

Squirrel Hill Health Center

CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO MÉDICO

Solicito el tratamiento médico de los doctores y proveedores de cuidado médica del Squirrel Hill Health Center para procedimientos diagnósticos, cuidado regular, y tratamientos terapéuticos. Procedimientos diagnósticos y cuidado primario incluyen pero no son limitados a electrocardiogramas, pruebas de sangre, y administración de las medicinas. Si necesario, en el juicio del doctor, consiento a la fotografía médica a recordar la herida o enfermedad para proporcionar cuidado médico.

Entiendo que medicina y cirugía no son ciencias exactas y reconozco que no hay garantías sobre los resultados de tratamiento ni examen. Autorizo el Squirrel Hill Health Center a retener, preservar y usar para usos científicos o de educación, o disponer en cualquier manera de la conveniencia del personal, cualquier especimen o tejido quitado de mi cuerpo durante mi examen. Si tengo un procedimiento que requiere un examen patológico de tejido, autorizo el uso de tejido exceso para propósitos de educación.

CONSENTIMIENTO PARA DEJAR RESULTADOS

Con mis iniciales, estoy de acuerdo que si no estoy disponible por teléfono la oficina puede dejar un mensaje sobre resultados normales en mi teléfono de casa/oficina/móvil. Debajo, he listado las personas con quien la oficina puede hablar sobre mí cuidado médico:

_____ parentesco: _____

_____ parentesco: _____

_____ parentesco: _____

Inicial _____

LIBERACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Entiendo que si no sigo las instrucciones de doctor/a, hago esto en mi propio riesgo.

LIBERACIÓN DE RESPONSABILIDAD DE OBJETOS DE VALOR

Entiendo que el Squirrel Hill Health Center no es responsable para artículos personales perdidos ni dañados.

CONSENTIMIENTO A APELACIÓN

En el caso que mi seguro médico niega pago para servicios médicos, autorizo el Squirrel Hill Health Center a apelar para pago en mi beneficio. Sin embargo, entiendo que tengo

el derecho a rescindir mi consentimiento a apelar en tiempo durante el proceso de apelación.

DECLARACIÓN DE PERMISO PARA PAGOS DE MEDICARE Y MEDICAID

Certifico que la información he dado de Titulo XVIII (Medicare)/Titulo XIX (Medicaid) de la Administración de Seguro Social es correcta. Autorizo la liberación de toda información necesaria a agencias de gobierno como necesario. Solicito que el pago de beneficios autorizados está recibido por Squirrel Hill Health Center. Autorizo el Squirrel Hill Health Center a someter un reclamo a Medicare/Medicaid para pago.

CERTIFICO QUE HE LEIDO ESTE FORMA Y ENTIENDO TODO

(Firma de Paciente o Guardián) (Testigo)

(Parentesco de guardián) Fecha

Nombre de Paciente Imprimado _____
Fecha de Nacimiento de paciente _____

**RECONOCIMIENTO DE LA NOTICIA
DE LAS PRÁCTICAS CONFIDENCIALES**

Entiendo que tengo el derecho a leer la Noticia de las Prácticas Confidenciales si quiero. Entiendo que el Squirrel Hill Health Center solamente usará mi información médica para usos de tratamiento, pago, otros usos adentro del centro o usos que he autorizado con una firma.
Inicial _____

Autorización Oral: (No aplica a información sobre SIDA)

Testigo que la persona entendió esta liberación y dio su autorización oral. (2 testigos requeridos)

Testigo 1 Fecha

Testigo 2 Fecha

Para uso de la oficina: Copy provided to patient Signature: _____

Squirrel Hill Health Center

Demográfico y la matrícula de nuevas pacientes

Información de paciente		
Nombre (Apellido, Primer nombre, IM.)		
Número de seguro social ____-____-_____	Fecha de nacimiento (mes/día/año)	Género <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Estado civil: <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Pareja <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viuda		
Numero de casa, nombre de calle y numero de apartamento	Ciudad, Estado, Código Postal	
Número de teléfono (Celular)	Número de teléfono (Casa)	
Nombre de contacto en caso de emergencia	Número de teléfono en caso de emergencia	
Nombre de su jefe o compañía donde trabaja	Número de teléfono de su jefe	
Dirección de correo electronic:		

Las preguntas siguiente son solamente para propósitos demográfico. Las respuestas quedarán confidenciales.

1) Etnia: ¿Usted es de una etnia latina/hispana? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No 2) Raza: <input type="checkbox"/> Indio norteamericano/ Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Hawaiano <input type="checkbox"/> Nativo de las Islas Pacificas, No Hawaiano <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Multirracial 3) ¿Cómo se enteró de la clínica? _____ 4) ¿Es usted sin hogar?: <input type="checkbox"/> Sin hogar <input type="checkbox"/> No sin hogar <input type="checkbox"/> De transición	5) ¿Es usted un trabajador agrícola migrante? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No 6) ¿Es inglés su idioma principal? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Idioma: _____ 7) Religión: _____ 8) ¿Estuvo en el ejército? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
--	---

¿Quién es responsable para las cuentas? (Sólo debe estar una persona para cada familia)

Marca aquí si es la misma persona de arriba

Nombre de Garante (Apellido, Primer nombre, IM.)	Número de seguro social ____-____-_____
Fecha de nacimiento	Género <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Dirección y Numero de apartamento	Ciudad, Estado, Código Postal
Número de teléfono	Parentesco a paciente

Información del seguro medico

Nombre del seguro medico primero: _____

Nombre del seguro medico segundo: _____

Firma de Paciente/ representante legal

Fecha



AVISO A TODOS NUEVOS PACIENTES DE SQUIRREL HILL HEALTH CENTER:

En nuestra clínica, recomendamos a todos pacientes mayores de 18 años recibir una prueba de VIH. La prueba está disponible para cualquiera que lo desee.

En SHHC, tenemos la prueba rápida de VIH para todos los pacientes nuevos:

- No hay dolor – no agujas, no sangre – hacemos una muestra de fluido oral con algo que parece como un cottonete
- Es confidencial
- Es gratis
- Los resultados están disponibles en 20 minutos. Recibirá sus resultados hoy.

¿Quiere tener una prueba de VIH que es gratis y confidencial hoy? (Favor de marcar con una X)

Sí ____ No ____ Me gustaría obtener más información ____

SQUIRREL HILL HEALTH CENTER

HISTORIA MÉDICA - ADULTO

FECHA: _____

1. HISTORIA PERSONAL

NOMBRE _____ Fecha de Nacimiento ____/____/____
(Apellido) (Primer Nombre) (IM.)
Tipo de trabajo _____ Cuantos años de educación (#) _____
Estado civil: _____ Nombre de esposo _____ Religión _____
¿Con quién vive? (Nombres/edades/parentesco): _____

Creencias especiales de su religión que afecte su cuidado médico _____

¿Tiene poder general de abogado para servicios de salud? Sí No
¿Tiene un testamento? Sí No

2. ¿Por qué está usted aquí hoy? Liste las preocupaciones médicas que tiene:

3. HISTORIA MÉDICA PASADA ¿Ha tenido jamás usted? (y cuando)

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Alcoholismo _____ | <input type="checkbox"/> Epilepsia / ataques _____ | <input type="checkbox"/> Migraña _____ |
| <input type="checkbox"/> SIDA _____ | <input type="checkbox"/> Vesícula biliar _____ | <input type="checkbox"/> Pleuritis _____ |
| <input type="checkbox"/> Anemia _____ | <input type="checkbox"/> Gonorrea _____ | <input type="checkbox"/> Pulmonía _____ |
| <input type="checkbox"/> Ansiedad/Depresión _____ | <input type="checkbox"/> Hemorroides _____ | <input type="checkbox"/> Fiebre reumática _____ |
| <input type="checkbox"/> Asma _____ | <input type="checkbox"/> Herpes _____ | <input type="checkbox"/> Enfermedades de transmisión sexual _____ |
| <input type="checkbox"/> Problemas de hueso / articulación _____ | <input type="checkbox"/> Colesterol alto/ niveles de lípido _____ | <input type="checkbox"/> Enfermedad de estómago _____ |
| <input type="checkbox"/> Cáncer; tipo: _____ | <input type="checkbox"/> Presión de la sangre alto/bajo _____ | <input type="checkbox"/> Ataque / parálisis _____ |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad cardíaca _____ | <input type="checkbox"/> Ictericia _____ | <input type="checkbox"/> Enfermedad de tiroides _____ |
| <input type="checkbox"/> Diabetes _____ | <input type="checkbox"/> Enfermedad del riñón _____ | <input type="checkbox"/> Tuberculosis _____ |
| <input type="checkbox"/> Difteria _____ | <input type="checkbox"/> Enfermedad de hígado / hepatitis _____ | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |
| <input type="checkbox"/> Problemas emocionales _____ | | |

