



## ¡Bienvenido a tu Hogar de Salud!

Gracias por elegir nuestro Centro de Salud Comunitario como su Hogar de Atención Médica. Como su Hogar de atención médica, se le pedirá que seleccione un proveedor primario, que supervisará toda la atención que reciba. Ese proveedor cuenta con la asistencia de un equipo de atención formado por enfermeras y otro personal de apoyo. Su equipo de atención coordinará su atención médica en todos los entornos dentro y fuera de nuestro Centro de Salud Comunitario para promover una mejor salud para usted, nuestro paciente.

Brindamos la más alta calidad de atención médica, según las investigaciones, normas y protocolos médicos, dentales y de salud mental. Brindamos atención integrada para que todos sus proveedores trabajen juntos para brindar una atención integral y holística que tenga en cuenta todos los aspectos de su salud. Le involucraremos en las decisiones que tomemos en su nombre.

Como Hogar de atención médica, funcionamos mejor cuando tenemos su completa historia médica e información sobre la atención médica obtenida por otros proveedores fuera de este Centro de Salud. Siempre le pediremos información actualizada sobre otros cuidados médicos, dentales y de salud mental que haya recibido, para que podamos mantenernos al día y brindarle el servicio más adecuado y continuarlo todo posible.

También como un Hogar de atención médica, brindamos asesoramiento clínico oportuno por teléfono y por medio de un Portal seguro para el paciente basado en la web, tanto durante el horario de atención como cuando la oficina está cerrada. En este paquete de bienvenida se incluyen instrucciones para obtener atención y asesoramiento clínico por teléfono e Internet.

**En nuestro Centro, a nadie se le niega el servicio debido a la imposibilidad de pagar. Las personas con ingresos limitados pueden calificar para nuestro Programa de tarifas de descuento. Por favor pregunte.**

### Centro de Montgomery

215 Roanoke Street, Christiansburg, VA 24073  
Teléfono: 540-381-0820  
Horarios: 8:00—5:00pm de lunes a viernes  
También los jueves por la noche de 5:00pm—  
7:00pm

### Centro de Giles

219 Buchanan Street, Pearisburg, VA 24134  
Teléfono: 540-921-3502  
Horarios: 8:00—4:30pm de lunes a viernes

### Centro de Pulaski/Radford

5826 Ruebush Road, Dublin, VA 24084  
Teléfono: 540-585-1310  
Horarios: 8:30—5:00pm de lunes a viernes

### Proporcionamos los siguientes servicios

- Atención de Salud Primaria
- Chequeos, cuidado preventivo
- Gestión de enfermedades crónicas
- Coordinación y derivaciones del cuidado
- Visitas para niños bienestar y vacunas
- Servicios de salud conductual
- Asistencia de medicamentos
- Odontología general, incluyendo extracciones, limpieza, rellenos, coronas, puentes y dentaduras postizas
- Asistencia de seguros, con el mercado federal de seguros médicos, Medicare, Medicaid y FAMIS

# Community Health Center of the New River Valley

## Formulario de Registro del Paciente Patient Registration

**Nombre del paciente:** \_\_\_\_\_  
**Apellido:** \_\_\_\_\_  
**Fecha de Nacimiento:** \_\_\_\_\_  
**Número de Seguro Social:** \_\_\_\_\_  
**Dirección:** \_\_\_\_\_  
**Ciudad:** \_\_\_\_\_  
**Estado & Código postal:** \_\_\_\_\_  
**Dirección de correo electrónico:** \_\_\_\_\_  
**Teléfono de Casa:** \_\_\_\_\_  
**Teléfono Móvil:** \_\_\_\_\_  
**Teléfono de trabajo:** \_\_\_\_\_  
**Padre/tutor/guardián legal:** \_\_\_\_\_  
**Método de contacto preferido (circulé uno):**  
**Teléfono de Casa    Teléfono Móvil    Mensaje de texto**  
**Correo electrónico**  
**Ocupación:** \_\_\_\_\_  
**Sexo:**    Hombre    Mujer    Otro  
**Orientación sexual (círculo):**  
 Recta (no lesbiana o gay)    Lesbianas/gays    Bisexuales  
 Algo más    No sé    Elija no revelar  
**Identidad de género (círculo):**    Masculino    Femenino  
 Transgénero Masculino/mujer a hombre    Otro  
 Transgénero Femenino/hombre a mujer    Elija no revelar  
**¿Cómo se enteraron de nosotros:** \_\_\_\_\_

