

Por favor complete todas las secciones del documento a menos que escriba "N/A" (no aplicable). Solo escriba una respuesta a menos que la sección indique, "seleccione todas las que correspondan". Si un sección no aplica para usted o no quiere esa información con compartir con nosotros puede escribir "N/A"

Nombre N	no quiere esa in	termación con comp	di tii commos	,,,,	103 pacae escribir	14//1						
Certificado de Nacimiento (Sexual) Femenino Femenino Masculino Itanisgénero a treves de su Masculino		Nombre	!	Segundo Nombre				Apellido				
Certificado de Nacimiento (Sexual) Femenino Femenino Masculino Itanisgénero a treves de su Masculino												
Nombre Privilegiado Nombre Privilegiado Nombre Privilegiado Nombre Privilegiado Nombre Privilegiado Nacimiento (Sexual) Gemenino	Dirección de su	ı residencia	<u>. </u>	(Ciudad					Esta	do	Código Postal
Nacimiento (Sexual) Femenino Femenino Masculino Masculin												
Si tienes 17 años o menos, Nombre del Padre/Guardián Legal 1: Lea la ultima pagina para la definición. Representante / Guardián Legal 1: Lea la ultima pagina para la definición. Representante / Guardián Legal	Nombre Privilegiado			Nacimiento		Ec						
Si tienes 17 años o menos, Nombre del Padre/Guardián Legal 1: Lea la ultima pagina para la definición. Esta sección es para los clientes que sean 18 años o mayores. Si usted tiene la edad de 14 a 17 años, esta sección es opcional. Identidad Sexual: El género que usted sienta que es usted. O desee representar el género atreves de su comportamiento y su apariencia personal. Femenino												
Padre/Guardián Legal para la definición. Representante / Guardián Legal Guardián Legal	Si tienes 17 añ	ios o menos. Nombr	e del	F			1		Pec	lidos		
Identidad Sexual: El género que usted sienta que es usted. O desee representar el género atreves de su comportamiento y su apariencia personal. Femenino	Padre/Guardiá	in Legal 1: Lea la u		F	Representante		50.	11010 (3)				
Identidad Sexual: El género que usted sienta que es usted. O desee representar el género atreves de su comportamiento y su apariencia personal. Femenino												
comportamiento y su apariencia personal. ☐ Femenino ☐ Transgénero a Femenino ☐ Masculino ☐ transgénero a masculino ☐ No binario ☐ No deseo Responder ☐ Otro/a (describe): Orientación Sexual: El género por el que se siente atraído sexual o románticamente. ☐ Sexo opuesto (heterosexual) ☐ Mismo sexo (gay/ lesbiana) ☐ Ambos géneros (bisexuales) ☐ Ninguno ☐ Inseguro de la respuesta ☐ No desea Responder ☐ Otro/a (describe): Todos los clientes deben completar la Planilla de admisión para el cliente. Estado de Relación ☐ Divorciado/a ☐ En una relación ☐ viviendo con su pareja ☐ Casado ☐ Ingles ☐ Otro (indiqué): ☐ Español ☐ Divorciado/a ☐ En una relación ☐ viviendo con su pareja ☐ Casado ☐ Ingles ☐ Otro (indiqué): ☐ Español ☐ Raza (seleccione todas las que correspondan) ☐ Español ☐ Afroamericano/ Negro/a ☐ Indio Americano/ Nativo de Alaska ☐ Hispano ☐ No Hispano ☐ Nativo Hawaiano ☐ Otro Isleño del Pacífico ☐ Desconocido/a ☐ Desconocido ☐ No deseo Responder Número de Seguridad Social Número de Teléfono de su Hogar Número de teléfono Móvil ☐ N/A	Esta sección es popcional.	para los clientes que	e sean 18 año	os (o mayores. Si uste	d tiene	e la e	dad de 1	4 a	17 a	ños, e	esta sección es
No binario		· · ·	•	ue	es usted. O desee i	repres	enta	r el géne	ro	atrev	es de	su
Sexo opuesto (heterosexual)		~		0		cribe)		☐ trans@	gén	ero a	masc	ulino