4. HISTORIA PERSONAL

	SÍ	NO
¿Dentro de un mes, ha sido molestado por:		
1. interés o placer disminuido?	_____	_____
2. sentimientos de depresión o desesperanza?	_____	_____
¿Ha estado en el ejército?	_____	_____
¿Si sí, cuál tipo de descarga? _____ ¿Para cuál país? _____	_____	_____
¿Tiene problemas de leer?	_____	_____
Numero de años de educación cumplidos _____		
¿Tiene algunos pasatiempos o intereses?	_____	_____
Por favor liste _____		
¿Hay algún asunto personal que le preocupa? Marca todo que aplica		
_____ Costo de hospital	_____ Familia	_____ Hogar/Alquile/Calefacción
_____ Seguro social	_____ Casamiento	_____ Otro asuntos de dinero (comida, ropa...)
_____ Ocupación	_____ Sexo	_____ Agencias de la comunidad (Welfare)_____
_____ Transportación	_____ Soledad	_____ Problemas emocionales/nerviosismo
_____ Legal	_____ Muerte	_____ Otro _____

SQUIRREL HILL HEALTH CENTER

HISTORIA MÉDICA - ADULTO

NOMBRE: _____

5. **HOSPITALIZACIÓN** ¿Ha sido hospitalizado usted? Sí No (Por favor, liste) _____

Ha tenido usted: Apendectomía Tonsilectomía (edad____) El sacado de la vesícula biliar Histerectomía
 Otras cirugías: _____

6. HISTORIA DE FAMILIA

¿Ha tenido jamás alguno pariente? (y quien)

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Alcoholismo _____ | <input type="checkbox"/> Enfermedad cardíaca _____ | <input type="checkbox"/> Osteoporosis _____ |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad de Alzheimer _____ | <input type="checkbox"/> Presión de la sangre alto/bajo _____ | <input type="checkbox"/> Senilidad _____ |
| <input type="checkbox"/> Anemia _____ | <input type="checkbox"/> Colesterol alto _____ | <input type="checkbox"/> Ataque _____ |
| <input type="checkbox"/> Asma _____ | <input type="checkbox"/> Enfermedad del riñón _____ | <input type="checkbox"/> Tuberculosis _____ |
| <input type="checkbox"/> Problema de sangre _____ | <input type="checkbox"/> Pérdida de memoria _____ | <input type="checkbox"/> Otro _____ |
| <input type="checkbox"/> Cáncer; tipo: _____ | <input type="checkbox"/> Enfermedad mental _____ | |
| <input type="checkbox"/> Diabetes _____ | <input type="checkbox"/> Enfermedad de tiroides _____ | |

7. RECETAS MÉDICAS Y OTRAS MEDICINAS

Incluya todas medicinas como vitaminas, antihistamínicos, Tylenol, remedios de hierbas, etc.

8. ALERGIAS

- Alergias a medicinas: (cuales) _____
 Alergias de comida/ambiente (cuales) _____
 Yodo – Mariscos Picaduras de abejas/ Mordedura de insectos Radiografía/ Arteriograma o tintes
 Cinta adhesiva Látex
 Otras alergias: (cuales) _____

9. Vacunas ¿Cuáles vacunas ha tenido usted? (y cuando)

- Vacunas de niños _____ Gripe _____ Pulmonía _____ Tétano _____
 Varicela _____ Hepatitis _____ Otros _____

10. HÁBITOS

- ¿Hace ejercicio? Sí No
¿Cómo? _____ ¿Cuánto tiempo? _____ ¿Con qué frecuencia? _____
¿Toma bebidas con caféina? Sí No
¿Cuántas? _____ Diariamente / Semanalmente ¿Desde que cuándo? _____
¿Toma alcohol? Sí No
¿Cuánto? _____ Diariamente / Semanalmente
Tipo _____ ¿Desde que cuándo? _____
¿Usa actualmente, o ha usado jamás usted? **Cigarrillos** Paquetes/Día _____ X _____ años **Pipa** X _____ años
 Tabaco de mascar X _____ años **Cocaína** X _____ años
 Marihuana X _____ años **Otras drogas:** _____

SQUIRREL HILL HEALTH CENTER

HISTORIA MÉDICA - ADULTO

NOMBRE: _____

10. HÁBITOS

- ¿Usa un cinturón de seguridad regularmente? Sí No
¿Tiene un arma en su hogar? Sí No
¿Tiene detectores de humo en su hogar? Sí No
¿Usa crema de sol (# 15 o más alto) cuando bronceando? Sí No