**Estado civil:** \_\_\_\_\_  
**¿Es usted un (círculo uno):**  
 Ciudadano estadounidense    U.S. residente    Otro  
**¿Es usted un veterano de los Estados Unidos?** \_\_\_\_\_  
**¿Cuál es su idioma principal?** \_\_\_\_\_  
**¿Necesita un intérprete?**    Sí    No  
**Raza (Seleccione todas las que correspondan):**  
 \_\_\_ Afroamericano    \_\_\_ Native American  
 \_\_\_ Asiático    \_\_\_ Islas del Pacífico  
 \_\_\_ Blanco    \_\_\_ Hispano  
 \_\_\_ Otros  
**Origen étnico (Seleccione uno):**  
 \_\_\_ Hispano    \_\_\_ No hispanos  
**Permiso de contacto telefónico:**  
 Enumere la persona/personas a quienes el centro (CHCNRV) puede contactar en caso de que no podamos hablar con usted o en caso de una emergencia.  
**Nombre:** \_\_\_\_\_  
**Relación con el paciente:** \_\_\_\_\_  
**Teléfono:** \_\_\_\_\_  
**Nombre:** \_\_\_\_\_  
**Relación con el paciente:** \_\_\_\_\_  
**Teléfono:** \_\_\_\_\_

### Información de la compañía de seguros primarios

**Empresa:** \_\_\_\_\_  
**Suscriptor/Póliza/Medicare/Número de Medicaid:** \_\_\_\_\_  
**Número de grupo:** \_\_\_\_\_

### Información del titular de la póliza principal

**Nombre del titular de la póliza:** \_\_\_\_\_  
**Titular de la póliza Fecha de Nacimiento:** \_\_\_\_\_  
**Relación con el paciente:** \_\_\_\_\_  
**Dirección del titular de la póliza** \_\_\_\_\_

### No hay cobertura de seguro:

Actualmente no tengo ningún seguro médico o cobertura de prescripción de farmacia, ya sea a través del gobierno (Medicare o Medicaid), empleo, o una empresa privada. Cuando reciba cobertura de seguro o una cobertura de prescripción de farmacia, le avisaré al centro de salud comunitario dentro de los 30 días de la fecha de inicio del nuevo seguro y le proporcionaré una copia de mi tarjeta.  
**Inicial aquí:** \_\_\_\_\_

**Al firmar a continuación, estoy reconociendo que la información anterior es verdadera y precisa a lo mejor de mi conocimiento. He tenido la oportunidad de revisar el aviso de prácticas de privacidad y la política de no-show. También Certifico que si se encuentra que estoy a sabiendas de retener la información del seguro y el plazo para presentar reclamos anteriores se ha superado, seré responsable de cualquier monto vencido.**

Firma del paciente o tutor/guardián legal: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

# Community Health Center of the New River Valley

## Formulario de Historial de Salud Health History

Nombre: \_\_\_\_\_ Apodo: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
Primero Segundo Apellido

Nombre de la farmacia: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_

### SALUD GENERAL

**¿Por qué hiciste esta cita?** (Marque todas las que correspondan)

- Chequeo Regular
- Primera cita para iniciar el cuidado con un nuevo médico
- Cambiando de médico (de quien: \_\_\_\_\_)
- Tienes un problema de salud específico (Si es así, explique \_\_\_\_\_)

**¿Está tomando algún medicamento recetado?**

- Sí. Por favor escriba sus medicinas abajo.       No, No tomo ningún medicamento recetado.

