



AG WORKER HEALTH & SERVICES

Formulario de Admisión Intake Form

Fecha/Date: _____
Primer Nombre/First Name _____ Apellido/Last Name _____
Fecha de Nacimiento/DOB _____ Sexo/Sex: Hombre/Male - Mujer/Female
Nombre Preferido/Preferred Name: _____

Número de Teléfono/Telephone Number: _____ Correo Electrónico/Email: _____
¿Podemos dejar mensaje do voz?/May we leave a voice message? Sí No / Yes No
¿Prefieres una llamada o mensaje de texto?/ Do you prefer a call or text? llamada- Texto- ambos / call - text - both

Dirección Postal/ Mailing Address: _____
Ciudad/City _____ Estado/State _____ Código Postal/Zip Code _____

Idioma Preferido/Preferred Language: Español/Spanish - Inglés/English- Otro/Other: _____
¿Necesita intérprete?/ Do you need an interpreter? Sí / No ¿Eres Veterano/a?/ Are you a veteran? Sí / No
¿Tienes una discapacidad?/ Do you have a disability Sí / No

Estatus Civil/Marital Status:
Soltera/o/Single - Casada/o/Married - Pareja/Partner - Viudo/a/Widowed - Divorciada/o/Divorced- Negar a responder/Deny response

Etnia/Ethnicity: Hispana/o/Hispanic -Latina/o/Latino/a - No Hispano/a o Latina/o/Not Hispanic - otro/other _____
Raza/Race: Blanco/White - Más que una raza/More than one race -Asiático/Asian - Africano Americano/African American - Nativo Americano/Native American - Nativo de Hawai/Native Hawaiian or Isleño del Pácifico/Pacific Islander - Otro/other _____

Contacto de Emergencia/Emergency Contact:
Nombre/Name: _____ Número de Teléfono/Phone Number: _____
Relación a Usted/Relation to you: _____

Seguro Médico de Usted/Medical Insurance: _____
ID de Miembro/Member ID: _____ ID de Grupo/Group ID: _____

Nombre de Pareja/Partner Name- Soltera/o/Single -Nombre/Name _____
Fecha de Nacimiento/DOB _____ Sexo/Sex: Hombre/Mujer/ Male/Female Número de Teléfono/Phone Number: _____
Raza/Race: Blanco/White - Más que una raza/More than one race -Asiático/Asian - Africano Americano/African American - Nativo Americano/Native American - Nativo de Hawai/Native Hawaiian e Isleño del Pácifico/Pacific Islander - Otro/Other _____

Ethnia: Hispano/a o Latino/a - No Hispano/a o Latino/a - otro _____ - Negar a responder
Seguro Médico de Pareja/ Parter's Medical Insurance: _____ ID # _____
Seguro Dental/Dental Insurance: _____ ID# _____

Miembros de la casa y dependientes, No incluyendo usted o su pareja: -Ningún - : Total # de miembros: _____
Household members, not including you or your partner: -None- : Total # of household members: _____

Nombre/Name: _____ Sexo/Sex: hombre/mujer Male/Female Fecha de Nacimiento/DOB: _____
Relación a usted/Relation to you: _____ Nombre de Seguro Médico/name of Insurance: _____
ID de Seguro Medico/Insurance ID: _____

Nombre/Name: _____ Sexo/Sex: hombre/mujer Male/Female Fecha de Nacimiento/DOB: _____
Relación a usted/Relation to you: _____ Nombre de Seguro Médico/name of Insurance: _____
ID de Seguro Medico/Insurance ID: _____

Nombre/Name: _____ Sexo/Sex: hombre/mujer Male/Female Fecha de Nacimiento/DOB: _____
Relación a usted/Relation to you: _____ Nombre de Seguro Médico/name of Insurance: _____
ID de Seguro Medico/Insurance ID: _____

Nombre/Name: _____ Sexo/Sex: hombre/mujer Male/Female Fecha de Nacimiento/DOB: _____
Relación a usted/Relation to you: _____ Nombre de Seguro Médico/name of Insurance: _____
ID de Seguro Medico/Insurance ID: _____

Nombre/Name: _____ Sexo/Sex: hombre/mujer Male/Female Fecha de Nacimiento/DOB: _____
Relación a usted/Relation to you: _____ Nombre de Seguro Médico/name of Insurance: _____
ID de Seguro Medico/Insurance ID: _____



Segunda Página de Formulario de Admisión
Second Page of Intake Form

Empleo/Employment

Empleo Actual/Current Employment : Tiempo Completo/Full Time - Medio Tiempo/Part Time - Desempleado/Unemployed - Jubilado/Retired