11. NUTRICIÓN

- ¿Ha cambiado su tipo o cantidad de la comida recientemente? Sí No
Debido a: ¿una enfermedad? ¿Falta de dinero para comprar comida? ¿Intentar a bajar o subir peso?
¿Otro? _____
¿Está en una dieta especial? Sí No
¿Cuál tipo? _____
¿Ha cambiado su peso más de 10 libras hace 6 meses? Sí No
Cantidad subido _____ o bajado _____
¿Tiene diabetes? Sí No
¿Ha visto a una dietista en el año pasado? Sí No
¿Toma hierbas, vitaminas/minerales, bebidas nutricionales o suplementos? Sí No
¿Cuáles? _____
¿Quería más información sobre un régimen saludable? Sí No

12. INVESTIGACION GENERAL

Último examen dental: _____ Último examen visión: _____ Último examen rectal/colonoscopia: _____

13. DOLOR

- (Por favor indique donde hay dolor, intensidad del dolor, cosas que hacen el dolor peor o mejor)
El sitio en el cuerpo: _____ No hay dolor - 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 – Lo más peor imaginable
¿Cuál mejora el dolor? (i.e. descanso, calor, medicina): _____

¿Cuál hace el dolor más peor? (i.e. caminar, estar de pie): _____

14. HISTORIA SEXUAL (Hombres y Mujeres)

- ¿Es usted sexualmente activo? Sí No Numero de parejas sexuales: _____ con Hombres Mujeres Ambos
Método de contracepción/ prevención de ETS: _____ ¿Disfunción o dolor con el sexo? _____
¿Tiene conciernes o preguntas? _____
¿Ha sido jamás usted físicamente o sexualmente abusado? Sí No
¿Es usted actualmente en riesgo para la violencia? Sí No

15. HOMBRES

- Último examen rectal: _____ Última Prueba Antígeno de Próstata Específica: _____
Dificultad con las erecciones Sí No
Dificultad con los orgasmos Sí No
¿Auto examen de los testículos mensualmente? Sí No ¿Necesita información?
¿Dificultad cuando orinar? Sí No

SQUIRREL HILL HEALTH CENTER

HISTORIA MÉDICA - ADULTO

NOMBRE: _____

16. MUJERES

Fecha de su última regla: _____	Interés sexual reducido	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Edad de primera regla: _____ <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Irregular	Dificultad con los orgasmos	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Flujo: <input type="checkbox"/> Profuso <input type="checkbox"/> Mediano <input type="checkbox"/> Ligerito	Dolor /sangre después del sexo	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Duración de las reglas: _____	Embarazada	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Dolor / calambres con menstuo: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Tratando obtener embarazadas:	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Días de flujo (cantidad): _____	Numero de embarazos: _____		
Duración de ciclo _____	Número de embarazos ectópicos: _____		
Último examen de Papanicolao: _____	Numero de nacimientos vivos: _____		
Último mamograma: _____	Numero de perdidas: _____ Numero de abortos: _____		
Auto examen de los senos mensualmente <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Método de contracepción: _____		
Menopausia: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Edad: _____	Marca de píldoras anticonceptivas, si lo usando: _____		
Síntomas de menopausia: _____	Preguntas/problemas _____		
_____	_____		
_____	_____		

Para uso de la oficina

I reviewed, agree and/or made changes as necessary to form:

Provider Signature: _____

Initial: _____

Date: _____

Centro de Salud de Squirrel Hill
Instrucciones para la solicitud para descuentos

Es la meta del Centro de Salud de Squirrel Hill para ofrecer atención médica a todos los pacientes, pese a su estado de seguro médico o habilidad a pagar. Para realizar esta meta, la clínica se ofrece una reducción de los pagos para asistir pacientes sin seguro médico o muy poco seguro médico.

La elegibilidad de Las Reducciones de Pagos está resuelta basada en los Niveles Federales de Pobreza para el número de personas en su familia y los ingresos antes de los impuestos. La clínica ofrece un programa de descuentos a los pacientes que tienen ingresos menos de 200% de los Niveles Federales de Pobreza para 2010. Estos límites están abajo:

Numero de personas en la familia	1	2	3	4	5	6	7	8
Ingresos	\$ 21,780	\$ 29,420	\$37,060	\$ 44,700	\$ 52,340	\$ 59,980	\$ 67,620	\$ 75,260

Cualquier paciente que califique bajo de los niveles de ingresos puede solicitar Las Reducciones de Pagos. Si un paciente tenga seguro médico, el Centro de Salud de Squirrel Hill enviará primero todas las cargas a la compañía de seguro.