□ Inseguro de la respuesta □ No desea Responder □ Otro/a (describe): Todos los clientes deben completar la Planilla de admisión para el cliente. Estado de Relación □ Idioma de Preferencia □ Divorciado/a □ En una relación □ viviendo con su pareja □ Casado □ Ingles □ Otro (indiqué): □ Separado □ Soltero/a □ Viudo/a □ Otro: □ Español Raza (seleccione todas las que correspondan) □ Etnia □ Afroamericano/ Negro/a □ Indio Americano/ Nativo de Alaska □ Hispano □ No Hispano □ No Hispano □ No Hispano □ No Hispano □ Desconocido/a □ Desconocido □ No deseo Responder □ Nativo Hawaiano □ Otro Isleño del Pacífico □ Desconocido/a □ Desconocido □ No deseo Responder Número de Seguridad Social Número de Teléfono de su Hogar Número de teléfono Móvil □ N/A □ N/A □ N/A □ N/A □ ETe podemos mandar información por	Orientación Se	xual: El género por e	el que se sier	nte	atraído sexual o ro	ománt	icam	ente.				
Todos los clientes deben completar la Planilla de admisión para el cliente. Estado de Relación	-					□ Ar		-	-		-	□ Ninguno
□ Divorciado/a □ En una relación □ viviendo con su pareja □ Casado □ Ingles □ Otro (indiqué): □ Separado □ Soltero/a □ Viudo/a □ Otro: □ Español Raza (seleccione todas las que correspondan) □ Etnia □ Afroamericano/ Negro/a □ Indio Americano/ Nativo de Alaska □ Hispano □ Asiático/a □ Blanco/a □ No deseo Responder □ No Hispano □ Nativo Hawaiano □ Otro Isleño del Pacífico □ Desconocido/a □ Desconocido □ No deseo Responder Número de Seguridad Social Número de Teléfono de su Hogar Número de teléfono Móvil □ N/A ¿Te podemos mandar información por ¿Te podemos mandar información por	Todos los cliente	es deben completar	la Planilla de	ac	lmisión para el clie	nte.		-				
Separado ☐ Soltero/a ☐ Viudo/a ☐ Otro: ☐ Español Raza (seleccione todas las que correspondan) ☐ Hispano ☐ Afroamericano/ Negro/a ☐ Indio Americano/ Nativo de Alaska ☐ Hispano ☐ Asiático/a ☐ Blanco/a ☐ No deseo Responder ☐ No Hispano ☐ Nativo Hawaiano ☐ Otro Isleño del Pacífico ☐ Desconocido/a ☐ Desconocido ☐ No deseo Responder Número de Seguridad Social Número de Teléfono de su Hogar Número de teléfono Móvil ☐ N/A ¿Te podemos mandar información por ¿Te podemos mandar información por	Estado de Relación						Idioma de Preferencia					
□ Afroamericano/ Negro/a □ Indio Americano/ Nativo de Alaska □ Hispano □ Asiático/a □ Blanco/a □ No deseo Responder □ No Hispano □ Desconocido/a □ Desconocido □ Desconocido □ No deseo Responder □ N/A □ N/A □ Te podemos mandar información por □ ₹Te podemos mandar información por		☐ Divorciado/a ☐ En una relación ☐ viviendo con su pareja ☐ Casado ☐ Ingles ☐ Otro (indiqué):			qué):							
□ Asiático/a □ Blanco/a □ No deseo Responder □ No Hispano □ Desconocido/a □ Desconocido □ Desconocido □ No deseo Responder Número de Seguridad Social Número de Teléfono de su Hogar Número de teléfono Móvil □ N/A ¿Te podemos mandar información por ¿Te podemos mandar información por	Raza (seleccion	ne todas las que cor	respondan)							E	tnia	
Número de Seguridad SocialNúmero de Teléfono de su HogarNúmero de teléfono Móvil□ N/A∴ Te podemos mandar información por¿Te podemos mandar información por	☐ Afroamericano/ Negro/a ☐ Indio Americano ☐ Asiático/a ☐ Blanco/a			☐ No deseo Respor			onder		lispano conocido			
□ N/A □ N/A ¿Te podemos mandar información por				_								•
¿Te podemos mandar información por ¿Te podemos mandar información por	Número de Seg	guridad Social	Número de	e Te	eléfono de su Hoga			Número (de t	teléfo	ono M	
				ción po	n por ¿Te podemos mandar informació			información por				