¿Eres estudiante?/Are you a student? Sí / No

Profesión/Occupation: _____ **Segunda Profesión/ 2nd Occupation:** _____

Nombre de su Empleador Actual/Name of Current Employer: _____ **Desempleado/Unemployed**
Dirección de empleador/Address of employer _____
Ciudad/City _____ **Estado/State** _____ **Código Postal/Zip Code** _____

Empleo de su Pareja/Parter's Employment: Tiempo Completo/Full Time - Medio Tiempo/Part Time- Desempleado/Unemployed - Jubilado/Retired

¿Es Estudiante?/ Are you a student? Sí / No

Profesión de pareja/Occupation of partner: _____ **Segunda Profesión/ 2nd Occupation:** _____

Nombre de Empleador/Name of Employer: _____ **-Trabaja por cuenta propia/self-employed**

Dirección/Address _____
Ciudad/City _____ **Estado/State** _____ **Código Postal/Zip Code** _____

Ingresos anuales estimados del hogar para el año anterior (incluida su pareja): \$ _____ **- Desempleado**
Estimated annual household income for previous year (including partner): \$ _____ **- Unemployed**

Si estuvo desempleado el año pasado, ¿cuáles son sus ingresos estimados para este año?: \$ _____
If you were unemployed last year, what is your estimated income for this year?: \$ _____

¿Tipo de verificación de ingresos proporcionada? Talón de cheque - 1040 formulario de impuestos - W2 - Carta de Empleador
Type of employment verification provided? Pay stub - 1040 Tax Form - W2 - Letter from Employer

Empleo de Agricultura/ Agriculture Employment

¿Usted o alguien en su hogar ha trabajado en la agricultura en los últimos 24 meses o se ha jubilado del trabajo agrícola? Sí / No
En caso afirmativo, ¿quién en su hogar está empleado en el trabajo agrícola?

Have you or someone in your household worked in agriculture in the last 24 months or has retired from agriculture work? Yes / No
If yes, who in your household has worked in agriculture?

Nombre/Name: _____ **Relación a usted/Relation to you:** _____

¿Cuál tipo de trabajo agrícola? What type of agricultural work?

Trabajador Agrícola Estacional - Trabajador Agrícola Migrante (Hogar Temporal) - Trabajador de Agrícola Jubilado
Seasonal Farmworker - Migrant Farmworker (Temporary Home) - Retired Farmworker

Tipo de Trabajo o de Cultivo/Type of Ag Work: Cultivo/Crop - Ganado/Livestock - Vivero/Nursery - Otro/Other: _____

Nombre de Empleador de Agricultura/Name of Employer: _____

Dirección/Address: _____ **Ciudad/City:** _____

Estado/State: _____ **Código Postal/Zip Code:** _____

Fechas de Empleo/Dates of Employment: _____ a/to _____ **¿Trabajador de la Visa H2A/ H2A Worker?** Sí / No

Al firmar este documento, usted reconoce que la información anterior es correcta a su mejor conocimiento. También reconoce que es su responsabilidad notificar a Ag Worker Health and Services cuando tenga algún cambio en la información proporcionada anteriormente.

By signing this document, you acknowledge that the above information is correct to the best of your knowledge. You also acknowledge that it is your responsibility to notify Ag Worker Health and Services of any changes to the information provided above.

Firma de Paciente o Padre/Madre de Paciente
Patient Signature or Parent of Patient

Fecha/Date

Si está firmado por madre o padre, escriba el nombre en
letra de imprenta
If signed by parent, print name

Relación a paciente
Relation to patient
Intake Form Page 2 of 2

BREVE EXPLICACIÓN DE AG WORKER HEALTH & SERVICES

Ag Worker Health & Services provee servicios de cuidado de salud que no son de emergencia a participantes elegibles y sus familias. No discriminamos por raza, color, origen nacional, sexo, edad o discapacidad. Personal bilingüe inglés y español y materiales están disponibles en nuestras clínicas bajo petición. Los cargos por servicios clínicos se basan en el ingreso del paciente y se espera que los pacientes paguen su costo de atención el día de su visita clínica. Los servicios de salud no serán negados por incapacidad para pagar.

Ayudaremos a los pacientes a solicitar programas que pueden ayudar a pagar sus servicios de atención médica, es decir, Medicaid, Medicare, CHIP, HMK, HMK +, seguro de mercado, etc. Si el paciente tiene otras fuentes de pago, como seguro, estamos obligados a facturar al seguro de salud para el reembolso de los servicios prestados. Somos conocidos como "pagador de último recurso" y no podemos pagar ninguna parte de los co-pagos de seguros, o servir como un "pagador secundario" o "suplemento".

