

Estimado Paciente,

Bienvenido a los centros comunitarios de salud del condado de Tillamook (TCCHC por sus siglas en ingles). Gracias por elegirnos como su proveedor de atención médica. TCCHC es un hogar de atención primaria centrado en el paciente que proporciona cuidado de salud de calidad para todos.

Nuestros proveedores de atención médica, consistente en doctores, enfermeras practicantes, y asistentes médicos están aquí para asistirle en su camino hacia el bienestar. Las citas son generalmente de 20 minutos, será visto por un asistente medico y/o una enfermera y su proveedor médico. Quizá también querrá conocer a nuestra nutricionista o al personal de salud conductual durante su visita.

Queremos que todos reciban los servicios que necesiten. Si tiene dificultad para pagar por los servicios, le podemos ayudar. Si no tiene seguro médico, usted puede calificar para nuestra escala proporcional de precios. Esto significa que su tarifa puede ser tan bajo como \$25.00, o podría ser un porcentaje del costo de su visita, dependiendo de los ingresos del hogar. También le podemos asistir para solicitar el plan de salud de Oregón (OHP, por sus siglas en inglés) o un plan de salud eligible (QHP, por sus siglas en ingles).

Este paquete incluye varios formularios para asistirnos en la preparación de su visita. Para asegurar que tengamos información precisa para apoyarle en sus necesidades médicas, favor de revisar y completar los formularios adjuntos lo mejor que pueda.

Cuando llegue a su cita, por favor traiga los siguientes artículos:

- ☐ Formularios completos
- ☐ Identificación con foto (Licencia para conducir, pasaporte, o identificación)
- ☐ Tarjeta de seguro médico o información sobre su seguro.
- ☐ Mínimo de \$25.00, si no tiene seguro médico y si solicita asistencia financiera
- ☐ Copago, si le es aplicable
- ☐ Todos sus medicamentos

Si tiene preguntas, necesita ayuda con los formularios, tiene problemas de transportación para su visita, o si le podemos asistir de cualquier manera, por favor háganoslo saber en persona o por teléfono al 503-842-3900, 1-800-528-2938, o TTY: Servicio de Retransmisión de Oregón 1-800-735-3896.

¡Estamos aquí para ayudar y deseamos conocerte en persona!

Marlene Putman

Administradora

Formulario Demográfico del Paciente

INFORMACIÓN DEL CLIENTE

Nombre: _____ Número de Seguro Social: _____
 Apellido Nombre Segundo Nombre

Otro(s) Nombre(s) Usado(s): _____ Apellido de Nacimiento: _____

Fecha de Nacimiento: _____ ☐ Femenino ☐ Masculino ☐ Femenino a Masculino ☐ Masculino a Femenino ☐ No Binario ☐ Me Rehúso

Dirección Física: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Dirección Postal (si es diferente a la de arriba): _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Por favor proporcione al menos dos números de teléfono de contacto y díganos qué clase de teléfonos son:

(_____) _____ ☐ Hogar ☐ Trabajo ☐ Celular ☐ Mensajes

(_____) _____ ☐ Hogar ☐ Trabajo ☐ Celular ☐ Mensajes

Para asuntos confidenciales, ¿necesitamos comunicarnos con usted usando una dirección postal diferente, un número de teléfono diferente, o a través de algún otro método? ☐ Sí ☐ No

¿Necesita un intérprete? ☐ Sí ☐ No ¿Cuál es su idioma principal? _____

En la siguiente lista, ¿qué lo describe mejor?:

Raza – Marque todos los que corresponden ☐ Indígena de Alaska ☐ Indígena Americano ☐ Asiático **Etnia** ☐ Hispano
☐ Indígena de Hawái ☐ Isleño del Pacífico ☐ Blanco ☐ Negro ☐ No Hispano

CONTACTO DE EMERGENCIA LOCAL

Nombre: _____

Número de Teléfono del Hogar: _____ Número de Teléfono Alternativo: _____

Relación Con el Cliente: _____ ¿Es Usted el Tutor Legal del Cliente? ☐ Sí ☐ No

FIADOR (Persona responsable de pagar – apunte la información del seguro médico en la siguiente sección)

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____
 Apellido Nombre Segundo Nombre

Dirección de Facturación: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Teléfono: _____ Relación Con el Cliente: _____

INFORMACIÓN DEL SEGURO MÉDICO

¿Tiene usted seguro médico? ☐ Sí ☐ No ☐ No tengo seguro médico o tengo un seguro con un deducible muy alto y me gustaría solicitar la ayuda de acuerdo a la escala proporcional de precios para ayudar a cubrir el costo de mis visitas. (Se le podría pedir que provea verificación de sus ingresos por medio de talones de cheque o documentos de su declaración de impuestos.)

Nombre del Seguro Médico Principal: _____ **Teléfono:** _____

Dirección Postal del Seguro Médico: _____ **Ciudad:** _____ **Estado:** _____ **Código Postal:** _____

Nombre del Titular de la Póliza: _____ **Relación Con el Cliente:** _____

Apellido Nombre Segundo Nombre **Teléfono:** _____

Número de Identificación del Seguro: _____ **Número de Grupo:** _____

¿Tiene usted algún seguro médico adicional? ☐ Sí ☐ No

Firma del Paciente / Tutor: _____ Fecha: _____

CENTROS COMUNITARIOS DE SALUD
DEL CONDADO DE TILLAMOOK

PO Box 489
Tillamook, OR 97141
Teléfono: (503) 842-3900
Fax: (503) 842-3903
TTY: Servicio de Retransmisión de Oregón
1-800-735-3896

AVISO A LOS CLIENTES

Bienvenido a los Centros Comunitarios de Salud del condado de Tillamook. Para poder comunicarnos mejor con usted; nos gustaría saber qué método de comunicación prefiere.

