



Outpatient Medical Center

New Patient Registration Form Formulario de inscripción

I. Patient Information / Información del paciente																			
<p>Patient's Name (Last, First, Middle) Nombre del paciente (Apellido, Primero, Segundo)</p> <hr/> <p>Physical Address (Street) Dirección Física (Calle)</p> <hr/> <p>City State Zip Ciudad Estado Zona Postal</p> <hr/> <p>Home / Número de Casa</p> <hr/> <p>Cell / Celular</p> <hr/> <p>SSN/ Número Social</p> <hr/>	<p><input type="checkbox"/> Same Mailing as Physical/ Igual que el físico</p> <hr/> <p>Mailing Address (Street or P.O. Box) Dirección de envío (Calleo P.O. Box)</p> <hr/> <p>City State Zip Ciudad Estado Zona Postal</p> <hr/> <p>Homeless? <input type="checkbox"/> Yes/Si <input type="checkbox"/> No ¿sin hogar?</p> <hr/> <p>Race/ Raza Ethnicity/Origen Étnico</p> <hr/> <p>Email Address/ Correo Electrónico</p> <hr/> <p>Marital Status Estado Civil</p> <p><input type="checkbox"/> Single <input type="checkbox"/> Married <input type="checkbox"/> Divorced <input type="checkbox"/> Widowed Soltero Casado Divorciado Viudo</p> <hr/>	<p>Emergency Contact Information Información de contacto de emergencia</p> <hr/> <p>Name / Nombre</p> <hr/> <p>Phone # / Número de Teléfono</p> <hr/> <p>Relationship to Patient? ¿Relación con el paciente?</p> <hr/> <p>Are you a Veteran? ¿Es usted un veterano?</p> <p><input type="checkbox"/> Yes/Si <input type="checkbox"/> No/No</p> <hr/> <p>Preferred Language?</p> <p><input type="checkbox"/> English <input type="checkbox"/> Español</p> <p><input type="checkbox"/> Other _____</p>																	
II. Insurance Information / Información de seguros																			
<p>Do you or anyone in your Household have Healthcare Coverage or Insurance? ¿Alguien en el hogar tiene seguro de salud?</p> <p><input type="checkbox"/> Yes/Si, I/We have /Tengo/Tenemos</p> <p style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Medical/ Médica</p> <p style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Dental</p> <p><input type="checkbox"/> No Coverage (Self Pay) / Sin cobertura (Autopago)</p>		<p>Please check all that apply to your household.</p> <p><input type="checkbox"/> Private Insurance / Seguro privado <input type="checkbox"/> Other _____</p> <p><input type="checkbox"/> Medicare Plan</p> <p><input type="checkbox"/> Medicaid Plan</p> <p><input type="checkbox"/> LACHIP – Children's Health Insurance Program</p> <p>Yearly Income _____</p>																	
<p>Name of Person Insured Nombre de la persona que tiene seguro de salud</p> <hr/>	<p>Date of Birth Fecha de nacimiento</p> <hr/>	<p>Name of Coverage/ Insurance Nombre de seguro</p> <hr/>	<p>Policy Member ID Número de identificación del miembro de la póliza</p> <hr/>																
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%;">1. PATIENT</td> <td style="width: 15%;"></td> <td style="width: 30%;"></td> <td style="width: 30%;"></td> </tr> <tr> <td>2.</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>3.</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>4.</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>				1. PATIENT				2.				3.				4.			
1. PATIENT																			
2.																			
3.																			
4.																			
III. Financial Screening for Discounted Health Services (OPTIONAL, BUT RECOMMENDED) Evaluación Financiero para Servicios de Salud Con Descuento (OPCIONAL, PERO RECOMENDADO)																			
<p><input type="checkbox"/> I WANT TO WAIVE THE FINANCIAL SCREENING PROCESS. / RENUNCIAR AL PROCESO DE DETECCIÓN FINANCIERA</p> <p>BY SELECTING THIS OPTION, I CONSENT TO: / AL SELECCIONAR ESTA OPCIÓN, DOY MI CONSENTIMIENTO PARA:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. PAY IN FULL THE RATES APPROVED BY THE BOARD OF DIRECTORS. / PAGAR EN SU TOTALIDAD LAS TARIFAS APROBADAS POR LA JUNTA DE GOBIERNO 2. PAY A DEPOSIT BEFORE EACH PROVIDER VISIT. / PAGAR UN DEPÓSITO ANTES DE CADA VISITA DEL PROVEEDOR <p>THE CURRENT RATES (FEES FOR SERVICES) ARE AVAILABLE ON THE OMC WEBSITE. LAS TARIFAS ACTUALES (TARIFAS POR SERVICIOS) ESTÁN DISPONIBLES EN EL SITIO WEB DE OMC.</p>																			

