

ESTADO DE MISSOURI
DEPARTAMENTO FR SALUD MENTAL
CUESTIONARIO DE PRUEBA ESTÁNDAR DE MEDIOS DE FINANZAS

CENTRO		FECHA		FECHA NACIMIENTO CLIENTE		NUMERO SEGURIDAD SOCIAL CLIENTE	
APELLIDO CLIENTE		NOMBRE		NOMBRE		NÚMERO DE CASO	
FECHA INGRESO		NÚMERO MEDICARE		EN CASO DE MENORES DE EDAD, NOMBRE DE DIRECCIÓN DE DISTRITO ESCOLAR		SI NO, DIRECCIÓN DE HOGAR	
EN CASO DE VETERANOS, FECHAS DE SERVICIO		RAMA DE SERVICIO		NÚMERO DE SERVICIO		DIRECCIÓN ANTERIOR (EN CASO DE HABERLA CAMBIADO EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES)	
NOMBRE DE PERSONA QUE PAGARÁ		DIRECCIÓN		CIUDAD, ESTADO, C.P.		TELÉFONO	

(A) ¿El cliente cuenta con seguro de salud? Sí No

TITULAR DE PÓLIZA		NOMBRE Y DIRECCIÓN DE ASEGURADORA DE SALUD				NÚMERO DE PÓLIZA/GRUPO	
Nombre:		Tel:					
Dirección:							
Nombre:		Tel:					
Dirección:							

(B) ¿El cliente y/o responsable financiero del cliente es/son empleado(s)? Sí No

NOMBRE DE LA PERSONA EMPLEADA		NOMBRE Y DIRECCIÓN DEL EMPLEADOR			
Nombre:		Tel:			
Dirección:					
Nombre:		Tel:			
Dirección:					

(C) Ingresos

N.P.	FUENTE DE INGRESOS	INGRESOS DEL CLIENTE				INGRESOS DEL ESPOSO O PADRES			
		SÍ	NO	MONTO	PERIODO DE PAGO	SÍ	NO	MONTO	PERIODO DE PAGO
1	Asignación de las fuerzas armadas								
2	Huésped/Inquilino (ingresos gravables)				Mensual				Mensual
3	Bonos								
4	Manutención infantil								
5	Retiro del servicio público								
6	Dividendos e intereses				Mensual				Mensual
7	Manutención (pensión alimenticia)				Mensual				Mensual
8	Retiro militar				Mensual				Mensual
9	Pensiones (empresas y sindicatos)								
10	Retiro para empleados ferroviarios				Mensual				Mensual
11	Rentas (ingresos gravables)								
12	Salarios o sueldos (brutos)								
13	Empleo por cuenta propia (ingresos gravables)								
14	Seguridad social				Mensual				Mensual
15	S.S.I.				Mensual				Mensual
16	Propinas y gratificaciones								
17	Compensación por desempleo				Semanal				Semanal
18	Beneficios para veteranos				Mensual				Mensual
19	Compensación para trabajadores				Quincenal				Quincenal
20	Otro								

(D) Conversión de ingresos (para uso exclusivo del Departamento de Salud Mental)

N.P. DE LA SECCIÓN (C)	MONTO	PERIODO DE PAGO	MULTIPLICADOR X	INGRESO MENSUAL	N.P. DE LA SECCIÓN (C)	MONTO	PERIODO DE PAGO	MULTIPLICADOR X	INGRESO MENSUAL
Menos: Gastos Médicos Extraordinarios					Menos: Gastos Médicos Extraordinarios				
Total de ingresos mensuales					Total de ingresos mensuales				
Tarifa mensual según cuadro de prueba estándar de medios \$					Tarifa mensual según cuadro de prueba estándar de medios \$				

