



LISTA DE VERIFICACION DE REGISTRO

CRITERIOS OBLIGATORIOS

No tener seguro médico

Mis ingresos son inferiores al 300% de la línea de pobreza federal 2026 (ver más abajo)

Tamaño del hogar	Ingresos mensuales del 300% FPL	Ingresos anuales del 300% FPL
1	\$3,990.00	\$47,880.00
2	\$5,410.00	\$64,920.00
3	\$6,830.00	\$81,960.00
4	\$8,250.00	\$99,000.00
5	\$9,670.00	\$116,040.00
6	\$11,090.00	\$133,080.00
7	\$12,510.00	\$150,120.00

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN, COMPLETAR

Todos los campos deben completarse

COMPROBANTE DE DOMICILIO

Proporcione uno de los siguientes:

Licencia/permiso de conducir/Cualquier identificación estatal

Carta enviada por correo (facturas de servicios públicos, extracto bancario, etc.) que incluya el nombre y la dirección del paciente.

Alquiler

Licencia de conducir o identificación estatal de los padres (opción para los hijos)

Carta de inscripción escolar / Boleta de calificaciones / Historial académico (opción para niños)

Carta de apoyo del patrocinador (solo si lo anterior no corresponde, adjunta)

DOCUMENTOS DE IDENTIDAD

Proporcione uno de los siguientes:

Licencia/permiso de conducir

Pasaporte / Visa / Tarjeta de residencia (Green Card) / Cualquier identificación estatal

Identificación escolar (solo para niños)

Licencia de conducir, pasaporte, visa, tarjeta de residencia (Green Card) o identificación estatal de los padres (requerido para los hijos)

Acta de nacimiento (sólo para niños y sólo si lo anterior no es aplicable)

COMPROBANTE DE INGRESOS

Proporcione uno de los siguientes:

Declaración de impuestos más reciente, fechada y firmada en la segunda página del formulario 1040

Talones de pago de un mes / Cheque de pago

Declaración de ingresos cero (adjunta) con carta de apoyo, si corresponde.

Carta de SNAP / Carta de beneficios de desempleo / Carta de beneficios del Seguro Social

Carta de terminación de empleo / VA / TANF / Vivienda de la Sección 8 / Pensión

Estatus de asilo o refugiado / Visa de estudiante + carta de inscripción universitaria.

Carta de otra organización sin fines de lucro que indique los beneficios recibidos.

Carta de apoyo de los padres (solo para hijos)

Firma de paciente:

Día completado:

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

1. Envíelo por correo electrónico a registration@achnhealth.org

OR

2. Traiga o deje una copia física en la clínica:

4437 Brookfield Corporate Dr, Suite #109, Chantilly, VA 20151



FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN

¿Es usted un paciente nuevo?

Sí, soy un paciente nuevo

No, soy un paciente que regresa y estoy actualizando mi elegibilidad anual.

IDENTIFICACIÓN

Nombre de fila:

Apellido:

Segundo nombre:

Sexo legal: M F

Fecha de nacimiento:

SSN:

CONTACTO

Dirección:

Ciudad:

Estado:

Código Postal:

Email:

Teléfono móvil:

¿Da su consentimiento para recibir mensajes de texto y

Teléfono residencial:

llamadas automatizadas?

Si No

SI EL PACIENTE ES MENOR DE 18 AÑOS O TIENE UN TUTOR LEGAL

Nombre del padre, madre o tutor:

Fecha de nacimiento del padre, madre o tutor:

Dirección del padre, madre o tutor:

Ciudad: Estado: Código Postal:

Número de teléfono del padre, madre o tutor:

Correo electrónico del padre, madre o tutor:

DEMOGRAFICO

Idioma preferido:

¿Necesitas traductor? Si No

Raza/Etnia:

Negra/Afroamericana Caucásica/Blanca Hawaiano / otro isleño del Pacífico
Nativo americano / nativo de Alaska Oriente Medio/Norte de África Hispano / latino
Asiana Otra:

Estado civil: Soltera Casada Divorciada Separadas Viuda Pareja

¿Cuántas personas hay en su hogar? 1 2 3 4 5 6 7 8 Otra:

Ingresos del hogar: * Esta información es necesaria para verificar la elegibilidad; por favor, proporcione el dato a continuación.

Anualmente: \$

O

Mensual: \$

INFORMACIÓN ADICIONAL

¿Tiene empleo? Si No

En caso afirmativo, especifique a continuación

Empleado a tiempo completo

Empleado a tiempo parcial

Trabajador por cuenta propia

Trabajador estacional

¿Es usted un estudiante? Si No

¿Eres refugiado? Si No

¿Quién es el jefe de su familia? Femenina Masculina

¿No tienes hogar? Si No

¿Ha perdido su seguro recientemente? Si No En caso afirmativo, especifique a continuación.