Nombre de la medicina	Cantidad/Tamaño de la pílora	¿Cuántas pastillas o dosis tomas:
		<input type="checkbox"/> Mañana <input type="checkbox"/> Mediodía <input type="checkbox"/> Cena <input type="checkbox"/> Noche
		<input type="checkbox"/> Mañana <input type="checkbox"/> Mediodía <input type="checkbox"/> Cena <input type="checkbox"/> Noche
		<input type="checkbox"/> Mañana <input type="checkbox"/> Mediodía <input type="checkbox"/> Cena <input type="checkbox"/> Noche
		<input type="checkbox"/> Mañana <input type="checkbox"/> Mediodía <input type="checkbox"/> Cena <input type="checkbox"/> Noche

(Por favor, utilice la parte posterior de este formulario si tiene más medicamentos recetados.)

**¿Qué medicamentos de venta libre (medicamento para el que no necesita receta médica), tomas regularmente?**

- Analgésico (Ejemplo: Tylenol, Advil, Aspirina)       Antiácido (Ejemplo: Tums, Prilosec)
- Vitaminas       La medicina herbal (Aceite de pescado, Ginseng) (Lista) \_\_\_\_\_
- Otro (por favor escriba cual) \_\_\_\_\_
- Ninguno- No tomo medicamentos de venta libre con regularidad.

**¿Ha tenido una reacción alérgica (efecto malo) de cualquiera de los siguientes? (Marque todas las que correspondan)**

- No - No tengo alergias que yo sepa.
- Látex (guantes de goma)       Hierba O Polen       Huevos       Mariscos
- Otro (por favor escriba cual) \_\_\_\_\_
- Medicación- Por favor escriba abajo cual fue y la razón

Medicina Soy alérgica a	¿Qué sucede cuando tomo ese medicamento

**¿Alguna vez has sido paciente en un hospital durante la noche?**

- Sí. (En caso afirmativo, explique cada razón y cuándo.)       No, Nunca he estado

Estaba en el hospital porque:	Cuando

# Community Health Center of the New River Valley

## Formulario de Historial de Salud Health History

¿Alguna vez has tenido una colonoscopia (una prueba para mirar tu interior enviando una cámara a través de tu parte inferior)?

Sí  No Cuando: \_\_\_\_\_ Dónde: \_\_\_\_\_

### TIROS

¿Cuándo fue tu última **vacuna contra el tétanos**? Año: \_\_\_\_\_  Nunca  No sé

¿Cuándo fue tu última **vacuna contra la neumonía**? Año: \_\_\_\_\_  Nunca  No sé

¿Cuándo fue tu última **vacuna contra la gripe**? Año: \_\_\_\_\_  Nunca  No sé

### HISTORIA SOCIAL

¿Fuma cigarrillos, cigarros, usa tabaco, mastica o vape?

No (si no, vaya a la siguiente pregunta)

Sí, ¿Cuándo comenzaste? \_\_\_\_\_ ¿Cuánto por semana? \_\_\_\_\_

¿Bebes alcohol?

No (Si no, vaya a la siguiente pregunta)

Sí- ¿Cuántas bebidas bebes habitualmente en una semana? \_\_\_\_\_ Bebidas

¿Utilizas algo que te ayude a caminar?  Sí  No En caso afirmativo, ¿qué? \_\_\_\_\_

Consulte cualquiera de los siguientes tipos de ayuda en el hogar que recibe (ayuda pagada o familia y amigos).