(E) ¿Algún otro integrante de su hogar recibe servicios a través de (por) DMH? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No								
Si dos o más integrantes de un hogar reciben servicios en el mismo mes, el Proveedor no deberá cobrar más de los montos determinados para un beneficiario								
(F) ¿Otra persona recibe el cheque del gobierno del cliente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No								
Nombre:			Dirección:					
Ciudad:			Estado/C.P.:			Tel:		
(G) Nombre de padres o esposo, en su caso								
NOMBRE			PARENTESCO CON EL CLIENTE	FECHA DE NACIMIENTO	FECHA DE DEFUNCIÓN	NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL	¿ES VETERANO?	
NOMBRE	NOMBRE	APELLIDO					SÍ	NO
Las secciones H a J deberán omitirse si el cliente no es de largo plazo.								
(H) ¿El cliente y/o esposo del cliente tiene propiedad personal? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No								
DESCRIPCIÓN		SÍ	NO	A NOMBRE DE		UBICACIÓN		VALOR
Bonos								
Equipo empresarial								
Efectivo								
Cuenta de cheques								
Equipo (agricultura)								
Granos y productos (agricultura)								
Ganado (agricultura)								
Maquinaria (agricultura)								
Préstamos (no asegurados)								
Casa móvil								
Crédito hipotecario a favor								
Pagarés a favor								
Reclamaciones en un tribunal testamentario								
Cuenta de ahorro								
Valores								
Certificados a plazo								
Fideicomisos								
Otro								
(I) ¿El cliente y/o el esposo del cliente es propietario de bienes inmuebles? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No								
DESCRIPCIÓN Y UBICACIÓN DE LA PROPIEDAD			TÍTULO A NOMBRE DE		HIPOTECA A NOMBRE DE		VALOR ACTUAL	MONTO ADEUDADO
(J) ¿El cliente cuenta con seguro de vida y/o un plan de entierro prepago? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No								
NOMBRE DE EMPRESA			TIPO	NO. PÓLIZA	VALOR NOMINAL	PRIMA	PERIODICIDAD DE PAGO	
			Entierro					
			Seguro de vida					
(K) Observaciones								
(L) Certificación								
Hago constar que no he omitido a sabiendas ninguna información sobre ingresos u otros recursos financieros, y que los montos que he divulgado son verdaderos y correctos según mi leal saber y entender.								
FIRMA:								
PARENTESCO CON EL CLIENTE						FECHA		
FIRMA DEL ENTREVISTADOR						FECHA		

ESTADO DE MISSOURI
DEPARTAMENTO DE SALUD MENTAL
AVISO DE COSTOS

Los cobros y el costo de _____, Número de caso _____,
cliente de _____, y quien recibe cuidados y tratamiento en
_____ se determinaron como:



_____ por mes para cuidados y/o tratamientos a partir de
_____. El costo real por mes varía según los servicios prestados.



_____ por mes para tratamiento a partir de
_____. El costo real por mes es de _____.

El cliente o responsable deberá proporcionar información de seguros.

El no divulgar esta información resultará en que los cobros se evalúen como costo real.

Las aseguradoras recibirán las facturas de los costos reales de los servicios prestados.

Los cobros se determinaron mediante la aplicación de la PRUEBA ESTÁNDAR DE MEDIOS (sección 630.210, RSMo. y 9 CSR 10-31.011). El costo es el costo real, según el Departamento de Salud Mental, prestar servicios, o su costo para contratar el servicio. El costo del Departamento se calcula anualmente. El cobro se vuelve a determinar anualmente o en cualquier momento que se sepa que los cobros ocurrieron en la capacidad financiera del cliente (o la persona responsable del cliente) para pagar.

La diferencia entre el costo de los cuidados y tratamientos, y los montos recibidos in pagos puede ser una reclamación hacia la propiedad del cliente al fallecimiento por el Departamento de Salud Mental (sección 473.398, RSMo.).

Si no se mantienen los pagos correctos, el estado se reserva el derecho de iniciar procedimientos de cobranza.

Si tiene alguna duda acerca del costo de cuidados o el monto a cobrarse, comuníquese con el centro que emitió este aviso.

