



Matagorda Episcopal Health Outreach Program

Matagorda Episcopal Health Outreach Program (MEHOP) es un centro de salud federalmente calificado (FQHC). Para proporcionar la mejor atención clínica para nuestros pacientes, se requiere juntar información detallada sobre usted en la que se establecerá y mantendrá un registro de salud para cada paciente que recibe servicios en nuestro centro de salud. Toda la información es estrictamente confidencial. Su información personal no será divulgada sin su consentimiento y conocimiento.

Forma de Registro Para Paciente

Formulario de registro con campos: Apellido, Nombre, Nombre Preferido, No. de Seguro Social, Fecha de Nacimiento, Dirección, Ciudad, Estado, Código Postal, Condado, Orientación sexual, Género, Sexo al Nacer, Número de Teléfono, Otro Número de Teléfono, Correo Electrónico, Cuantos son en la familia.

¿Cómo prefiere ser contactado? (si es necesario elija más de una opción):

Opciones de contacto: Mensaje de texto, Teléfono Móvil, Correo Electrónico, Correo U.S, Portal de Pacientes

Formulario de datos demográficos: Ingresos del Hogar, Etnicidad, Raza, Estado de la vivienda.

Opciones para Pacientes - por favor lea detenidamente y seleccione "Sí" o "No" al siguiente cuestionario

Necesitamos su permiso para que MEHOP pueda intercambiar información electrónicamente sobre su salud con otros profesionales de salud, entidades y a usted mismo. El intercambio es seguro y mejorara la rapidez, calidad, seguridad y costo del cuidado y experiencia del paciente. ¿Tenemos su permiso? Si o No.

¿Nos da su permiso para enviarle mensajes de texto o mensajes por correo electrónico para confirmar su cita? ¿Permiten mensajería? (Por favor marque uno) Si o No Si respondió Si, por favor proporcione su número de teléfono

Cuestionario de consentimiento con tres preguntas y opciones de respuesta (Sí/No).

Por favor continúe en la siguiente página



Matagorda Episcopal Health Outreach Program

Matagorda Episcopal Health Outreach Program (MEHOP) es un centro de salud federalmente calificado (FQHC). Para proporcionar la mejor atención clínica para nuestros pacientes, se requiere juntar información detallada sobre usted en la que se establecerá y mantendrá un registro de salud para cada paciente que recibe servicios en nuestro centro de salud. Toda la información es estrictamente confidencial. Su información personal no será divulgada sin su consentimiento y conocimiento.

Apellido	Idioma que habla mejor:	Esta atendiendo la escuela? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Ultimo grado de estudio? K 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12			
Veterano	Esta actualmente activo in el Ejercito de los EE UU	MEHOP ofrece elegibilidad para todos nuestros pacientes.- Estaria usted dispuesto a participar?	Tiene Medicare? Numero?	Medicaid? Numero?		
Tiene seguro Medico o Dental?	Si Tiene, es a través de su empleador?	Estado de Agricultura: <input type="radio"/> Dependiente del Migrante <input type="radio"/> Dependiente de la temporada <input type="radio"/> Trabajador Migrante <input type="radio"/> No Trabajador Agricola <input type="radio"/> Trabajador Temporal	Estado Civil: <input type="radio"/> Soltero/a <input type="radio"/> Casado/a <input type="radio"/> Divorciado/a <input type="radio"/> Viudo/a <input type="radio"/> Separado/a <input type="radio"/> Socio de la vida <input type="radio"/> Desconocido			
Nombre de Suscriptor:	Fecha de Nacimiento de Suscriptor					
Numero de Seguro Social?	Numero de Seguro?					
Nombre de Seguro secundario?		Numero de Seguro secundario:				
Seguro secundario	Persona económicamente responsable por esta cuenta	Contacto de Emergencia: ¿Está bien que dejemos un mensaje con su contacto de emergencia ? o Si o No		Información de Esposo/a		
Nombre de suscriptor:	Nombre:	Nombre:		Nombre de Esposo/a:		
Fecha de nacimiento:	Dirección de Correo:	Dirección de Correo:		Fecha de nacimiento:		
Seguro Social:	Teléfono:	Teléfono:		Teléfono:		
	Relación al paciente:	Relación al paciente:				
Si el paciente es menor de edad						
Como se Enteró de MEHOP?	Nombre de Padre o Guardián Legal/Relación	Seguro Social	Fecha de Nacimiento	Sexo	Estado Civil	