Limpieza/Lavandería  Compras  Cuidado personal  Tomar medicamentos  Ninguno

En el último año, ¿siente que ha sido abusado emocional o físicamente?  Sí  No

### HISTORIAL DE CONDICIONES MÉDICAS

¿Alguna vez ha tenido alguna de las siguientes afecciones? (Marque todas las que correspondan)

Anemia (sangre de hierro baja)

Asma (Sibilancias)

Diabetes (Azúcar)

Problemas cardíacos

Hemorroides

Cáncer

Hepatitis (ictericia amarilla)

Tuberculosis (TB)

Neumonía

La fiebre reumática

Úlceras

Derrame Cerebral

Presión arterial alta

Problemas cutáneos

Depresión (sensación de malestar o azul)

Epilepsia (Encaja, Convulsiones)

Ansiedad (Nervios, ataques de pánico)

STD (Gonorrea, HIV)

Otro \_\_\_\_\_

### SÓLO PARA MUJERES

¿Alguna vez ha estado embarazada o actualmente?  Sí- ¿Cuántas veces? \_\_\_\_\_  No

¿A cuántos niños has dado a luz? \_\_\_\_\_

¿Utilizas anticonceptivos? (la píldora, Condones, dispositivo intra-uterino, Nexplanon)  Yes  No  
En caso afirmativo, ¿de qué tipo? \_\_\_\_\_

¿Te han hecho un Papanicolaou?  Yes  No  
Fecha del último \_\_\_\_\_ Dónde: \_\_\_\_\_

¿Alguna vez tuviste una citología vaginal que no era normal?  Yes  No

¿Te has hecho una mamografía (radiografía de los senos)?  Yes  No  
Fecha del último \_\_\_\_\_ Dónde \_\_\_\_\_

# Centro de salud comunitario del nuevo valle del río

## Formulario de Reconocimientos y Autorizaciones Acknowledgements & Authorizations

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

Número de Seguro Social: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

### Firme sus iniciales junto a cada sección:

\_\_\_\_\_ **CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO:** Autorizo a los empleados, agentes y personal del Centro de Salud Comunitario a realizar y por la presente consiento a tales tratamientos y exámenes médicos, incluyendo procedimientos de diagnóstico o evaluaciones de salud conductual, como puede ser en la opinión del médico del paciente sea necesario.

\_\_\_\_\_ **SIN GARANTÍA:** Soy consciente de que la práctica de la medicina no es una ciencia exacta y reconozco que no se han hecho garantías en cuanto al resultado de cualquier procedimiento, tratamiento o examen.

\_\_\_\_\_ **DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN:** Autorizo al centro a que libere toda la información médica y de facturación del paciente a cualquier médico involucrado en mi tratamiento; a cualquier centro sanitario al que yo/el paciente sea dado de alta o transferido para tratamiento, facturación, garantía de calidad, o la defensa de litigios o litigios anticipados; y a cualquier compañía de seguros, organización de revisión u otra entidad, que sea directa o indirectamente responsable del pago o revisión de los servicios prestados por el Centro de Salud Comunitario. Consiento el uso y/o divulgación de mi información sanitaria protegida para llevar a cabo el tratamiento, el pago o las operaciones de salud por parte del centro de salud comunitario.

\_\_\_\_\_ **CONSENTIMIENTO CONSIDERADO PARA ANÁLISIS DE SANGRE:** Entiendo que bajo la ley de Virginia, si un proveedor de atención médica, una persona empleada por, bajo la dirección o el control de un proveedor de atención médica, se expone directamente a los fluidos corporales de un paciente, que puede transmitir virus que causan el VIH o hepatitis B o C, el paciente se considerará que tiene el consentimiento para las pruebas de VIH o hepatitis B o C, y para la liberación de dichos resultados de las pruebas a la persona que fue expuesta. (La exposición podría ocurrir debido a un palo de aguja accidental.) A un paciente que prueba positivo se le dará la oportunidad de la divulgación individual cara a cara de los resultados de las pruebas y el asesoramiento adecuado.