Marque por favor la casilla apropiada:

- ❖ INTERPRETE DE LENGUAJE DE SEÑAS
- ❖ INTERPRETE DE LENGUAJE VERBAL
- ❖ NOTAS ESCRITAS A MANO
- ❖ LECTURA DE LABIOS
- ❖ TTY: SERVICIO DE RETRANSMISIÓN DE OREGÓN

Los servicios que ha solicitado se le proporcionarán sin costo alguno.

Podemos adaptarnos a formas alternativas de comunicación. No dude por favor en comunicarse con cualquier miembro de nuestro personal.

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

FECHA: _____ TELÉFONO: _____

Centros Comunitarios de Salud del Condado de Tillamook
Aviso de las Normas de Privacidad

Su Información • Sus Derechos • Nuestras Responsabilidades

Este aviso describe como su información médica puede ser utilizada y divulgada y como usted puede obtener acceso a esta información. **Por favor de leerlo cuidadosamente.**

Sus Derechos

Usted tiene ciertos derechos en cuanto a su información de salud. Este aviso le explicará sus derechos y algunas de nuestras responsabilidades para brindarle ayuda.

Obtener una copia electrónica o en papel de su expediente médico:

- Usted puede pedir, por escrito, poder ver u obtener una copia electrónica por medio del portal seguro (MyChart), o correo electrónico seguro, de su expediente médico y de otra información de salud que tengamos sobre usted. Usted también puede pedir una copia en papel de su información.
- Proveeremos una copia o un resumen de su información de salud, generalmente dentro de 5 días laborales de su petición. Puede que cobremos un precio razonable basado en el costo.
- Puede que neguemos su petición. Si su petición es denegada, usted podrá solicitar una revisión de nuestra denegación. La persona conduciendo la revisión no será la misma persona que haya rechazado su petición y cumpliremos con el resultado de la revisión.

Solicitar que corriamos su expediente médico:

- Usted nos puede solicitar, por escrito, que corriamos su información de salud que usted considere incorrecta o incompleta. Usted tiene el derecho de pedir una enmienda, siempre y cuando la información sea mantenida por esta oficina. Para solicitar una enmienda, llene y entregue el formulario Enmienda/Corrección Del Expediente Médico.
- Podemos decirle “no” a su petición, pero le daremos la razón por escrito dentro de 15 días laborales.

Solicitar comunicaciones confidenciales:

- Usted nos puede pedir, por escrito, como comunicarnos con usted de una manera específica (por ejemplo, teléfono de hogar u oficina, por MyChart) o para enviarle correo a un domicilio diferente.
- Responderemos “si” a todas las peticiones razonables.

Pedirnos que limitemos lo que usamos o compartimos:

- Usted nos puede pedir, por escrito, no usar o compartir cierta información de salud para tratamiento, pagos, o para nuestras operaciones de negocio.
 - No estamos obligados a acceder a su petición, y quizás digamos “no” si afectaría su cuidado.
- Si usted paga por su propia cuenta el costo completo por un servicio o cuidado de salud, usted podrá solicitar por escrito, que no divulguemos esa información con su seguro médico para el propósito de pago o de nuestras operaciones.
 - Responderemos “sí” a menos que la ley requiera que compartamos esa información.

Obtener una lista de aquellos con quienes hayamos compartido información:

- Usted nos puede pedir por escrito, una lista (contabilidad) de las ocasiones en que hayamos compartido su información, hasta seis años de la fecha de su solicitud, con quien lo compartimos y porque. Tendrá que especificar entre que rango de fechas le gustaría tener contabilidad. No debe exceder seis años antes de la fecha de su petición.
- Incluiremos todas las divulgaciones, con la excepción de aquellos sobre tratamiento, pagos y operaciones de cuidado de salud y ciertas otras divulgaciones (tal como las que usted solicitó que hiciéramos). Le proveeremos una contabilidad gratis al año, pero le cobraremos un precio razonable basado en el costo, si solicita otra dentro de 12 meses.

Escoger a alguien para actuar por usted:

- Si usted le ha dado poder médico a otra persona o si tiene un tutor legal, esa persona puede ejercer sus derechos y hacer decisiones sobre su información de salud.
- Nos aseguraremos de que la persona tenga tal autoridad y pueda actuar en su lugar antes de que tomemos cualquier acción.

Presente una queja si considera que sus derechos han sido violados:

- Si usted cree que sus derechos de privacidad han sido violados, usted podrá presentar una queja con nuestra oficina al comunicarse con **Marlene Putman, Administradora y Funcionaria de Privacidad de HIPAA**, Centros Comunitarios del Condado de Tillamook, P.O. Box 489, Tillamook, OR 97141, 503-842-3922.
- Usted puede presentar una queja por escrito con el U.S. Department of Health and Human Services Office for Civil Rights (Departamento de Salud y Servicios Humanos de E.U. para los Derechos Civiles) al enviar una carta al 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201, al llamar al 1-877-696-6775, o al visitar el sitio web: www.hhs.gov/hipaa/filing-a-complaint/index.html.

Sus Preferencias

Para cierta información de salud, usted nos puede avisar de sus preferencias sobre lo que compartimos. Si usted tiene una preferencia clara sobre como compartimos su información en las situaciones descritas abajo, hable con nosotros. Déjenos saber lo que usted desea y nosotros seguiremos sus instrucciones.

En los siguientes casos, usted tiene tanto el derecho como la elección de dejarnos saber lo que usted prefiere en cuanto a:

- Compartir información con su familia, amistades cercanas, u otros involucrados en su cuidado.
- Compartir información durante una situación de alivio de desastre.

Por ejemplo, si usted trae a su pareja al cuarto de examen durante tratamiento o mientras se habla del tratamiento, podemos suponer que usted está de acuerdo en que divulguemos su información personal de salud a su pareja. Si usted no nos puede comunicar su preferencia, por ejemplo, si usted está inconsciente, podemos divulgar su información si creemos que sería de su propio beneficio. También podremos compartir su información cuando sea necesario para disminuir una amenaza seria e inminente a su salud o seguridad.

En los siguientes casos, nunca compartiremos su información a menos que usted nos dé permiso por escrito:

- Para propósitos de mercadotecnia / comercialización.
- Para la venta de su información.