Somos un "Centro Médico Centrado en el Paciente," un equipo de profesionales de la salud que trabajan junto con nuestros pacientes para mejorar su salud. Cuando sea posible, los pacientes pueden seleccionar en nuestras clínicas a un clínico personal o proveedor de atención primaria que verán con más frecuencia para sus necesidades de atención médica.

- 1) Visitas medicas, dentales y de salud mental:
 - Historia de la salud, evaluación física, y las visitas de seguimiento necesarias serán completadas por nuestro personal. Esta también incluye la detección del estado de inmunización y el chequeo específico del ciclo de vida (edad).
 - Podemos referir a un paciente a un proveedor externo.
- 2) Laboratorio, Rayos X: Según lo ordenado por nuestros proveedores según los protocolos establecidos.
- 3) Farmacia: Según lo ordenado por nuestro proveedor, un vale de pago de farmacia puede ser dado para la receta. Medicamentos sin receta no están cubiertos por un vale de farmacia. El Programa tiene limitaciones en recargas de recetas y / o tipos de medicamentos recetados (es decir, parches de nicotina, pastillas para adelgazar) que pueden ser llenados. Las recetas se rellenan con la marca genérica siempre que sea posible.
- 4) Dental: El Programa puede ser capaz de pagar por servicios de emergencia cuando haya dolor y / o infección. (Clase I)
- 5) No podemos pagar cargos de hospital incluyendo sala de emergencias, cirugías CT Scan, MRI. Por favor, háganos saber si utiliza cualquiera de estos servicios.
- 6) La información que usted comparte con nosotros es confidencial y será manejada de acuerdo con la normativa vigente de Privacidad y seguridad (Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico - HIPAA).
- 7) Las quejas contra nuestros servicios pueden ser enviadas por correo a: Oficial de Cumplimiento, Ag Worker Health & Services, 3318 3rd Ave North Suite 200, Billings MT 59101. Los formularios de quejas están disponibles en cualquiera de nuestras clínicas o pueden ser enviado por correo bajo petición. Los demandantes pueden hablar directamente con el Oficial de Cumplimiento Dirección de Billings o llamando al 1-800-813-4492.

En cualquiera de nuestras localidades donde reciba atención, le ayudaremos a organizar el cuidado en otra clínica externa, si es necesario talvez le ayudaremos a pagar al proveedor externo de acuerdo a nuestros protocolos establecidos.

Por mi firma a continuación, he leído y entiendo los servicios ofrecidos por Ag Worker Health & Services. También entiendo mi responsabilidad por aquellos servicios que no están cubiertos por Ag Worker Health & Services.

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____



El Formulario de Consentimiento

Consentimiento para recibir servicios de salud

Al firmar este documento, por la presente consiento recibir servicios médicos, de salud conductual, dentales y/o preventivos de Ag Worker Health and Services. Esto puede incluir, pero no se limita a, evaluaciones médicas, pruebas diagnósticas, tratamientos, consejería y educación sobre salud proporcionados por profesionales licenciados y capacitados.

Notice of Privacy Practices:

Aviso de prácticas de privacidad:

- Reconozco y entiendo que: Se me ha proporcionado una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad de Ag Worker Health and Services, que explica cómo mi información de salud puede ser utilizada y divulgada.
- Cualquier actualización al Aviso de Prácticas de Privacidad me será comunicada de manera oportuna.
- Toda mi información de salud será mantenida privada y segura bajo la ley federal HIPAA.

Autorización para Comunicación Verbal:

¿Le gustaría permitir que otra persona se comunique con Ag Worker Health & Services sobre su atención médica? No - Sí

Nombre: _____ Relación a usted: _____ Número de Teléfono: _____

Nombre: _____ Relación a usted: _____ Número de Teléfono: _____

Responsabilidad Financiera:

Reconozco y entiendo que:

- Soy responsable de cualquier tarifa o cargo asociado con mi atención, incluyendo aquellos que no están cubiertos por el seguro.
- Entiendo que la factura que recibiré se basa en la escala de tarifas deslizantes de Ag Worker Health & Services.
- Es mi responsabilidad informar a la clínica sobre cualquier cambio en mi seguro o situación financiera.
- Aunque podría calificar para vales o asistencia financiera con ciertos servicios de salud, Ag Worker Health & Services no garantiza que puedan cubrir los costos incurridos por servicios recibidos fuera de la clínica, incluyendo pero no limitado a; consultas con especialistas, pruebas de laboratorio, imágenes avanzadas (tomografías, resonancias magnéticas), visitas a la sala de emergencia u otros servicios hospitalarios.

