Estacional [ ] Trabajador Migrante Sin Hogar: [ ] Si [ ] No [ ] Doblando [ ] Calle [ ] Transicional [ ] Refugio Para Indigentes [ ] Otro: _____
Número de Teléfono: [ ] Casa [ ] Celular [ ] Trabajo	Número de Teléfono: [ ] Casa [ ] Celular [ ] Trabajo
Datos Requeridos de U.D.S. *Por favor proporcione la siguiente información confidencial.* **Sexo de Nacimiento:** [ ] Masculino [ ] Femenino **Género Actual:** [ ] Masculino [ ] Femenino **Identidad de Género:** [ ] Masculino [ ] Femenino [ ] Transexual de Hombre-a-Mujer [ ] Transexual de Mujer-a-Hombre [ ] Elige no Revelar **Orientación Sexual:** [ ] Heterosexual [ ] Gay/Lesbiana/Homosexual [ ]Bisexual [ ] Elige no revelar	Datos Requeridos de U.D.S. *Por favor proporcione la siguiente información confidencial.* **Sexo de Nacimiento:** [ ] Masculino [ ] Femenino **Género Actual:** [ ] Masculino [ ] Femenino **Identidad de Género:** [ ] Masculino [ ] Femenino [ ] Transexual de Hombre-a-Mujer [ ] Transexual de Mujer-a-Hombre [ ] Elige no Revelar **Orientación Sexual:** [ ] Heterosexual [ ] Gay/Lesbiana/Homosexual [ ]Bisexual [ ] Elige no revelar
Estado Civil: [ ] Soltero/a [ ] Casado/a [ ] Otro Situación Militar: [ ] No Militar [ ] Veterano/Retirado [ ] Servicio Activo/Rama: _____	Estado Civil: [ ] Soltero/a [ ] Casado/a [ ] Otro Situación Militar: [ ] No Militar [ ] Veterano/Retirado [ ] Servicio Activo/Rama: _____
Etnicidad – ¿Se considera ser Hispano/Latino? [ ] Si [ ] No	Etnicidad – ¿Se considera ser Hispano/Latino? [ ] Si [ ] No
Raza: ¿Que grupo se identifica usted ser parte de? (marque todo lo que corresponda) [ ] Asiático [ ] Hawaiano Nativo/Otro Isleño Pacifico [ ] Blanco/a [ ] Negro/Afroamericano [ ] Declinar Revelar [ ] Indio Americano/Nativo de Alaska [ ] Mas de Una Raza	Raza: ¿Que grupo se identifica usted ser parte de? (marque todo lo que corresponda) [ ] Asiático [ ] Hawaiano Nativo/Otro Isleño Pacifico [ ] Blanco/a [ ] Negro/Afroamericano [ ] Declinar Revelar [ ] Indio Americano/Nativo de Alaska [ ] Mas de Una Raza
Correo Electrónico: (para recordatorios de citas e inscripción en el Portal de Pacientes)	Correo Electrónico: (para recordatorios de citas e inscripción en el Portal de Pacientes)
Idioma Preferido:_____ Servicios de Intérprete: [ ] Si [ ] No	Idioma Preferido:_____ Servicios de Intérprete: [ ] Si [ ] No

CONTACTO de EMERGENCIA (REQUERIDO)			
Nombre del Paciente:	Apellido del Paciente:	Relación Con El Paciente:	Género: ☐ Masculino ☐ Femenino
Dirección:	Ciudad:	Estado:	Código Postal:
Número de Teléfono de Casa ( )	Número de Teléfono del Trabajo ( )	Número Celular ( )	

He proporcionado de buena gana toda la información anterior y autorizo la divulgación de cualquier información médica necesaria para procesar reclamos médicos y autorizo el pago de beneficios médicos a Family Health Care Centers of Greater Los Angeles, Inc. Estoy de acuerdo en pagar cualquier saldo de los cargos por servicios profesionales que exceden el pago del seguro.

Firma: _____ **Fecha:** _____

(Paciente, Padre, Guardián Legal, o Persona Autorizada)

FHCCGLA
Family Health Care Centers of Greater Los Angeles, Inc.

CONSENTIMIENTO GENERAL PARA TRATAMIENTO

Family Health Care Centers of Greater Los Angeles, Inc. (FHCCGLA) ofrece cuidado de salud en una clínica ambulatoria. Nuestro enfoque es el cuidado de salud preventivo, el cual incluye: medicina general, pediatría, cuidado prenatal, planificación familiar, detección del cáncer del seno y cervical, y el tratamiento de enfermedades transmitidas sexualmente. Existe un servicio de referencia que es proveído para clientes cuyas condiciones medicas no están dentro del alcance de las clínicas de FHCCGLA.

