

## 08.10.01 FORMULARIO DE ADMISIÓN DEL CLIENTE

Complete todas las secciones. Elija o escriba una sola respuesta a menos que la sección diga "seleccione todas las que correspondan". Escriba "N/A" (no aplica) para las secciones que no aplican para usted o que no quiere responder.

<b>Fecha de hoy</b>	<b>Nombre</b>	<b>Segundo nombre</b>	<b>Apellido</b>	
<b>Dirección</b>		<b>Ciudad</b>	<b>Estado</b>	<b>Código postal</b>
Acepta información por correo: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
<b>Nombre preferido</b>		<b>Pronombres preferidos</b> (opcional)	<b>Género en el acta de nacimiento</b>	<b>Edad</b>
			<input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Hombre	
<b>Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)</b>				
<b>Si tiene 17 años o menos, padre/tutor legal<sup>1</sup></b>		<b>Relación con padre/tutor legal</b>	<b>Servicio(s) solicitado(s)</b>	
<b>Nombre y apellido</b> <small>1: Ver definición en la página 5</small>				
<b>Número de seguro social</b>	<b>Número de celular</b>		<b>Otro número de teléfono</b>	
	<input type="checkbox"/> Ninguno Se puede dejar un mensaje: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Ninguno Se puede dejar un mensaje: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
<b>Dirección de correo electrónico</b>		<b>Fuente de referencia</b>	<b>Descripción/nombre de la referencia</b>	
<input type="checkbox"/> Ninguna. Acepta envío de información: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Agencia <input type="checkbox"/> Familia/Amigo <input type="checkbox"/> Redes sociales <input type="checkbox"/> Ninguno	<input type="checkbox"/> Evento <input type="checkbox"/> Anuncio impreso <input type="checkbox"/> Sitio web <input type="checkbox"/> Otro	
<b>Estado civil</b>			<b>Idioma de preferencia</b>	
<input type="checkbox"/> Divorciado/a <input type="checkbox"/> En una relación <input type="checkbox"/> Vive con su pareja <input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Separado/a <input type="checkbox"/> Soltero/a <input type="checkbox"/> Viudo/a <input type="checkbox"/> Otro:			<input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Otro (indique): <input type="checkbox"/> Español	
<b>Raza (seleccione todas las que correspondan)</b>			<b>Origen étnico</b>	
<input type="checkbox"/> Afroamericano/Negro <input type="checkbox"/> Indígena americano/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Caucásico/Blanco <input type="checkbox"/> Prefiero no responder <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái <input type="checkbox"/> Otros nativos de las islas del Pacífico <input type="checkbox"/> No lo sé			<input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> No hispano <input type="checkbox"/> No lo sé <input type="checkbox"/> Prefiero no responder	
<b>Trabajador agrícola</b>				
<input type="checkbox"/> Sí Si la respuesta es "Sí": <input type="checkbox"/> Empleado todo el año <input type="checkbox"/> Migrante <input type="checkbox"/> Trabajador agrícola jubilado <input type="checkbox"/> Por temporada <input type="checkbox"/> No				

## 08.10.01 FORMULARIO DE ADMISIÓN DEL CLIENTE

Esta sección está destinada a clientes mayores de 18 años. Esta sección es opcional para los clientes de 14 a 17 años.

<b>Identidad de género:</b> El género que cree que lo representa, o cómo decide expresar el género en la ropa, el comportamiento y la apariencia personal.			
<input type="checkbox"/> Mujer	<input type="checkbox"/> Mujer transgénero	<input type="checkbox"/> Hombre	<input type="checkbox"/> Hombre transgénero
<input type="checkbox"/> No binario	<input type="checkbox"/> Prefiero no responder	<input type="checkbox"/> Otro (describa):	
<b>Orientación sexual <sup>2</sup>:</b>			
<input type="checkbox"/> Heterosexual	<input type="checkbox"/> Gay/Lesbiana	<input type="checkbox"/> Bisexual	<input type="checkbox"/> Pansexual
<input type="checkbox"/> No estoy seguro / En duda	<input type="checkbox"/> Prefiero no responder	<input type="checkbox"/> Otro (describa):	

Nombre y apellido del contacto de emergencia <sup>3</sup>	Relación	Número de teléfono	
		<input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Celular Se puede dejar un mensaje: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Dirección del contacto de emergencia	Ciudad	Estado	Código postal

Complete la siguiente información sobre su atención médica y seguro actuales.

Nombre y ubicación de su farmacia de preferencia			Número de teléfono
			<input type="checkbox"/> Ninguna
Nombre y apellidos del médico de cabecera			Número de teléfono
			<input type="checkbox"/> Ninguno
Nombre de la póliza de seguro (empresa)	Número de identificación	Número/Código de grupo	Proveedor de MC de HMO
Dirección de la póliza de seguro		Ciudad	Estado
Nombre y apellido del titular de la póliza <sup>4</sup>		Fecha de nacimiento del titular de la póliza	Número de teléfono del titular de la póliza
<input type="checkbox"/> Yo soy el titular de la póliza (ir a la siguiente sección)			<input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Móvil

**08.10.01 FORMULARIO DE ADMISIÓN DEL CLIENTE**

<b>Relación con el titular de la póliza</b>		<b>Número de seguro social del titular de la póliza</b>	
<input type="checkbox"/> Hijo/a <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Otro (describa):			
<b>Dirección particular del titular de la póliza</b>	<b>Ciudad</b>	<b>Estado</b>	<b>Código postal</b>
<input type="checkbox"/> La misma que la mía (ir a la siguiente sección)			

<b>Directrices de asistencia médica</b>		
<input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> Poder legal médico <input type="checkbox"/> Testamento vital <input type="checkbox"/> Otro (describa):		
<b>Nombre y apellido del cuidador principal <sup>5</sup></b>	<b>Relación</b>	<b>Número de teléfono</b>
<input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Igual que el contacto de emergencia		<input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Celular Se puede dejar un mensaje: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<b>Nombre y apellido del apoderado <sup>6</sup></b>	<b>Relación</b>	<b>Número de teléfono</b>
<input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Igual que el contacto de emergencia		<input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Celular Se puede dejar un mensaje: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

<b>Veterano</b>	<b>Empleado</b>	<b>Si responde "Sí", nombre del empleador</b>	<b>Ocupación/Puesto</b>	<b>Indigente</b>
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Prefiero no responder	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Prefiero no responder			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<b>Total de personas que viven en el hogar</b>	<b>Ingreso total estimado del hogar</b>	<b>Nivel de estudios completado</b>		
	<input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Anual	<input type="checkbox"/> Secundaria <input type="checkbox"/> Técnico/Comercial <input type="checkbox"/> Maestría o superior	<input type="checkbox"/> Preparatoria <input type="checkbox"/> Licenciatura <input type="checkbox"/> No lo sé	<input type="checkbox"/> Diploma de asociado <input type="checkbox"/> Otro: <input type="checkbox"/> Prefiero no responder
<b>¿Desea solicitar tarifas reducidas? (Si responde "Sí", pida a la recepcionista una solicitud)</b>				
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Quiero más información				
<b>¿Le gustaría recibir servicios de apoyo (como el manejo de casos de VIH, el tratamiento por uso de sustancias o la ayuda para la vivienda) de AcadianaCares? (Si responde "Sí", pida que se realice una evaluación inicial de las necesidades con un navegador)</b>				
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Quiero más información				

## 08.10.01 FORMULARIO DE ADMISIÓN DEL CLIENTE

### Responsabilidades financieras del cliente

AcadianaCares puede disponer de fondos estatales, federales o de otro tipo para pagar los servicios a los clientes que cumplen los requisitos, que se consideran fondos de último recurso. **La disponibilidad de fondos no significa ni garantiza que los servicios sean pagados por alguien que no sea usted.** Cada cliente es responsable de proporcionar información precisa y actualizada, incluida la información financiera y del seguro, para determinar si cumple los requisitos para recibir fondos de último recurso.

Para cada una de las siguientes afirmaciones, escriba sus iniciales si está de acuerdo:

1. Entiendo que AcadianaCares usa una escala de tarifas reducidas para los servicios provistos. AcadianaCares recopila y utiliza información financiera para determinar si cumple los requisitos y guarda como confidencial esta información. Los clientes con Medicaid están exentos de (o no participan en) la solicitud de una escala de tarifas. Es posible que se me pida que complete otros formularios que describan mis ingresos o declaren que no tengo ingresos para determinar la facturación y financiación de los servicios.

Iniciales: \_\_\_\_\_

2. Entiendo que mi seguro, incluso Medicaid y/o Medicare, será facturado por los servicios prestados por AcadianaCares. El tiempo de facturación varía y puede retrasarse dependiendo de la acreditación con las compañías de seguros. Ocultar información sobre el seguro o falsear mi estado financiero puede hacer que no califique para los servicios y/o que se me facture el costo de los servicios prestados.

