



Estimados pacientes/clientes,

Bienvenidos a Comienzos Brillantes! Si tiene preguntas o necesita cambiar o cancelar su cita de evaluación financiera, por favor llame al **925-393-4780** si usted va a la clínica en Antioch o **510-213-6681** si usted va a la clínica en Richmond. Alguien le contesta su llamada después de cerrar, incluyendo los fines de semana. Traiga los siguientes documentos que tiene con usted a su cita.

- |   |  |
|---|--|
| <b>1. Identificación válida</b>                                     | <b>6. Certificado de nacimiento/ pasaporte/ carta de naturalización / prueba de residencia</b> |
| <b>2. Tarjeta de Seguro</b>   | <b>7. Lista o botellas de medicina</b>   |
| <b>3. Comprobante de domicilio</b>                                  | <b>8. La última forma de W-2/1099 o copia de impuesto más reciente</b>                         |
| <b>4. Comprobante de ingresos (los últimos 2 talones de cheque)</b> | <b>9. Registros de vacunas</b>   |
| <b>5. Tarjeta(s) de Seguro Social</b>                               | <b>10. La forma de registración de la clínica Comienzos Brillantes y dental completado</b>     |

Estos documentos son requeridos para determinar si califica para los siguientes programas: Covered California, Medi-Cal de emergencia, Medi-Cal, Asistencia pública, u otra asistencia financiera/servicios. Nosotros vemos a todas pacientes a pesar de que no puedan pagar por sus servicios médicos. Si calle debajo de la pobreza federal de 200%, podemos cobrar a su cantidad de copago. **Falta de traer estos documentos puede limitar los servicios ofrecidos en la clínica Comienzos Brillantes.**

Gracias,

El equipo de Comienzos Brillantes



### **Comprobante de ciudadanía o presencia legal** (solo necesita uno de estos por persona)

- Pasaporte de EE.UU.
- Una licencia de conducir válida emitida por el estado
- Certificado de nacimiento
- Formulario DS-1350 del Departamento de Estado
- Certificate of Child Born Abroad
- Formulario FS-545 del Departamento de Estado
- Formulario FS-240 del Departamento de Estado
- Certificado de nacimiento en otro país
- Certificado de naturalización
- Formulario N-550 de Servicios de Inmigración y Naturalización (INS)
- Formulario N-570 de INS
- Formulario N-578 de INS
- Formulario N-565 de
- Recibo de registro de tarifas INDV (Formulario G-711 de INS)
- Certificado de ciudadanía estadounidense
- Formulario N-560 de INS
- Formulario N-561 de INS

### **Comprobante de Ingreso** (solo necesita uno de estos por persona)

- Talón de pago o copia de talón de pago
- Copia de talón de pago que muestra un embargo específico para la pensión alimenticia
- Copia de la declaración de impuestos federales del año pasado que refleje con precisión los ingresos actuales
- Copia de la declaración de impuestos federales del año pasado junto con el anexo federal C, D, E o F, según corresponda, que refleje con precisión los ingresos actuales.
- Carta firmada por empleador que muestre los ingresos brutos, la frecuencia de pago, y la fecha del cheque de pago
- Declaración jurada
- Formulario 1099
- Extracto de cuenta
- Estados de cuenta de inversión
- Registros de pago (notas y hipotecas)
- Carta de regalos de ingreso
- Contrato de arrendamiento o acuerdo de venta
- Registros como rentas brutas y recibos de gastos
- Registros comerciales como declaraciones de pérdidas y ganancias
- Otros documentos para apoyar comprobante de ingreso de renta
- Copia de la declaración de impuestos federales del año pasado junto con el anexo federal E que refleja con precisión los ingresos actuales
- Recibos que muestran los beneficios y gastos brutos
- Otros documentos para apoyar los ingresos de ingresos de esposo y manutención infantil
- Declaración jurada del padre ausente
- Copia de un cheque
- Aviso de aumento del costo de vida más reciente
- Copia del cheque de beneficios actual
- Declaración firmada del individuo u organización
- Otros documentos para apoyar comprobante de ingreso



## FORMULARIO DE REGISTRO DE NUEVO PACIENTE

**Por favor, complete y solicite ayuda si tiene preguntas.**

**Fecha de Hoy:** \_\_\_\_\_

**Nombre del Paciente:** \_\_\_\_\_ **Fecha de Nacimiento:** \_\_\_\_\_

**Género:**     Masculino             Femenino  
 Masculino Transgénero/ Hombre Trans/ Femenino-a-Masculino  
 Femenino Transgénero/ Mujer Trans/ Masculino-a Femenino  
 Género queer, ni exclusivamente masculino ni femenino  
 Otro (por favor especifique) \_\_\_\_\_  
 Negarse a especificar

**Orientación Sexual:**     Heterosexual     Bisexual     Lesbiana, gay, u homosexual  
 Negarse a especificar             Otra (por favor especifique) \_\_\_\_\_

**Dirección :** \_\_\_\_\_  

Calle
Ciudad
Estado
Código Postal

**Teléfono de casa #:** (    ) \_\_\_\_\_ **Móvil #:** (    ) \_\_\_\_\_

**¿Tiene Seguridad Social?:**  Sí             No    o ITIN             Sí     No

**Seguridad Social O ITIN #:** \_\_\_\_\_

**¿Su número de Seguridad Social es solo para empleo?**  yes     No

**Estado de Empleo:**  Empleado a tiempo completo     Empleado a tiempo parcial     No Empleado  
Nombre de Empleador si corresponde) \_\_\_\_\_ Trabajo \_\_\_\_\_

**Correo Electrónico:** \_\_\_\_\_  
**(Si tiene correo electrónico, su proveedor puede comunicarse directamente con usted y usted puede ver los resultados de su prueba en línea.)**

**Nombre de Farmacia Preferida:** \_\_\_\_\_

**Calle:** \_\_\_\_\_ **Ciudad:** \_\_\_\_\_

**Situación de Hogar:**     Propietario             Inquilino             Motel/Hotel     Coche             Albergue  
 Viviendo con familia/amigos             Otra

**Estado Civil:**     Soltero     Casado     Separado     Divorciado     Vuido             Socio doméstico

**¿Está incapacitado?:**     Sí     No



**Etnia / raza:**  Asiática  Hawaiana nativa u otra isleña pacífica  Hispano/Latino   
Negra / Afroamericana  India americana / nativa de Alaska  Caucásica

**Nivel educativo completado:**  Menos de graduado de escuela secundaria  
 Graduado de escuela secundaria  
 Algún universidad / título asociado  
 Licenciatura

¿En qué idioma debe estar su información? \_\_\_\_\_

¿Qué tan bien entiende inglés?  Muy Bien  Moderada  Muy poco  Ninguna

**Nombre de contacto de emergencia:** \_\_\_\_\_ **Relación:** \_\_\_\_\_  
**Telefono # ( )** \_\_\_\_\_

**Si menor, nombre de la madre:** \_\_\_\_\_ **Si menor, nombre del padre:** \_\_\_\_\_

¿Cómo se enteró de nuestra clínica? \_\_\_\_\_

1. Tiene seguro médico  Sí  No Si lo tiene, que compañía de seguros? \_\_\_\_\_

2. Tiene Medi-Cal?:  Sí  No  
Si lo tiene, es Medi-Cal de Emergencia?  Sí  No

3. ¿Tiene Contra Costa Health Plan?  Sí  No  
Si NO, ya ha aplicado?  Sí  No

Entiendo que mi información médica es confidencial. Autorizo el intercambio entre esta clínica y cualquier otros proveedores o organizaciones solo si es necesario para el tratamiento, pago, u operaciones de atención médica. Una copia de los derechos del paciente y pólizas de confidencialidad están disponibles a pedido.

El intercambio de información puede incluir tratamiento para:

Alcohol/Drogas:  Sí  No Iniciales \_\_\_\_\_

Drogas psiquiatricas:  Sí  No Iniciales \_\_\_\_\_

ETS / SIDA  Sí  No Iniciales \_\_\_\_\_

**POR LA PRESENTE AUTORIZO TRATAMIENTO EN LA CLÍNICA:**  Sí  No Iniciales: \_\_\_\_\_

**Firma de Paciente o Guardián legal:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

## **AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO**

La atención médica es un servicio necesario para los pacientes que cubre una amplia gama de necesidades médicas a personas de todas las edades, independientemente del género, color, raza, credo, origen nacional o discapacidad, cinco días a la semana. El propósito de la atención médica es:

- Para tratar enfermedades, lesiones y discapacidades mediante exámenes, pruebas y uso de procedimientos, en la ayuda de un diagnóstico o tratamiento.
- Obtener la información necesaria para diagnosticar y examinar a los pacientes.
- Prevenir o minimizar la discapacidad física y mental residual.
- Ayudar a los pacientes a alcanzar su máximo potencial dentro de sus capacidades.
- Acelerar la convalecencia y reducir la duración de la recuperación funcional.

Se le explicarán detalladamente todos los procedimientos antes de que se le solicite que los realice. No se espera que sienta ningún aumento en su nivel de dolor o incomodidad. Debe interrumpir el procedimiento antes de que sienta un aumento en su nivel actual de dolor o incomodidad.

Se espera que coopere completamente con el examen y detenga cualquier prueba o procedimiento si empieza a sentir un aumento en su nivel actual de molestia por el dolor. Existen ciertos riesgos inherentes a la atención médica. Usted podrá detener cualquier procedimiento si siente alguna molestia. El médico tomará todas las precauciones para asegurarse de que este protegido contra cualquier situación potencialmente peligrosa. Nunca se verá obligado a realizar ningún procedimiento que no desee realizar.

Con base en la información anterior, estoy de acuerdo en cooperar plenamente y participar en todos los procedimientos de atención médica y cumplir con el plan de atención, ya que se ha establecido.

Reconozco que he leído y recibido una copia de la autorización para el tratamiento y los derechos y responsabilidades del paciente.

### **Aviso a los pacientes**

Para su seguridad personal, no use ningún equipo sin la presencia de un miembro del personal.

**Nombre impreso del paciente:** \_\_\_\_\_ **Fecha de Nacimiento:** \_\_\_\_\_

**Firma del Paciente:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_  
(Firma del padre o tutor legal si el paciente es menor de 18 años)

**Firma de testigo:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_



## **Cobertura para Emergencias Médicas Durante y Después del Horario de la Clínica**

Para asegurar que todos los pacientes de Brighter Beginnings tengan acceso a atención médica de alta calidad, ofrecemos las siguientes instrucciones para mantener la cobertura durante las emergencias médicas durante y después del horario de la clínica.

### **Instrucciones:**

1. Si piensa que usted tiene una situación que requiera servicios médicos inmediatamente para aliviar el dolor severo o para diagnosticar y tratar una condición médica que sin tratamiento resultaría en su discapacidad o muerte, **llame al 911.**
2. Pacientes pueden llamar a la clínica para hablar con la enfermera consejera que está disponible después del horario de la clínica para ayudarlo con cualquier problema medica. Ella también le dará consejos médicos adecuados sobre los próximos pasos.
  - a. Antioch: **925-303-4780**
  - b. Richmond: **510-236-6990**
3. Los pacientes que tienen CCHP también pueden llamar al **1-877-661-6230** y **elegir opción 1** para hablar con CCHP. Esta cobertura siempre está disponible 24 horas al día, 7 días a la semana.
4. Si el paciente necesita hablar con los empleados de la clínica sobre otras cosas, como programación, facturación, u otros servicios, el paciente debe llamar durante el horario de la clínica normal.

Signature/ Firma: \_\_\_\_\_ Date/Fecha: \_\_\_\_\_

Print Name/Nombre: \_\_\_\_\_

## INGRESO Y TAMAÑO FAMILIAR ATESTACIÓN

1. Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_
2. Información sobre el tamaño del hogar\* (\*miembros del hogar incluyen las personas que viven en el mismo hogar y están relacionadas por nacimiento, matrimonio, pareja doméstica registrada, o adopción)

Por favor, enumere todos los miembros de su hogar, incluido usted:

	Nombre	Relación	Fecha de Nacimiento		Nombre	Relación	Fecha de Nacimiento
1				5			
2				6			
3				7			
4				8			

### 3. Información de ingresos del hogar

Por favor, enumere todos los fuentes de ingresos de todos los adultos en su hogar, incluido usted. Los adultos son las personas que tienen 18 años o más. Por favor, adjunte a esta solicitud una verificación de cada fuente. Consulte el Apéndice A para ver ejemplos de documentos aceptables como demostraciones de ingresos.

Nombre	Relación	Fuente de Ingresos	Cantidad Recibido	Frecuencia	Total (solo para uso de oficina)

**Declaración:** Es necesario completar la solicitud y auto-certificación para participar en los servicios de Brighter Beginnings. Entiendo que Brighter Beginnings no puede garantizar que los servicios fuera de la clínica Brighter Beginnings sean gratuitos. Seré responsable de las facturas incurridas al recibir atención médica fuera de Brighter Beginnings. Si se me considera elegible para otros beneficios médicos, tendré que solicitar o usar la cobertura, ya que Brighter Beginnings brinda servicios a aquellos que no tienen otros recursos o cobertura médica.

---

**Fecha**                      **Nombre**                      **Firma**                      **Relación (Si no es el solicitante)**



## **FORMULARIO DE PROGRAMA DE PAGO PROPORCIONAL (DE ESCALA MÓVIL)**

Estoy de acuerdo en que se me ha explicado lo siguiente y que seguiré todas las pautas para este programa.  
Entiendo que:

1. Los servicios que son elegibles bajo los programas CHIP, Planificación Familiar, Detección de Cáncer y Seno, Medi-Cal, Medicare, y otros programas no están cubiertos por este programa.
2. Solo los servicios que son médicamente necesarios y ordenados por los empleados de Brighter Beginnings están cubiertos por este programa.
3. Es posible que este programa no cubra algunos procedimientos en la oficina. Si los servicios no están cubiertos, los empleados de facturación lo ayudarán a hacer arreglos necesarios.
4. Los servicios de laboratorio, vacunas y las inmunizaciones que se realizan en nuestra clínica no están cubiertos por este programa. Algunos medicamentos recetados por su proveedor también pueden incluirse si se dispensan internamente. El equipo de la clínica trata de utilizar los Formularios de \$4/Programas de Asistencia al Paciente para los medicamentos, cuando sea posible.
5. Es posible que este programa no cubra servicios que se brindan fuera de la clínica en hospitales u otras instalaciones médicas.
6. Acepto notificar a Brighter Beginnings si faltara una cita 24 horas antes de la cita programada. Si no asisto para un máximo de 3 citas programadas sin notificar a Brighter Beginnings, es posible que no esté elegible para recibir atención médica en Brighter Beginnings.
7. La fecha de vigencia de mi participación en este programa la deciden los empleados de Brighter Beginnings. Su inscripción es válida por seis meses. Si no tiene ingresos, su inscripción vencerá en tres meses y se le volverá a examinar.
8. Acepto notificar a Brighter Beginnings si mi nivel de ingresos o mi tamaño familiar cambia antes de que llegue el momento de renovar mi participación en el programa.
9. Entiendo que necesito traer toda la documentación para el comprobante de ingresos del hogar. También entiendo que los empleados de Brighter Beginnings pueden solicitar verificación de ingresos en cualquier momento durante mi participación en este programa.
10. **El pago de tarifas de escala móvil es requerido al momento de recibir el servicio de la clínica.**

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

Print Name: \_\_\_\_\_





**AUTORIZACIÓN PARA RECIBIR CONTACTO**  
**TELEFÓNICO/VERBAL/POR CARTA**  
**EN CASO DE VIOLACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA**

Yo, \_\_\_\_\_, autorizo a Brighter Beginnings a notificarme enviándome una carta por correo, llamándome por teléfono o informándome verbalmente en persona en caso de que hubiera una violación de la privacidad de mi información de salud protegida (ISP) por parte de Brighter Beginnings. Esta conversación será documentada por Brighter Beginnings (BB).

De acuerdo con la Ley de portabilidad y responsabilidad del seguro médico (*Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA*) de 1996, concretamente el Reglamento Final que modifica las reglas sobre la privacidad, seguridad, cumplimiento y notificación de violación, la notificación por carta, telefónica o verbal que yo reciba bajo esta autorización no será simplemente para la conveniencia administrativa de Brighter Beginnings.

Esta autorización permanece válida incluso después de que yo termine mis servicios en Brighter Beginnings. Entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento escribiendo una carta al director de privacidad (*Privacy Officer*) a 2727 Macdonald Ave, Richmond, CA 94804.

Firma del Cliente	Nombre en letra de molde	Fecha
Nombre en letra de molde del niño 1	Nombre en letra de molde del niño 2	Nombre en letra de molde del niño 3
Firma del padre de familia/tutor	Nombre en letra de molde	Fecha
Firma del personal/pasante de BB	Nombre en letra de molde	Fecha

- El cliente tiene 18 años de edad o más       El padre de familia/tutor no está disponible para firmar



**RECONOCIMIENTO DE HABER RECIBIDO EL AVISO SOBRE LAS PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD**

Al firmar este documento, usted confirma que ha recibido el AVISO SOBRE LAS PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD de Brighter Beginnings (Comienzos Brillantes), el cual le informa sobre las maneras en que podemos usar y divulgar su información de salud protegida. Le recomendamos leer el aviso completo.