Los niños califican para nuestro programa de descuentos solo si no califican o si se negaron para el seguro del estado – “Medical Assistance” o CHIP. Si los padres necesitan ayuda para solicitar por Medical Assistance o Chip, SHHC puede contactar un grupo que puede ayudarles con el proceso.

Las Reducciones de Pagos se aplican exclusivamente a los servicios y a los médicos del Centro de Salud de Squirrel Hill. Si usted tiene cuentas de otras facilidades, o se trata que usted pueda ser mandado la cuenta para los servicios fuera del centro, concierte por favor una cita con los gerentes de caso para discutir todas las opciones del programa del descuento. Los gerentes de caso pueden asistir a menudo a pacientes en solicitar descuentos en medicamentos y en servicios en otros lugares. No hay carga para ver los gerentes de caso o al consejero financiero.

Los pacientes que no califican para un descuento, o que todavía tienen un saldo debido después de que Las Reducciones de Pagos sean aplicadas, son elegibles para un plan de pago sin interés. Los pacientes que quieren sacar un plan de pago deben entrar en contacto con al consejero financiero para arreglar un plan de pago.

Los pacientes tienen 30 días el seguir de su primera cita para terminar la solicitud y para proporcionar los documentos pedidos. Si usted no puede mandar los documentos adentro de 30 días después de su primera cita, usted debe entrar en contacto con al consejero financiero para pedir una extensión. Si los documentos no están recibidos y una extensión no fue pedida o si ha expirado, usted será responsable del saldo total.

Durante el proceso de solicitud, tienes que pagar el pago mínimo de \$15.00 por cada cita. \$15.00 no es el coste verdadero de la visita, es una carga mínima de cortesía mientras que usted está solicitando Las Reducciones de Pagos. Si le negamos un descuento o no cumpla el proceso de solicitud, usted será responsable para al saldo debido.

Mandar la información a:

Squirrel Hill Health Center
 Attn: Sliding Scale
 200 JHF Drive, Lower Level

Números telefónicos importantes:

Citas 412-422-7442
 Consejero financiero 412-904-5281
 Número de fax 412-904-5025

**Centro de Salud de Squirrel Hill
Solicitud para descuentos**

Prueba de ingresos:

El Centro necesita al menos uno de los documentos siguientes para determinar para cual nivel de descuento, si lo hay, califica un(a) paciente:

- ❖ La más reciente Declaración Federal des Impuestos (formularios de 1040, 1040A, 1040EZ)
- ❖ El más reciente W2 formulario
- ❖ Tres (3) talones de cheque (los más recientes) que también demuestran el total que ganó este año
- ❖ Tres (3) estados de cuenta bancaria recientes
- ❖ Carta del jefe/patrón que verifica los ingresos
- ❖ Prueba de la negación de la asistencia médica que demuestra los ingresos
- ❖ Declaración de los recibos de pensiones, seguridad social, discapacidad, compensación del trabajador, y/o beneficios del desempleo
- ❖ Declaración de los beneficios públicos (Welfare) beneficios de dinero en efectivo

Información del hogar:

Nombre y apellido: _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____

Teléfono hogar: _____ Teléfono celular: _____

Teléfono oficina/teléfono otro: _____

1. ¿Es usted un(a) estudiante? ___ No ___ Sí A tiempo completo _____ A tiempo parcial _____
Escuela: _____
2. ¿Aparece usted como dependiente en la declaración de impuestos de otra persona? ___ No ___ Sí
3. ¿Está usted, o alguna persona que vive con usted embarazada? ___ No ___ Sí Nombre: _____
4. ¿Tiene usted seguro médico? ___ No ___ Sí Nombre/Tipo del seguro: _____

Por favor liste la gente **a quien usted apoya con dinero** o **quien le apoya a usted con dinero.**

Nombre	Parentesco	¿Tiene un empleo? (¿Y cuántas horas trabaja por semana?)	Patron
1.	YO		
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			
9.			

Continuación de información del hogar:

¿Para cuales servicios y beneficios ha aplicado usted, y los ha recibido usted o sido negado?