\_\_\_\_\_ **INFORMACIÓN DE FACTURACIÓN:** Es importante que nos proporcione información completa y precisa (es decir, dirección de casa, números de teléfono) para que podamos enviar correctamente los datos de facturación a su compañía de seguros. Haremos todo lo posible para presentar reclamos a su compañía de seguros y de inmediato proporcionarle nuestros Estados de cuenta. Sin embargo, si por alguna razón la declaración se devuelve a nuestra oficina debido a un problema con una dirección que proporcionó, le llamaremos para asegurar el pago completo. Por favor, asegúrese de que toda su información sea precisa y esté actualizada. **Por favor asegúrese de traer su identificación con foto y sus tarjetas de seguro a cada visita** para que podamos facturar adecuadamente a su compañía de seguros. Si no tiene su tarjeta de seguro con usted, es posible que deba realizar el pago completo ese día.

\_\_\_\_\_ **RESPONSABILIDAD financiera/Medicare/Medicaid:** Entiendo que soy responsable financieramente de todos los cargos, ya sea o no pagados por el seguro. El Centro de Salud Comunitario no participa en **todos** los planes de seguro. Entiendo que soy responsable de verificar que el proveedor del Centro de Salud Comunitario es un proveedor participante en mi plan de seguro. Los pacientes son responsables de entender los beneficios. El pago se espera en el momento del servicio. Entiendo que yo/el paciente soy responsable de los deducibles, copagos y cualquier porcentaje aplicable de los cargos restantes.

# Community Health Center of the New River Valley

---

\_\_\_\_\_ **PROGRAMA DE TARIFA DE DESCUENTO:** Calificar para nuestro programa de tarifa de descuento basado en el ingreso familiar y el tamaño de la familia puede resultar en cargos más bajos. Usted está obligado a reportar cualquier cambio de ingresos y tamaño de la familia a nosotros, ya que esto puede afectar la cantidad que se espera que pague. Vamos a revisar y actualizar su información anualmente. La elegibilidad no se puede determinar hasta que recibamos toda la información solicitada. **Si se determina que usted no es elegible para el programa de tarifa de descuento y que ha incurrido en cargos, se espera que pague el saldo adeudado.** Le ayudaremos organizando un plan de pago si es necesario.

\_\_\_\_\_ **CERTIFICACIÓN Y RECONOCIMIENTO:** Certifico que toda la información anterior y toda la información suministrada por mí, como parte del proceso de registro, esta correcto. También reconozco la recepción del aviso de prácticas de privacidad (HIPAA) del Centro de Salud Comunitario.

\_\_\_\_\_

Paciente O Padre/Guardián legal

\_\_\_\_\_

Fecha

\_\_\_\_\_

Relación con el paciente

\_\_\_\_\_

Firma testigo

**Consentimiento Informado para Servicios de Atención Integrada**

Informed Consent for Integrated Care Services

Entiendo que mi proveedor trabaja dentro de un equipo multidisciplinario, colaborando con trabajadores sociales, coordinadores de atención y administradores de casos, según corresponda, a fin de garantizar que mis necesidades de atención médica se cumplan más apropiadamente.

Entiendo que mi equipo de atención integrada discutirá regularmente mi atención y todos los miembros del equipo tienen acceso a mi información médica protegida (PHI) incluyendo, pero no limitado a, diagnósticos del trastorno de salud conductual/uso de sustancias y notas de progreso.

Entiendo que toda la información relacionada con los servicios es confidencial y no será liberada a ninguna otra agencia o individuo sin mi conocimiento y consentimiento, excepto cuando lo exija la ley (como abuso y/o negligencia de una persona que actualmente es menor de edad o ancianos, y/o la intención seria de daño a sí mismo o a otros).

Para preguntas adicionales sobre atención integrada en el centro, por favor solicite información adicional de un miembro de su equipo de atención médica.

\_\_\_\_\_  
Nombre del paciente o tutor/guardian legal (por favor imprima)

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente o tutor/guardian legal

\_\_\_\_\_  
Fecha

# Community Health Center of the New River Valley

## Historial de Salud Dental

Dental Health History

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

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_ Sexo (círcule uno): Hombre o Mujer

¿Cuándo fue tu última visita dental? \_\_\_\_\_

¿Cuál fue la razón de su última visita?

¿Te cepillas diariamente? Sí o No veces al día: \_\_\_\_\_

¿Usa hilo dental diariamente? Sí o No veces al día: \_\_\_\_\_

¿Tiene un problema dental específico o una inquietud?

¿Actualmente cómo calificaría su salud dental? bien Justo Pobre

¿Está usted actualmente en malestar? Sí O No

¿Has estado en urgencias en el último año por problemas dentales? Sí o No

En caso afirmativo, ¿Cuándo y dónde fuiste?

¿Has ido a urgencias varias veces por el mismo problema? Sí o No

En caso afirmativo, ¿cuántas veces? \_\_\_\_\_

¿Tienes osteoporosis? Sí o No

¿Tienes antecedentes de tomar Bisphosphonates? (Bisphosphonates son medicamentos recetados que se usan habitualmente para tratar Osteoporosis, como Boniva or Fosamax) Sí o No

¿Necesita pre-medicación con antibióticos antes del trabajo dental? Sí o No

¿Tiene sensibilidad dental al:

Calor Frío Dulce Molestia al morder

Llagas o ampollas recurrentes en la boca, Lengua, Labios, Etc.



# Community Health Center of the New River Valley

## Prácticas de Privacidad / HIPAA

### Divulgación de Información

Escriba cualquier persona con la que podamos hablar sobre sus afecciones médicas (información de salud protegida) y sus citas. Esto *excluye la salud conductual y las condiciones de abuso de sustancias* (información *confidencial* protegida de la salud), una versión separada de la información tendrá que ser firmada para discutir estos con otros individuos.

Nombre	Número de teléfono	Relación

Al firmar a continuación, acepto que he proporcionado respuestas verdaderas de lo mejor de mi conocimiento. Es mi responsabilidad, como paciente, contactar con las oficinas anteriores de proveedor para la transferencia de expedientes médicos. Tengo la capacidad de pedir una copia de mis expedientes médicos en cualquier momento desde CHCNRV. He revisado el aviso de Prácticas de Privacidad (HIPAA).

Firma del Paciente o Tutor/Guardian legal: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

## Consentimiento del Menor y/o Adulto con Tutor/Guardian

### Consentimiento para el tratamiento cuando el padre/tutor/guardian legal no esta físicamente con menor/adulto

Nombre del menor/adulto con guardián: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Yo, (nosotros) nombramos \_\_\_\_\_ y/o \_\_\_\_\_ que es el  
(Nombre del Apoderado) (Nombre del Apoderado)

paciente \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ como mi (nuestro) proxy  
(Relación con el menor/adulto con guardián) (Relación con el menor/adulto con guardián)

toma de decisiones para el consentimiento de atención médica no urgente para mi (nuestro) menor/adulto con tutor mencionado anteriormente. Yo, (nosotros) tenemos el derecho legal de delegar dicho consentimiento a la persona que toma la decisión, que es un adulto y legal y médicamente competente para ejercer la autoridad así delegada. Tenga en cuenta que la información médica protegida puede compartirse con el apoderado para facilitar la toma de decisiones informadas.

En testimonio de lo cual, los infrascritos han ejecutado este instrumento en el \_\_\_\_\_ día  
de \_\_\_\_\_, 20\_\_\_\_.

(Fecha esta buena para un año desde la fecha del papeleo a menos que se revoque por escrito)

Nombre en prenta del padre o tutor/guardian legal

Firma del Padre o tutor/guardian legal

Número de licencia de conducir del apoderado (Decision Maker)

# Community Health Center of the New River Valley

---

## Solicitud para el Programa de Descuento de Tarifa

Bienvenido al Centro de Salud Comunitario del New River Valley. Ofrecemos atención médica asequible y atención dental a través del uso de un programa de descuento de tarifa para todos los pacientes con o por debajo del 200% del nivel de pobreza. Todos los pacientes son elegibles para solicitar el programa de descuento de tarifa.

