

SIGNATURE HEALTH FORMULARIO DE ADMISIÓN

Información Personal:

Nombre del Paciente:
Fecha de Nacimiento:
Representante Legal del Paciente:
Relación al Paciente:

Reconocimiento de Recibir el Manual del Paciente, Derechos al Paciente, Quejas y Aviso de Practicas de la Privacidad

Reconozco que he recibido, ya sea copia en papel o electrónicamente, del Manual del Paciente de Signature Health, Inc. que contiene una descripción de los programas de Signature Health, las reglas y las expectativas de los programas, los Derechos al Cliente de Signature Health, la Póliza de la Confidencialidad y Quejas, y la Notificación de las Prácticas de la Privacidad de Signature Health. Si he recibido los Derechos al Paciente, la Póliza de la Confidencialidad y Quejas, y la Notificación de las Prácticas de la Privacidad de Signature Health electrónicamente, entiendo que puedo solicitar una copia en papel de la Póliza de los Derechos al Paciente, la Póliza de la Confidencialidad y Quejas, y la Notificación de las Prácticas de la Privacidad.

<https://www.signaturehealthinc.org/patient-forms/>

Reconocimiento de Orientación:

He recibido orientación a Signature Health, Inc. y entiendo que puedo hacer preguntas en cualquier momento. Un miembro del personal está disponible para contestar cualquier pregunta que pueda tener con respecto a Signature Health, Inc. y al Manual del paciente. He sido orientado y estoy familiarizado con las instalaciones incluyendo salidas de emergencia, supresión de incendios, y la disponibilidad/lugar de botiquines de primeros auxilios. Si estoy participando en los servicios de Telesalud, entiendo que tengo derecho a que me orienten sobre las instalaciones y el equipo de seguridad de la instalación en caso de que luego decida recibir servicios en el establecimiento.

Aviso de la Póliza de No Asistir o Cancelación Tardía de Citas:

La primera vez de No Asistir a su Cita o Cancelación Tardía de Cita resultará en una llamada, un mensaje vía texto o una carta enviada al paciente solicitando contactarse con la agencia, animándolos a continuar con sus servicios y preguntar si tienen la intención de continuar. La segunda vez de No Asistir a su Cita o Cancelación Tardía de Cita resultará en una carta enviada a al paciente solicitando contactarse con la agencia con su intención de continuar sus servicios. Además, todas las citas futuras serán retiradas del planificador. Si el paciente desea continuar con los servicios, el personal y el paciente elaborarán conjuntamente un plan para reducir las barreras que le impiden asistir a sus citas. Las citas futuras serán programadas una a la vez hasta que el paciente y su coordinador de cuidados determinen que las barreras para asistir a sus citas consecutivas se han reducido. La tercera vez de No Asistir a su Cita o Cancelación Tardía de Cita resultará en que el paciente sea visto sólo para servicios agudos y se vea obligado a utilizar nuestros servicios sin cita.

Los pacientes que son administrativamente colocados para recibir “servicios sin cita solamente” por cualquier razón, no son elegibles para la reincorporación por seis (6) meses, a menos que sea autorizado por el Gerente de BH. Los pacientes que son dados de alta administrativamente por cualquier razón no son elegibles para la re-admisión por un (1) año, a menos que sea autorizado por el Gerente de BH.

Lista de Honorarios:

Las tarifas de Signature Health se basan en las tarifas del mercado establecidas con Medicaid y Medicare. La lista completa de las tarifas está disponible a petición. Las tarifas están sujetas a cambios sin previo aviso. Cada paciente o su padre/guardián es responsable de pagar sus honorarios, presentar reclamos de seguro y obtener las pre-autorizaciones necesarias. Como cortesía, Signature Health, Inc. facturará en su nombre y aceptará pagos (completos o parciales) de Medicare y Medicaid.

Cada paciente o su padre/guardián es responsable de obtener los pre-autorizaciones necesarios. Si es aplicable, los copagos y los montos deducibles deben pagarse antes de recibir los servicios. Si no paga sus honorarios en su totalidad antes de recibir los servicios, pueda que su cita sea reprogramada. Si usted no puede pagar nuestros honorarios por completo, usted puede solicitar nuestra Escala de Honorarios Ajustables la cual ofrece un descuento a las tarifas completas basado en sus ingresos. Se requiere una aplicación de Escala de Honorarios Ajustables completa y es posible que se requiera una prueba de ingresos según los programas de los cuales usted reciba servicios. No se requiere comprobante de ingresos para los pacientes que reciben Servicios del Título X de la Salud Reproductiva. Al firmar este documento, usted reconoce que comprende la información anterior y acepta pagar por sus servicios.

Aviso de Inscripción MACSIS:

Esta es una notificación de inscripción en el sistema de información de servicios comunitarios de agencias múltiples (MACSIS). Para recibir servicios de la adicción a las drogas y al alcohol, y/o servicios de la salud mental pagados por fondos públicos, usted debe proporcionar información para que la Junta ADAMHS/ADAS/CMH apropiada pueda inscribirle en el plan de la salud mental del condado apropiado, determinar si usted es elegible para servicios financiados públicamente, y pagar al proveedor por sus servicios a través del sistema computarizado MACSIS que conecta a la Junta al Ohio Department of Mental Health and Addiction Services y al Ohio Department of Jobs and Family Services. Toda la información se mantendrá confidencial, consistente con la ley estatal y federal. La información de identificación de nombres sólo se usará para pagar los servicios que se le proporcionen. La información demográfica se mantendrá sin su nombre adjunto y reportado a los departamentos del estado y al centro del Ohio Health Care Data Center. Esta información no estará disponible para otros servicios o para cualquier otro uso. La información de facturación se mantendrá por hasta siete (7) años después de haber recibido los servicios y sólo se mantendrá la información demográfica después de ese tiempo. Reconozco que eh recibido y entiendo esta información.

Estado considerado por la FTCA

Signature Health recibe fondos Federales de la Salud y de los Servicios Humanos (HHS, por sus siglas en inglés) y es considerado del Servicio Federal de la Salud Pública (PHS, por sus siglas en inglés) con respecto a ciertos reclamos de la salud o relacionados con la salud, incluyendo a los reclamos por mala práctica, para sí mismo y sus personas cubiertas. Además, nuestras instalaciones tienen el estatus de reclamos Federales por daños y perjuicios. Reconozco que he sido informado del estado considerado de Signature Health.

Firma:
Nombre del Paciente:
Fecha: