



# Lista de verificación de registro

**CRITERIOS OBLIGATORIOS**

- No tener seguro médico
- Mis ingresos son inferiores al 300% de la línea de pobreza federal 2025 (ver más abajo)

Tamaño del hogar	Ingresos mensuales del 300% FPL	Ingresos anuales del 300% FPL
1	\$3,912.50	\$46,950.00
2	\$5,287.50	\$63,450.00
3	\$6,662.50	\$79,950.00
4	\$8,037.50	\$96,450.00
5	\$9,412.50	\$112,950.00
6	\$10,787.50	\$129,450.00
7	\$12,162.50	\$145,950.00

**FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN, COMPLETAR (TODOS LOS CAMPOS DEBEN ESTAR COMPLETOS)**

**COMPROBANTE DE DOMICILIO**

*Proporcione uno de los siguientes:*

- Licencia /permiso de conducir
- Correo con nombre y dirección del paciente
- Licencia de conducir de los padres (solo para niños)
- Boletín de calificaciones escolares (solo para niños)
- Carta de apoyo del patrocinador (solo si lo anterior no corresponde, adjunta)

**IDENTIFICACIÓN CON FOTO**

*Proporcione uno de los siguientes:*

- Licencia /permiso de conducir
- Pasaporte
- Visa/ Green Card/ Any state ID
- Acta de nacimiento (sólo para niños y sólo si lo anterior no es aplicable)

**DOCUMENTO DE PRUEBA DE INGRESOS**

*Proporcione uno de los siguientes:*

- Declaración de impuestos actual
- Talones de pago de un mes / Cheque de pago
- Estado de resultados cero (adjunto)
- SNAP carta / Carta de prestación por desempleo / Carta de beneficios del Seguro Social
- Carta de terminación de empleo / VA TANF / Section 8 Housing / Pensión
- Estatus de refugiado asilo/ Student Visa + University Enrollment
- Carta de otra organización sin fines de lucro que indica beneficios
- Carta de apoyo de los padres (solo para niños)

FIRMA DE PACIENTE: \_\_\_\_\_ DIA COMPLETADO: \_\_\_\_\_

**Opciones para presentar la solicitud y todos los documentos de soporte:**

1. Envíelo por correo electrónico a [contact@achnhealth.org](mailto:contact@achnhealth.org)
2. Traiga o deje una copia física en la clínica:  
4431 Brookfield Corporate Dr, Unit F, Chantilly, VA 20151



# FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN

## IDENTIFICACIÓN

Apellido: \_\_\_\_\_ Nombre de fila: \_\_\_\_\_ Segundo nombre: \_\_\_\_\_  
Sexo legal:  M  F Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ SSN: \_\_\_\_\_

## CONTACTO

Dirección: \_\_\_\_\_  
Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_  
Email: \_\_\_\_\_

Seleccione el número principal:

Teléfono móvil: \_\_\_\_\_ ¿Consiente recibir llamadas automatizada  Sí  No  
 Teléfono residencial: \_\_\_\_\_ ¿Da su consentimiento para recibir mensajes de texto automatizados?  Sí  No

## DEMOGRAFICO

Idioma preferido: \_\_\_\_\_  
Raza:  Asiana  De Raza Negra  Medio Oriente  Blanca  Otra: \_\_\_\_\_  
Eres hispano o latino:  Sí  No  
Estado civil:  Soltera  Casada  Divorciada  Separadas  Viuda  Pareja  
¿Cuántas personas hay en su hogar?  1  3  4  5  6  7  8  Otra: \_\_\_\_\_

Seleccione uno para el ingreso del hogar:

Anualmente: \$ \_\_\_\_\_  
 Mensual: \$ \_\_\_\_\_

## INFORMACIÓN ADICIONAL

¿Hay alguien mayor de 55 años en su hogar?  Sí  No  
¿Hay alguien con discapacidad en su hogar?  Sí  No  
¿Eres refugiado?  Sí  No  
¿Hay niños menores de 18 años en su hogar?  Sí  No

País natal: \_\_\_\_\_

¿Quién es el jefe de su familia?  Femenina  Masculina

Religión:  Cristianismo  Hinduismo  Islam  Judaísmo  Otra: \_\_\_\_\_

¿Recibe usted algún beneficio?(SNAP, SSI, Disability, TANT, etc.)?

Sí ,si es así, especifique \_\_\_\_\_  No

¿Hay alguien desempleado en su hogar?  Sí  No

¿Cómo te enteraste de nosotros?