Seguro patrocinado por el empleador

Medicaid

Seguro del mercado de seguros médicos

Otra:

DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA Y CONTACTO DE EMERGENCIA

Autorizo a ACHN Clinic a compartir mi información de salud protegida con la persona que se indica a continuación, quien también será registrada como mi contacto de emergencia:

Nombre completo:

Relación con la paciente:

Número de teléfono:

Al firmar este formulario, certifico que no cuento con seguro médico, que cumplo con el requisito de elegibilidad de ingresos de ACHN y que toda la información proporcionada es veraz y exacta.

Firma de la paciente/tutor:

Fecha:

Nombre de la paciente/tutor:



POLÍTICA DE OFICINA

REGLAS GENERALES

Trate al personal, a los voluntarios y a los demás pacientes con cortesía y respeto. Los tiempos de espera pueden variar; agradecemos su paciencia. Por favor, utilice el teléfono móvil de manera respetuosa y evite molestar a los demás. Le rogamos que no traiga niños a las citas. Si es necesario que le acompañen, deben permanecer con usted en todo momento y no molestar a los demás. **ACHN se reserva el derecho de negar la prestación de servicios a cualquier persona que se comporte de manera inapropiada con el personal, los voluntarios o los demás pacientes.**

Iniciales del paciente o del tutor aquí:

ELEGIBILIDAD

Si obtiene un seguro médico o ya cuenta con uno, es posible que deje de ser elegible para los servicios de las clínicas ACHN. Por favor, notifiquenos de inmediato cualquier cambio en su situación de seguro. **La elegibilidad para ACHN vence 12 meses después del registro o cuando cambien los ingresos de su hogar, lo que ocurra primero.** Usted es responsable de renovar su elegibilidad anualmente y de informar a ACHN sobre cualquier cambio en su dirección, número de teléfono, ingresos del hogar composición del mismo. ACHN se reserva el derecho de cancelar los servicios si tiene conocimiento de cambios en los ingresos que superen el límite de elegibilidad.

Iniciales del paciente o del tutor aquí:

EQUIPO

Es responsabilidad de los pacientes recordar sus citas. Las llamadas, mensajes de texto y correos electrónicos de recordatorio se ofrecen únicamente como cortesía. Es obligatorio concertar cita previa; no se atienden citas para el mismo día ni pacientes sin cita. Las llegadas con más de 15 minutos de retraso requerirán reprogramar la cita y conllevarán un cargo de \$10 por demora. **Las cancelaciones deben realizarse con al menos 48 horas de antelación. Las cancelaciones tardías y las faltas de asistencia sin previo aviso (no presentarse) supondrán un cargo de \$10 en la siguiente visita.** Tras dos faltas de asistencia consecutivas o dos cancelaciones consecutivas realizadas el mismo día, se podría revocar el derecho a concertar citas.

Iniciales del paciente o del tutor aquí:

MEDICAMENTOS Y REGISTROS

Por favor, traiga a todas sus citas los medicamentos que esté tomando actualmente, así como los registros de glucosa en sangre, los registros de presión arterial y cualquier historial médico relevante. Todos los pacientes inscritos tienen acceso al portal del paciente de ACHN, disponible en www.achnhealth.org. Las solicitudes de citas, renovaciones de recetas, pruebas y otros servicios deben realizarse a través del portal del paciente con una antelación de 3 a 4 días hábiles. Si está inscrito en un programa de asistencia para medicamentos, las solicitudes de renovación deben enviarse con al menos 2 semanas de antelación.

Iniciales del paciente o del tutor aquí:

COSTOS Y UBICACIONES DE LABORATORIO

Cualquier análisis de laboratorio solicitado por ACHN se realiza a una tarifa con descuento. Los análisis de sangre cuyo pago se efectúe en ACHN deben realizarse exclusivamente en la clínica ACHN o en Sunrise Medical Laboratories. **El cobro de los análisis se realiza en ACHN. ACHN no se hará responsable si los análisis se llevan a cabo en un centro distinto a los autorizados por ACHN (Sunrise Medical Laboratories).** Si usted realiza el pago en ACHN pero acude a otro laboratorio, ACHN no asumirá responsabilidad alguna ni actuará como mediador.

Iniciales del paciente o del tutor aquí:

DERIVACIONES Y ATENCIÓN EXTERNA

La derivación a atención especializada puede realizarse dentro de la clínica ACHN o a través de un proveedor de atención médica externo, según la recomendación de un proveedor de atención primaria de ACHN y la disponibilidad de especialistas adecuados en el centro. Si se requiere una derivación externa, el paciente es responsable de coordinar la atención y de conocer los requisitos financieros del proveedor externo. Es posible que los proveedores externos exijan el pago directo por parte del paciente u ofrezcan programas de asistencia financiera; en este último caso, los pacientes deben solicitar dicha ayuda con antelación, conforme a las políticas del proveedor. La clínica ACHN puede ayudar a los pacientes con el proceso de solicitud de asistencia financiera cuando este servicio esté disponible; sin embargo, ACHN no se hace responsable de los cargos o costos derivados de la atención prestada por proveedores externos. ACHN no cubre ni paga servicios prestados fuera de la clínica, incluidos, entre otros, la atención de urgencia, los servicios ambulatorios o de hospitalización, los servicios hospitalarios, la atención médica de emergencia u otros servicios de especialidad. **La clínica ACHN no es una compañía de seguros y no ofrece cobertura de seguro médico.**

Iniciales del paciente o del tutor aquí:

CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO Y EL SERVICIO

Al firmar a continuación, doy mi consentimiento para que los profesionales de ACHN Clinic realicen los exámenes, las evaluaciones diagnósticas y los tratamientos médicamente necesarios que se consideren adecuados para mi atención. Autorizo a ACHN Clinic a utilizar y divulgar mi información de salud protegida (PHI, por sus siglas en inglés) según lo permitido por la ley para fines de tratamiento, pago, operaciones de atención médica y coordinación de la atención, lo que incluye comunicaciones e intercambio de información por vía electrónica o fax con otros proveedores de atención médica. Confirmando haber recibido el Aviso de Prácticas de Privacidad de ACHN Clinic y comprendo mis derechos con respecto a mi PHI. Acepto recibir servicios de telesalud cuando se recomienden y comprendo sus posibles beneficios, limitaciones, riesgos y las medidas de protección de la confidencialidad. Certifico que la información que proporciono es exacta y autorizo a ACHN Clinic a verificar mis ingresos y mi elegibilidad. Comprendo que soy responsable de los cargos correspondientes y que puedo retirar mi consentimiento por escrito, sujeto a la legislación vigente y a las acciones realizadas previamente con base en este consentimiento. Este consentimiento permanece vigente mientras reciba atención en ACHN Clinic, a menos que sea revocado por escrito.

Iniciales del paciente o del tutor aquí:

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.	<i>Tylenol</i>	<i>Severo</i>	<i>Urticaria</i>

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.	<i>Vitamin C</i>	<i>1000 mg</i>	<i>1 tableta dos veces al día</i>

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	<i>Eczema</i>	<i>Madre y Hermano</i>	<i>10 años y 5 años</i>

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

Diabetes	Enfermedades oculares	Tuberculosis
Hipertensión arterial	Problemas cardíacos	VIH/SIDA
Colesterol alto	Angina de pecho	Úlcera estomacal o péptica
Enfermedad de la tiroides	Anemia	Enfermedad renal
Enfermedad hepática	Asma	Epilepsia
Cáncer	Accidente cerebrovascular	Otros:

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

	Cirugía	El año	Hospital/Ubicación
Ex	<i>Cirugía de amígdalas</i>	<i>2011</i>	<i>Inova Fair Oaks, US</i>

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?

Si

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

Asistido, sin diploma

Diploma de escuela secundaria

Licenciatura

Algunos estudios universitarios, sin título

Maestría

Grado asociado

Nunca asistí

Título profesional (MD, DDS)

Doctorado

No se

¿Esta usted empleado actualmente?

Si

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?

Si

No

¿Tienes alguna mascota?

Si

No

¿Tiene detectores de humo y monóxido de carbono en su casa?

Si

No

¿Estás expuesto pasivamente al humo?

Si

No

¿Hay fumadores en tu casa?

Si

No

¿Hay armas presentes en tu casa?

Si

No

¿Utilizas protector solar habitualmente?

Si

No

¿Eres capaz de cuidarte a ti mismo?

Si

No

¿Es usted ciego o tiene dificultad para ver?

Si

No

¿Es usted sordo o tiene serias dificultades para oír?

Si

No

¿Tiene dificultad para caminar o subir escaleras?

Si

No

¿Tiene dificultad para vestirse o bañarse?

Si

No

¿Tienes dificultad para hacer diligencia solo?

Si

No

¿Tiene dificultades con el transporte?

Si

No

Seleccione los recursos sobre los que desea recibir más información:

Necesidades básicas (alimentación/asistencia financiera de emergencia)

Viviendas/Refugios

Empleo y carrera

Educación financiera

Cuidado de personas mayores

Trastorno por uso de sustancias

Apoyo legal/inmigración

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:

¿Incluye usted (el proveedor de apoyo) al paciente como dependiente en su declaración de impuestos?

Si

No

En caso afirmativo, se debe presentar la declaración de impuestos.

Tipo de apoyo brindado al paciente y a su familia (complete todas las secciones a continuación)

Albergue: Fecha de mudanza: Fecha de salida: o Todavía viviendo aquí

Gastos de alimentación y manutención: Estime el promedio mensual de apoyo brindado \$

Espero brindar este apoyo hasta:

Nombre de la persona que brinda apoyo:

Relación con el paciente:

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