Procedure Reference:

ACPP 08.10, Client Admissions

Date Revised:

04.13.2020



Dirección de Correo Electrónico			Fuente de Referencia					Nombre de la		
								Referen	cia	
			☐ Ag	gencia		vento				
			☐ Fa	milia/Amig	о 🗆 А	nuncio				
			☐ Social Media ☐ Página Web				eb			
□ N/A ¿Te podemos mandar información p			□ Ni	nguno		Otro/a				
email: □ Sí □										
Trabajador Agrícola										
☐ Sí ☐ No ☐ Empleado todo el añ] Inmig	grante 🛚	Traba	ajador Ag	rícola j	ubilado	☐ Temporal	
Nombre/Apellido del contacto de er	mergencia ²	Relac	ción		Núm	ero de te	eléfono	fono		
									☐ Residencia	
									□ Móvil	
					OK, r	nensaje d	de texto	o?: □ Sí	□ No	
Dirección de contacto de emergenci	а	Ciuda	ad				Es	stado		
Nombre / apellido del cuidador prin	cipal ³	Relac	Relación Número de teléfo			eléfono				
									☐ Residencia	
									□ Móvil	
☐ N/A ☐ Igual que el contacto de emergencia					OK, r	nensaje d	de texto	9?: □	Sí 🗆 No	
Poder notarial Nombre / Apellido ⁴		Relac	ción		Núm	ero de te	léfono			
									☐ Residencia	
									□ Móvil	
□ N/A □ Igual que el contacto de e	emergencia				OK, r	nensaje d	de texto	9?: □	Sí 🗆 No	
Complete la siguiente información de su seguro y servicios médicos.										
Nombre y ubicación de su farmacia						Núme	ero de t	eléfono		
•										
					□ N/A	Δ .				
Nombre y apellido de su médico de	cabecera					Núme	ero de t	eléfono		
					\square N/A	4				
Directiva (s) de atención médica		Segur	eguro de Salud							
			☐ Ninguno ☐ Medicaid ☐ Medicare ☐ Privado							
9			hip [☐ Militar	☐ Est	udiante	□ Ind	dian Heal	th Service	
Solicitado dentro de los 30 días: ☐ Sí ☐ I						s: □ Sí □ No				
Nombre de la póliza de seguro	Número d	е		Número ,	/código	o de	Prove	edor de	PCP de HMO	
(empresa)	Identificad	ción		grupo						
				·						
Dirección de la póliza de seguro Ciudad Estado Código										
								Postal		

Procedure Reference:

ACPP 08.10, Client Admissions

Date Revised:

04.13.2020



Nombre/ apellido del titular de la póliza ⁵		Fecha de nacimiento del titular de la póliza	Numero de teléfono del titular de la póliza		
☐ Yo soy el titular de	e la póliza				l Residencia
(vaya a la próxima sección)] Móvil
Relación con el titular de la póliza		Numero social del titular de la póliza			
☐ Hijo/a ☐ Esposo/a ☐ otro/a (describe):					
Dirección de la residencia del titular de la	Ciudad			Estado	Código
póliza					Postal
☐ La misma dirección					

Procedure Reference:

ACPP 08.10, Client Admissions



	Empleado	Si la	respuesta es "Sí",	Ocupación / P	uesto	Sin hogar
		non	nbre del empleador			
□ Sí □ No	☐ Sí ☐ No					☐ Sí
☐ No deseo	☐ No deseo					□ No
Responder	Responder					
Número de	Total ingreso de su		Nivel de educación	completado		.
personas que viven	residencia					
en su residencia						
			☐ Escuela Primaria	☐ Bachiller	ato 🗆 Técnico	Superior
			☐ Grado Técnico	☐ Título unive		•
☐ Mensual ☐ Anual ☐ Postgrado o más ☐ Desconocido ☐ No deseo responder						
¿Le gustaría solicitar		c?	- 1 Ostgrado o mas	Desconociae	- INO descores	ponder
☐ Sí ☐ No ☐ Tell r		3 ;				
	ne more					
	Danco	abil	idadas financias	oc dol olionti		
	•		idades financier			
cadianaCares puede t	ener fondos estatales	s, fede	erales u otros dispon	bles para pagar	los servicios de los	clientes
legibles, que se consid	deran fondos de últim	o rec	urso. La disponibilid a	ad de fondos no	significa ni garanti	iza que alguie
ue no sea usted pagu	e los servicios.		•			
ada cliente es respons	sable de proporcionar	· infor	mación nrecisa v act	ualizada incluid	a la información fin	anciera v de
•			•			ianciera y de
eguros, para determir	iar ia elegibilidad con	respe	ecto a los folidos de t	iitimo recurso.		
 Entiendo que Acad 						
•				•	os servicios prestac	
•	ianacares utiliza una opila y utiliza informa			•	•	
AcadianaCares reco		ción f	inanciera para deteri	minar la elegibili	dad y mantiene est	a información
AcadianaCares reco	opila y utiliza informa ientes con Medicaid r	ción f no pu	inanciera para deteri eden (o no participar	minar la elegibili ı) solicitar una e	dad y mantiene est scala móvil de tarifa	a información as. Es posible
AcadianaCares reco confidencial. Los cl que se me pida que	opila y utiliza informa ientes con Medicaid r e complete otros form	ción f no pu nulari	inanciera para deteri eden (o no participar os que describan mis	minar la elegibili ı) solicitar una e	dad y mantiene est scala móvil de tarifa	a información as. Es posible
AcadianaCares reco confidencial. Los cl que se me pida que	opila y utiliza informa ientes con Medicaid r	ción f no pu nulari	inanciera para deteri eden (o no participar os que describan mis	minar la elegibili ı) solicitar una e	dad y mantiene est scala móvil de tarifa indiquen que no te	a información as. Es posible
AcadianaCares reco confidencial. Los cl que se me pida que	opila y utiliza informa ientes con Medicaid r e complete otros form	ción f no pu nulari	inanciera para deteri eden (o no participar os que describan mis	minar la elegibili ı) solicitar una e	dad y mantiene est scala móvil de tarifa	a información as. Es posible
AcadianaCares reco confidencial. Los cl que se me pida que para determinar la	opila y utiliza informa ientes con Medicaid r e complete otros form facturación y el finan	ción f no pu nulari ciami	inanciera para deteri eden (o no participar os que describan mis ento del servicio.	minar la elegibili I) solicitar una e ingresos o que	dad y mantiene est scala móvil de tarifa indiquen que no te Iniciales:	a información as. Es posible ngo ingresos
AcadianaCares reco confidencial. Los cl que se me pida que para determinar la . Entiendo que mi se	opila y utiliza informa ientes con Medicaid r e complete otros form facturación y el finan eguro, incluyendo Me	ción f no pu nulari ciami dicaid	inanciera para deteri eden (o no participar os que describan mis ento del servicio. I y / o Medicare, será	minar la elegibili a) solicitar una e ingresos o que facturado por lo	dad y mantiene est scala móvil de tarifa indiquen que no te Iniciales: os servicios prestad	a información as. Es posible ngo ingresos los por
AcadianaCares reco confidencial. Los cl que se me pida que para determinar la . Entiendo que mi se	opila y utiliza informa ientes con Medicaid r e complete otros form facturación y el finan	ción f no pu nulari ciami dicaid	inanciera para deteri eden (o no participar os que describan mis ento del servicio. I y / o Medicare, será	minar la elegibili a) solicitar una e ingresos o que facturado por lo	dad y mantiene est scala móvil de tarifa indiquen que no te Iniciales: os servicios prestad	a información as. Es posible ngo ingresos los por