Por favor continúe en la siguiente página



	Iniciales de Aceptación
Asignación de Beneficios: Por la presente autorizo y ordeno a mi compañía de seguro(s) medico emitir pagos directo a Matagorda Episcopal Health Outreach Program para servicios Médicos, Pediatría, Obstetricia, Ginecología, Dentales y salud mental ofrecidos para mi y/o para algún miembro de mi familia. Independientemente de mis beneficios del seguro, yo entiendo que seré responsable por cualquier cantidad que no sea cubierta por mi seguro médico.	
Autorización para Divulgar Información: Por la presente autorizo a Matagorda Episcopal Health Outreach Program para divulgar cualquier información necesaria para la compañía de seguros en respecto a mi enfermedad y tratamientos, para procesar mi reclamo de seguro adquirido en el curso de mi examen o tratamiento. Esta orden se mantendrá en efecto hasta que sea revocada por mí, por escrito.	

Juro solemnemente (o afirmo) que la información incluida en este formulario es verdadera o fue completada a lo mejor de mi conocimiento.

Firma de Paciente o Guardián	Fecha
Nombre por Escrito	Si no es el paciente
Firma de Testigo	Fecha

El pago se requiere cuando le dan servicios

Matagorda Episcopal Health Outreach Program

101 Ave F North, Bay City, Texas 77414
Número de Teléfono (979) 245-2008/Numero Gratuito 1-877-705-2008 Fax: (979) 245-0744

CONSENTIMIENTO AL TRATAMIENTO

Yo (para) subscribió a paciente, consiento por este medio voluntariamente a tal cuidado médico que implica procedimientos de diagnóstico rutinarios y el tratamiento médico/ dental / salud conductiva por mi médico/dentista/consejera de salud conductiva que atienda, sus ayudantes o sus designes. Estoy enterado que la práctica de la medicina/de la odontología/salud conductiva y de la cirugía no es una ciencia exacta y reconozco que no se ha hecho ningunas garantías referentes a los resultados de ningún tratamiento o exámenes que se rendirán durante este episodio del cuidado. Entiendo que el médico/el dentista/consejera de salud conductiva que atienda puede no ser un agente del Matagorda Episcopal Health Outreach Program (MEHOP), y pudo haber sido concedido privilegios por MEHOP a la medicina/a la odontología/salud conductiva de la práctica y utilizar las instalaciones de MEHOP. Entiendo más lejos que las enfermeras/el higienista y el otro personal técnico en MEHOP no practican la medicina/la odontología/consejera de salud conductiva, pero realizo las órdenes de médicos/de dentistas/consejera de salud conductiva licenciados independientes al proporcionar el tratamiento a los pacientes en MEHOP.

ASISTENCIA MÉDICA

Contratistas independientes, suministro de servicios al paciente, incluyendo el radiólogo, patólogo, anestesiólogo, sala de emergencias los médicos y otros pueden facturar directamente por sus servicios. MEHOP proporciona sólo los cuidados de enfermería de obligación general a menos que el médico ordena al paciente ser. proporciona atención de enfermería más intensiva. Si la condición del paciente requiere el servicio de una enfermera especial deber o setter, este servicio debe ser arreglado por el paciente o representante del paciente ya que MEHOP no proporciona esta especial atención. Cuando rieles laterales de protección se coloca en la cama del paciente y criados para la protección del paciente o cuando se ordenaron restricciones protectoras, el paciente asume todos los riesgos de lesiones o daños si el paciente se niega a permitir planteado rieles laterales o restricciones.