Iniciales: \_\_\_\_\_

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

Iniciales: \_\_\_\_\_

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

Iniciales: \_\_\_\_\_

5. He tenido la oportunidad de hacer preguntas y de que me las respondan en un idioma que entiendo.

Iniciales: \_\_\_\_\_

## 08.10.01 FORMULARIO DE ADMISIÓN DEL CLIENTE

### Consentimiento para los servicios

Para proporcionar cualquier servicio, AcadianaCares requiere el consentimiento para recopilar información adicional y/o muestras médicas para determinar el cumplimiento con los requisitos. La información se mantiene de acuerdo con los requisitos de confidencialidad definidos por la ley. Excepto cuando lo exija la ley y como se describe en esta sección, la información de identificación no se divulgará a personas ajenas a AcadianaCares sin su consentimiento.

Usted tiene derecho a revocar (retirar) su consentimiento para la recopilación de información en cualquier momento mediante notificación por escrito a AcadianaCares. Tenga en cuenta que el consentimiento dado para acciones y/o servicios ya prestados no puede ser revocado.

Para cada una de las siguientes afirmaciones, escriba sus iniciales si está de acuerdo:

1. Entiendo que AcadianaCares no proporciona servicios médicos de emergencia o servicios médicos que no son de emergencia después de las horas de servicio publicadas. Entiendo que puedo dejar un mensaje para un médico de AcadianaCares a través del servicio de respuestas (337-704-0787).

Iniciales: \_\_\_\_\_

2. Entiendo que llegar con más de 15 minutos de retraso a una cita programada puede dar lugar a la reprogramación de la cita o en la espera de la siguiente hora disponible.

Iniciales: \_\_\_\_\_

3. Entiendo que AcadianaCares informa al Departamento de Salud y Servicios Humanos (DHH) de Luisiana 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 Luisiana y puede incluir el seguimiento de un empleado del DHH para asegurarse de que se siga el tratamiento y se notifique a otras personas expuestas a través de relaciones sexuales o por compartir agujas.

Iniciales: \_\_\_\_\_

4. Entiendo que no puedo responsabilizar a los empleados, voluntarios, contratistas, socios o miembros de la junta directiva de AcadianaCares por daños personales, pérdidas, gastos o acciones legales relacionados con los servicios recibidos.

Iniciales: \_\_\_\_\_

5. AcadianaCares tiene mi permiso para obtener información del historial médico de otras organizaciones de salud, que incluyen, entre otras, las farmacias.

Iniciales: \_\_\_\_\_

AcadianaCares tiene mi permiso para realizar pruebas médicas a petición mía y proporcionar un tratamiento médico y terapéutico relacionado adecuado.

Iniciales: \_\_\_\_\_

6. AcadianaCares tiene permiso para enviar mis recetas electrónicamente a través de un software de recetas digitales.

Iniciales: \_\_\_\_\_

## 08.10.01 FORMULARIO DE ADMISIÓN DEL CLIENTE

Acepto los términos descritos en esta página y en las anteriores de este documento. Doy mi consentimiento voluntariamente.

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

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

Estoy de acuerdo en que este consentimiento sigue vigente hasta que lo revoque por escrito. Entiendo que puedo revocar mi consentimiento en cualquier momento.

Firma del cliente/representante: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

**¡Gracias! Por favor, envíe el formulario completado al Navegador de Admisiones de AcadianaCares.**

### Definiciones

1. **Tutor legal:** La persona principal designada por un tribunal para tomar decisiones de asistencia médica o legal en lugar de un cliente.
2. **Orientación sexual:** El género por el que se siente atraído sexual y/o románticamente.
3. **Contacto de emergencia:** La persona con la que hay que ponerse en contacto si surge una situación de emergencia mientras el cliente está recibiendo los servicios.
4. **Titular de la póliza:** La persona responsable del mantenimiento del seguro médico/Medicaid/Medicare.
5. **Cuidador principal:** La persona responsable de proporcionar los cuidados diarios a un cliente.
6. **Apoderado:** (o apoderado de atención médica) Persona designada por un cliente para tomar decisiones médicas/legales en su lugar.

---

### SOLO PARA USO DE LA OFICINA

Nombre del empleado (en letra de molde): \_\_\_\_\_

Firma del empleado: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_