Publicidad  Medica de atencion primaria  Medica especialista  Palabra de boca

Paciente en la práctica  Hospital  Compañía aseguradora  Otra: \_\_\_\_\_

¿Estás empleado?  Sí ,si es así, especifique \_\_\_\_\_  No

¿Tenía usted seguro médico previo?  Sí ,si es así, especifique  Medicaid  No  
 Seguro Privado

## DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA Y CONTACTO DE EMERGENCIA

Por la presente autorizo a ACHN Clinic a divulgar y discutir información relacionada con mi información médica protegida con las siguientes personas y la primera persona mencionada se agregará como mi contacto de emergencia principal:

1. Nombre completo: \_\_\_\_\_ Relación con la paciente: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_  
2. Nombre completo: \_\_\_\_\_ Relación con la paciente: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_

No autorizo la divulgación de mi información médica a nadie, excepto para fines de tratamiento, pago y operaciones de atención médica

**Al firmar este formulario, certifico que no tengo seguro médico y cumplo con los criterios de ingresos para recibir servicio en la clínica ACHN. Toda la información es verdadera y correcta según mi leal saber y entender.**

Firma de la paciente / tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre de la paciente / tutor: \_\_\_\_\_



# CONSENTIMIENTO PARA EL USO Y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA (HIPAA)

Por la presente, doy mi consentimiento para que la Clínica ACHN utilice y divulgue información de salud protegida (PHI, por sus siglas en inglés) sobre mí para llevar a cabo el tratamiento, el pago y las operaciones de atención médica (TPO).

He recibido el Aviso de Prácticas de Privacidad de la Clínica ACHN, que contiene una descripción más completa de los usos y divulgaciones de mi información de salud. He revisado dicho Aviso de Prácticas de Privacidad antes de firmar este consentimiento y reconozco que he estudiado las Prácticas de Privacidad antes de firmar este consentimiento. Entiendo que la Clínica ACHN tiene el derecho de revisar su Aviso de Prácticas de Privacidad de vez en cuando, y que puedo contactar a esta organización por escrito en cualquier momento a la dirección indicada anteriormente para obtener una copia actualizada del Aviso de Prácticas de Privacidad. Con este consentimiento, la Clínica ACHN podrá llamar o enviar correspondencia a mi domicilio u otra ubicación alternativa en referencia a cualquier asunto que asista a la práctica en el cumplimiento de TPO, tales como recordatorios de citas, y cualquier llamada o correo relacionado con mi atención clínica, incluyendo los resultados de las pruebas de laboratorio, siempre que estén marcados como "Personal y Confidencial".

Entiendo que puedo solicitar por escrito que la Clínica ACHN restrinja cómo utiliza o divulga mi PHI para llevar a cabo TPO. También entiendo que la práctica no está obligada a aceptar mis restricciones solicitadas, pero si lo hace, estará sujeta a este acuerdo. Al firmar este formulario, doy mi consentimiento para permitir que la Clínica ACHN utilice y divulgue mi PHI para llevar a cabo TPO.

Entiendo que puedo revocar mi consentimiento por escrito, excepto en la medida en que la práctica ya haya realizado divulgaciones basadas en mi consentimiento previo. Si no firmo este consentimiento, o lo revoco posteriormente, la Clínica ACHN puede negarse a proporcionarme tratamiento

**Iniciales del paciente/tutor:** \_\_\_\_\_

Por la presente, también doy mi consentimiento para participar en visitas de telemedicina bajo los términos descritos en este documento, si es recomendado por mi proveedor de atención médica.

Entiendo que se me proporcionará información sobre cómo se utilizará la tecnología de videoconferencia (telemedicina) en lugar de una visita en persona, antes de que se programe una visita de telemedicina.

Entiendo que esta consulta no será lo mismo que una visita directa con el proveedor de atención médica, ya que no estaré en la misma sala que mi proveedor de atención médica. Algunas partes del examen que involucren pruebas físicas pueden ser realizadas por personas en mi ubicación bajo la dirección del proveedor de atención médica que me está consultando.

Entiendo que mi proveedor de atención médica o yo mismo podemos interrumpir la consulta/visita de telemedicina si se considera que las conexiones de videoconferencia no son adecuadas para la situación.

Entiendo que existen riesgos potenciales con esta tecnología, incluyendo interrupciones, acceso no autorizado y dificultades técnicas.

Otras personas también pueden estar presentes durante la consulta, además de los proveedores de atención médica, para operar el equipo. Las personas mencionadas anteriormente mantendrán la confidencialidad de la información obtenida. También entiendo que se me informará de su presencia durante la consulta, y tendré el derecho de solicitar lo siguiente: (1) omitir detalles específicos de mi historial médico/examen físico que sean personalmente sensibles para mí; (2) pedir que el personal no médico se retire de la sala de examen de telemedicina; y/o (3) terminar la consulta en cualquier momento.

En una consulta de emergencia, entiendo que la responsabilidad del especialista en telemedicina es asesorar a mi profesional local, y que la responsabilidad del especialista concluirá al terminar la conexión de videoconferencia.

Por la presente, certifico que la información anterior es verdadera según mi leal saber y entender. Entiendo que la Clínica ACHN requerirá prueba de ingresos, y autorizo a la Clínica ACHN a verificar mis ingresos por cualquier medio necesario para completar el proceso de solicitud. Entiendo que soy financieramente responsable de cualquier saldo/cargo. Entiendo que si alguna información que he proporcionado resulta ser falsa o engañosa, mi elegibilidad puede ser rechazada y la Clínica ACHN podrá tomar las medidas que considere apropiadas.

**Iniciales del paciente/tutor:** \_\_\_\_\_

## **AUTORIZACIÓN PARA COMPARTIR DATOS DE SALUD ELECTRÓNICOS Y FAX PARA LA COORDINACIÓN DE LA ATENCIÓN**

Yo, el abajo firmante, autorizo a ACHN a enviar/recibir información confidencial de atención médica, tal como se define en HIPAA (Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguro de Salud), a través de intercambio aprobado de datos electrónicos y/o fax a proveedores de atención médica, hospitales, laboratorios y otros cuidadores médicos para la necesaria coordinación de la atención para el paciente que se indica a continuación. Las solicitudes de registros médicos requieren un formulario y autorización separados de esta autorización. Puedo revocar esta autorización dando un aviso por escrito de cinco (5) días a ACHN. Esta revocación puede hacerse por transmisión de fax; sin embargo, una copia escrita de la revocación también debe ser enviada por correo a ACHN.

**Firma de la paciente / tutor:** \_\_\_\_\_

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

**Nombre de la paciente / tutor:** \_\_\_\_\_

**Relación con la paciente:** \_\_\_\_\_



# POLÍTICA DE OFICINA

**ELEGIBILIDAD** Si usted está asegurado o está asegurado/tiene seguro, **no es elegible para nuestros servicios clínicos**. Parrendamiento, notifíquenos cualquier cambio relacionado con el seguro lo antes posible. La elegibilidad para **ACHN** **vence 12 meses después del registro** o cuando cambian los ingresos del hogar, lo que ocurra primero. Será su responsabilidad informar a ACHN si cambia su dirección, número de teléfono, ingresos o tamaño de su hogar.

**Horas** Es su responsabilidad recordar cuándo es su próxima cita. Las llamadas, mensajes de texto y correos electrónicos recordatorios son solo una cortesía. **Las visitas son SOLO CON CITA PREVIA. No aceptamos citas para el mismo día ni sin cita previa.**

**MEDICAMENTOS Y REGISTROS** Debe traer todos sus medicamentos, registros de azúcar en sangre, registros de presión arterial y todos los registros médicos relevantes a cada cita.

**ESPECTÁCULOS TARDÍOS** Si llega más de 15 minutos tarde a su cita, no lo atenderán y deberá reprogramarla. **También se le cobrará una multa de \$10.**

**CANCELACIONES** Debes cancelar tu cita con al menos **48 horas de antelación**. Cualquier cancelación dentro de las 48 horas **resultará en una multa de \$10** en la próxima visita al consultorio

**NO SE PRESENTA** Si no se presenta a su cita, **se le cobrará una multa de \$10** en su próxima visita al consultorio. **Después de 2 inasistencias consecutivas, perderá su elegibilidad.**

**RECARGA DE MEDICAMENTOS** Debe solicitar la reposición de medicamentos con 2 semanas de anticipación. **ACHN no procesará ninguna solicitud.**

**UBICACIÓN DE LOS ANÁLISIS DE SANGRE (LABORATORIO)** Cualquier análisis de sangre pagado en ACHN debe realizarse únicamente en la **Clínica ACHN o en los laboratorios Sunrise Medical**. Si paga en ACHN y acude a otro laboratorio, ACHN no será responsable ni actuará como intermediario.

**EL COSTO** **Todos los análisis de laboratorio solicitados por ACHN se realizan con descuento.** Los cargos de laboratorio se cobran en ACHN. ACHN no se responsabiliza si los análisis se realizan en un centro distinto a los autorizados por ACHN (Sunrise Medical Laboratories). ACHN le ayudará con las solicitudes de ayuda financiera; sin embargo, no nos hacemos responsables de ningún costo externo.

**PORTAL DEL PACIENTE** Todos los pacientes registrados tienen acceso al portal del paciente. Puede acceder a este portal visitando [achnhealth.org](http://achnhealth.org). Todas las solicitudes de citas, recetas, análisis, etc., deben enviarse a través del portal del paciente.

**SALA DE URGENCIAS Y HOSPITAL** **ACHN no paga por atención médica de emergencia ni hospitalaria. ACHN no es una compañía de seguros.**

**NIÑOS** Le pedimos que no traiga a sus hijos a su cita. Si debe hacerlo, deben permanecer con usted en todo momento. Se le pedirá que se retire si sus hijos se comportan de manera disruptiva.

**REGLAS GENERALES** Trate al personal, los voluntarios y otros pacientes con cortesía. Los tiempos de espera pueden variar, por lo que se agradece su paciencia. Utilice el teléfono celular de manera adecuada: el uso del mismo no debe ser perjudicial para los demás.

**COMPORTAMIENTO INAPROPIADO** **ACHN rechazará brindar servicios a cualquier persona que se comporte de manera inapropiada** con el personal, los voluntarios y/o con otros pacientes.

**Afirmo que he leído y comprendido la política de ACHN (descrita anteriormente) y acepto cumplir y cooperar con su implementación.**

Firma del paciente/tutor: \_\_\_\_\_  
Nombre completo del paciente/tutor : \_\_\_\_\_

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



# FORMULARIO DE HISTORIAL DEL PACIENTE

Nombre completo: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Motivo de visita: \_\_\_\_\_

**ALERGIA** (Enumere todos los medicamentos, alimentos u otras alergias que pueda tener)

Allergen	Gravedad (leve, moderado, severo)	Reacción
Ex. Tylenol	Severo	Urticaria

**FARMACIA PREFERIDA** (Enumere sus farmacias preferidas para recetas)

Nombre de la farmacia preferida: \_\_\_\_\_

Dirección de la farmacia: \_\_\_\_\_

**MEDICAMENTOS ACTUALES** (Enumere TODOS los medicamentos que está tomando actualmente, incluidos los medicamentos sin receta y los suplementos.)

Nombre del medicamento/producto	Dosis	Frecuencia
Ex. Vitamin C	1000 mg	1 tableta dos veces al día

**HISTORIA FAMILIAR** (Enumere el historial de todas las enfermedades o afecciones que tiene en su familia)

Enfermedad/condición	Pariente (padre, madre, hermano, otro)	Edad de aparición/diagnóstico
Ex. Eczema	Madre y Hermano	10 años y 5 años

**HISTORIAL MÉDICO PASADO** (Por favor marque todas las condiciones médicas que haya tenido en el pasado.)

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Diabetes                  | <input type="checkbox"/> Enfermedades oculares     | <input type="checkbox"/> Tuberculosis               |
| <input type="checkbox"/> Hipertensión arterial     | <input type="checkbox"/> Problemas cardíacos       | <input type="checkbox"/> VIH/SIDA                   |
| <input type="checkbox"/> Colesterol alto           | <input type="checkbox"/> Angina de pecho           | <input type="checkbox"/> Úlcera estomacal o péptica |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad de la tiroides | <input type="checkbox"/> Anemia                    | <input type="checkbox"/> Enfermedad renal           |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad hepática       | <input type="checkbox"/> Asma                      | <input type="checkbox"/> Epilepsia                  |
| <input type="checkbox"/> Cáncer                    | <input type="checkbox"/> Accidente cerebrovascular | <input type="checkbox"/> Otros: _____               |

**HISTORIA QUIRÚRGICA** (Enumere todas las cirugías o procedimientos médicos importantes que haya tenido en el pasado)

Cirugía	El año	Hospital/Ubicación
Ex. Cirugía de amígdalas	2011	Inova Fair Oaks, US

## HISTORIA SOCIAL

¿Fumas o has fumado alguna vez tabaco?

Nunca  Ex fumador  Fumador ocasional actual  Fumador diario actual

¿Consume o ha consumido alguna vez otras formas de tabaco o nicotina?  Yes  No

¿Cuál es su nivel de consumo de alcohol?

Nunca  Ocasionalmente  Moderado  Demasiado

¿Consume alguna droga ilícita o recreativa?  Si  No

¿Cuál es su nivel de consumo de cafeína?

Nunca  Ocasionalmente  Moderado  Demasiado

¿Cuál es el grado o nivel de escuela más alto que ha completado/el título más alto que ha recibido?

