# 08.10.01 PLANILLA DE ADMISIÓN PARA EL CLIENTE

AcadianaCares

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"

| Fecha de hoy | Nombre | Segundo Nombre | Apellido |
|---|---|---|---|
| | | | |

| Dirección de su residencia | Ciudad | Estado | Código Postal |
|---|---|---|---|
| ¿Te podemos mandar información por correo?: ☐ Yes ☐ No | | | |

| Nombre Privilegiado | Certificado de Nacimiento (Sexual) | Género actual | Edad | Fecha de Nacimiento (Mes/Día/Año) |
|---|---|---|---|---|
| | ☐ Femenino<br>☐ Masculino | ☐ Femenino<br>☐ Masculino | | |

| Si tienes 17 años o menos, Nombre del Padre/Guardián Legal 1: Lea la ultima pagina para la definición. | Relación con el Representante /Guardián Legal | Servicio (s) Pedidos |
|---|---|---|
| | | |

**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 ☐ 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 | Idioma de Preferencia |
|---|---|
| ☐ Divorciado/a ☐ En una relación ☐ viviendo con su pareja ☐Casado<br>☐ Separado ☐ Soltero/a ☐ Viudo/a ☐ Otro: | ☐ Ingles ☐ Otro (indiqué):<br>☐ Español |

| Raza (seleccione todas las que correspondan) | Etnia |
|---|---|
| ☐ Afroamericano/ Negro/a ☐ Indio Americano/ Nativo de Alaska<br>☐ Asiático/a ☐ Blanco/a ☐ No deseo Responder<br>☐ Nativo Hawaiano ☐ Otro Isleño del Pacífico ☐ Desconocido/a | ☐ Hispano<br>☐ No Hispano<br>☐ Desconocido<br>☐ No deseo Responder |

| Número de Seguridad Social | Número de Teléfono de su Hogar | Número de teléfono Móvil |
|---|---|---|
| | ☐ N/A<br>¿Te podemos mandar información por mensaje de voz? : ☐ Sí ☐ No | ☐ N/A<br>¿Te podemos mandar información por mensaje de texto?: ☐ Sí ☐ No |

| | | |
|---|---|---|
| **Dirección de Correo Electrónico** | **Fuente de Referencia** | **Nombre de la Referencia** |
| ☐ N/A ¿Te podemos mandar información por email: ☐ Sí ☐ No | ☐ Agencia ☐ Evento<br>☐ Familia/Amigo ☐ Anuncio<br>☐ Social Media ☐ Página Web<br>☐ Ninguno ☐ Otro/a | |
| **Trabajador Agrícola** | | |
| ☐ Sí ☐ No ☐ Empleado todo el año ☐ Inmigrante ☐ Trabajador Agrícola jubilado ☐ Temporal | | |

| **Nombre/Apellido del contacto de emergencia[2]** | **Relación** | **Número de teléfono** | |
|---|---|---|---|
| | | ☐ Residencia<br>☐ Móvil<br>OK, mensaje de texto?: ☐ Sí ☐ No | |
| **Dirección de contacto de emergencia** | **Ciudad** | **Estado** | |
| | | | |
| **Nombre / apellido del cuidador principal [3]** | **Relación** | **Número de teléfono** | |
| ☐ N/A ☐ Igual que el contacto de emergencia | | ☐ Residencia<br>☐ Móvil<br>OK, mensaje de texto?: ☐ Sí ☐ No | |
| **Poder notarial Nombre / Apellido [4]** | **Relación** | **Número de teléfono** | |
| ☐ N/A ☐ Igual que el contacto de emergencia | | ☐ Residencia<br>☐ Móvil<br>OK, mensaje de texto?: ☐ Sí ☐ No | |

Complete la siguiente información de su seguro y servicios médicos.

| **Nombre y ubicación de su farmacia** | **Número de teléfono** |
|---|---|
| ☐ N/A | |
| **Nombre y apellido de su médico de cabecera** | **Número de teléfono** |
| ☐ N/A | |

| **Directiva (s) de atención médica** | **Seguro de Salud** |
|---|---|
| ☐ Ninguno ☐ Poder médico<br>☐ Testamento vital ☐ Otro/a (describe): | ☐ Ninguno ☐ Medicaid ☐ Medicare ☐ Privado<br>☐ LAChip ☐ Militar ☐ Estudiante ☐ Indian Health Service<br>Solicitado dentro de los 30 días: ☐ Sí ☐ No |

| **Nombre de la póliza de seguro (empresa)** | **Número de Identificación** | **Número /código de grupo** | **Proveedor de PCP de HMO** |
|---|---|---|---|
| | | | |

| **Dirección de la póliza de seguro** | **Ciudad** | **Estado** | **Código Postal** |
|---|---|---|---|
| | | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | | | |

| | | |
|---|---|---|
| **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 la póliza (vaya a la próxima sección) | | ☐ Residencia<br>☐ 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 póliza** | **Ciudad** | **Estado** | **Código Postal** |
| ☐ La misma dirección | | | |

| Veterano | Empleado | Si la respuesta es "Sí", nombre del empleador | Ocupación / Puesto | Sin hogar |
|---|---|---|---|---|
| ☐ Sí ☐ No<br>☐ No deseo Responder | ☐ Sí ☐ No<br>☐ No deseo Responder | | | ☐ Sí<br>☐ No |

| Número de personas que viven en su residencia | Total ingreso de su residencia | Nivel de educación completado |
|---|---|---|
| | ☐ Mensual ☐ Anual | ☐ Escuela Primaria ☐ Bachillerato ☐ Técnico Superior<br>☐ Grado Técnico ☐ Título universitario ☐ otro/a:<br>☐ Postgrado o más ☐ Desconocido ☐ No deseo responder |

| ¿Le gustaría solicitar para tarifas reducidas? |
|---|
| ☐ Sí ☐ No ☐ Tell me more |

## Responsabilidades financieras del cliente

AcadianaCares puede tener fondos estatales, federales u otros disponibles para pagar los servicios de los clientes elegibles, que se consideran fondos de último recurso. **La disponibilidad de fondos no significa ni garantiza que alguien que no sea usted pague los servicios.**

Cada cliente es responsable de proporcionar información precisa y actualizada, incluida la información financiera y de seguros, para determinar la elegibilidad con respecto a los fondos de último recurso.

1. Entiendo que AcadianaCares utiliza una escala de tarifas reducida o variable para los servicios prestados. AcadianaCares recopila y utiliza información financiera para determinar la elegibilidad y mantiene esta información confidencial. Los clientes con Medicaid no pueden (o no participan) solicitar una escala móvil de tarifas. Es posible que se me pida que complete otros formularios que describan mis ingresos o que indiquen que no tengo ingresos para determinar la facturación y el financiamiento del servicio.

   Iniciales:_____

2. Entiendo que mi seguro, incluyendo Medicaid y / o Medicare, será facturado por los servicios prestados por AcadianaCares. El tiempo de facturación varía y puede retrasarse en función de la acreditación de las compañías de seguros. Retener información del seguro o tergiversar mi estado financiero puede hacerme inelegible para los servicios y / o resultar en que se me facture el costo de los servicios prestados.

   Iniciales:_____

3. Entiendo que soy responsable del costo de los servicios prestados pero no cubiertos (pagados) por mi seguro, Medicaid o Medicare. Esto incluye cualquier copago de seguro requerido en cada cita. Iniciales:_____

4. AcadianaCares está autorizada a proporcionar mi información médica a mi seguro, Medicaid y / o Medicare para procesar las reclamaciones de pago.

   ☐ Sí ☐ No Iniciales:_____

5. He tenido la oportunidad de hacer preguntas y obtener respuestas en un idioma que entiendo.

☐ Sí ☐ No Iniciales:_____

## Consentimiento para servicios

Para brindar cualquier servicio, AcadianaCares requiere consentimiento para recopilar información adicional y / o muestras médicas para determinar la elegibilidad. La información se mantiene de acuerdo con el requisito de confidencialidad definido por la ley. Excepto cuando lo requiera la ley y como se describe en esta sección, la información de identificación no se divulgará a personas fuera de AcadianaCares sin su consentimiento.

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

1. 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:_____

2. 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:_____

4. 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:_____

5. AcadianaCares tiene mi permiso para obtener información sobre el historial médico de otras organizaciones de atención médica, incluidas, entre otras, farmacias.

☐ Sí ☐ No Iniciales:_____

6. AcadianaCares tiene mi permiso para realizar pruebas médicas a mi solicitud y proporcionar el tratamiento médico y terapéutico apropiado y relacionado. .

☐ Sí ☐ No Iniciales:_____

7. AcadianaCares tiene permiso para enviar mis recetas electrónicamente utilizando un software de prescripción digital.

☐ Sí ☐ No Iniciales:_____

**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 foto del cliente | | Número de identificación de cliente asignado |
|---|---|---|
| | | |

**Program de Seasons of Serenity solo:** (De la valoración médica)

**Diagnóstico primario:**_____

☐ 303.90/F10.20 ☐ 304.10/F13.20 ☐ 304.30/F12.20 ☐ 304.50/F16.20 ☐ 304.80/F19.20
☐ 304.00/F11.20 ☐ 304.20/F14.20 ☐ 304.40/F15.20 ☐ 304.60/F18.20

**Nombre del empleado (en letra de imprenta):**_____

**Firma del empleado:**_____ **Date:**_____