Las clínicas de FHCCGLA, Bell Gardens Family Medical Center (BGFMC), Hawaiian Gardens Health Center (HGHC), Downey Family Medical Center (DFMC), Maywood Family Medical Center (MFMC) y School Base Health Center (SBHC) participan en cuidados de salud subsidiados por programas ofrecidos por el gobierno federal, estatal y condados del gobierno y de seguros. Como parte de estos programas, expedientes de los pacientes son revisados y evaluados para calidad y cumplimiento del programa. Sin embargo, cualquier información relacionada a un cliente individual requiere la notificación y el consentimiento del mismo o una orden expedida por la corte.

- Entiendo que tengo el derecho a ser tratado con respeto y dignidad.
- Entiendo que voy a recibir contestaciones a mis preguntas, tendré privacidad y confidencialidad en cuanto a mi expediente y derecho a revisar mi expediente con mi proveedor medico.
- Entiendo que tengo el derecho a rehusar cualquier cuidado o tratamiento médico en cualquier momento.
- Entiendo que tengo la responsabilidad de seguir consejos en cuanto a mi salud, seguir tratamiento médico, ser honesto en cuanto a mi historial médico y reportar cambios referentes a mi salud a la clínica.
- Entiendo que tengo el derecho a hacer una queja referente al comportamiento o eventos que suceden dentro de la clínica. Además, tengo el derecho a una audiencia justa sobre dichas quejas. Un proceso para tal audiencia se me explicara.

Bajo las condiciones establecidas, doy mi consentimiento a los exámenes y pruebas que se consideren necesarias a mi cuidado médico y autorizo que provean mi historial médico a FHCCGLA.

Esta autorización será efectiva inmediatamente y continuara hasta que la retire por medio de una carta escrita por mí.

Firma: _____ Fecha: _____
(Padre o tutor)

Testigo: _____

Patients Name: _____ D.O.B_____ Chart#:_____

FHCCGLA
Family Health Care Centers of Greater Los Angeles, Inc.

Anuncio sobre Prácticas de Privacidad

Se proporciona un **Aviso de Prácticas de Privacidad** a todos los pacientes. Este Aviso de Prácticas identifica: 1) cómo puede usarse o divulgarse su información médica; 2) sus derechos para acceder a su informacián médica, modificar su información médica, solicitar un informe de divulgaciones de su información médica y solicitar restricciones adicionales sobre nuestros usos y divulgaciones de esa información; 3) sus derechos para quejarse si cree que se han violado sus derechos de privacidad; y 4) nuestras responsabilidades para mantener la privacidad de su información médica.

El abajo firmante certifica que él / ella ha leído lo anterior, recibió una copia del Aviso de prácticas de privacidad y es el paciente o el representante personal del paciente.

_____ _____
Nombre del Paciente Firma del Paciente

_____/_____/_____
Fecha de Firma

_____ _____
Nombre del Representante Personal Del Paciente Firma del Representante Personal Del Paciente

_____/_____/_____
Fecha de Firma

SOLO PARA USO INTERNO

_____ _____
Nombre del Empleado Firma del Empleado

Si corresponde, no se pudo obtener el reconocimiento por escrito el paciente.

- ☐ El Paciente no puede firmar
- ☐ El paciente se rehuso a firmar
- ☐ Otro _____

_____

Reconocimiento de Anuncio sobre Practicas de Privacidad _____/_____/_____ (Como indica la forma APP)

FHCCGLA
Family Health Care Centers of Greater Los Angeles, Inc.

ANUNCIO SOBRE PRACTICAS DE PRIVACIDAD

Este anuncio describe la manera en que la *Información Protegida de Salud (IPS)* sobre su persona podría usarse y divulgarse, y la manera en que usted puede tener acceso a la misma. La confidencialidad se extiende a todos los medios de comunicación existentes, incluyendo los escritos, electrónicos, verbales u otros medios.

USO Y DIVULGACION

Para el Tratamiento: Miembros del personal podrían usar su IPS, o divulgarlo a otros profesionales médicos con fines de evaluación, diagnóstico y tratamiento médicos. Por ejemplo: los procedimientos y resultados de sus pruebas de laboratorio estarán a la disposición en su expediente de todos los profesionales médicos que pudieran proveerle tratamiento, o de todos aquellos que pudieran ser consultados por parte de nuestro personal.