AcadianaCares reco confidencial. Los cl que se me pida que para determinar la . Entiendo que mi se AcadianaCares. El t	opila y utiliza informa ientes con Medicaid r e complete otros form facturación y el finan eguro, incluyendo Mediciempo de facturación	ción f no pur nulari ciami dicaid	inanciera para deteri eden (o no participar os que describan mis ento del servicio. I y / o Medicare, será o y puede retrasarse e	minar la elegibili a) solicitar una es ingresos o que s facturado por la en función de la	dad y mantiene est scala móvil de tarifa indiquen que no te Iniciales: os servicios prestad acreditación de las	a información as. Es posible ngo ingresos los por compañías de
AcadianaCares reco confidencial. Los cl que se me pida que para determinar la . Entiendo que mi se AcadianaCares. El t seguros. Retener ir	opila y utiliza informa ientes con Medicaid r e complete otros form facturación y el finan eguro, incluyendo Mediempo de facturación aformación del seguro	ción f no pur nulari ciami dicaid varía	inanciera para deteri eden (o no participar os que describan mis ento del servicio. I y / o Medicare, será i y puede retrasarse e rgiversar mi estado fi	minar la elegibili a) solicitar una es ingresos o que facturado por lo en función de la nanciero puede	dad y mantiene est scala móvil de tarifa indiquen que no te Iniciales: os servicios prestad acreditación de las	a información as. Es posible ngo ingresos los por compañías de
AcadianaCares reco confidencial. Los cl que se me pida que para determinar la . Entiendo que mi se AcadianaCares. El t seguros. Retener ir	opila y utiliza informa ientes con Medicaid r e complete otros form facturación y el finan eguro, incluyendo Mediciempo de facturación	ción f no pur nulari ciami dicaid varía	inanciera para deteri eden (o no participar os que describan mis ento del servicio. I y / o Medicare, será i y puede retrasarse e rgiversar mi estado fi	minar la elegibili a) solicitar una es ingresos o que facturado por lo en función de la nanciero puede	dad y mantiene est scala móvil de tarifa indiquen que no te la	a información as. Es posible ngo ingresos los por compañías de
AcadianaCares reco confidencial. Los cl que se me pida que para determinar la Entiendo que mi se AcadianaCares. El t seguros. Retener ir	opila y utiliza informa ientes con Medicaid r e complete otros form facturación y el finan eguro, incluyendo Mediempo de facturación aformación del seguro	ción f no pur nulari ciami dicaid varía	inanciera para deteri eden (o no participar os que describan mis ento del servicio. I y / o Medicare, será i y puede retrasarse e rgiversar mi estado fi	minar la elegibili a) solicitar una es ingresos o que facturado por lo en función de la nanciero puede	dad y mantiene est scala móvil de tarifa indiquen que no te Iniciales: os servicios prestad acreditación de las	a información as. Es posible ngo ingresos los por compañías de
AcadianaCares reco confidencial. Los cl que se me pida que para determinar la . Entiendo que mi se AcadianaCares. El t seguros. Retener in servicios y / o resul	opila y utiliza informa ientes con Medicaid r e complete otros form facturación y el finan eguro, incluyendo Mediempo de facturación iformación del seguro ltar en que se me fact	ción f no pudari ciami dicaid varía o o ter	inanciera para deteri eden (o no participar os que describan mis ento del servicio. I y / o Medicare, será n y puede retrasarse e rgiversar mi estado fi I costo de los servicio	minar la elegibili) solicitar una es ingresos o que facturado por lo en función de la nanciero puede os prestados.	dad y mantiene est scala móvil de tarifa indiquen que no te l'indiquen que no te l'indiquen prestad acreditación de las hacerme inelegible Iniciales:	as información as. Es posible ngo ingresos los por compañías de
