



# Coastal Health & Wellness

## Registration Form

Formulario de inscripción

### I. Patient Information / Información del paciente

<p>_____  <b>Patient's Name (Last, First, Middle)</b>          Nombre del paciente (Apellido, Primero, Segundo)</p> <p>_____  <b>Physical Address (Street)</b>          Dirección Física (Calle)</p> <p>_____  <b>City</b>                      <b>State</b>                      <b>Zip</b>          Ciudad                      Estado                      Zona Postal</p> <p>_____  <b>Home</b> / Número de Casa</p> <p>_____  <b>Cell</b> / Celular</p>	<p><input type="checkbox"/> <b>Same as Physical/</b> Igual que el físico</p> <p>_____  <b>Mailing Address (Street or P.O. Box)</b>          Dirección de envío (Calle o P.O Box)</p> <p>_____  <b>City</b>                      <b>State</b>                      <b>Zip</b>          Ciudad                      Estado                      Zona Postal</p> <p><input type="checkbox"/> <b>Homeless?</b> <input type="checkbox"/> <b>Yes/Sì</b>    <input type="checkbox"/> <b>No</b>          ¿sin hogar?</p> <p>_____  <b>Race</b>                      <b>Ethnicity</b>          Raza                      Origen Étnico</p> <p>_____  <b>Email Address/</b> Correo Electrónico</p>	<p><b>Emergency Contact Information</b>          Información de contacto de emergencia</p> <p>_____  <b>Name</b> / Nombre</p> <p>_____  <b>Phone #</b> / Número de Teléfono</p> <p>_____  <b>Relationship to Patient?</b>          ¿Relación con el paciente?</p> <p>_____  <b>Are you a Veteran?</b>          ¿Es usted un veterano  <input type="checkbox"/> <b>Yes/Sì</b>    <input type="checkbox"/> <b>No/No</b></p> <p>_____  <b>Preferred Language?</b>  <input type="checkbox"/> <b>English</b>    <input type="checkbox"/> <b>Español</b>  <input type="checkbox"/> <b>Other</b> _____</p>
<p>_____  <b>Date of Birth</b> _____          Fecha de nacimiento</p> <p>_____  <b>SSN</b> _____          Número Social</p>	<p><b>Marital Status</b>          Estado Civil</p> <p><input type="checkbox"/> <b>Single</b>    <input type="checkbox"/> <b>Married</b>    <input type="checkbox"/> <b>Divorced</b>    <input type="checkbox"/> <b>Widowed</b>          Soltero                      Casado                      Divorciado                      Viudo</p>	

### II. Insurance Information / Información de seguros

<p><b>Do you or anyone in your Household have Healthcare Coverage or Insurance?</b>          ¿Alguien en el hogar tiene seguro de salud?</p> <p><input type="checkbox"/> <b>Yes/Sì , I/We have /Tengo/Tenemos</b></p> <p style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/> <b>Medical/ Médica</b>  <input type="checkbox"/> <b>Dental</b></p> <p><input type="checkbox"/> <b>No Coverage (Self Pay) / Sin cobertura (Autopago)</b></p>	<p><b>Please check all that apply to your household.</b></p> <p><input type="checkbox"/> <b>Private Insurance / Seguro privado</b>    <input type="checkbox"/> <b>Other</b> _____</p> <p><input type="checkbox"/> <b>Medicare Plan</b></p> <p><input type="checkbox"/> <b>Medicaid Plan</b></p> <p><input type="checkbox"/> <b>Title V Health &amp; Dental / Título V Salud &amp; Dental</b></p> <p><input type="checkbox"/> <b>CHIP – Children's Health Insurance Program</b></p> <p><input type="checkbox"/> <b>Healthy Texas Women's Program /Programa de Mujeres Saludables de Texas</b></p>		
<p><b>Name of Person Insured</b>          Nombre de la persona que tiene seguro de salud</p>	<p><b>Date of Birth</b>          Fecha de nacimiento</p>	<p><b>Name of Coverage/ Insurance</b>          Nombre de seguro</p>	<p><b>Policy Member ID</b>          Número de identificación del miembro de la póliza</p>
1. <b>PATIENT</b>			
2.			
3.			
4.			