Para Pagos: Su IPS podría usarse para obtener pagos de su plan de salud, otras fuentes de cobertura tal y como una aseguranza automovilistica, compensación laboral o companías de crédito usadas para pagar algunos servicios. Por ejemplo: su plan de salud podría solicitar y recibir información en cuanto a fechas y tipos de servicios proveídos, y las condiciones médicas bajo tratamiento.

Para el Funcionamiento del Centro Médico: Su IPS podría usarse, si fuera necesario, para apoyar el manejo y las actividades diarias de *Family Health Care Centers of Greater Los Angeles, Inc.* Por ejemplo: la información sobre los servicios que se le administraron podría usarse para apoyar ciertos reportes presupuestales y financieros, así como las actividades para evaluar y promover la calidad. La información sobre su salud tambien podría divulgarse a doctores, enfermeras, técnicos, estudiantes de medicina u otro personal de salud con propósitos de revisión y aprendizaje.

Para Requisitos Legales: Se divulgará su IPS cuando sea requerido por las leyes locales, estatales o federales, incluyendo las leyes de compesación laboral. Tambien se compartirá información sobre su IPS cuando sea requerido por una corte legal o el departamento de policía para evitar amenazas graves a la salud y seguridad de alguna persona en particular o del público en general.

Para Reportes de Salud Pública: Su IPS podría ser divulgado a agencias de salud pública cuando sea requerido por la ley. Por ejemplo: para reportar ciertas enfermedades contagiosas a los departamentos de salud pública del condado o del estado.

Para Usos de Información Adicional: En el caso de recordatorios. Miembros del personal usarán su IPS para llamarle o enviarle por correo un recordatorio sobre su próxima cita.

Para Información sobre el Tratamiento: Su IPS podría ser usado para poder enviarle información relacionada al tratamiento y manejo de su condición médica, o sobre servicios relacionados a su salud que consideremos de su interes.

Para Proyectos de Investigación: Podríamos, bajo ciertas circunstancias, usar y divulgar información médica sobre su persona para propósitos de investigación. Por ejemplo: un proyecto de investigación podría involucrar comparaciones de salud y recuperación entre pacientes que recibieron tipos de medicamentos diferentes para una misma condición médica. Los proyectos de investigación están sujetos a un proceso de aprobación, y no se divulgará ningun tipo de información

médica para un proyecto de investigación, sin que el mismo haya sido previamente aprobado mediante dicho proceso. La iformación se divulgará, por ejemplo, a personas encargadas de conducir un proyecto de investigación que intenta identificar pacientes con necesidades médicas particulares; siempre y cuando la información provista no abandone nuestras instalaciones. Por lo general, le pediremos permiso para saber si el investigador puede tener acceso a su nombre, dirección u otro tipo de información que revele su identidad.

Otros Usos y Divulgación que Requieren su Autorización: La divulgación y el uso de su información médica para cualquier otro propósito además de los mencionados anteriormente, requieren de su autorización específica y por escrito. Si usted cambia de idea despues de autorizar el uso de divulgación de su información, puede someter una revocación de autorización por escrito. Sin embargo, su revocación no afectará o anulará cualquier uso de divulgación de información realizada previo al recibo de su notificación.

DERECHOS Y RESPONSABILIDADES:

Derechos Individuales: Usted cuenta con ciertos derechos bajo normas federales de privacidad que incluyen:

- El derecho a solicitar restricciones sobre el uso y divulgación de su información protegida de salud.*
- El derecho a recibir información confidencial referente a su condición médica y tratamiento.*
- El derecho a inspeccionar y a copiar su información protegida de salud. *
- El derecho a enmendar y corregir su información protegida de salud.*
- El derecho a recibir un reporte sobre cómo y a quién se le ha divulgado su información protegida de salud.*
- El derecho a recibir una copia impresa de este anuncio.*

** Algunas restricciones aplican..*

Obligaciones de *Family Health Care Centers of Greater Los Angeles, Inc.*: Se nos exije, legalmente, conservar la privacidad de su IPS y proporcionarle este anuncio sobre prácticas de privacidad.

Se nos exige tambien obrar de acuerdo con las pólizas y prácticas establecidas en este anuncio.

El Derecho a Revisar las Prácticas de Privacidad: Nos reservamos el derecho de enmendar y modificar nuestras prácticas de privacidad en medida de lo que la ley permita. Podemos proporcionarle una copia revisada de este anuncio, o usted puede solicitar una copia actualizada a nuestro Oficial de Privacidad o llamar a nuestras oficinas por ella.