En caso de recaudación de fondos:

- Podremos comunicarnos con usted para recaudación de fondos, pero usted nos puede avisar si no desea ser contactado de nuevo.

Por lo general, ¿cómo se utiliza o se comparte su información de salud? Normalmente utilizamos o compartimos su información de salud en las siguientes maneras:

Nuestros Usos y Divulgaciones

Para su tratamiento:

- Podemos usar y compartir su información de salud con otros profesionales involucrados en su cuidado. Por ejemplo: Un doctor que lo está atendiendo por una lesión le pide saber a otro doctor sobre su estado de salud en general.

Para administrar nuestra organización:

- Podemos usar y compartir su información de salud para dirigir nuestra práctica, mejorar su cuidado, y comunicarnos con usted cuando sea necesario. Por ejemplo: Usamos su información de salud para administrar su tratamiento y servicios.
- Los Centros Comunitarios de Salud de Tillamook forman parte de un arreglo organizado de atención a la salud, incluyendo a los participantes de OCHIN. Una lista actualizada de los participantes de OCHIN está disponible en www.ochin.org como socio comercial de Los Centros Comunitarios de Salud de Tillamook OCHIN suministra tecnología e información de los servicios relacionados. Los Centros Comunitarios de Salud de Tillamook y otros participantes de OCHIN. OCHIN también participa en actividades de evaluación y mejora de

la calidad en nombre de sus participantes. Por ejemplo, OCHIN coordina las actividades de revisión clínica en nombre de las organizaciones participantes para establecer normas de mejores prácticas y evaluar los beneficios clínicos que pueden derivarse del uso de sistemas electrónicos de registro de salud. OCHIN también ayuda a los participantes a trabajar en colaboración para mejorar la gestión de las remisiones internas y externas de los pacientes. Su información de salud personal puede ser compartida por Los Centros Comunitarios de Salud de Tillamook con otros participantes de OCHIN o existir un intercambio de información de salud solo cuando sea necesario para el tratamiento médico o para los fines de las operaciones del cuidado de la salud del arreglo organizado de atención a la salud. La operación de los cuidados de la salud puede incluir, entre otras cosas, la geocodificación de la ubicación de su residencia para mejorar los beneficios clínicos que recibe. La información de salud personal puede incluir información médica pasada, presente y futura, así como información descrita en las Reglas de Privacidad. La información, en la medida divulgada, se divulgará de acuerdo con las Reglas de Privacidad o cualquier otra ley aplicable modificada de vez en cuando. Usted tiene el derecho de cambiar de opinión y retirar este consentimiento, sin embargo, la información puede haber sido proporcionada según lo permitido por usted. Este consentimiento permanecerá en vigor hasta que usted lo revoque por escrito. Si usted lo solicita, se le proporcionará una lista con las entidades a las cuales se les ha divulgado su información.

Para cobrar por sus servicios:

- Podemos usar y compartir su información de salud para cobrar y recibir pagos del plan de salud u otras entidades. Por ejemplo: Le damos información sobre usted a su plan de seguro médico para que puedan pagar por sus servicios.

¿En qué otras maneras podemos usar o compartir su información de salud? Se nos permite o incluso se requiere que compartamos su información en manera que contribuya al bienestar del público tal como la salud pública e investigación/estudio. Tenemos que cumplir con varias condiciones de la ley antes de poder compartir su información para estos propósitos.

Ayuda con asuntos de salud y seguridad pública:

Para ciertas circunstancias, podemos compartir su información de salud para:

- Prevenir enfermedades.
- Ayudar con el retiro de productos.
- Reportar reacciones adversas a medicamentos.
- Reportar sospechas de abuso, negligencia o violencia doméstica.
- Prevenir o reducir una amenaza seria a la salud o seguridad de alguna persona.

Investigaciones:

- Podemos usar o compartir su información de salud para investigaciones de salud siempre y cuando se elimine toda la información de identidad. De otra manera, tendremos que conseguir su consentimiento informado para usar su información para investigaciones.

Cumplir con la ley:

- Compartiremos información sobre usted si la ley estatal o federal lo requiere. Esto incluye el Department of Health and Human Services (Departamento de Salud y Servicios Humanos) si ellos desean averiguar que estamos cumpliendo con la ley federal de privacidad.

Responder a peticiones de donación de órganos y tejidos:

- Podemos compartir información sobre usted con organizaciones de adquisición de órganos.

Trabajar con un médico forense o un director de la funeraria:

- Podemos compartir información de salud con un médico forense o un director de la funeraria cuando muere un individuo.

Atender las peticiones de compensación al trabajador, cuerpos policiales y otras peticiones gubernamentales:

- Podemos usar o compartir información de salud sobre usted:
 - Para reclamos de compensación al trabajador.
 - Para el propósito de cuerpos policiales o con un agente del orden público.
 - Con agencias de supervisión sanitaria para actividades autorizadas por la ley.
 - Para servicios gubernamentales especiales como militar, seguridad nacional y servicios de protección presidencial.

Responder a demandas y acciones legales:

- Podemos compartir información de salud sobre usted en respuesta a un mandato judicial, orden administrativa o una citación.

Si está preso en una cárcel o prisión o bajo la custodia de un agente del orden público, podemos dar su información a esa persona o cárcel como sea permitido por la ley. Otras leyes quizás requieren su autorización por escrito para divulgar cierta información de salud mental, tratamiento para el abuso de alcohol y drogas, prueba o tratamiento para el VIH/SIDA, y pruebas genéticas.

Nuestras Responsabilidades

La ley requiere que mantengamos su información de salud protegida, privada y segura. Le dejaremos saber con prontitud si ocurre una violación que comprometa la privacidad o seguridad de su información.

Tenemos que seguir las responsabilidades y prácticas de privacidad descritas en este aviso y entregarle una copia. No usaremos o compartiremos su información de otra forma que la descrita en este aviso, a menos que usted nos diga por escrito que podemos. Si nos da su consentimiento, usted podrá cambiar su decisión en cualquier momento. Déjenos saber por escrito si cambia su decisión.