Si desea solicitar el programa de descuento de tarifas, debe reunirse con un representante de servicios al paciente (PSR) que revisará su solicitud de programa de paquetes de pacientes y descuento de tarifas. En este momento, el PSR puede responder cualquier pregunta que pueda tener con respecto a la Programa de Descuento de Tarifas y cómo funciona.

**Si usted está solicitando el programa de descuento de tarifa, por favor complete el formulario adjunto de información financiera del hogar.**

**Usted está obligado a traer prueba de identificación y todos los ingresos que se reciben en su hogar.**

### **Ejemplos de ingresos:**

- Talones de sueldo con un mes completo de trabajo
- Facturas bancarias que muestra depósitos de ingresos
- Carta del Seguro Social
- Carta de beneficios de SNAP/WIC
- Documentación de autoempleo (se recomiendan impuestos)
- Carta del empleador/Trabajo
- Jubilación/pensión
- Si no tiene ingresos, le pedimos una carta de apoyo firmada por la persona que le proporciona las necesidades básicas
- La documentación de los ingresos de cualquier otra forma

### **Nuestros representantes de servicios al paciente están disponibles:**

Montgomery Centro: lunes - viernes, De 8:30am a 4:30pm.  
Pulaski/Radford Centro: lunes - viernes, De 8:30am a 4:30pm.  
Giles Centro: lunes - viernes, De 8:00am a 4:00pm.

**Todas las citas se realizan en un entrar base.**

# Community Health Center of the New River Valley

## Aplicación para el Programa de Descuento de Tarifa - Discount Fee

**\*El programa de descuento de tarifa solo está disponible para pacientes cuyos ingresos caen debajo del 200% de la línea Federal de pobreza.**

¿Cuánta gente hay en su familia? \_\_\_\_\_

Por favor enumere los abajo, con la información requerida para cada persona.

Familiares: (incluye Usted)	Número de Seguro Social:	Fecha de nacimiento:	Relación	Ingreso bruto mensual*	Nombre del empleador (Si se emplea)

**\*Si alguien le puede reclamar como dependiente de sus impuestos, entonces Enumere a todos los demás miembros de la familia en esa declaración de impuestos.**

**Documente y proporcione la prueba de todos los ingresos recibidos:** Talones de sueldo, jubilación, seguro social, pensión, discapacidad, compensación al trabajador, desempleo, manutención de menores, y todos los demás no enumerados.

**La solicitud se rechazará si no se proporciona documentación.**

Información del empleador	Información de ingresos
Empleador: _____ Fecha cuando comenzó el empleo: _____ Teléfono del empleador: _____ Circule uno: De tiempo completo A medio tiempo	¿Con qué frecuencia te pagan? _____  Monto que se le pago: _____
Información de desempleo	Información de discapacidad
Si desempleado, fecha de empleo terminó: _____ ¿Alguien recibe salarios por desempleo? En caso afirmativo, ¿cuánto? _____	Si desempleados, ¿alguien ha aplicado para la discapacidad? Sí / No ¿Alguien en su familia planea aplicar por discapacidad? Esto incluye usted.    Sí / No
Información de asistencia gubernamentales	Información personal
Medicaid? Sí / No    Quién? _____  ¿Usted/cónyuge o cualquier niño menor de 18 años recibe beneficios del seguro social? Sí / No	¿Usted ha Presentado sus impuestos del hogar el año pasado? Sí / No  ¿Conjuntos o Soltero? Circule uno.
Información del seguro	
¿Usted u otros en la familia tienen seguro? Sí / No	

La información proporcionada es, a lo mejor de mi conocimiento y creencia, precisa y verdadera. Autorizo la divulgación de toda la información que el centro de salud de la comunidad pueda necesitar para determinar si reúno los requisitos para recibir asistencia financiera a través de su programa de tarifas de descuento.

Firma del paciente o tutor legal: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_