Quejas: Si quisiera establecer una queja sobre nuestras prácticas de privacidad, puede hacerlo sin temor a represalias enviando una carta con sus inquietudes a nuestro Oficial de Privacidad o llamando a la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y de Servicios Humanos de de los Estados Unidos:

Sophia N. Chun, MD
Interim C.M.O.
6501 S. Garfield Ave.
Bell Gardens, CA 90201
(562) 928-9600

Office of Civil Rights
U.S. Dept. of Health and Human Services
200 Independence Ave., S.W.
Room 509F, HHH Bldg.
Washington, D.C. 20201 (800) 368-1019

Revised 01/2016RRV

Su información. Sus derechos. Nuestras responsabilidades

Cuando se trata de su información de salud, usted tiene ciertos derechos.

- Puede solicitar ver u obtener una copia de sus registros de salud y reclamos y otra información de salud que tengamos sobre usted. Pregúntenos cómo hacer esto
- Proporcionaremos una copia de un resumen de sus registros de salud y reclamaciones, generalmente dentro de los 30 días de su solicitud. PODEMOS cobrar una tarifa razonable y basada en costos.
- Puede pedirnos que corrijamos sus registros de salud y reclamaciones si cree que son incorrectos o están incompletos. Pregúntenos cómo hacerlo.
- Podemos decir "no" a su petición, pero le diremos por qué por escrito dentro de 60 días
- Usted puede pedirnos que nos contacten de una manera específica (por ejemplo, teléfono de la casa o de la oficina) o para enviar correo a una dirección diferente.
- Consideraremos todas las peticiones razonables, y debemos decir "sí" Si usted nos dice que usted estaría en peligro si no lo hacemos.
- Puede pedirnos que no usemos o compartamos cierta información de salud para el tratamiento, el pago o nuestras operaciones.
- No estamos obligados a aceptar su solicitud, y podemos decir "no" si afectaría a su cuidado.
- Puede solicitar una lista (contabilidad) de las veces que hemos compartido su información de salud durante seis años antes de la fecha en que se lo pregunte, con quién la compartimos y por qué.
- Incluimos todas las divulgaciones excepto aquellas sobre tratamiento, pago y operaciones de cuidado de la salud, y ciertas otras Divulgaciones (como las que nos pidió que hagamos).
- Puede solicitar una copia impresa de este aviso en cualquier momento, incluso si ha aceptado recibir el aviso electrónicamente. Le proporcionaremos una copia impresa con prontitud.
- Si usted ha dado a alguien un poder médico o si alguien es su tutor legal, esa persona puede ejercer sus derechos y tomar decisiones sobre su información de salud.
- Nos aseguraremos de que la persona tenga esta autoridad y pueda actuar para usted antes de tomar cualquier acción.
- Puede quejarse si siente que hemos violado sus derechos poniéndose en contacto con nosotros en 562-928-9600
- Puede presentar una queja ante la oficina de derechos civiles del Departamento de salud y servicios humanos de los EE. UU. enviando una carta a 200 Independence Avenue, s. a., Washington, D.C. 20201, llamando al 1-877-696-6775, o visitando www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/ .
- No tomaremos represalias contra usted por llenar una queja.

Estamos obligados por ley a mantener la privacidad y seguridad de su información de salud protegida.

- Le informaremos con prontitud si se produce una infracción que puede haber comprometido la privacidad o la seguridad de su información.
- Debemos seguir los deberes y prácticas de privacidad descritos en este aviso y darle una copia de la misma.
- No utilizaremos ni compartiremos su información que no sea la descrita aquí a menos que usted nos diga que podemos por escrito. Si nos dice que podemos, puede cambiar de opinión en cualquier momento. Háganos saber por escrito si cambia de opinión.

Para obtener más información, consulte:

www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html.

FHCCGLA
Family Health Care Centers of Greater Los Angeles, Inc.

Forma De Consentimiento Para Recibir Mensajes de Texto

Hemos introducido CareMessage, un programa para ayudarle a recordar sus citas medicas, y nos ayudara a reducir la cantidad de citas perdidas.

Ahora usted podrá recibir recordatorios de sus citas por texto a su celular. Adicionalmente, usted recibirá mensajes por texto relacionados a su cuidado de salud (por ejemplo referencias, papanicolaou, y examen de los senos, etcétera).

Si usted elije recibir recordatorios por texto a su celular, usted tendra la opción de ya no recibir los mensajes de texto en cualquier tiempo. Simplemente llamenos al # 562-928-9600, oprima 2, y despues oprima 1.

Si usted elije recibir recordatorios de sus citas por texto, favor de completar la siguiente información abajo:

Yo autorizo a Family Health Care Centers of Greater Los Angeles, Inc. (FHCCGLA) que me mande mensajes por texto de cualquier cita próxima o para promociones referente a mi salud.

Yo reconozco que recordatorios para citas por texto son un servicio adicional y que no siempre los recibiré en todas ocasiones y que la responsabilidad de atender o cancelar mis citas todavía es mi responsabilidad.

Yo entiendo que mi número de teléfono no será utilizado por cualquier otra razón.

Yo entiendo que es mi responsabilidad notificar a FHCCGLA si my numero de celular cambia o ya no está en mi posesión.

Yo entiendo que tengo la opción de ya no recibir los mensajes de texto en cualquier tiempo.

Numero De Celular: (_____) _____ - _____

Nombre: _____

Firma: _____

Fecha: _____/_____/_____

D.O.B.:____/____/____ Chart#_____

Revised 10-14-16RRV

FHCCGLA
Family Health Care Centers of Greater Los Angeles, Inc.

Preguntas y Respuestas Comunes

P: ***Me gustaría que el mensaje de texto incluya el nombre del proveedor o el departamento donde tengo mi cita. ¿Es posible?***

R: Desafortunadamente esto no es posible. Debido a la confidencialidad del paciente no podremos incluir esta información. Esto es debido a la posibilidad de que el paciente podrá permitir a un familiar o amigo/a ver sus mensajes de texto pero prefieran mantener su cita confidencial.

P: ***Este servicio es solo disponible a las personas que tienen un celular y utilizan mensajes por texto. ¿Podrán expander este servicio a teléfonos (de casa) o correo electrónico?***

R: Actualmente solo podemos ofrecer este servicio por mensajes de texto a teléfono celular. En este momento no podemos mandar mensajes por correo electrónico pero asegúrese de proveernos con su dirección de correo electrónico en caso de que este método este implementado.

P: ***¿Hay un costo a mí para este servicio?***

R: Nosotros no le cobramos para este servicio.

P: ***¿Se mantendrán mis detalles de contacto confidenciales?***

R: La confidencialidad del paciente es gobernado abajo de la Ley de Protección de Datos. Su información será almacenado en nuestro sistema y solo será accesible por nuestra organización como parte de su expediente. No serán cedidos a cualquier otra organización solo como sea necesario y permitido por la ley.

P: ***¿Qué hago si mi numero de celular cambio?***

R: Simplemente llame lo antes posible al # 562-928-9600 y la operadora actualizara el sistema y agregara su nuevo número de celular para que pueda seguir recibiendo sus recordatorios a su nuevo número.

P: ***¿Que si ya no deseo recibir recordatorios por mensajes de texto?***

R: Simplemente llamé al # 562-928-9600 y notifique a la operadora y ella/el actualizara el sistema que indique que ya no desea recibir recordatorios por texto.

FHCCGLA
Family Health Care Centers of Greater Los Angeles, Inc.

Attention: _____
Medical Records Dept.

Release of Records and/or Disclosure
AUTHORIZATION

Nombre Del Paciente: _____ # De Expediente:_____ D.O.B. ____/____/____
(Fecha de Nacimiento)

Por lo cual pido que mi expediente medico sea diseminado a: ☐ Agencia Nombrada ☐ Yo Mismo/a

To/Para: _____ **From/De:** _____

Address/Dirección: _____ **Address/Dirección:** _____

City/Ciudad: _____ **City/Ciudad:** _____

Phone/Teléfono: _____ **Phone/Teléfono:** _____

Fax: _____ **Fax:** _____

Archivos: ☐ Información Medica ☐ Resultados de H.I.V. ☐ Resultados de Laboratorio
☐ Rayos-X Dentales ☐ Otro (favor de clarificar): _____

Tiempo Determinado: Esta autorización será efectiva desde la fecha que se firme y será efectiva hasta ____/____/____, o por un ano de la fecha que se firmo, si no se anoto fecha.

Revocación: Entiendo que esta autorización está sujeta a notificación escrita en cualquier momento que deseo revocar mi autorización.

Nueva Revelación: Entiendo que la persona que pida mi expediente médico no podrá legalmente utilizar o dar la información.