Consentimiento para la Comunicación: Consiento en:

- Ser contactado por teléfono, correo, correo electrónico o mensaje de texto para recordatorios de citas, resultados de pruebas y actualizaciones de la clínica.

Prefiero no ser contactado por: (marque uno o más) llamada telefónica - correo - correo electrónico - mensaje de texto

Consentimiento para Telemedicina:

Al firmar este documento, usted consiente en:

- Recibir servicios de telemedicina. La telemedicina implica el uso de comunicación electrónica para brindar servicios de salud, incluyendo pero no limitado a videollamadas, consultas telefónicas y otras formas de comunicación digital. Entiendo que existen riesgos potenciales, como fallos tecnológicos, violaciones de seguridad o retrasos en la atención. Aunque se hacen esfuerzos para proteger su privacidad y confidencialidad, ningún sistema es completamente seguro. **Para rechazar los servicios de telemedicina, inicial aquí _____**

Explicación Breve de los Servicios:

Reconozco que: Se me ha proporcionado una copia de la Explicación Breve de los Servicios de Ag Worker Health & Services.

Certifico que la información proporcionada en este formulario de admisión de pacientes es verdadera y precisa a lo mejor de mi conocimiento.

Entiendo que redundo en mi mejor interés informar de todos los cambios de manera oportuna. Doy mi consentimiento, reconozco y autorizo que he leído y entendido toda la información en este formulario y los formularios proporcionados, tales como Aviso de Prácticas de Privacidad y Breve Explicación de los Servicios.

Firma de Paciente o Padre/Madre de Paciente

Fecha

Si está firmado por padre, escriba el nombre en letra de imprenta

Relación a Paciente

Nombres de Dependientes/ Niños

PREPARE Smart Form in eCW

Dinero y Recursos

¿Cuál es su situación actual de vivienda?

- ☐ Tengo vivienda
- ☐ No tengo vivienda (vive con un amigo o en la calle)
- ☐ Prefiero no responder a esta pregunta

¿Está preocupado por perder su vivienda?

- ☐ Si
- ☐ No
- ☐ Prefiero no responder a esta pregunta

¿Cuál es el nivel más alto que ha terminado en la escuela?

- ☐ Menos que un título de secundaria
- ☐ Título de secundaria o un GED
- ☐ Más que un título de secundaria
- ☐ Prefiero no responder a esta pregunta

¿Cuál es tu situación actual de trabajo?

- ☐ Desempleado y buscando trabajo
- ☐ Trabajo de medio tiempo o temporal
- ☐ Trabajo de tiempo completo
- ☐ De lo contrario desempleado y no buscando trabajo (retirado, estudiante, discapacitado, cuidador no remunerado)
- ☐ Prefiero no responder a esta pregunta

¿El año pasado usted o algún miembro de su familia con los que vive no ha podido obtener cualquier de los siguientes cuando más lo necesitó? Marque todos los que apliquen

- ☐ Comida
- ☐ Ropa
- ☐ Servicios Públicos
- ☐ Cuidado de los niños
- ☐ Medicina o cualquier atención (medica, dental, mental o la visión)
- ☐ Teléfono
- ☐ Otro (escríbalo en notas, por favor)
- ☐ No tengo problemas consiguiendo lo que necesito
- ☐ Prefiero no responder a esta pregunta

La falta de transporte le ha impedido ir a citas médicas, reuniones, trabajo, ¿o por conseguir cosas necesarias para la vida diaria?

- ☐ Sí, me ha impedido ir a citas médicas o de conseguir mis medicamentos
- ☐ Sí, me ha impedido de reuniones no médicas, citas, trabajo, o por conseguir cosas necesarias para la vida diaria
- ☐ No
- ☐ Prefiero no responder a esta pregunta

Salud Socioemocional

¿Con qué frecuencia ve o habla con personas que le importan o son cercanos a usted? (habla por teléfono, visita con amigos y familiares, va a la Iglesia o a reuniones)

Menos de una vez a la semana

- ☐ 1 o 2 veces a la semana
- ☐ 3 o 5 veces a la semana
- ☐ Más de 5 veces a la semana
- ☐ Prefiero no responder a esta pregunta

¿Qué tan estresado está usted? Estrés es cuando alguien se siente tenso, nervioso, ansioso o no puede dormir en la noche porque está muy preocupado.