*seleccione uno*

<input type="checkbox"/> Asistido, sin diploma	<input type="checkbox"/> Diploma de escuela secundaria	<input type="checkbox"/> Licenciatura
<input type="checkbox"/> Algunos estudios universitarios, sin título	<input type="checkbox"/> Maestría	<input type="checkbox"/> Grado asociado
<input type="checkbox"/> Nunca asistí	<input type="checkbox"/> Título profesional (MD, DDS)	<input type="checkbox"/> Doctorado
<input type="checkbox"/> No se		

¿Esta usted empleado actualmente?  Sí  No

¿Cuál es su estado civil?

Soltero  Casado  Divorciado  Separados  Viudo  Pareja  Otro: \_\_\_\_\_

¿Cuántos hijos tienes? \_\_\_\_\_

¿Ha habido algún cambio en su situación familiar o social?  Sí  No

¿Tienes alguna mascota?  Sí  No

¿Tiene detectores de humo y monóxido de carbono en su casa?  Sí  No

¿Estás expuesto pasivamente al humo?  Sí  No

¿Hay fumadores en tu casa?  Sí  No

¿Hay armas presentes en tu casa?  Sí  No

¿Utilizas protector solar habitualmente?  Sí  No

¿Eres capaz de cuidarte a ti mismo?  Sí  No

¿Es usted ciego o tiene dificultad para ver?  Sí  No

¿Es usted sordo o tiene serias dificultades para oír?  Sí  No

¿Tiene dificultad para caminar o subir escaleras?  Sí  No

¿Tiene dificultad para vestirse o bañarse?  Sí  No

¿Tienes dificultad para hacer diligencia solo?  Sí  No

¿Tiene dificultades con el transporte?  Sí  No

Seleccione los recursos sobre los que desea recibir más información:

<input type="checkbox"/> Necesidades básicas (alimentación/asistencia financiera de emergencia)	<input type="checkbox"/> Viviendas/Refugios
<input type="checkbox"/> Empleo y carrera	<input type="checkbox"/> Educación financiera
<input type="checkbox"/> Cuidado de personas mayores	<input type="checkbox"/> Trastorno por uso de sustancias
<input type="checkbox"/> Apoyo legal/inmigración	<input type="checkbox"/> Violencia doméstica



# ESTADO DE GANANCIAS CERO

**Debe completarse si el paciente no tiene ingresos. Debe ser completado por el paciente.**

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Firmo este formulario para declarar que actualmente estoy **desempleado** y no **recibo ingresos de ninguna fuente**. Recibo apoyo financiero de:

**Familia, amigo o fuente externa.**  
(Por favor, pídale a su persona de apoyo que complete la Carta de Apoyo)

**Reciba beneficios estatales.**  
Esto incluye, entre otros: SNAP (solo para alimentos), subsidio por desempleo, seguro social, discapacidad y otros beneficios estatales y federales. (Por favor, presente comprobante reciente de recepción de estos beneficios).

**Otro:**  
Explique su situación aquí

Acepto notificar a la clínica sobre cualquier cambio en mis ingresos dentro de los 30 días posteriores al cambio. Entiendo que al completar, firmar y fechar este formulario, declaro que no tengo ingresos y que la información que proporcione es correcta.

\_\_\_\_\_  
Firma de la persona que completa este formulario (paciente)

\_\_\_\_\_  
Fecha de firma



# CARTA DE APOYO

**Este formulario debe completarse si el paciente recibe apoyo para alojamiento, alimentación o manutención de otra persona.**

**Este formulario debe completarse por la persona que lo apoya.**

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento del paciente: \_\_\_\_\_

¿Reclama usted (apoya) a su padre o madre como dependiente en sus impuestos actuales?  Yes  No

Seleccione el tipo de soporte que se brinda (marque todas las opciones que correspondan):

Albergue:

Fecha de mudanza: \_\_\_\_\_ Fecha de salida: \_\_\_\_\_  Todavía viviendo aquí

Alimento:

Estimar el apoyo mensual promedio para la alimentación del paciente \$ \_\_\_\_\_

Gastos de manutención:

Apoyo mensual promedio para los gastos de manutención del paciente \$ \_\_\_\_\_

Espero brindar este apoyo hasta: \_\_\_\_\_ Relación con el paciente: \_\_\_\_\_

Nombre de la persona que brinda apoyo: \_\_\_\_\_

Dirección de la persona que presta el apoyo: \_\_\_\_\_

Número de teléfono de la persona que brinda apoyo: \_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico de la persona que

brinda apoyo: \_\_\_\_\_

## **Testimonio:**

Certifico que, a mi leal saber y entender, la información anterior es verdadera y correcta. Acepto que pueden contactarme si se requiere mayor verificación.

\_\_\_\_\_  
Firma de la persona que completa este formulario (patrocinador)

\_\_\_\_\_  
Fecha de firma