AcadianaCares reco confidencial. Los cl que se me pida que para determinar la . Entiendo que mi se AcadianaCares. El t seguros. Retener ir servicios y / o resul . Entiendo que soy r	opila y utiliza informacientes con Medicaid re complete otros form facturación y el finan eguro, incluyendo Mediempo de facturación oformación del seguro ltar en que se me facturación esponsable del costo	ción f no pur nulari ciami dicaid varía o o ter cure e	inanciera para deteri eden (o no participar os que describan mis ento del servicio. I y / o Medicare, será i y puede retrasarse e rgiversar mi estado fi I costo de los servicio	ninar la elegibili) solicitar una es ingresos o que facturado por lo en función de la nanciero puede os prestados.	dad y mantiene est scala móvil de tarifa indiquen que no te la	as información as. Es posible ngo ingresos los por compañías de
AcadianaCares reco confidencial. Los cl que se me pida que para determinar la . Entiendo que mi se AcadianaCares. El t seguros. Retener ir servicios y / o resul . Entiendo que soy r	opila y utiliza informa ientes con Medicaid r e complete otros form facturación y el finan eguro, incluyendo Mediempo de facturación iformación del seguro ltar en que se me fact	ción f no pur nulari ciami dicaid varía o o ter cure e	inanciera para deteri eden (o no participar os que describan mis ento del servicio. I y / o Medicare, será i y puede retrasarse e rgiversar mi estado fi I costo de los servicio	ninar la elegibili) solicitar una es ingresos o que facturado por lo en función de la nanciero puede os prestados.	dad y mantiene est scala móvil de tarifa indiquen que no te la	as información as. Es posible ngo ingresos los por compañías de
AcadianaCares reco confidencial. Los cl que se me pida que para determinar la . Entiendo que mi se AcadianaCares. El t seguros. Retener ir servicios y / o resul . Entiendo que soy r	opila y utiliza informacientes con Medicaid re complete otros form facturación y el finan eguro, incluyendo Mediempo de facturación oformación del seguro ltar en que se me facturación esponsable del costo	ción f no pur nulari ciami dicaid varía o o ter cure e	inanciera para deteri eden (o no participar os que describan mis ento del servicio. I y / o Medicare, será i y puede retrasarse e rgiversar mi estado fi I costo de los servicio	ninar la elegibili) solicitar una es ingresos o que facturado por lo en función de la nanciero puede os prestados.	dad y mantiene est scala móvil de tarifa indiquen que no te la	a información as. Es posible ngo ingresos los por compañías de
AcadianaCares reco confidencial. Los cl que se me pida que para determinar la . Entiendo que mi se AcadianaCares. El t seguros. Retener ir servicios y / o resul . Entiendo que soy r	opila y utiliza informacientes con Medicaid re complete otros form facturación y el finan eguro, incluyendo Mediempo de facturación oformación del seguro ltar en que se me facturación esponsable del costo	ción f no pur nulari ciami dicaid varía o o ter cure e	inanciera para deteri eden (o no participar os que describan mis ento del servicio. I y / o Medicare, será i y puede retrasarse e rgiversar mi estado fi I costo de los servicio	ninar la elegibili) solicitar una es ingresos o que facturado por lo en función de la nanciero puede os prestados.	dad y mantiene est scala móvil de tarifa indiquen que no te la	as información as. Es posible ngo ingresos los por compañías de
AcadianaCares reco confidencial. Los cl que se me pida que para determinar la . Entiendo que mi se AcadianaCares. El t seguros. Retener ir servicios y / o resul . Entiendo que soy r Medicaid o Medica	opila y utiliza informacientes con Medicaid re complete otros form facturación y el finan eguro, incluyendo Mediempo de facturación oformación del seguro ltar en que se me facturación esponsable del costo ire. Esto incluye cualque	ción f no pu nulari ciami dicaid varía varía varía ure e	inanciera para deteri eden (o no participar os que describan mis ento del servicio. I y / o Medicare, será i y puede retrasarse e rgiversar mi estado fi I costo de los servicio s servicios prestados copago de seguro req	facturado por lo en función de la nanciero puede se prestados.	dad y mantiene est scala móvil de tarifa indiquen que no te la liniciales: os servicios prestad acreditación de las hacerme inelegible liniciales: os (pagados) por motita. Iniciales:	a información as. Es posible ngo ingresos los por compañías de para los
