

Ellensburg Dental

Los formularios de registro pueden ser entregados en Yakima Pediatrics, o enviados por correo electrónico a dental.reception@chcw.org o por fax al (509) 933-4804.

Por favor, asegúrese de:

- Su registro este completo (toda las paginas deben llenarse para registrarse)
- Adjunte una copia de la credencial y las tarjetas de seguro de los pacientes

Por favor, adjunte todos los documentos y entréguelos juntos.

**Gracias,
Ellensburg Dental Care**

RENUNCIA: Su proveedor de servicios de correo electrónico no siempre es seguro y, por lo tanto, es posible que la confidencialidad de dichas de comunicaciones pueda ser violada por una parte tercera.



Formulario De Registro

Información del Paciente

Numero de Archivo: _____

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Domicilio de correspondencia: _____ Ciudad: _____

Estado: _____ Código Postal: _____ Domicilio físico: _____ Ciudad: _____

Estado: _____ Código Postal: _____ Teléfono de Casa: _____ Teléfono Celular: _____

Seguro Social: _____ Sexo: _____ Correo electrónico: _____

Estado civil del paciente: Soltero/a Casado/a Divorciado/a Viudo/a Separado/a

Situación laboral del paciente: Trabaja Tiempo completo Trabaja Medio Tiempo Desempleado

Trabaja Independiente Estudiante Militar Jubilado

Si actualmente trabaja, indique el nombre del empleador: _____

Teléfono del empleador: _____

Información del garante

Nombre del garante: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Sexo: _____

Domicilio de correspondencia: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono de Casa: _____ Teléfono Celular: _____ Teléfono del Trabajo: _____

Miembros de la familia

Nombre de Paciente: _____ Sexo: _____ Fecha de nacimiento: _____

Nombre de Paciente: _____ Sexo: _____ Fecha de nacimiento: _____

Nombre de Paciente: _____ Sexo: _____ Fecha de nacimiento: _____

Nombre de Paciente: _____ Sexo: _____ Fecha de nacimiento: _____

Información de aseguranza:

Nombre de la aseguranza primaria: _____

Número de identificación de la aseguranza #: _____ Numero de grupo de la aseguranza #: _____

Nombre del suscriptor: _____

Fecha de nacimiento del suscriptor: _____ Sexo de suscriptor: Masculino o Femenino (circule uno)

Dirección del suscriptor: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Nombre de la aseguranza secundaria: _____

Nombre de la aseguranza primaria: _____

Número de identificación de la aseguranza #: _____ Numero de grupo de la aseguranza #: _____

Nombre del suscriptor: _____

Fecha de nacimiento del suscriptor: _____ Sexo de suscriptor: Masculino o Femenino (circule uno)

Dirección del suscriptor: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Contacto de emergencia

Nombre: _____ Teléfono: _____ Relación: _____

¿Necesita un intérprete? Si No _____

¿Necesita asistencia para leer o escribir? Si No _____

¿Si es mayor de 18 años, El paciente es un veterano? Si No _____

Nombre de Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Numero de Archivo: _____

AUTORIZACIÓN Y CONSENTIMIENTO

Autorización y consentimiento

- Doy mi consentimiento para presentar en una clínica de Salud Comunitaria de Washington Central para el examen, diagnóstico y /o tratamiento de mi condición de salud, médica o dental.
- Doy mi consentimiento y autorizo a mi proveedor/médico o a sus designados a ordenar y/o realizar todos los exámenes, pruebas, procedimientos y cualquier otra atención que se considere necesaria o aconsejable para el diagnóstico y tratamiento de mi condición salud, médica o dental.
- Este consentimiento es válido para cada visita que hago a una clínica de Salud Comunitaria de Washington Central a menos que sea revocado por mí por escrito.
- Autorizo y solicito a mi compañía de seguros que pague directamente a Community Health of Central Washington beneficios que de otra manera me pagaron.
- Entiendo que mi compañía de seguros médicos y/o dentales puede pagar menos que la factura real de los servicios y que soy financieramente responsable de todos los cargos por los servicios que me prestan a mí o a mis dependientes, incluyendo el saldo restante después del pago de posibles beneficios de seguro, deducibles y copagos aplicables.
- He recibido, revisado y entiendo los Derechos y Responsabilidades del Paciente
- He recibido el Aviso de Prácticas de Privacidad:

Firma del Paciente/Padre o Guardián

Fecha

Nombre de Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Numero de Archivo: _____

RESPONSABILIDADES DEL PACIENTE- COMPORTAMIENTO

Respeto y consideración

Usted es responsable de ser considerado de los derechos de otros pacientes y personal de la clínica. Usted es responsable de ser respetuoso de la propiedad de los demás y de la clínica. Usted entiende que cualquier comportamiento abusivo o irrespetuoso podría resultar en su despido de Community Health of Central Washington. Esto incluye;

- Uso de blasfemias o lenguaje sucio
- Fumar
- Llevar cualquier arma
- Actuar agresivamente, perturbar o amenazar
- Tomar videos o fotos mientras está en cualquier edificio de CHCW sin el consentimiento del personal
- Controlar el nivel de ruido de ti mismo y de los que están contigo

Proporcionar información

Como paciente usted es una parte integral del equipo de atención médica. Por lo tanto, usted es responsable de:

- Participar en sus decisiones de atención y atención médica
- Proporcionar, a su leal saber y entender, información precisa y completa sobre quejas presentes, enfermedades pasadas, hospitalizaciones, medicamentos, alergias y otros asuntos relacionados con su salud.
- Comunicar si usted entiende claramente su plan de atención y lo que se espera de usted.

Firma del Paciente/Padre o Guardián

Fecha

Nombre de Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Numero de Archivo: _____

Consentimiento para divulgar información a familiares o otros

Por favor revise lo siguiente y **marque todas las casillas que apliquen:**

Yo, el paciente mencionado anteriormente (o el padre/tutor legal del paciente), autorizo al personal de CHCW a dejar un correo de voz detallado en mi número de teléfono principal _____.

Por favor revise lo siguiente y **marque UNA de las opciones a continuación:**

Yo, el paciente mencionado anteriormente (o padre/tutor legal del paciente), **NO** autorizo la divulgación de información médica que no sea la que proporciona la ley.

Yo, el paciente mencionado anteriormente (o padre/tutor legal del paciente), **autorizo a las siguientes personas(s) incluidas en la lista** a participar de manera indefinida en mi atención médica. Autorizo a la oficina anterior para liberar:

Medico (Med.)

Verbal

Escrito

Prescripción de papel

Financiero (Fin.)

Verbal

Escrito

Requerido

Indique a continuación quien está autorizado para recibir información de sus registros: **Med. Fin.**

Nombre _____ Relación _____ Teléfono _____

Yo, el paciente mencionado anteriormente (o el padre/tutor legal del paciente), entiendo que, si este formulario no se completa correctamente, no es válido y se destruirá. También entiendo que es mi responsabilidad actualizar la información proporcionada en este formulario según sea necesario.

Firma del Paciente/Padre o Guardián

Fecha

HISTORIA DE SALUD PARA SERVICIOS DENTALES

La información que usted nos proporcione en esta forma es muy importante para su salud dental y es completamente confidencial. Déjenos saber si usted tiene alguna pregunta o duda.

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

(Para pacientes menores de 18 años) Nombre de la Madre: _____

Nombre del Padre: _____

Información de su salud

SI NO

- ¿Se encuentra actualmente enfermo? _____
- ¿Ha habido algún cambio en su salud o se encuentra en cuidado médico en los últimos 2 años?
- ¿Si se encuentra actualmente en cuidado médico, cuál es la condición(es) que se está tratándose?

Nombre de su doctor: _____ Teléfono: _____ Ciudad: _____

- ¿Tiene o ha tenido alguna enfermedad seria, ha sido hospitalizado o ha tenido alguna cirugía en los pasados 5 años? ¿Si respondió sí, explique? _____
- ¿Esta actualmente tomando algún medicamento? Si respondió sí, ¿qué medicamentos está tomando? _____
- ¿Ha abusado alguna vez del alcohol o drogas? Si su respuesta es sí, ¿ha recibido tratamiento? Si o No _____
- ¿Ha tenido un remplazo de ligamentos? Si su respuesta es sí, ¿Cuándo? _____

Mujeres únicamente

¿Está usted embarazada? SI NO ¿Dando Lactancia? SI NO ¿Tomado pastillas anticonceptivas? SI NO

Marque con una (X) si tiene o ha tenido lo siguiente:

- | | | |
|---|--|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Paro-Cardíaco | <input type="checkbox"/> Hemorragias | |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad del hígado o Hepatitis | <input type="checkbox"/> Anemia | |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Fiebre reumática | |
| <input type="checkbox"/> Mononucleosis infecciosa (fiebre glandular) | <input type="checkbox"/> Asma | |
| <input type="checkbox"/> Tuberculosis | <input type="checkbox"/> Trastornos alimenticios | |
| <input type="checkbox"/> Tratamiento en el riñón | <input type="checkbox"/> Virus de inmunodeficiencia humana (VIH) | |
| <input type="checkbox"/> Cáncer (quimioterapia o radiaciones) | <input type="checkbox"/> Desmayos o convulsiones | |
| <input type="checkbox"/> Problemas Gastrointestinales | <input type="checkbox"/> Discapacidad física _____ | |
| <input type="checkbox"/> Herpes | <input type="checkbox"/> Problemas de la tiroides | |
| <input type="checkbox"/> Problemas en su salud mental (especifique) _____ | | |
| <input type="checkbox"/> Problemas respiratorios (indique con un círculo) | | |
| Tos Crónica | Escupe Sangre | |
| Inesperada Pérdida de peso | Otra(o) _____ | |
| <input type="checkbox"/> Enfermedades Cardiovasculares (indique con un círculo) | | |
| Dolores en el pecho | Válvulas artificiales del corazón | Daños en las válvulas del corazón |
| Soplo en el corazón | Ataques del corazón | Prolapso de la válvula mitral |
| Presión sanguínea alta | Marcapasos | |

¿Cualquier otra condición no indicado arriba?: _____

Alergias – Es usted alérgico a lo siguiente:

SI NO

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Anestesia Local | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Látex |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Penicilina u otros antibióticos | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Medicinas con Sulfamidas |

Otros: _____

AUTORIZACION PARA QUE ELLENSBURG DENTAL CARE PIDA O ENVIER MI INFORMACION DENTAL

Nombre del Paciente _____ Fecha de nacimiento _____ Teléfono # _____
Apellido Primer Nombre

Yo autorizo que manden una copia de mi expediente

A: (Por favor escriba dirección completa) Dr/Nombre/Oficina <u>Ellensburg Dental Care</u> Dirección <u>521 E. Mountain View Ave.</u> Ciudad/Estado/Código Postal <u>Ellensburg, WA 98926</u> Telefono # <u>509-933-2400</u> Correo electronico # <u>dental.reception@chcw.org</u>	De: (Por favor escriba dirección completa) Dr/Nombre/Oficina _____ Dirección _____ Ciudad/Estado/Código Postal _____ Telefono # _____ Correo electronico/ # de fax _____
---	--

****Propósito de mandar el expediente (Por favor se especificó):** Consulta Cambio de Cuidado Otro A mí mismo

Por favor manden la siguiente información: **Send to: DENTAL.RECEPTION@CHCW.ORG**
 _____ Toda la información en mi expediente médico y radiographies
 _____ Información específica relacionada con la siguiente condición: _____
 _____ **Específicamente excluir:** _____

Nota: Bajo la mayoría de las circunstancias, expedientes no serán enviados a personas terceras.

Lea Con Cuidado

Yo entiendo que mi consentimiento expresado es requerido para que se pueda enviar información relacionada a enfermedades transmitidas sexualmente, VIH, salud mental y/o abuso de drogas/alcohol, de acuerdo a la ley de Washington RCW 70.24 ET. SEQ. Si yo he sido examinado, tratado, o diagnosticado en conexión con alguna enfermedad transmitida sexualmente, o abuso de drogas/alcohol, y/o enfermedades, específicamente autorizo que se le envíen a la persona o entidad nombrada arriba toda información o expediente médico relacionado con tal diagnóstico, pruebas, o tratamiento, a menos que específicamente se excluya arriba. Esta autorización es válida por 90 días y puede ser revocada por escrito en cualquier momento siempre y cuando la información aún no ha sido enviada. Ya que la información médica se ha enviado, la persona u organización que la reciba puede reenviarlo de nuevo. Las leyes de privacidad ya no la protegen.