V. Disclosures / Divulgaciones

I AFFIRM

- The information I have provided, which includes my responses to questions on this Outpatient Medical Center Registration form and all supporting documents, are TRUE, ACCURATE and COMPLETE to the best of my knowledge and belief.

I AGREE:

- To give Outpatient Medical Center staff all the information necessary to determine my eligibility for discount services. I understand that it is my responsibility to provide proper documentation to prove my statements regarding my household income, household size, and healthcare coverage.
- To report to Outpatient Medical Center any changes in household income, size, address, phone number, or health care coverage within 14 days.

I UNDERSTAND

- Outpatient Medical Center staff will assist me with the eligibility process of various state healthcare programs. Therefore, I agree to give OMC staff any information required to identify and locate all other sources of payment for health care services.
- I am giving OMC the right to recover the cost of health care services provided by OMC from any third party.
- Any misleading or falsified information, and/or omissions may disqualify me from further consideration for the Sliding Fee Discount Program. I may be required to repay OMC for any services rendered at 100% of cost. In addition, misleading or falsified information, and/or omissions will subject me to possible penalties under the laws of the State of Louisiana which may include fines and imprisonment.
- Applying for discounted services at OMC will be considered without regard to race, color, religion, creed, national origin, age, sex, disability, or political belief. If not approved on the Sliding Fee Discount Program, I may request a review.

AFIRMO:

- La información que he proporcionado, que incluye mis respuestas a preguntas en este formulario de registro de Outpatient Medical Center y todos los documentos de apoyo, son VERDADEROS, PRECIOSOS Y COMPLETOS a lo mejor de mi conocimiento y creencia.

DE ACUERDO:

- Dar al personal de Outpatient Medical Center toda la información necesaria para determinar mi elegibilidad para los servicios de descuento. Entiendo que es mi responsabilidad proporcionar la documentación adecuada para probar mis declaraciones con respecto a los ingresos de mi hogar, el tamaño del hogar y la cobertura de atención médica.
- Informar a OMC de cualquier cambio en los ingresos del hogar, tamaño, dirección, número de teléfono o cobertura de atención médica dentro de los 14 días.

ENTIENDO:

- Estoy dando a OMC el derecho de recuperar el costo de los servicios de atención médica proporcionados por OMC de cualquier tercero.
- Cualquier información engañosa o falsificada, y/o omisiones pueden descalificarme de una consideración adicional para el Programa de Descuento de Tarifas de Deslizamiento. Es posible que deba pagar a OMC por cualquier servicio prestado al 100% del costo. Además, la información engañosa o falsificada, y/o omisiones me someterá a posibles sanciones bajo las leyes del Estado de Louisiana que pueden incluir multas y prisión.
- Solicitar servicios con descuento en OMC se considerará sin tener en cuenta la raza, color, religión, credo, origen nacional, edad, sexo, discapacidad o creencias políticas. Si no se aprueba en el Programa de Descuento de Tarifas de Deslizamiento, puedo solicitar una revisión de esa determinación.

BEFORE YOU SIGN, BE SURE EACH ANSWER IS COMPLETE AND CORRECT

ANTES DE FIRMAR, ASEGÚRESE DE QUE CADA RESPUESTA ESTE COMPLETA Y SEA CORRECTA

This is an Official Record. Untrue or incomplete information given on this form may and probably will result in Criminal Action being taken.

Este es un registro oficial. Información falsa o incompleta dada en este formulario puede y probablemente resultará en acción legal.

Patient Signature / Firma del paciente

Date / Fecha

ATTENTION: My signature (on page 2) acknowledges I have been provided with the following information:
ATENCION: Mi firma (en la página 2) reconoce que se me ha proporcionado la siguiente información:

Patient Information:

Consent to Treatment

I consent to assessments, examinations, diagnostic tests, treatments, and procedures performed by Outpatient Medical Center medical, counseling, dental providers, and their delegates. I further understand that I may revoke this authorization at any time.