CONSENTIMIENTO PARA ESTUDIANTES

_____ Yo entiendo que: MEHOP es una clínica de enseñanza y que los estudiantes de medicina que pueden llegar a ser médicos, enfermeras, y otros estudiantes de la salud, pueden ayudar en mi tratamiento en alguna clínica de MEHOP.

CONSENTIMIENTO PARA FOTOGRAFIA

_____ Por razones de seguridad y identificación, MEHOP está autorizado para tomar fotos de los pacientes para poner en el expediente. (Requerido para el sistema nuevo de seguridad.)

_____ MEHOP está autorizado para el paciente para usar la foto para uso de publicidad. (Si/No)

Firma de Paciente o Firma Autorizado**

Fecha

Relación al Paciente

Testigo

****Cuando el paciente es INCAPAZ de dar su consentimiento o es un MINOR DE EDAD, completar lo siguiente:**

- Razón paciente es incapaz de dar su consentimiento: _____
- Nombre del Paciente _____ es menor de edad que tiene (_____) años.

ACUSE DE RECIBO DE LA NOTIFICACIÓN DE PRIVACIDAD PRÁCTICAS

Aviso a los pacientes:

MEHOP se requiere que proporcione usted una copia de nuestro aviso de prácticas de privacidad, que establece cómo podemos utilizar, o divulgar su información de salud. Por favor firmar este formulario para reconocer recepción de la comunicación. Usted puede negarse a firmar esta confirmación, si usted desea.

Reconozco que tengo recibí una copia del aviso de prácticas de privacidad de MEHOP.

Imprima su nombre aquí (Paciente/Padre/Guardián Legal)

Firma (Paciente/Padre/Guardián Legal)

Fecha

SÓLO CON FINES DE OFICINA

Tenemos hizo todo lo posible para obtener confirmación escrita a partir de la recepción de nuestro aviso de privacidad de este paciente, pero no se pudo obtener porque: (Escoge uno)

- El paciente se negó a firmar.
- Vencimiento a una situación de emergencia, no fue posible obtener un acuse de recibo.
- Nos no podían comunicarse con el paciente.
- Otros (Sírbase proporcionar detalles específicos)

Firma de Empleado

Fecha

Confirmación de la recepción de HIPAA el aviso de las prácticas de privacidad

PACIENTE REGISTRO DE DIVULGACIONES

En general, la regla de privacidad de HIPAA les da a individuales el derecho a solicitar una restricción en los usos y divulgaciones de su información de salud protegida (PHI). También se proporciona al individual el derecho de solicitar comunicaciones confidenciales o que una comunicación de información sea enviada por medios alternativos, tales como el envío de correspondencia a la oficina de la persona en vez de la casa del individual.

Deseo ser contactado de la siguiente manera (marque todos que le corresponden):

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Teléfono de su casa _____
<input type="checkbox"/> Deje un mensaje con información detallada
<input type="checkbox"/> Deje su mensaje con solo su nombre y numero de teléfono
<input type="checkbox"/> Teléfono de su trabajo _____
<input type="checkbox"/> Deje un mensaje con información detallada
<input type="checkbox"/> Deje su mensaje con solo su nombre y numero de teléfono
<input type="checkbox"/> Teléfono celular _____
<input type="checkbox"/> Deje un mensaje con información detallada
<input type="checkbox"/> Deje su mensaje con solo su nombre y numero de teléfono | <input type="checkbox"/> Comunicación escrita
<input type="checkbox"/> Puede enviar correo a la dirección de mi casa
<input type="checkbox"/> Puede enviar correo a la dirección de mi trabajo
<input type="checkbox"/> Puede enviar fax a este numero _____
<input type="checkbox"/> Otro _____

_____ |
|--|--|

Firma (Paciente/Padres/Guardián Legal)

Fecha

Nombre en Letra de molde (Paciente/Padres/Guardián Legal)

Fecha de Nacimiento

La Regla de Privacidad generalmente requiere que los proveedores médicos tomen las medidas razonables para limitar el uso o divulgación de y solicitudes de PHI al mínimo necesario para lograr el propósito deseado. Estas disposiciones no se aplican a los usos o divulgaciones hechas de una autorización solicitada por el individual.