### III. Financial Screening for Discounted Health Services (OPTIONAL, BUT RECOMMENDED)

Evaluación Financiero para Servicios de Salud Con Descuento (OPCIONAL, PERO RECOMENDADO)

**I WANT TO WAIVE THE FINANCIAL SCREENING PROCESS.** / RENUNCIAR AL PROCESO DE DETECCIÓN FINANCIERA

**BY SELECTING THIS OPTION, I CONSENT TO: /AL SELECCIONAR ESTA OPCIÓN, DOY MI CONSENTIMIENTO PARA:**

1. **PAY IN FULL THE RATES APPROVED BY THE GOVERNING BOARD.** / PAGAR EN SU TOTALIDAD LAS TARIFAS APROBADAS POR LA JUNTA DE GOBIERNO
2. **PAY A DEPOSIT BEFORE EACH PROVIDER VISIT.** / PAGAR UN DEPÓSITO ANTES DE CADA VISITA DEL PROVEEDOR

**THE CURRENT RATES (FEES FOR SERVICES) ARE AVAILABLE ON THE CHW WEBSITE.**  
 LAS TARIFAS ACTUALES (TARIFAS POR SERVICIOS) ESTÁN DISPONIBLES EN EL SITIO WEB DE CHW.



**IMPORTANT: IF YOU DO NOT WISH TO APPLY FOR DISCOUNTED SERVICES, SKIP PAGE 2, AND GO DIRECTLY TO PAGE 3 TO COMPLETE THIS REGISTRATION FORM.**

IMPORTANTE: SI NO DESEA SOLICITAR SERVICIOS CON DESCUENTO, OMITA LA PÁGINA 2, Y IR DIRECTAMENTE A LA PÁGINA 3 PARA COMPLETAR ESTE FORMULARIO DE REGISTRO.

**IV. Sliding Fee Discounted Program (OPTIONAL, BUT RECOMMENDED)**

Programa con descuento de tarifa deslizantes (OPCIONAL, PERO RECOMENDADO)

**If you are *uninsured or under-insured*, Coastal Health & Wellness offers *reduced clinic fees* adjusted according to the **Sliding Fee Discount Program**. For each provider visit, depending on your discount, a *nominal fee or deposit will be requested* at the time of service; and any remaining charges, based on your discounted rate, will be billed to you.**

Si no está asegurado o está sumosasequido, Coastal Health & Wellness ofrece tarifas clínicas reducidas ajustadas de acuerdo con el Programa de Descuento de Tarifa de Deslizamiento. Para cada visita del proveedor, dependiendo de su descuento, se solicitará una tarifa nominal o depósito en el momento del servicio; y cualquier cargo restante, basado en su tarifa con descuento, se le facturará.

**The discount is determined by two factors: (1) the number of members in your household and (2) your household income. Using this information (below), our staff will compute your discount percentage based on the Federal Poverty guidelines.**

El descuento está determinado por dos factores: (1) el número de miembros en su hogar y (2) los ingresos de su hogar. Usando esta información (a continuación), nuestro personal calculará su porcentaje de descuento basado en las pautas federales de pobreza.

**Requirement #1: HOUSEHOLD MEMBERS / Requisito #1: MIEMBROS DEL HOGAR**

**Household includes: Patient, Spouse (including same-sex marriage recognized by U.S. Jurisdictions), Children up to age 18 or up to age 21 if a high school or college student, dependents claimed on federal income tax (including elderly parents, disabled children, court-ordered guardianships, and CPS placements).**

El hogar incluye: Paciente, Cónyuge (incluyendo el matrimonio entre personas del mismo sexo reconocido por las jurisdicciones de los Estados Unidos), Niños hasta los 18 años o hasta los 21 años si es un estudiante de secundaria o universitario, dependientes reclamados por la declaración de impuestos federales (incluyendo padres ancianos, hijos discapacitados, tutelas ordenadas por la corte y colocaciones de CPS).

**Fill in the lines (below) with those who live in your household based on the household definition stated (above).**

Rellene las líneas (abajo) con aquellos que viven en su hogar en función de la definición del hogar indicada (arriba).