Financial Responsibility

I understand that I am responsible for the cost of all services rendered, unless I have healthcare coverage for services provided to me. I understand that I am responsible for either a clinic fee/deposit (uninsured) or co-pay (required by my private insurance plan) at the time of service. I understand that if I have healthcare coverage that my plan will be billed; however, I agree to pay all charges for any health care services provided by Outpatient Medical Center that are not covered or collected from my insurance carrier or other third party payer, including any deductibles and coinsurance amounts.

Sliding Fee Discount Program

I understand that Outpatient Medical Center encourages all our patients (with or without healthcare coverage) to apply for the Sliding Fee Discount Program. This program could reduce your out of pocket healthcare expenses. If you have healthcare coverage, the portion of the healthcare expenses you are responsible for may be reduced if you qualify under the rules of the program.

Patient Information Documents

- **Statement of Patient Rights and Responsibilities** – defines my rights and responsibilities as a patient that receives health care services from Outpatient Medical Center.
- **Notice of Privacy Practices** – which provides information about how Outpatient Medical Center and its workforce may use and/or disclose my protected health information for treatment, payment, health care operations and as otherwise permitted by law.
- **Patient Complaint Procedure/Notice Concerning Complaints**–which explains how to file a complaint and/or grievance.

ATTENTION: My signature (on page 2) acknowledges I have been provided with the following information: ATENCION: Mi firma (en la página 2) reconoce que se me ha proporcionado la siguiente información:

Información del paciente:

Consentimiento para el Tratamiento

Doy mi consentimiento para evaluaciones, exámenes, pruebas diagnósticas, tratamientos y procedimientos realizados por OMC Clinic, médico, consejería, proveedores dentales y sus delegados. Además, entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento.

Responsabilidad Financiera

Entiendo que soy responsable del costo de todos los servicios prestados, a menos que tenga cobertura médica para los servicios que se me brindan. Entiendo que soy responsable de una tarifa/dépósito de la clínica (sin seguro) o de un copago (requerido por mi plan de seguro privado) en el momento del servicio. Entiendo que, si tengo cobertura de atención médica, se facturará mi plan; sin embargo, acepto pagar todos los cargos por cualquier servicio de atención médica proporcionado por OMC que no esté cubierto o cobrado de mi compañía de seguros u otro tercero pagador, incluyendo cualquier deducible y montos de coseguro.

Programa de Descuento de Tarifas Deslizantes

Entiendo que OMC alienta a todos nuestros pacientes (con o sin cobertura médica) a solicitar el Programa de Descuento de Tarifa de Deslizamiento. Este programa podría reducir sus gastos de atención médica de bolsillo. Si usted tiene cobertura de atención médica, la porción de los gastos de atención médica de los que usted es responsable puede reducirse si califica bajo las reglas del programa.

Acuerdo de Póliza de Citas Perdidas

En OMC valoramos mucho a nuestros pacientes y la importancia de proporcionar atención accesible de calidad. Por esa razón, es importante que mantenga citas programadas y/o informe a OMC de cualquier cambio de manera oportuna. Por favor, entienda que una cita perdida o una cancelación tarde impide que OMC brinde atención a pacientes adicionales que puedan necesitar una cita. Por favor, entienda que nuestra póliza establece que los pacientes que no cumplen con (3) citas programadas consecutivas no podrán preprogramar citas en el futuro. Las citas deben ser CONFIRMADAS/ reprogramadas/canceladas dentro de las 24 horas previas a la cita programada. OMC le agradece su comprensión y cooperación para continuar brindando atención de calidad a todos nuestros pacientes. *Entiendo y acepto cumplir con esta póliza de citas perdidas.*

Documentos de información al paciente

- **Declaración de Derechos y Responsabilidades del Paciente** – definir mis derechos y responsabilidades como un paciente que recibe servicios de atención médica de OMC.
- **Aviso de prácticas de privacidad** – que proporciona información sobre cómo OMC y personal pueden usar y/o divulgar mi información médica protegida para el tratamiento, el pago, las operaciones de atención médica y según lo permita la ley.
- **Procedimiento/Aviso de queja del paciente con respecto a las quejas**–que explica cómo presentar una queja.