FIRMA DEL CLIENTE O RESPONSABLE FINANCIERO <input checked="" type="checkbox"/>	TESTIGO	FECHA
<input type="checkbox"/> El cliente o responsable financiero no quiso firmar este aviso en mi presencia:	TESTIGO	FECHA
<input type="checkbox"/> Este aviso se envió por correo el	FECHA	FIRMA

OZARK CENTER
Afiliado con Freeman Health System

Consentimiento para Tratamiento y Responsabilidad Financiera

Deseo buscar tratamiento en el Ozark Center para servicios profesionales, independientemente de la ubicación del servicio proporcionado, que puede incluir, pero no se limita a las instalaciones de Ozark Center, Freeman Health System, Ozark Tri-County Health Care Consortium o mi actual escuela (en lo sucesivo, «Ozark»). Autorizo a cualquier ubicación de Ozark a contactarme por teléfono y/o mensaje de texto para discutir mi cuidado u opciones de cuidado.

Entiendo que Ozark está aprobado para capacitar a estudiantes de medicina, residentes, enfermeras y estudiantes de salud aliados. También entiendo que los estudiantes y residentes pueden observar o participar en mi cuidado bajo la supervisión de un médico calificado o instructor del personal de Ozark. Estoy de acuerdo con dicha participación, a menos que notifique a Ozark lo contrario por escrito.

Entiendo que toda la información tocante a mi persona que es compilada por Ozark o en custodia de Ozark se considera confidencial y no será liberado sin mi autorización específica por escrito. Las excepciones a esto son:

1. Si mi tratamiento requiere admisión en cualquiera de las instalaciones anteriores, el libre intercambio de información será compartido para ayudar en mi tratamiento.
2. Si la ley exige la divulgación de información: por ejemplo, citación judicial, u orden de arresto.

Doy mi consentimiento para tomar mi fotografía con el propósito limitado de identificación y educación o capacitación del personal.

Una fotocopia de esta autorización se considera tan válida como la original.

ACUERDO DE RESPONSABILIDAD FINANCIERA

Solicito que el pago de Medicare, Medicaid, Compra Estatal de Servicios, Medigap y/o cualquier seguro privado, beneficios primarios o secundarios que se realicen en mi nombre al Ozark Center, por cualquier servicio que me haya brindado ese proveedor.

Los beneficios secundarios se realizarán en mi nombre al Centro Ozark por cualquier servicio que me haya brindado ese proveedor. Autorizo la entrega de información médica mía a la Health Care Financing Administration o a los representantes y/o los agentes de Entitlement/Insurance Benefits que se requiera para determinar los beneficios autorizados, y para autorizar el pago de los beneficios recibidos.

Entiendo y acepto que los reclamos de reembolso presentados en mi nombre con intereses de terceros, como el seguro privado, Medicare, Medicaid, la compra estatal de servicios y/u otros, no me liberan de las obligaciones financieras que tengo por lo asumido. También estoy de acuerdo en que, en cualquier circunstancia, cuando un tercero no proporciona el reembolso completo de los servicios prestados por cualquier razón, seguiré siendo responsable del saldo resultante, que puede incluir montos deducibles, copagos de seguro, y/o no limitado a servicios no cubiertos, siempre que dicha responsabilidad no sea contraria a las leyes, normas o regulaciones que pueden aplicar. Si el pago es moroso, acepto pagar todos los costos del cobro, incluidos los costos judiciales, honorarios razonables de abogados y/o honorarios de agencias de cobranza. Entiendo que Ozark no agrega un cargo por intereses en cuentas abiertas, por lo tanto, la tasa de interés anual queda en un 0%.

Nombre del Cliente:
07.70000.0952.ADMS.0053.0120

Fecha de Nac.:

OC#:
Página 1 de 2

OZARK CENTER
Afiliado con Freeman Health System

Consentimiento para Tratamiento y Responsabilidad Financiera

Entiendo que, si se llama a una ambulancia en mi nombre, soy responsable del pago de este servicio y que Ozark no es económicamente responsable por el pago del servicio de la ambulancia, o por cualquier tratamiento médico o psiquiátrico.

Yo, el firmante abajo, autorizo [] o no autorizo [] el envío de facsímile para proveer información al proveedor de mi cobertura.