Entidades de salud tienen que tener un registro de las divulgaciones de PHI. La información proporcionada abajo constituirá un registro adecuado. Usos y divulgaciones para tratamiento, pago y operaciones de salud pueden ser permitidas sin previo consentimiento en caso de emergencia.

****Solo para Uso de la Oficina**

Registro de Divulgaciones de Información Medica Protegida

Fecha	Recibidor de Información/Dirección o Fax	(1)	Intención de Divulgación	Divulgada por (nombre)	(2)	(3)

(1) Marque esta caja si la divulgación es autorizada

(2) Tipo: T=Registro de Tratamiento P=Información de Pago O= Operaciones de Salud

(3) Como se hizo la divulgación: F=Fax P=Teléfono E=Correo Electrónico M=Correo O=Otro

Como un paciente en MEHOP usted tiene el derecho a:

Derechos civiles

1. Sea protegido de la discriminación. Usted tiene derecho a recibir servicios y tratamiento sin discriminación sobre la base de raza, color, origen nacional, sexo, edad, religión, discapacidad, ascendencia, discapacidad física o mental o discapacidad, condición de veterano de Vietnam era, u otros motivos no permitida por las leyes federales, estatales y las leyes o regulaciones locales.

Pago para Servicios

2. Reciba una explicación de la factura que recibe por los servicios.
3. Reciba servicios de atención médica primaria, que son médicamente necesarios, a pesar de su incapacidad para pagar estos servicios. Sin embargo, debe actuar de buena fe y realizar pagos por los servicios.

Privacidad

4. Usted tiene un derecho a tener sus entrevistas, exámenes y tratamiento en privacidad. Sus registros de paciente (médica, dental, salud mental, VIH, abuso de sustancias) también son privadas. Solo las personas legalmente autorizadas podrán ver sus registros a menos que usted solicite por escrito para que nosotros mostrar a, o copiarlos para otra persona. Una explicación completa de sus derechos de privacidad se le dará a usted junto con este documento y es nombrada Aviso de Prácticas de Privacidad de MEHOP. Le pedimos que usted reconozca su recibo de nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad. El Aviso de Prácticas de Privacidad establece las maneras en que sus registros de paciente pueden ser utilizadas o divulgados por MEHOP y los derechos concedidos a usted debajo de la Health Insurance Portability y Accountability Act ("HIPAA") Si tiene seguro privado o están asegurados bajo Medicare o Medicaid, el asegurador tiene derecho a solicitar registros médicos relativos a un servicio que se facturó a ellos por nosotros.