Para más información: www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html.

Cambios a los términos de este aviso:

Podemos cambiar los términos de este aviso, y esos cambios aplicarán a toda la información que tenemos sobre usted. El nuevo aviso estará disponible bajo solicitud, en nuestra oficina y en nuestro sitio web.

Este Aviso de las Normas de Privacidad aplicará a las siguientes organizaciones:

Los Centros Comunitarios de Salud del Condado de Tillamook (TCCHC, por sus siglas en inglés) es parte de un arreglo organizado de cuidado de salud que incluye participantes en la red de OCHIN. OCHIN provee información tecnológica y otros servicios relacionados a TCCHC y otros participantes de OCHIN cuando sea necesario para tratamientos, pagos y otras operaciones relacionadas al arreglo organizado de cuidado de salud.

Centros Comunitarios de Salud del Condado de Tillamook
801 Pacific Avenue
PO Box 489
Tillamook, OR 97141
tillamookchc.org
503-842-3900
Llamada gratuita: 1-800-528-2938
TTY: Servicio de Retransmisión de Oregón: 1-800-359-2703

Divulgación Verbal de Información Médica

Nombre del Paciente: _____

Fec.Nac.: _____ Fecha: _____

Debido a las leyes de confidencialidad de los pacientes, los Centros Comunitarios de Salud del Condado de Tillamook (TCCHC, por sus siglas en inglés) no divulgan verbalmente ninguna información sobre nuestros pacientes a nadie que no sea el paciente, o cualquier médico al cual los Centros Comunitarios de Salud del Condado de Tillamook lo hayan referido. En ocasiones, el paciente deseara que información sobre sus condiciones médicas, resultados de laboratorio, medicamentos, citas, etc. sea compartida con otras personas como miembros de familia o un cuidador o sea dejado en un correo de voz. Por favor de indicar abajo de qué manera debemos divulgar información sobre su cuidado en TCCHC:

Ponga sus **iniciales** por favor:

_____ Yo autorizo a TCCHC a dejar mensajes detallados en mi número de teléfono preferido.

Yo autorizo a los Centros Comunitarios de Salud del Condado de Tillamook a divulgar información verbal sobre mi cuidado médico a la(s) siguiente(s) persona(s):

Nombre

Relación con el Paciente

Número de Teléfono

_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Firma _____

-O-

Si usted prefiere ser la ÚNICA persona con quien hablamos sobre su cuidado médico, por favor de firmar abajo.

Firma _____

Esta autorización caducará en un año a menos que se indique lo contrario. Se puede revocar esta autorización, por escrito, en cualquier momento.



Son CAROS los Servicios Médicos – ¡Le podemos ayudar!



1. Aproveche el descuento con el plan de ajuste de precios

• **Definiciones:**

Aplicación para el descuento basado en un plan de ajuste de precios. Es la política de los centros de salud aprobados por el gobierno federal (FQHC, por su sigla en inglés), conocida también como Centros Comunitarios de Salud para proveer servicios esenciales sin importar la capacidad de pago que tenga el paciente. Los descuentos y/o cuota mínima se ofrecen conforme al número de integrantes en su hogar y el ingreso.

Se requiere que el FQHC tenga un programa de cobros localmente consistente y apropiado para cubrir los gastos razonables de operación. Este plan de ajuste de precios y/o cuota mínima se aplica durante el proceso de facturación para bajar el costo de los servicios basado en la capacidad de pago.

2. Ponga su información más reciente en la aplicación para el descuento basado en un plan de ajuste de precios.

- Nuestro personal de recepción le puede ayudar con sus preguntas y ayudar a llenar nuestra forma (Admisión Coordinado).
- Actualice su información a medida que cambian sus circunstancias.

3. Trabaje con nuestro personal de facturación para acordar el plan de pagos que más le acomode.

- Usted puede hablar con el servicio de facturas mediante OCHIN al: 1-800-972-8401
- Usted puede hablar con nuestro personal local de facturación al: 503-842-3900, Ext 3914 o 4011 (para español)

4. Averigüe si califica para el Plan de Salud de Oregón u otra cobertura de bajo costo

- Usted puede hablar con uno(a) de nuestros(as) especialistas de seguro médico antes o después de su cita médica. Sólo pregunte por una “Coordinadora de Atención Médica para que le ayude con la inscripción al seguro”.

FORMULARIO DE ADMISIÓN COORDINADO

Aplicación para servicios

Apellidos:	Nombre:	Segundo nombre (si tiene):	Número de teléfono:	Reg. Iniciales
Dirección:	Ciudad:	Estado:	Código Postal:	Fecha de hoy / /

Por favor marque si en la actualidad tiene uno de los siguientes seguros médicos (sólo los vigentes):	CÓDIGOS DE LOS GRUPOS ÉTNICOS	IDIOMA	Inglés ()	Español ()	Otro:
() Medicaid/OHP () Medicare () Seguro médico privado Nombre del seguro médico:	1 – Indio Americano/Nativo de Alaska 2 – Asiático 3 – Negro o Afroamericano	4 – Hispano o Latino 5 – Nativo de Hawai/Otras islas del Pacífico 6 – Blanco			

Miembros de la familia que Ud. mantiene económicamente y viven en su hogar	# de Seguro Social	Fecha de nacimiento	Parentesco	Sexo	Código Étnico	Veterano	Sin Hogar	Campeño	Actualmente cliente de los Centros Comunitarios de Salud del Condado de Tillamook	MR # (para uso de la oficina)	Ingreso anual de cada individuo
1.		/ /	Yo						Sí No		
2.		/ /							Sí No		
3.		/ /							Sí No		
4.		/ /							Sí No		
5.		/ /							Sí No		
6.		/ /							Sí No		
7.		/ /							Sí No		
#	# total en el hogar							Ingresos anuales en total		\$	