(NOMBRE DEL CLIENTE – LETRA MOLDE)

(FECHA DE NACIMIENTO DEL CLIENTE)

NÚMERO DE CLIENTE OZARK CENTER

FIRMA DE CLIENTE/GUARDIÁN (RESPONSABLE)

(RELACIÓN AL CLIENTE)

FIRMA DEL TESTIGO

FECHA

OZARK CENTER

Un Afiliado del Sistema de la salud de Freeman.

LAS DERECHAS Y RESPONSABILIDADES PACIENTES.

LAS DERECHAS

He leído y/o había explicado a mí la lista siguiente de las derechas pacientes. Entiendo que me dan derecho a la derecha y a los privilegios siguientes sin limitaciones.

- A. El cuidado y el tratamiento humanos.
- B. En la medida en que las instalaciones, el equipo y los personales estén disponibles, a la asistencia médica y al tratamiento de acuerdo con las mayores niveles aceptadas en práctica médica;
- C. A seguro y limpie la cubierta;
- D. Para recibir la evaluación, cuidado y tratamiento, habilitación o rehabilitación pronto;
- E. Para hacer mi tratamiento, habilitación, o plan de la rehabilitación explicar a mí;
- F. Para ser tratado con el respeto y la dignidad como ser humano en una edad - manera apropiada;
- G. Para ser el tema de un experimento o una investigación solamente con mi consentimiento informado y escrito o el consentimiento de la persona autorizada legalmente a actuar;
- H. Para tener una examinación de un médico autorizado privado en mi propio costo;
- I. Para ser evaluado y ser cuidado para en el menos lugar restrictivo;
- J. Para rechazar el tratamiento o la cirugía peligroso a menos que sea ordenado por la corte;
- K. Para pedir y tener una segunda opinión antes del tratamiento peligroso o de la cirugía irreversible, excepto en emergencias;

L. Para tener expedientes mantenidos confidenciales de acuerdo con estado y leyes federales y regulaciones. Para restringir el uso o la divulgación de información protegida de la salud. Para repasar y copiar mi información de la salud. Para pedir una enmienda a mi información de la salud. Para recibir una cuenta de la divulgación de mi información de la salud.

M. A menos que sea indicado de otra manera por la ley, tenga el mismo derecho legal y responsabilidades que cualquier otro ciudadano;

N. Para no ser negados el admisión o servicios debido a la raza, el sexo, el credo, la preferencia sexual, el estado civil, el origen nacional, la inhabilidad o la edad; y,

O. Para estar libre del abuso, de la negligencia, del castigo corporal y del otro maltrato tal como humillación, amenazas o exploración.

Las estas derechas se aplican a los ajustes residenciales solamente:

A. Para tener visitas privadas de mi abogado, doctor o clérigo en las horas razonables.

B. Para corresponder por el correo sellado con los funcionarios del departamento de salud mental, de mi abogado, o de una corte;

C. Para atender a los cultos;

D. Para tener alimentando, comidas bien equilibradas; y, E. Para no trabajar a menos que parte del tratamiento.

Entiendo que debo entrar en contacto con el centro de Ozark inmediatamente si creo que se han violado las mis derechas. Si no puedo entrar en contacto con el centro de Ozark inmediatamente, acuerdo entrar en contacto con el centro de Ozark dentro de treinta (30) días.

RESPONSABILIDADES

Como paciente, usted tiene la responsabilidad:

A. Para sus acciones y las consecuencias. Si usted rechaza el tratamiento, no siga su plan del tratamiento, o deje las instalaciones contra consejo profesional;

B. Convengo que reembolsaré el centro de Ozark para los servicios hechos de acuerdo con los honorarios y los términos convenidos entre mí y el centro de Ozark.

D. Para comunicar a su terapeuta independientemente de si usted entiende el curso de su tratamiento y qué se espera de usted;

E. Para seguir el plan del tratamiento establecido con usted, incluyendo instrucciones de todos los profesionales mentales del brezo;

F. Para informar al personal que usted desea cambiar su plan del tratamiento;

G. Para ser considerado de las derechas de otros pacientes y personales; y

H. Para seguir todas las políticas y procedimientos de las instalaciones.

El Centro de Ozark no es responsable de objetos de valor personales.

Firma paciente

Fecha

Firma del testigo

Fecha