Cuidado de la salud

5. Atención de la salud y el tratamiento que es razonable para su condición y dentro de nuestra capacidad, sin embargo, MEHOP no es un establecimiento de atención de emergencia. Usted tiene derecho a ser transferido o que sea referido a otro centro para los servicios que no podemos proporcionar.
6. Información acerca de su salud o la enfermedad, el plan de tratamiento, incluyendo la naturaleza de su tratamiento; sus beneficios esperados; sus riesgos inherentes y los peligros (y las consecuencias de la denegación de tratamiento; las alternativas razonables, si algunas (y sus riesgos y beneficios; y el resultado esperado, si se conoce. Esta información se le llama obtener su consentimiento informado.
7. Información y explicaciones en el idioma que habla normalmente y en las palabras que usted entiende.
8. Participar en las decisiones sobre su tratamiento.
9. Recibir información acerca de "Directivas por Adelantado". (Una "Directivas por Adelantado" son instrucciones dadas por individuos especificando qué medidas deben tomarse para su salud en caso de que ya no son capaces de tomar decisiones debido a enfermedad o incapacidad y nombra a una persona para tomar tales decisiones en su nombre). Si no desea recibir esta información, o si no es médicamente aconsejable para compartir esta información con usted, lo proporcionaremos a su representante legalmente autorizado. En este momento ¿le gustaría obtener información acerca de Directivas por Adelantado? Si No
En caso afirmativo, se proporcionará información adicional para usted. Si usted decide que no, usted puede solicitar información en otro momento.
10. Recibir información sobre cómo utilizar adecuadamente los servicios de MEHOP.
11. Rechazar el tratamiento o procedimientos, si eres un adulto, en la medida permitida por la ley aplicable y los reglamentos. En este sentido, usted tiene derecho a ser informado de los riesgos, peligros y consecuencias de negarse a dicho tratamiento o procedimientos. Su recibo de esta información es necesario para que su rechazo seá "informado".
12. Recibir una evaluación adecuada y el manejo del dolor, como sea necesario, si tiene dolor

Como paciente en MEHOP, usted es responsable de:

Pago de servicios

13. Dar información precisa acerca de su situación financiera actual y de cualquier cambio en su situación financiera. Necesitamos esta información para establecer su cuota y/o por lo tanto podemos colector pago de su Seguro Privado, Medicaid, Medicare o otros beneficios para los cuales puede ser elegible. Si su ingreso es menor que las directrices de la pobreza federal 200%, se te cobrará una tarifa con descuento.
14. Debe pagar o hacer plan de pago de todas las tarifas acordadas para servicios médicos, con la excepción de los servicios dentales, que se suministran sobre una base prepagada. Planes de pago se ponen a disposición para circunstancias específicas.
15. Pago por los servicios que recibe de otro proveedor de atención médica, incluido el transporte hacia y recibido en Matagorda Regional Medical Center. Usted es responsable de los arreglos de pago por servicios prestados por otro proveedor o entidad fuera de MEHOP. Esto incluye radiografías, mamografías o análisis de sangre que no son servicios de MEHOP.

Cuidado de la salud

16. Proporcionamos información precisa, completa y actual acerca de su salud, por lo que podemos darle la atención adecuada de la salud.
17. Utilizar servicios de MEHOP de manera adecuada, lo que incluye
a. siguiendo instrucciones de nuestro personal,
b. hacer y cumplir con citas de mantenimiento programado, y solicitar una cita de "entrada sin cita" sólo cuando es necesario.
18. Hacer preguntas y expresar preocupación cuando no comprende su plan de tratamiento o lo que se espera de usted.
19. Ser responsable de las consecuencias y el resultado de rechazar el tratamiento o los procedimientos recomendados. Si rechazó el tratamiento o los procedimientos que sus proveedores de atención médica créen que está en su mejor interés, es posible que se le solicite que firme un formulario de Denegación de Permiso de Tratamiento o Servicios Médicos o un formulario de Contra el Asesoramiento Médico (según corresponda).

Reglas de centro

20. Ser considerado con los derechos y la propiedad de quienes le rodean.

**** Favor de poner
iniciales del 1-32 despues
firme y ponga fecha**

**PROGRAMA DE EXTENSION DE SALUD EPISCOPAL DE MATAGORDA
LOS DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DEL CENTRO Y LOS PACIENTES**