	Aplicado	Negado	Recibido, fecha, mensualmente cantidad
Asistencia médica	_____	_____	_____
Desempleo	_____	_____	_____
Seguridad social	_____	_____	_____
Discapacidad	_____	_____	_____
Compensación del trabajador	_____	_____	_____
Sustento de menores	_____	_____	_____
Pensión	_____	_____	_____
Estampillas de comida	_____	_____	_____
Asistencia pública (welfare)	_____	_____	_____
Otros beneficios	_____	_____	_____

¿Tiene usted otras facturas de hospital actualmente? No Sí
Si es así, ¿de donde están las cuentas?

Toda la información y los documentos dado al Centro de Salud de Squirrel Hill y/o revelado al consejero financiero son confidenciales. Su información no será compartida con ninguna persona o agencia fuera del Centro de Salud de Squirrel Hill, a menos que el paciente dé el permiso escrito de liberar la información.

La Escala de Pago de Las Reducciones de Pagos *

La carta siguiente muestra el saldo debido para varios tipos de visita con y sin una Reducción de Pago. Las cantidades en las columnas grises califican para un plan de pago sin interés, mensual.

Tipo de visita:	Precio total	Descuento total	Descuento de 80%	Descuento de 60%	Descuento de 40%	Descuento de 20%	No califica	No conseguir hacer la solicitud
Nuevo(a) paciente examen físico: años 18-39	\$128.00	\$15.00	\$25.60	\$51.20	\$76.80	\$102.40	\$128.00	\$128.00
Nuevo(a) paciente enfermo(a)	\$104.00	\$15.00	\$20.80	\$41.60	\$62.40	\$83.20	\$104.00	\$104.00
Nueva visita de paciente de psiquiatría	\$160.00	\$15.00	\$32.00	\$64.00	\$96.00	\$128.00	\$160.00	\$160.00
Prenatal	\$184.00	\$15.00	\$36.80	\$73.60	\$110.40	\$147.20	\$184.00	\$184.00
Pruebas de sangre básicas	\$129.60	\$15.00	\$25.92	\$51.84	\$77.76	\$103.68	\$129.60	\$129.60

***Por favor note que esta carta muestra estimaciones sólo. Los gastos adicionales pueden aplicar.**

Los pacientes que dejan de completar el proceso de solicitar no son elegibles para un plan de pagos y no puede ser visto hasta que el pago total sea hecho o hasta que ellos completen el proceso de aplicación.

Al firmar abajo, certifico que he leído y entiendo todas las instrucciones acerca de esta aplicación. Entiendo que si no cumplo con éstos instrucciones, seré responsable del saldo debido total. Entiendo que la finalización de esta aplicación no garantiza que cualquier descuento será concedido.

Al firmar abajo, estoy de acuerdo que el centro puede solicitar una copia de mi informe de crédito. Entiendo que más información puede ser solicitada antes de que mi elegibilidad pueda ser determinada.

Al firmar abajo, certifico que toda la información que he presentado es verdadera. Entiendo que cualquiera información es incorrecta, incompleta, o falsa que proporciono o alguien proporciona para mí, podría terminar mi aplicación para la ayuda financiera.

Todos los miembros de casa quien son adultos que firman abajo autorizan la liberación de alguno médico, financiero, o información de empleo que está relacionada directamente con su asistencia médica o elegibilidad de ayuda financiera. Esta información puede ser liberada a cualquier abastecedor de asistencia médica con quien el centro trabaja para asegurar servicios médicos auxiliares de parte del paciente. Toda la información proporcionada permanecerá confidencial bajo las provisiones de regulaciones federales de HIPAA. Los procedimientos optativos no pueden ser considerados

Estoy de acuerdo que reembolsaré el total de ayuda financiero que he recibido de SHHC si recibo el pago de alguna clase para los servicios médicos cubiertos por esta aplicación. Por ejemplo, los pagos de seguros, los pagos de programa del gobierno, conceden de un pleito, o cualquier otro pago.

Si recibo la ayuda financiera, acepto avisar al Centro de Salud de Squirrel Hill de cualquier cambio que podría afectar la elegibilidad, incluso cambios en tamaño de familia, ingresos, y cobertura de seguro médico. Entiendo que si mi situación médica cambia de modo que yo pueda ser elegible para un programa de ayuda público, tendré que aplicar a eso programa y proporcionar la prueba de la aplicación.

Firma

Fecha

Firma

Fecha

Mandar la información a:

Squirrel Hill Health Center
Attn: Sliding Scale
200 JHF Drive, Lower Level
Pittsburgh PA 15217

Números telefónicos importantes:

Citas	412-422-7442
Consejero financiero	412-904-5281
Número de fax	412-904-5025
español	412-904-5285