AcadianaCares reco confidencial. Los cl que se me pida que para determinar la . Entiendo que mi se AcadianaCares. El t seguros. Retener ir servicios y / o resul . Entiendo que soy r Medicaid o Medica	opila y utiliza informacientes con Medicaid re complete otros form facturación y el finan eguro, incluyendo Medicempo de facturación información del seguro lar en que se me facturación esponsable del costo ire. Esto incluye cualque autorizada a propore	ción f no pu nulari ciami dicaid varía varía varía ure e	inanciera para deteri eden (o no participar os que describan mis ento del servicio. I y / o Medicare, será i y puede retrasarse e rgiversar mi estado fi I costo de los servicio s servicios prestados copago de seguro req	facturado por lo en función de la nanciero puede se prestados.	dad y mantiene est scala móvil de tarifa indiquen que no te la liniciales: os servicios prestad acreditación de las hacerme inelegible liniciales: os (pagados) por motita. Iniciales:	a informaciór as. Es posible ngo ingresos los por compañías de para los
AcadianaCares reco confidencial. Los cl que se me pida que para determinar la . Entiendo que mi se AcadianaCares. El t seguros. Retener ir servicios y / o resul . Entiendo que soy r Medicaid o Medica	opila y utiliza informacientes con Medicaid re complete otros form facturación y el finan eguro, incluyendo Medicempo de facturación información del seguro lar en que se me facturación esponsable del costo ire. Esto incluye cualque autorizada a propore	ción f no pu nulari ciami dicaid varía varía varía ure e	inanciera para deterieden (o no participar os que describan mis ento del servicio. I y / o Medicare, será y puede retrasarse ergiversar mi estado fi I costo de los servicios copago de seguro requir mi información médicare.	facturado por lo en función de la nanciero puede os prestados.	dad y mantiene est scala móvil de tarifa indiquen que no te la liniciales: os servicios prestad acreditación de las hacerme inelegible lniciales: os (pagados) por motita. Iniciales:	a información as. Es posible ngo ingresos los por compañías de para los
AcadianaCares reco confidencial. Los cl que se me pida que para determinar la Entiendo que mi se AcadianaCares. El t seguros. Retener ir servicios y / o resul Entiendo que soy r Medicaid o Medica AcadianaCares esta	opila y utiliza informacientes con Medicaid re complete otros form facturación y el finan eguro, incluyendo Medicempo de facturación información del seguro lar en que se me facturación esponsable del costo ire. Esto incluye cualque autorizada a propore	ción f no pu nulari ciami dicaid varía varía varía ure e	inanciera para deteri eden (o no participar os que describan mis ento del servicio. I y / o Medicare, será i y puede retrasarse e rgiversar mi estado fi I costo de los servicio s servicios prestados copago de seguro req	facturado por lo en función de la nanciero puede os prestados.	dad y mantiene est scala móvil de tarifa indiquen que no te la liniciales: os servicios prestad acreditación de las hacerme inelegible liniciales: os (pagados) por motita. Iniciales:	a informaciór as. Es posible ngo ingresos los por compañías de para los
AcadianaCares reco confidencial. Los cl que se me pida que para determinar la . Entiendo que mi se AcadianaCares. El t seguros. Retener ir servicios y / o resul . Entiendo que soy r Medicaid o Medica . AcadianaCares esta	opila y utiliza informacientes con Medicaid re complete otros form facturación y el finan eguro, incluyendo Medicempo de facturación información del seguro lar en que se me facturación esponsable del costo ire. Esto incluye cualque autorizada a propore	ción f no pu nulari ciami dicaid varía varía varía ure e	inanciera para deterieden (o no participar os que describan mis ento del servicio. I y / o Medicare, será y puede retrasarse ergiversar mi estado fi I costo de los servicios copago de seguro requir mi información médicare.	facturado por lo en función de la nanciero puede os prestados.	dad y mantiene est scala móvil de tarifa indiquen que no te la liniciales: os servicios prestad acreditación de las hacerme inelegible lniciales: os (pagados) por motita. Iniciales:	a informaciór as. Es posible ngo ingresos los por compañías de para los