Actualizado 12/6/2017

21. _____ Ser respetuoso de otros pacientes, visitantes y personal.
22. _____ Entender que MEHOP es una clínica de enseñanza, por lo tanto, estudiantes supervisados ayudarán a cuidarlo.
23. _____ Ser responsable de la supervisión y seguridad de los niños que llevas contigo a MEHOP. Usted es responsable de la seguridad de sus hijos y la protección de otros pacientes y nuestra propiedad. No somos responsables de los niños que quedan desatendidos. En caso de que se produzcan daños, es posible que deba reembolsar el costo de reparación o reemplazo.
24. _____ Mantener sus citas programadas Las citas programadas perdidas causan demoras en el tratamiento de otros pacientes. Si tiene más de tres (3) citas perdidas programadas, ya no podrá hacer citas programadas y solo podrá ser visto como "entrada sin cita". Recuerde que el transporte es una cita programada.
25. _____ Llegar a su cita en el momento programado para usted. La tardanza causa retraso en el tratamiento de otros pacientes y, por lo tanto, es irrespetuoso para nuestro personal y para nuestros otros pacientes. Si llega más de 15 minutos después de la hora programada para la cita, no se garantiza que su proveedor lo vea. Después de 15 minutos después de la hora programada para la cita, se le dará la opción de reprogramar su cita o de ser visto como "entrada sin cita".

Quejas

26. _____ Si no está satisfecho con nuestros servicios, por favor díganos. Queremos sugerencias por lo que podemos mejorar nuestros servicios. Usted puede solicitar un formulario de sugerencia/reclamación de cliente para documentar sus preocupaciones. Usted recibirá una respuesta de MEHOP por correo o por teléfono sobre el resultado de su queja o sugerencia. Si no está satisfecho con la forma en que se maneja la queja, puede presentar su queja a la Administración de Junta de MEHOP.
27. _____ Usted no puede ser castigado por la presentación de una denuncia, y continuaremos a verlo a usted como un paciente.

Terminación

28. _____ Si decidimos poner fin a nuestra relación con usted, usted tiene derecho a aviso que explica las razones de la decisión por adelantado, y se le dará treinta (30) días para encontrar otros servicios de atención de la salud. Si es despedido como paciente, será dado de baja de todos los servicios de MEHOP.
29. _____ Si ha amenazado la seguridad de nuestro personal y / u otros pacientes, MEHOP dejará de tratarlo de inmediato, y sin notificación por escrito.
30. _____ Usted tiene derecho a recibir una copia de la Política y Procedimiento de Terminación de Pacientes de MEHOP. Razones para terminar pueden incluir: (1) si no obedece las reglas de MEHOP, (2) intencionalmente no informar sobre información financiera precisa, (3) intencionalmente no proporcionar información de salud precisa y (4) intencionamente falla seguir consejos médicos
31. _____ Si decidimos dejar de tratarlo como paciente, tiene derecho a apelar la decisión ante el Consejo de Administración o ante los tribunales. A menos que haya una emergencia, no continuaremos viéndolo como paciente mientras apela la decisión.

Asignación de beneficios de seguro para el proveedor

32. _____ Por lo presente solicito el pago y asigno los beneficios que se me adeudan según los términos de cualquier política o políticas y / o según el Título XV111 de la Ley de Seguro Social que puede cubrir los servicios profesionales prestados al nombre mencionado arriba cesionario.

Firma

Fecha

Nombre: _____ **Patient #** _____
Fecha de Nacimiento: ____/____/____ **(Para Uso de la Oficina)**
Fecha: _____

Por favor circule el bracket de ingresos en el que cae. Si es que sus ingresos de familia es igual o mayor que los primeros tres importes indicados en la tabla a continuación tal vez pueda calificar para un descuento.