Tipo de Ingreso	Información para verificar	Cuánto	Cada Cuánto	Ingreso Anual
☐ Salario de trabajo (en bruto, antes de impuestos)	Los últimos 3 talones/ min 30 días			\$
☐ Propinas o comisión	Impuesto del año pasado			
☐ Trabajo por su cuenta	Impuesto del año pasado			
☐ Ingresos por inversiones (renta, interés, dividendos)	Estado de cuenta o Sch. E impuesto del año pasado			
☐ Pensiones por jubilación	Estado de cuenta			
☐ Beneficios del Seguro Social	Carta confirmatoria o estado de cuenta del banco			
☐ TANF, SSI, beneficios por discapacidad	Carta confirmatoria o estado de cuenta del banco			
☐ Beneficios de veterano	Carta confirmatoria o estado de cuenta del banco			
☐ Beneficios de Desempleo	Carta confirmatoria o estado de cuenta del banco			
☐ Compensación Laboral	Carta confirmatoria o estado de cuenta del banco			
☐ Manutención Infantil o Pensión Conyugal	Documentos legales del corte			
☐ Ayuda financiera por parte de la familia				
☐ Otro ingreso no enlistado acá	Carta confirmatoria o estado de cuenta del banco			
☐ Estampillas de Comida (SNAP) – SÓLO CARE	Adulto 1 \$	Adulto 2 \$	Ingreso total por año	\$

☐ Inversiones, acciones, certificados de depósito, ahorros	Estado de cuenta por mes, tres meses, o anual	\$
---	---	----

Yo afirmo que la información que estoy dando para la aplicación es verdadera y correcta. Entiendo que, si doy información incorrecta, falsa, o si dejo de dar información pertinente puedo descalificar para el programa del descuento.		
Yo autorizo el uso compartido de mi solicitud de servicios con todos los documentos pertinentes que debe darse a las siguientes agencias para servicios adicionales: Iniciales en cada uno: ☐ Centros Comunitarios de Salud del Condado de Tillamook ☐ CARE ☐ Centro de Recursos para Mujeres ☐ Centro de Consejería Familiar de Tillamook		
Nombre impreso de la persona que solicita	Firma de la persona que solicita	Fecha / /

Sección sólo para el uso de los Centros Comunitarios de Salud del Condado de Tillamook

ALL SERVICES: Patients are expected to pay the nominal fee prior to service.

For Office Use Only:

Effective Date: (Maximum retroactive date is 30 days from original application date.)

Verified by: Date: / / Household # Income \$ Expiration Date: / /

Solamente para uso de la oficina de CARE

Housing, Do You: ☐ Own ☐ Rent ☐ Homeless ☐ Other: Explain _____

HOUSEHOLD INFORMATION:

HH Member # (from pg. 1)	Educ. Years (Adults Only) (See codes below)	Disability (Yes or No)	Disability Type or Explanation
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			

Educ. Years Codes:

0-8	12+	Child NA	
9-12 Non-graduate	2 or 4 yrs. College-Grad.		
HS Grad/GED	Education Unknown		

Solamente para uso de la oficina:

Services Provided: _____

***Homeless definition:** Any person staying at an emergency housing shelter out of necessity, any person living in transitional housing, any person living on the streets or staying somewhere not intended for human habitation, people who were turned away from emergency services, and people provided a voucher in order to stay at a motel or campground. People living in permanent supportive housing or those receiving rental or mortgage assistance, Federal definition does not include people who are staying with other people out of economic necessity (often referred to as doubled-up or couch surfing)*

***Farm worker definition:** A person working in connection with cultivating the soil, raising or harvesting any agriculture or aquaculture commodity, including any activity of handling product in its unmanufactured state (catching, netting, handling – delivery and transportation of products to market or processing). Includes forestation and reforestation of lands (planting, transplanting, pre-commercial thinning, slash and burn clears).*

Refer clients for additional services

☐ Medical

☐ Dental

☐ Women's Resource

☐ CARE

☐ TFCC

See Agency Reference List for detail information

Annual Income Thresholds by Sliding Fee Discount Pay Class and Percent Poverty							
Poverty Level*	100%	125%	150%	175%	200%	>200%	
Family Size	Minimum Fee	20% pay	40% pay	60% pay	80% pay	100% pay	
1	\$12,760.00	\$ 15,950.00	\$ 19,140.00	\$ 22,330.00	\$ 25,520.00	\$ 25,521.00	
2	\$17,240.00	\$ 21,550.00	\$ 25,860.00	\$ 30,170.00	\$ 34,480.00	\$ 34,481.00	
3	\$21,720.00	\$ 27,150.00	\$ 32,580.00	\$ 38,010.00	\$ 43,440.00	\$ 43,441.00	
4	\$26,200.00	\$ 32,750.00	\$ 39,300.00	\$ 45,850.00	\$ 52,400.00	\$ 52,401.00	
5	\$30,680.00	\$ 38,350.00	\$ 46,020.00	\$ 53,690.00	\$ 61,360.00	\$ 61,361.00	
6	\$35,160.00	\$ 43,950.00	\$ 52,740.00	\$ 61,530.00	\$ 70,320.00	\$ 70,321.00	
7	\$39,640.00	\$ 49,550.00	\$ 59,460.00	\$ 69,370.00	\$ 79,280.00	\$ 79,281.00	
8	\$44,120.00	\$ 55,150.00	\$ 66,180.00	\$ 77,210.00	\$ 88,240.00	\$ 88,241.00	
For each additional person, add	\$ 4,480.00	\$ 5,600.00	\$ 6,720.00	\$ 7,840.00	\$ 8,960.00	\$ 8,961.00	
MINIMUM FEES:							
MEDICAL	\$ 25.00	20%	40%	60%	80%	100%	
DENTAL	\$ 25.00	\$ 40.00	\$ 50.00	\$ 65.00	\$ 75.00	100%	
BEHAVIORAL	\$ 5.00	\$ 10.00	\$ 15.00	\$ 20.00	\$ 25.00	100%	
NUTRITION	\$ 5.00	\$ 10.00	\$ 15.00	\$ 20.00	\$ 25.00	100%	

In order to receive discounted services for medical, dental and behavioral health services, you must complete the Coordinated Intake Form. Please bring all documents requested to verify your income.