Nuestro AVISO SOBRE LAS PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD está sujeto a cambios. Si lo cambiamos, usted puede recibir una copia del aviso modificado visitando nuestra página en Internet [www.brighter-beginnings.org](http://www.brighter-beginnings.org) o llamando sin costo al (877) 427-7134.

Si tiene alguna pregunta sobre el AVISO SOBRE LAS PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD, comuníquese con el director de privacidad:

Privacy Officer  
Brighter Beginnings  
2727 Macdonald Ave  
Richmond, CA 94804

Afirmo que he recibido el AVISO SOBRE LAS PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD de Brighter Beginnings.

---

Firma del Cliente Nombre en letra de molde Fecha

---

Nombre en letra de molde del niño (Niño 1) Nombre en letra de molde del niño (Niño 2) Nombre en letra de molde del niño (Niño 3)

---

Firma del padre de familia/tutor Nombre en letra de molde Fecha

---

Firma del personal/pasante de BB Nombre en letra de molde Fecha

- El cliente tiene 18 años de edad o más  El padre de familia/tutor no está disponible para firmar

**Para los empleados de la clínica:**

- Client refuses to acknowledge receipt of Brighter Beginnings' Notice of Privacy Practice



**AVISO DE RECONOCIMIENTO**  
**INSTRUCCIONES POR ADELANTADO**

*Nota: solo los adultos (de 18 años de edad y mayores) y los jóvenes emancipados deben llenar este formulario*

Las instrucciones por adelantado son un documento legal en el cual una persona da indicaciones sobre la atención médica que desea recibir en el futuro o nombra a otra persona(s) para que tome decisiones médicas en su lugar en caso de que él o ella pierda la capacidad de hacerlo. Las instrucciones por adelantado son los siguientes documentos escritos: el testamento en vida y el poder duradero para la atención médica.

**El testamento en vida**

Cualquier adulto puede, en cualquier momento, declarar por escrito su deseo de que no le den o que le quiten procedimientos para mantenerlo con vida si tiene una enfermedad mortal irremediable o si se encuentra en estado de coma profundo y continuo sin posibilidades razonables de recuperarse.

**El poder notarial duradero**

Cualquier adulto puede en cualquier momento, ejecutar un poder notarial duradero que autoriza que otra persona tome decisiones sobre su tratamiento medico si dicho adulto de encuentra incapacitado para participar activamente en la toma de decisiones sobre su propia salud.

**Por favor lea las siguientes declaraciones:**

- Me han informado sobre mi derecho a formular instrucciones por adelantado.
- Entiendo que Brighter Beginnings puede proporcionarme el formulario para preparar las instrucciones por adelantado.
- Entiendo que no me obligan a tener instrucciones por adelantado para poder recibir servicios médicos en Brighter Beginnings.

**Por favor marque la casilla que corresponda a su respuesta y firme abajo**

**HE** preparado mis instrucciones por adelantado

**TIPO:**            Testamento en vida            Poder notarial duradero

**NO HE** preparado mis instrucciones por adelantado

Al firmar este formulario, reconozco que Brighter Beginnings me ha proporcionado información sobre las instrucciones por adelantado.

---

Firma de cliente

Print Name

Fecha

Estimados Pacientes:

Tenemos horarios limitados de citas disponibles, y para ser justos con todos nuestros pacientes, comenzamos una nueva política de cancelación el 1 de julio de 2016.



**Si no puede asistir a una cita programa, le pedimos que llame a nuestra oficina 24 horas hábiles antes de la hora de su cita.** Esto nos permitirá programar una cita para otro paciente durante el horario de su cita.

Después de dos “no shows” o cancelaciones tardías, se le enviará un aviso final. Después de un tercer “no show” o cancelación tardía, solo podemos verlo un mismo día, según el espacio disponible.

Apreciamos su cooperación y comprensión.

Gracias,  
Brighter Beginnings Family Health Clinic

He leído, recibido una copia, y comprendo esta política.

**Firma:** \_\_\_\_\_

**Nombre:** \_\_\_\_\_

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

**MR# (para uso de empleados):** \_\_\_\_\_