Page **4** of **7**



5.	He tenido la oportunidad de hacer preguntas y obtener respuestas en un idioma que entiendo.						
	☐ Sí ☐ No Iniciales:						
-	Consentimiento para servicios						
mue con	a brindar cualquier servicio, AcadianaCares requiere consentimiento para recopilar información adicional y / o estras médicas para determinar la elegibilidad. La información se mantiene de acuerdo con el requisito de fidencialidad definido por la ley. Excepto cuando lo requiera la ley y como se describe en esta sección, la información dentificación no se divulgará a personas fuera de AcadianaCares sin su consentimiento.						
avis	Tiene derecho a revocar (retirar) su consentimiento para recopilar información en cualquier momento mediante un aviso por escrito de AcadianaCares. Tenga en cuenta: El consentimiento otorgado para acciones y / o servicios ya brindados no se puede revocar						
	Entiendo que AcadianaCares no brinda servicios médicos de emergencia o servicios médicos que no son de emergencia después de las horas de operación publicadas. Entiendo que puedo dejar un mensaje para un médico de AcadianaCares usando el servicio de contestador (337-704-0787).						
	Iniciales:						
	Entiendo que llegar más de 15 minutos tarde a una cita programada puede resultar en una reprogramación o en la espera de la próxima cita disponible.						
	Iniciales:						
	3. Entiendo que AcadianaCares informa al Departamento de Salud y Servicios Humanos de Louisiana (DHH) los nombres y direcciones de las personas que dan positivo en las pruebas de VIH, tuberculosis, clamidia, gonorrea y sífilis. Este informe es un requisito de Louisiana y puede incluir el seguimiento de un empleado del DHH para asegurarse de que se siga el tratamiento y de que se notifique a otras personas expuestas a través del sexo o el intercambio de agujas.						
	Iniciales:						
	 Entiendo que no puedo responsabilizar a los empleados, voluntarios, contratistas, socios o miembros de la junta de AcadianaCares por daños personales, pérdidas, gastos o acciones legales relacionadas con mi recepción de servicios 						
	Iniciales:						
_	AcadianaCaros tiono mi normico nara obtonor información cobre al historial módico do etras organizaciones de						
	AcadianaCares tiene mi permiso para obtener información sobre el historial médico de otras organizaciones de atención médica, incluidas, entre otras, farmacias.						
	☐ Sí ☐ No Iniciales:						

Procedure Reference: Page **5** of **7**



6.	AcadianaCares tiene mi permiso para realizar pruebas terapéutico apropiado y relacionado	médicas a mi solicitud y	proporcionar el tratamiento médico y
		☐ Sí ☐ No	Iniciales:
7.	AcadianaCares tiene permiso para enviar mis recetas e digital.	lectrónicamente utiliza	ndo un software de prescripción
		□ Sí □ No	Iniciales:

Procedure Reference:

ACPP 08.10, Client Admissions

Date Revised:

04.13.2020



Estoy de acuerdo con los términos descritos en esta y en las páginas anteriores de este documento. Mi consentimiento se da libremente.

La información proporcionada en este formulario es verdadera y correcta a mi leal saber y entender. Entiendo que proporcionar información falsa puede resultar en la descalificación de los servicios y la responsabilidad de pagar la totalidad de los servicios prestados en base a información falsa.

Se me ha dado la oportunidad de revisar los documentos de AcadianaCares 1) Aviso de prácticas privadas, 2) Derechos y responsabilidades del cliente y 3) Procedimiento de reclamo del cliente.

Acepto que este consentimiento permanece en vigor hasta que revoque mi consentimiento por escrito. Entiendo que soy libre de revocar mi consentimiento en cualquier momento.

Firma del cliente / representante:	Fecha:

¡Gracias! Devuelva el formulario completo al Navegador de Admisiones de AcadianaCares.

Definiciones

- 1. Tutor legal: La persona principal designada por un tribunal para tomar decisiones legales / de atención médica en lugar de un cliente.
- 2. Contacto de emergencia: La persona a contactar si ocurre una situación de emergencia mientras el cliente está recibiendo servicios.
- 3. **Cuidador principal:** La persona responsable de brindar atención diaria a un cliente.
- 4. **Poder notarial:** (o apoderado de atención médica) Una persona designada por un cliente para tomar decisiones legales / de atención médica en su lugar.
- 5. **Titular de la póliza:** la persona responsable de mantener el seguro médico / Medicaid / Medicare.

SÓLO PARA USO DE OFICINA

Esta sección debe ser completada por el Navegador de Admisiones de AcadianaCares.

Revisión del tipo de identificación con fot del cliente	0	Número de identificación de cliente asignado					
Program de Seasons of Serenity solo: (De la	a valoración médica)						
Diagnóstico primario:							
□ 303.90/F10.20 □ 304.10/F13.20 □ 3 □ 304.00/F11.20 □ 304.20/F14.20 □ 3	•	•					
Nombre del empleado (en letra de imprenta):							
Firma del empleado: Date:							

Procedure Reference: ACPP 08.10, Client Admissions Date Revised: 04.13.2020

Page **7** of **7**