Once approved, the intake form will be effective for six months. Please be prepared to complete the same intake form and bring all required documents every six months, even if your financial situation has not changed.

Please note that this intake form is not required in order to receive a discount for family planning visits. Discounts for family planning visits are based on the client's stated income.

Para recibir servicios con descuento para los servicios de salud médica, dental y servicios de consejos del bienestar, debe llenar el formulario de admisión coordinada. Por favor traiga todos los documentos solicitados para verificar su ingreso.

Una vez aprobado, el formulario de admisión será efectivo durante seis meses. Por favor esté preparado para llenar el mismo formulario de admisión y traer todos los documentos requeridos cada seis meses, incluso si no ha cambiado su situación financiera.

Tenga en cuenta que este formulario de admisión no es necesaria para recibir un descuento para visitas de planificación familiar. Descuentos para planificación familiar visitas se basan en los ingresos declarados del cliente.

*Based on 2020 HHS Poverty Guidelines in effect as of 1-15-2020

HISTORIAL MÉDICO PARA ADULTOS

Todas las preguntas en este cuestionario son estrictamente confidenciales y llegarán a ser parte de su expediente médico

Nombre: _____		Fecha: ____ / ____ / ____	
(Apellido)		(Nombre)	
Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____	¿Usted tiene una Directiva Anticipada o un Testamento Vital? ☐ Sí ☐ No		
MEDICAMENTOS			
Incluya medicina herbolaria, vitaminas y medicamentos sin receta médica.			
Nombre del Medicamento	Potencia	¿Qué Tan Seguido Se Los Toma?	Fecha Que Comenzó

ANTECEDENTES SOCIALES

SOCIAL	Pasatiempos: _____		Educación: _____		
	Número de Niños: _____		Experiencia Militar: _____		
¿Toma cafeína? ☐ Sí ☐ No		¿Hace ejercicio dos o más días por semana? ☐ Sí ☐ No			
Nicotina / Fuma: ☐ Sí ☐ No ☐ En el Pasado		¿Qué tanto? _____ ¿Por cuánto tiempo? _____			
Alcohol: ☐ Sí ☐ No ☐ En el Pasado		¿Cuántas bebidas toma por semana? _____			
Drogas: ☐ Sí ☐ No ☐ En el Pasado		Tipo: _____			
Actividad Sexual	¿Está sexualmente activo(a)? ☐ Sí ☐ No ☐ Actualmente No		Comentarios: _____		
	Parejas: ☐ Mujer ☐ Hombre				
	Método Anticonceptivo / Protección:				
	☐ Abstinencia ☐ Implante ☐ Pastillas Anticonceptivas ☐ Quirúrgico	☐ Retiro ☐ La Inyección ☐ El Parche ☐ La Esponja	☐ Condones ☐ Barreras Cervicales ☐ Posmenopáusico ☐ Espermicidas	☐ Diafragma ☐ DIU ☐ Método del Ritmo	☐ Los Métodos de Conciencia de Fertilidad /Planificación Natural Familiar ☐ Otro-Anote en Comentarios
	Comentarios: _____				

ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS

Procedimiento	Fecha	Tipo	Procedimiento	Fecha	Tipo
Amputación ☐ No ☐ Sí			Amigdalotomía ☐ No ☐ Sí		
Apendicectomía ☐ No ☐ Sí			Ligadura de Trompas ☐ No ☐ Sí		
Cirugía Cerebral ☐ No ☐ Sí			Reemplazo de Válvulas del Corazón ☐ No ☐ Sí		
Cirugía de los Senos ☐ No ☐ Sí			Vasectomía ☐ No ☐ Sí		
Cirugía de Corazón ☐ No ☐ Sí			Cirugía de la Próstata ☐ No ☐ Sí		
Reparación de Hernia ☐ No ☐ Sí			Cirugía de los Senos Paranasales ☐ No ☐ Sí		
Histerectomía ☐ No ☐ Sí			Cirugía de la Espina Dorsal ☐ No ☐ Sí		
Reemplazo de Articulación ☐ No ☐ Sí			Cirugía de la Tiroides ☐ No ☐ Sí		
Extracción de Catarata/Implante de Lente ☐ No ☐ Sí			Cesárea ☐ No ☐ Sí		
Vesícula Biliar ☐ No ☐ Sí			Bypass Cardíaco ☐ No ☐ Sí		
Cirugía Cosmética ☐ No ☐ Sí			Stent Cardíaco ☐ No ☐ Sí		
Cirugía de Fractura ☐ No ☐ Sí			Otras Cirugías ☐ No ☐ Sí		

X

Firma del Paciente – o – Firma del Representante Autorizado del Paciente

Fecha:

Nombre: _____

HISTORIAL MÉDICO

Alergias	☐ No	☐ Sí	☐ En el Pasado	Cuando: _____	Tipo: _____
Anemia	☐ No	☐ Sí	☐ En el Pasado	Cuando: _____	
Ansiedad	☐ No	☐ Sí	☐ En el Pasado	Cuando: _____	
Artritis / Problemas de las Articulaciones	☐ No	☐ Sí	☐ En el Pasado	Cuando: _____	
Asma	☐ No	☐ Sí	☐ En el Pasado	Cuando: _____	
Cáncer	☐ No	☐ Sí	☐ En el Pasado	Cuando: _____	Tipo: _____
Cataratas	☐ No	☐ Sí	☐ En el Pasado	Cuando: _____	
Problemas de Coagulación	☐ No	☐ Sí	☐ En el Pasado	Cuando: _____	Tipo: _____
EPOC (enfermedad pulmonar obstructiva crónica)	☐ No	☐ Sí	☐ En el Pasado	Cuando: _____	
Depresión	☐ No	☐ Sí	☐ En el Pasado	Cuando: _____	
Diabetes Mellitus	☐ No	☐ Sí	☐ En el Pasado	Cuando: _____	
Enfisema	☐ No	☐ Sí	☐ En el Pasado	Cuando: _____	
Glaucoma	☐ No	☐ Sí	☐ En el Pasado	Cuando: _____	
Enfermedad Cardíaca	☐ No	☐ Sí	☐ En el Pasado	Cuando: _____	
Insuficiencia Cardíaca	☐ No	☐ Sí	☐ En el Pasado	Cuando: _____	
Soplo Cardíaco	☐ No	☐ Sí	☐ En el Pasado	Cuando: _____	
VIH / SIDA	☐ No	☐ Sí	☐ En el Pasado	Cuando: _____	
Hiperlipidemia	☐ No	☐ Sí	☐ En el Pasado	Cuando: _____	
Hipertensión	☐ No	☐ Sí	☐ En el Pasado	Cuando: _____	
Enfermedad del Riñón	☐ No	☐ Sí	☐ En el Pasado	Cuando: _____	
Enfermedad Hepática	☐ No	☐ Sí	☐ En el Pasado	Cuando: _____	
Meningitis	☐ No	☐ Sí	☐ En el Pasado	Cuando: _____	
Enfermedad Muscular	☐ No	☐ Sí	☐ En el Pasado	Cuando: _____	
Infarto de Miocardio	☐ No	☐ Sí	☐ En el Pasado	Cuando: _____	
Enfermedad de los Nervios	☐ No	☐ Sí	☐ En el Pasado	Cuando: _____	
Osteoporosis	☐ No	☐ Sí	☐ En el Pasado	Cuando: _____	
Convulsiones	☐ No	☐ Sí	☐ En el Pasado	Cuando: _____	Tipo: _____
Anemia Falciforme	☐ No	☐ Sí	☐ En el Pasado	Cuando: _____	
Úlceras de Estómago	☐ No	☐ Sí	☐ En el Pasado	Cuando: _____	
Derrame Cerebral	☐ No	☐ Sí	☐ En el Pasado	Cuando: _____	
Abuso de Sustancias	☐ No	☐ Sí	☐ En el Pasado	Cuando: _____	Tipo: _____
Enfermedad de la Tiroides	☐ No	☐ Sí	☐ En el Pasado	Cuando: _____	
Tuberculosis	☐ No	☐ Sí	☐ En el Pasado	Cuando: _____	Tratamiento: _____
Otro Historial Médico No Apuntado:	☐ No	☐ Sí	☐ En el Pasado	Cuando: _____	
	☐ No	☐ Sí	☐ En el Pasado	Cuando: _____	
	☐ No	☐ Sí	☐ En el Pasado	Cuando: _____	
	☐ No	☐ Sí	☐ En el Pasado	Cuando: _____	
	☐ No	☐ Sí	☐ En el Pasado	Cuando: _____	
	☐ No	☐ Sí	☐ En el Pasado	Cuando: _____	
	☐ No	☐ Sí	☐ En el Pasado	Cuando: _____	
	☐ No	☐ Sí	☐ En el Pasado	Cuando: _____	
	☐ No	☐ Sí	☐ En el Pasado	Cuando: _____	

ALERGIAS

(Si necesita más lugar, escríbalo detrás de esta hoja)

Alergias a Medicamentos: ☐ Sí ☐ No Anotar: _____

Alergias a los Alimentos: ☐ Sí ☐ No Anotar: _____

X

Firma del Paciente – o – Firma del Representante Autorizado del Paciente

Fecha: _____

MR# _____

Nombre: _____

SERVICIOS ESPECIALIZADOS

¿Actualmente ve a un especialista? ☐ Sí ☐ No

Nombre del Doctor	Especialidad	Número de Teléfono	Última Fecha Que Lo Vio
		()	/ /
		()	/ /
		()	/ /

HISTORIAL DE VACUNACIÓN

Vacuna	Fecha Que Se Administró	Local Donde Fue Administrada
☐ Influenza (gripe)	/ /	
☐ Pneumovax (pneumonía)	/ /	
☐ Tetanus Td (tétanos, difteria)	/ /	
☐ Tetanus Tdap (tétanos, difteria, tos ferina)	/ /	
☐ Hepatitis A	/ /	
☐ Hepatitis B	/ /	
☐ HPV (virus del papiloma humano)	/ /	
☐ MMR (sarampión, paperas, rubeola)	/ /	
☐ Zostavax (culebrilla)	/ /	
☐ Otra	/ /	

HISTORIAL FAMILIAR

	Madre	Padre	Hermana	Hermano	Abuela Materna	Abuelo Materno	Abuela Paterna	Abuelo Paterno
	☐ Viva ☐ Difunta	☐ Vivo ☐ Difunto	☐ Viva ☐ Difunta	☐ Vivo ☐ Difunto	☐ Viva ☐ Difunta	☐ Vivo ☐ Difunto	☐ Viva ☐ Difunta	☐ Vivo ☐ Difunto
Abuso de Alcohol / Sustancias								
Alergias								
Artritis								
Asma / EPOC								
Sangramiento / Enfermedad Sanguínea								
Cáncer, Tipo:								
Depresión								
Diabetes (Tipo 1 o 2)								
Problemas Gastrointestinales								
Trastorno Genético								
Defectos de Nacimiento								
Dolores de Cabeza								
Enfermedad Cardíaca								
Colesterol Alto								
Presión Arterial Alta								
Enfermedad del Riñón								
Enfermedad Mental								
Trastorno del Sistema Nervioso								
Obesidad								
Osteoporosis								
Derrame Cerebral								
Enfermedad de la Tiroides								
Problemas de la Vista								
Otro: Por Favor de Anotar								

X

Firma del Paciente – o – Firma del Representante Autorizado del Paciente

Fecha: _____

Preguntas Frecuentes

Preguntas de Inicio

MyChart ofrece a los pacientes un acceso en línea seguro y personalizado a porciones de su registro médico. Le permite utilizar de forma segura el Internet para ayudar a administrar y recibir información sobre su salud. Con MyChart, puede utilizar el Internet para:

- Solicitar citas médicas.
- Ver el resumen de su salud del expediente de salud electrónico de MyChart.
- Ver resultados de análisis.
- Solicitar renovaciones de recetas.
- Tener acceso a recursos confiables de información de la salud.
- Comunicarse electrónicamente y de forma segura con su equipo de cuidado médico.