# Total de individuos en casa	Ingresos Mensual/ Anual igual o menos de	Ingresos Mensual/Anual en este grupo	Ingresos Mensual/ Anual en este grupo	Ingresos Mensual/ Anual en este grupo	Ingresos Mensual/ Anual en este grupo	Ingresos Mensual/ Anual en este grupo	Ingresos Mensual/ Anual igual o mas de
1	\$990/\$11,880	\$990.01 to \$1,237.50/ \$11,880.12 to \$14,850	\$1,335 to \$1,485/ \$16,020 to \$17,820	\$1,485.01 to \$1,732.50/ \$17,820.12 to \$20,790	\$1,732.51 to \$1,980/ \$20,790.12 to \$23,760	\$1,980.01/ \$23,760.12	\$1980.01/ \$23,760.12
2	\$1335/\$16,202	\$1335.01 to \$1668.75/ \$16,020.12 to \$20,025	\$1,668.76 to \$2,002.50/ \$20,025.12 to \$24,030	\$2,202.51 to \$2,336.25/ \$26,430.12 to \$28,035	\$2,336.26 to \$2,670/ \$28,035.12 to \$32,040	\$2,670.01/ \$32,040.12	\$2670.01/ \$32,040.12
3	\$1680/\$20,160	\$1680.01 to \$2100/ \$20,160.12 to \$25,200	\$2,100.01 to \$2,520/ \$25,200.12 to \$30,240	\$2,520.01 to \$2,940/ \$30,240.12 to \$35,280	\$2,940.01 to \$3,360/ \$35,280.12 to \$40,320	\$3,360.01/ \$40,320.12	\$3360.01/ \$40,320.12
4	\$2025/\$24,300	\$2025.01 to \$2531.25/ \$24,300.12 to \$30,375	\$2,531.26 to \$3,037.5/ \$30,375.12 to \$36,450	\$3,037.51 to \$3,543.75/ \$36,450.12 to \$42,525	\$3,543.76 to \$4,050/ \$42,525.12 to \$48,600	\$4,050.01/ \$48,600.12	\$4050.01/ \$48,600.12
5	\$2370/\$28,440	\$2370.01 to \$2962.5/ \$28,440.12 to \$35,550	\$2,962.51 to \$3,555/ \$35,550.12 to \$42,660	\$3,555.01 to \$4,147.5/ \$42,660.12 to \$49,770	\$4,147.51 to \$4,740/ \$49,770.12 to \$56,880	\$4,740.01/ \$56,880.12	\$4740.01/ \$56,880.12
6	\$2715/\$35,580	\$2,715.01 to \$3,393.75/ \$32,580.12 to \$40,725	\$3,393.76 to \$4,072.5/ \$40,725.12 to \$48,870	\$4,072.51 to \$4,751.25/ \$48,870.12 to \$57,015	\$4,751.26 to \$5,430/ \$57,015.12 to \$65,160	\$5,430.01/ \$65,160.12	\$5430.01/ \$65,160.12
7	\$3060/\$36,720	\$3,060.01 to \$3,825/ \$36,720.012 to \$45,900	\$3,825.01 to \$4,590/ \$45,900.12 to \$55,080	\$4,590.01 to \$5,355/ \$55,080.12 to \$64,260	\$5,355.01 to \$6,120/ \$64,260.12 to \$73,440	\$6,120.01/ \$73,440.12	\$6120.01/ \$73,440.12
8	\$3405/\$41,400	\$3,405.01 to \$4,256.25/ \$40,860.12 to \$51,075	\$4,256.26 to \$5,107.5/ \$51,075.12 to \$61,290	\$5,107.51 to \$5,958.75/ \$61,290.12 to \$71,505	\$5,958.76 to \$6,810/ \$71,505.12 to \$81,720	\$6,810.01/ \$81,720.12	\$6810.01/ \$81,720.12

El día de _____ [fecha], yo deseo/no deseo (circule por favor) participar en el proceso de elegibilidad de Matagorda Episcopal Health Outreach Program (MEHOP). Entiendo que al negarme a participar estoy diciendo que al menos uno de los siguientes se aplica a mí:

- Tengo un seguro para cubrir la visita
- Yo elijo voluntariamente para no utilizar mi seguro
- Mis ingresos son superior al 200% de pobreza

Al negarme a participar en el proceso de elegibilidad, entiendo perfectamente que me cobrarán la tarifa completa en el momento del pago.

 [Firma del paciente]

EVALUACION DE HOGAR