- ☐ Para nada
- ☐ Un poco
- ☐ A veces
- ☐ Varias veces
- ☐ Mucho
- ☐ Prefiero no responder a esta pregunta

PREGUNTAS ADICIONALES

El año pasado estuvo usted por más de 2 noches encarcelado, en prisión, en un centro de detención o en un centro correccional para jóvenes?

- ☐ Si
- ☐ No
- ☐ Prefiero no responder a esta pregunta

¿Eres refugiado?

- ☐ Si
- ☐ No
- ☐ Prefiero no responder

¿De qué país es usted?

- ☐ Estados Unidos
- ☐ De un país diferente a los Estados Unidos, por favor especifique _____
- ☐ Prefiero no responder esta pregunta

¿Se siente física y emocionalmente seguro en su vivienda?

- ☐ Si
- ☐ No
- ☐ No estoy seguro
- ☐ Prefiero no responder esta pregunta

¿El año pasado tuvo miedo de su pareja o expareja?

- ☐ Si
- ☐ No
- ☐ No estoy seguro
- ☐ No tuve pareja el año pasado
- ☐ Prefiero no responder esta pregunta

MHJP Instrumento para identificar problemas legales

Nombre _____
 Primer nombre _____ Apellido _____ Segundo Nombre _____

Dirección _____
 Calle _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Teléfono (_____) _____ - _____ Se puede dejar mensaje? ☐ Sí ☐ No

Mejor tiempo para hablar _____ Fecha de nacimiento (mm/dd/aa) ____/____/____

SSN XXX-XX-____ Sex ☐ F ☐ M ☐ Prefiero no responder Fecha de hoy (mm/dd/aa) ____/____/____

En el último año, ¿usted o un familiar ha tenido uno de estos problemas? Marque todo lo que corresponda.

- | | | | |
|---------------------------------------|--|--------------------------------------|---|
| ☐ vivienda | (alquiler o problemas de dueño de casa) | ☐ empleo | (salario, discriminación, despido, desempleo) |
| ☐ ley familiar | (el divorcio, paternidad, apoyo fiscal) | ☐ impuestos | (disputas de impuestos federales o estatales, Número de Identificación Personal del Contribuyente (ITIN)) |
| ☐ beneficios | (Social Security, TANF, SNAP, Medicaid) | ☐ inmigración | (renovación de residencia, aplicaciones de ciudadanía) |
| ☐ consumidor | (cobro de deudas, bancarrota, problemas de préstamo) | ☐ otro | (Describe: _____) |

¿Actualmente tiene algún problema con su vivienda? (por ejemplo, plagas, moho, plomo, suspensión de servicios públicos)	☐ Sí ☐ No ☐ Prefiero no responder
¿Tiene miedo de perder su vivienda?	☐ Sí ☐ No
¿Necesita asesoramiento o asistencia para solicitar o responder una petición de disolución (divorcio)?	☐ Sí ☐ No ☐ Prefiero no responder
¿Tiene problemas o disputas de custodia de sus niños?	☐ Sí ☐ No ☐ Prefiero no responder
¿Ha recibido una notificación del Estado de Montana negando, reduciendo o cancelando sus beneficios de Medicaid, beneficios para alimentos (SNAP) o TANF?	☐ Sí ☐ No ☐ Prefiero no responder
¿Su salario ha sido embargado o ha sido acosado por empresas de recolección?	☐ Sí ☐ No ☐ Prefiero no responder
¿Necesita escribir un testamento o nombrar a alguien para tomar decisiones médicas o financieras por usted en caso que no pueda hacerlo en el futuro?	☐ Sí ☐ No ☐ Prefiero no responder
¿Sus hijos pueden obtener los servicios que necesitan de su escuela?	☐ Sí ☐ No ☐ Prefiero no responder
¿Se ha sentido físicamente o emocionalmente a salvo en el lugar donde vive?	☐ Sí ☐ No ☐ Prefiero no responder
En el último año, ¿ha tenido miedo de su pareja o ex pareja?	☐ Sí ☐ No ☐ Prefiero no responder
¿Ha solicitado y se le ha negado el desempleo, indemnización laboral o beneficios por discapacidad?	☐ Sí ☐ No ☐ Prefiero no responder
¿Ha tenido problemas con sus impuestos federales y/o ha recibido un aviso del IRS?	☐ Sí ☐ No ☐ Prefiero no responder
¿Le gustaría hablar con un defensor legal sobre estos u otros asuntos legales civiles, sin costo para usted?	☐ Sí ☐ No ☐ Prefiero no responder