Firma del paciente o guardián legal _____ Fecha _____
 Parentesco (padre, guardia legal representante, etc.) _____ Fecha _____
 Firmad el paciente (si es mayor de 17 años) _____ Fecha _____

SI EL PACIENTE A ALCANZADO SU TRECE O CATORCE AÑOS DE EDAD SOLO EL PACIENTE PUEDE AUTORIZAR EL ENVIO COMO SE NOTA ABAJO:

Consentimiento de menor (edad 17-13 años de edad).

Yo entiendo que tengo el derecho a tratamiento confidencial de información relacionada a tratamiento de control de natalidad (14-17 años de edad), terminación de embarazo (14-17 años de edad), esterilización(14-17 años de edad), enfermedades trasmitidas sexualmente(14-17 años de edad), condiciones de salud mental(13-17 años de edad) y/o abuso de drogas/alcohol(13-17 años de edad) de acuerdo a la ley de Washington RCW 70.02.130(1). Yo entiendo que mi firma aquí abajo autoriza el envío de mi información.

Firma del Paciente (si 13-17 años de edad): _____ Fecha _____



Solicitud de tarifas con descuento de 2024

Por medio de sus clínicas, Community Health of Central Washington ofrece descuentos en servicios médicos, dentales y de salud mental para familias que estén en el 200% o menos del nivel federal de pobreza. Si cree que puede calificar, complete toda la solicitud y entregue toda la documentación necesaria que se describe abajo.

Nombre del paciente: _____ Teléfono: _____ Fecha de nacimiento: _____

Ingresos del grupo familiar: Incluyen la remuneración total, las prestaciones sociales, pagos por discapacidad y otros pagos recibidos de todos los miembros del grupo familiar.

Ingreso total del grupo familiar: \$ _____

Tamaño de la familia: Escriba el nombre de cada familiar que vive en su grupo familiar.

<i>Nombre del familiar</i>	<i>Relación</i>	<i>Fecha de nacimiento</i>
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Tamaño de la familia: _____ *Si son más de seis, haga la lista en la parte de atrás.*

Verificación: Entregue los siguientes documentos:

- Declaración de impuestos sobre ingresos del año anterior
- Recibo de salario de los **últimos 3 meses** de cada miembro del grupo familiar.
- Cualquier documentación previamente verificada por el gobierno estatal o federal o por una fuente pública confiable:
 - Solicitud estatal/federal de ayuda (Medicaid, cupones de comidas, etc.)
 - Beneficios por desempleo o discapacidad
 - Carta de ingresos del Seguro Social del año en curso
 - Personas sin hogar, una carta de un albergue, iglesia, médico o verificación de otra fuente pública
 - Otro (p. ej., información de la beca de estudiante, etc.)
- Carta del empleador confirmando los ingresos y que tenga los datos de contacto del empleador.
- Carta del tribunal en la que se muestre la manutención de menores, la pensión alimenticia u otros pagos

Prefiero **no** declarar el tamaño ni los ingresos anuales de la familia. *Entiendo que soy responsable del cargo completo por todos los servicios prestados en las clínicas de Community Health of Central Washington y que debo pagar los servicios el día en el que los reciba.*

Certifico que la información proporcionada arriba es verdadera y correcta. Entiendo que todos los descuentos dependen de la verificación de la documentación que se pide. Además, entiendo que, si no presento la documentación necesaria en el momento del servicio, tengo 30 días laborables a partir de la fecha de esta solicitud para presentar la documentación de respaldo. De lo contrario, tendré que pagar la cantidad total de los servicios en el momento en el que los reciba. Una vez que se haya aprobado la solicitud, deberé pagar la tarifa correspondiente en el momento de cada visita en el consultorio.

Firma del paciente/tutor

Fecha

Firma del PFC que está procesando la solicitud

Descargo de responsabilidad: Community Health of Central Washington ha establecido acuerdos con MultiCare Yakima Memorial Hospital, Kittitas Valley Community Hospital, PathologyQuest Diagnostics Lab, Valley Imaging Partners y Yakima Valley Radiology para ofrecer un programa de tarifas con descuento a pacientes que estén en el nivel federal de pobreza o por debajo de ese nivel.

Programa de tarifas con descuento

1 de febrero de 2024 – 31 de enero de 2025

A las tarifas estándar de CHCW se les aplica el descuento basándose en las Directrices federales de pobreza actuales del Departamento de Salud y Servicios Humanos (Department of Health and Human Services) de la siguiente manera.