¿Cómo me inscribo?

Los pacientes que desean participar se les darán un código de activación para MyChart durante su cita médica. Este código le permitirá iniciar su sesión y crear su propio ID de usuario y contraseña. Si no le dieron un código de activación, puede llamarnos para pedir uno o pedir inscribirse durante su próxima visita.

¿A quién contacto si tengo más preguntas?

Por favor llámenos y pida ayuda con MyChart.

Su Expediente Médico

¿Cuándo puedo ver los resultados de mis análisis en MyChart?

Los resultados de los análisis se publican en su cuenta de MyChart dentro de 4 días después de haberlos recibido del laboratorio de pruebas. No todos los resultados de los análisis se publican en MyChart. Para obtener más información, consulte con su proveedor.

¿Porque ciertos resultados de los análisis no se comparten electrónicamente a través de MyChart?

Su proveedor puede determinar qué tipos de resultados se pueden acceder a través de MyChart. Además, los análisis de carácter sensible no se liberan en MyChart.

Si algo de mi información de salud en MyChart no está correcto, ¿qué debo hacer?

Su información de MyChart proviene directamente de su expediente médico electrónico de la oficina de su proveedor. Pídale a su proveedor que corrija cualquier información errónea en su próxima visita en

la clínica o mándele un mensaje a su proveedor a través de MyChart, indicando cual es la información incorrecta y porque cree que está incorrecta. Su información de salud es revisada y actualizada en su expediente médico electrónico en cada visita.

Si le mando un mensaje a mi proveedor o enfermera, ¿cuándo puedo esperar una respuesta?

Generalmente recibirá una respuesta dentro de 3 días hábiles. MyChart no debe utilizarse en situaciones de urgencia. Por favor, comuníquese con la oficina de su proveedor si la situación requiere atención de inmediata o llame al 911 si es una emergencia.

MyChart Para Mi Familia

¿Puedo ver el expediente médico de un miembro de la familia en MyChart?

No en este momento, pero esta función estará disponible pronto. Esto es llamado acceso de apoderado y permite que un padre (o tutor) inicie sesión en su cuenta personal de MyChart, y después conectarse a la información relativa a su miembro de la familia.

¿Puedo hacer preguntas con respecto a un familiar de mi cuenta MyChart?

MyChart ofrece acceso directo a su expediente de salud personal y la comunicación sobre la información de otro individuo se colocaría en **su** expediente de salud. Esta información no aparecería en el expediente de salud correcto y podría poner en peligro la atención médica.

¿Podemos compartir mi cónyuge y yo una cuenta de MyChart?

No, debido a que la información médica es de carácter sensible, cada adulto debe aceptar los Términos y Condiciones de Uso y establecer su propia cuenta de MyChart.

Después de Tener una Cuenta Activa de MyChart

Olvidé mi contraseña. ¿Qué debería hacer?

Puede darle clic al enlace de "He olvidado mi contraseña" en la página de inicio de sesión para restablecer su contraseña en línea.

¿Puede enviarme un código de acceso, ya que lo perdí, lo dejé caducar, o no lo recibí?

Póngase en contacto con nosotros y solicite la asistencia de MyChart. Las cuestiones de privacidad nos impiden enviar un nuevo código de acceso por correo electrónico.

¿Dónde puedo actualizar mi información personal (por ejemplo, la dirección de casa, correo electrónico o cambiar mi contraseña)?

Inicie sesión en MyChart y desde el menú en el lado izquierdo, vaya a la sección de Preferencias y seleccione la opción apropiada.

Preguntas Técnicas

¿Cómo está MyChart seguro?

Tenemos mucho cuidado para asegurar que su información de salud se mantenga privada y segura. El acceso a la información se controla a través de códigos de seguridad, identificaciones personales y contraseñas. Cada persona controla su contraseña, y no se puede acceder a la cuenta sin esa contraseña. Además, MyChart usa la última tecnología de encriptación 128-bit SSL con ningún almacenamiento en cache para cifrar automáticamente su sesión MyChart. A diferencia del correo electrónico convencional, todos los mensajes de MyChart se realizan mientras está conectado en forma segura al sitio web de OCHIN MyChart.

¿Cuál es su Política de Privacidad?

Por favor, consulte la Política de Privacidad dándole clic en el enlace de Política de Privacidad en la página de inicio de sesión de OCHIN MyChart.

Se desconectó mi sesión de MyChart, ¿qué pasó?

Nuestro objetivo es proteger la privacidad y seguridad de su información. Mientras esté en sesión en MyChart, si su teclado permanece inactivo durante 15 minutos o más, se desconectará automáticamente de MyChart. Le recomendamos que cierre la sesión de MyChart si necesita dejar su computadora durante un corto periodo de tiempo.

¿Qué necesito para usar MyChart?

Necesita tener acceso a una computadora conectada al Internet y un navegador actualizado (como Google Chrome).

El código de acceso que recibí de la oficina de mi médico no funciona, ¿qué debo hacer?

Para su seguridad, su código de acceso caduca después de 60 días y ya no es válido después de usarlo por primera vez. Si ya caducó, por favor contáctenos.

¿Mi código de acceso es mi ID de usuario?

No, su código de acceso no es su ID de MyChart o su contraseña. Usted utilizará este código solamente una vez para iniciar sesión en MyChart por primera vez. (Este código caducará después de que lo haya usado o después de 60 días). Cuando inicie sesión en MyChart por primera vez, se le pedirá que cree su ID de MyChart y su contraseña.