☐ **Estoy de acuerdo en pagar una cuota de procesamiento de $20.00 por la copia de mi Expediente Medico.**

☐ **Estoy de acuerdo en pagar una cuota de procesamiento de $5.00 por la copia de mis Rayos-X Dentales.**

Pido que la información médica dada por esta autorización sea utilizada para este propósito solamente:

Continuidad de cuidado

Yo autorizo a los proveedores médicos y a los empleados de Family Health Care Centers of Greater Los Angeles, Inc. que puedan dar la información médica como se ha indicado. Yo entiendo y estoy de acuerdo que una copia de esta autorización también es aceptable como la original y tengo el derecho de obtener una copia de la autorización para mis propósitos.

_____ **Fecha:** _____
Firma del Paciente o Pariente Legal

_____
Relación (si no está firmado por el paciente)

FHCCGLA
Family Health Care Centers of Greater Los Angeles, Inc.

ELIGIBILITY SCREENING STATUS FORM

Date: ___/___/_____ Initial's:_____ ☐ First Visit / ☐ Renewal

All patients must be screened during their initial visit and annually thereafter for eligibility. A copy of the below listed documents are required to be in the patients file.

☐ **Income Verification** - (examples: Pay stubs, Income Tax Form, Disability Benefits, Workers Comp. Income, Self-employment letter). ☐ PATIENT HAS INSURANCE DECLINES TO PROVIDE PROOF OF INCOME.

☐ **Address Verification** - (examples: Any type of letter or bill received by mail to the patient's address. Must indicate the patients name or guardian's name).

☐ **P hoto Identification** - (examples: California Driver's License, California I.D., Alien Registration Card, Student I.D., Credit Card with photo I.D.).

If the patient does not provide all of the above eligibility documents at the time of Eligibility Screening, the patient MUST bring in the missing documents during their next scheduled clinic visit.

Eligibility Status		
☐	Patient was referred to apply for Medi-Cal or Emergency Medi-Cal	Date Referred: ___/___/____
☐	Patient is NOT eligible for any other program. Patient qualifies for F.F.S. ONLY at this time. Reason: _____ _____	Expiration Date: ___/___/____
	*(**DO NOT** sign or date unless Eligibility Screening is determined)*	
	Eligibility Screening Completed By: _____ Staff Verification & Signature Date: ___/___/____	

☐ **Patient has been informed verbally of our agency's sliding fee discount and schedule of fees to cover the cost of all services for all eligible low-income patients.**

Patient Signature: _____ **Date:** ___/___/____

Patient's Name: _____ D.O.B.: _____ Ch.#: _____

Revised 11-17-14RRV

FHCCGLA
Family Health Care Centers of Greater Los Angeles, Inc.

Acceso seguro y confidencial las 24 horas desde cualquier computadora, teléfono inteligente o tableta!

¡Subscríbase a nuestro Portal del Paciente!

ACCESO INSTANTANEO
Siempre que quiera, esté donde esté.*

Citas
Solicite y mantenga seguimiento de sus citas

Resultados de Laboratorio
Vea exámenes y resultados de laboratorio

Medicamentos
Solicite rellenar medicamentos

Registros Médicos
Obtenga acceso a su historia personal

Mensajes
Enviar y recibir mensajes de los profesionales de salud

Avisos
Reciba recordatorios de salud en los servicios necesarios

Información Demográfica
Actualizar información de contacto

Referencias
Ver estado de solicitud y de las referencias existentes

Cuentas
Establezca cuentas conjuntas para niños y dependientes y maneje la cuenta de salud de toda su familia en un solo lugar

** Se requiere conexión de Internet. El Portal de paciente no está destinado para su uso en situaciones de emergencias. Si requiere atención médica urgente o inmediata, llame al 911.*

OBTENGA ACCESO A SU INFORMACION MEDICA A TRAVES DE *INTERNET*

Estaremos encantados de ayudarle a empezar.

Obtenga acceso a su registro de salud personal, simplemente llame a nuestra clínica o visítenos y proporcione una dirección personal de correo electrónico.

Una vez que se registra con un nombre de usuario y contraseña, puede obtener su información de salud utilizando cualquier computadora, teléfono inteligente o tableta con conección a Internet.

Puede acceder a sus registros ingresando a:
http://nextmd.com

PARA ASISTENCIA ADICIONAL LLAME A NUESTRO DEPT. De OUTREACH al 562-928-9600
Oprima 2 para Español y 2 de nuevo para hablar con una representante