Tabla donde se muestra la tarifa nominal y los descuentos de la escala variable de tarifas aprobados por la Junta Directiva en vigor a partir del 2/1/2024

Para familias/grupos familiares con más de 12 personas, sume \$5380 por cada persona adicional.

Núm. de integrantes de la familia/ grupo familiar	SFSD A		SFSD B		SFSD C		SFSD D		Pago por cuenta propia
	0%	100%	101%	133%	134%	166%	167%	200%	
Nivel federal de pobreza (FPL)									Más del 200%
1	\$ -	\$15,060	\$15,061	\$20,030	\$20,031	\$25,000	\$25,001	\$30,120	\$30,121
2	\$ -	\$20,440	\$20,441	\$27,185	\$27,186	\$33,930	\$33,931	\$40,880	\$40,881
3	\$ -	\$25,820	\$25,821	\$34,341	\$34,342	\$42,861	\$42,862	\$51,640	\$51,641
4	\$ -	\$31,200	\$31,201	\$41,496	\$41,497	\$51,792	\$51,793	\$62,400	\$62,401
5	\$ -	\$36,580	\$36,581	\$48,651	\$48,652	\$60,723	\$60,724	\$73,160	\$73,161
6	\$ -	\$41,960	\$41,961	\$55,807	\$55,808	\$69,654	\$69,655	\$83,920	\$83,921
7	\$ -	\$47,340	\$47,341	\$62,962	\$62,963	\$78,584	\$78,585	\$94,680	\$94,681
8	\$ -	\$52,720	\$52,721	\$70,118	\$70,119	\$87,515	\$87,516	\$105,440	\$105,441
9	\$ -	\$58,100	\$58,101	\$77,273	\$77,274	\$96,446	\$96,447	\$116,200	\$116,201
10	\$ -	\$63,480	\$63,481	\$84,428	\$84,429	\$105,377	\$105,378	\$126,960	\$126,961
11	\$ -	\$68,860	\$68,861	\$91,584	\$91,585	\$114,308	\$114,309	\$137,720	\$137,721
12	\$ -	\$74,240	\$74,241	\$98,739	\$98,740	\$123,238	\$123,239	\$148,480	\$148,481

Tipo de servicio	SFSD A	SFSD B	SFSD C	SFSD D	Pacientes que pagan por su cuenta
Descuentos en servicios médicos	\$20 de tarifa nominal	\$40 de copago	\$65 de copago	\$85 de copago	Sin descuento
Descuentos en servicios dentales	\$45 de tarifa nominal	\$85 de copago	\$105 de copago	\$125 de copago	Sin descuento
Descuentos en servicios de salud mental	\$5 de tarifa nominal	\$5 de copago	\$5 de copago	\$5 de copago	Sin descuento
Descuentos en farmacia	\$5 de tarifa + el costo del medicamento con receta	\$7 de tarifa + el costo del medicamento con receta	\$8 de tarifa + el costo del medicamento con receta	\$9 de tarifa + el costo del medicamento con receta	Sin descuento

Los pacientes en las categorías B, C y D del SFSD pagarán el que sea menos entre los cargos o el copago.

Servicios de farmacia: Los medicamentos con receta se dan a costo más un cargo por dispensación en todos los medicamentos para los pacientes que están por debajo del 200% del Nivel federal de pobreza. Los pacientes que pagan por su cuenta deben pagar la cantidad total de farmacia más un cargo por dispensación. Se requiere el pago total en el momento de la dispensación. ***Servicios excluidos del SFSD** – prótesis, dentaduras postizas, blanqueamientos, cirugía cosmética y servicios prestados por otros proveedores que no forman parte de CHCW. Servicios con descuento por separado del proveedor (que no sea un proveedor de CHCW); servicios de laboratorio prestados por Quest Diagnostics Laboratory, consultas psiquiátricas integrales de salud mental, servicios de obstetra hospitalista, remisiones a People for People, servicios de ultrasonido ginecológico de Valley Imaging y profesionales de Yakima Valley Radiology sobre las tarifas de radiografías hechas en CHCW.

No se le negarán los servicios a ningún paciente por no poder pagar. Hable con un asesor financiero para pacientes si tiene preguntas sobre su cuenta. Puede comunicarse sin costo con los asesores financieros llamando al 833-574-6100 de 8:00 a. m. a 4:00 p. m., de lunes a viernes, excepto los días festivos.