Race/Raza							Ethnicity/Etnicidad
W-White/Blanca	NA-American Indian/Alaskan Native/ Los Indios Americanos/Nativos de Alaska						LH-Latino or Hispanic/ Latino ò Hispano
B-Black/Negro	NH-Native Hawaiian/Nativo de Hawái	MOR- More Than One Race/Más De Una Raza					NH- Not Hispanic/ No Hispano
A-Asian/Asiática	OPI-Other Pacific Islander/otras islas dela Pacifico	U-Unreported/Unknown/No Delarada/Desconocida					

  

Name (Last, First, Middle) Nombre (Apellido, Primera, Segundo)	Relationship to you? ¿Cuál es la relación a usted?	Date of Birth Fecha de nacimiento	Age Edad	Sex Sexo	Race Raza	Ethnicity Etnicidad	SSN Number Número de Seguro Social
OTHER HOUSEHOLD MEMBERS / OTROS MIEMBROS DEL HOGAR							
1.							
2.							
3.							
4.							
5.							

**Requirement #2: HOUSEHOLD INCOME / Requisito #2: INGRESOS DE HOGAR**

Household Members (18 years and older) Los miembros del hogar (18 años o más)	Type of Income /Tipo de ingreso (Employer, Self-employed, Social Security, Retirement, Unemployment, Child support) (Empleador, Autónomo, Seguro Social, Jubilación, Desempleo, Manutención infantil)	Amount Received (Dollars) Cantidad Recibido (Dólares)	Frequency? ¿Frecuencia? (Daily, Weekly, Every two weeks, twice a month, monthly?) (Diario, Semanal, Cada dos semanas, dos veces al mes, mensualmente?)
1.			
2.			
3.			
4.			

## **V. Disclosures / Divulgaciones**

**I AFFIRM:** The information I have provided, which includes my responses to questions on this Coastal Health & Wellness Registration form and all supporting documents, are **TRUE, ACCURATE and COMPLETE** to the best of my knowledge and belief.

**I AGREE:** To give Coastal Health & Wellness staff all the information necessary to determine my eligibility for discount services. I understand that it is my responsibility to provide proper documentation to prove my statements regarding my household income, household size, and healthcare coverage. To report to CHW any changes in household income, size, address, phone number, or health care coverage within 14 days.

### **I UNDERSTAND**

- Coastal Health & Wellness staff will assist me with the eligibility process of various state healthcare programs. Therefore, I agree to give CHW staff any information required to identify and locate all other sources of payment for health care services.
- I am giving CHW the right to recover the cost of health care services provided by CHW from any third party.
- Any misleading or falsified information, and/or omissions may disqualify me from further consideration for the Sliding Fee Discount Program. I may be required to repay CHW for any services rendered at 100% of cost. In addition, misleading or falsified information, and/or omissions will subject me to possible penalties under the laws of the State of Texas which may include fines and imprisonment.
- Applying for discounted services at CHW will be considered without regard to race, color, religion, creed, national origin, age, sex, disability, or political belief. If not approved on the Sliding Fee Discount Program, I may request a review of that determination.

**AFIRMO:** La información que he proporcionado, que incluye mis respuestas a preguntas en este formulario de registro de Coastal Health & Wellness y todos los documentos de apoyo, son **VERDADEROS, PRECIOSOS Y COMPLETOS** a lo mejor de mi conocimiento y creencia.

**DE ACUERDO:** Dar al personal de Coastal Health & Wellness toda la información necesaria para determinar mi elegibilidad para los servicios de descuento. Entiendo que es mi responsabilidad proporcionar la documentación adecuada para probar mis declaraciones con respecto a los ingresos de mi hogar, el tamaño del hogar y la cobertura de atención médica. Informar a CHW de cualquier cambio en los ingresos del hogar, tamaño, dirección, número de teléfono o cobertura de atención médica dentro de los 14 días.

### **ENTIENDO:**

- El personal de Coastal Health & Wellness me ayudará con el proceso de elegibilidad de varios programas de atención médica estatales. Por lo tanto, acepto dar al personal de CHW cualquier información necesaria para identificar y localizar todas las demás fuentes de pago para los servicios de atención médica.
- Estoy dando a CHW el derecho de recuperar el costo de los servicios de atención médica proporcionados por CHW de cualquier tercero.
- Cualquier información engañosa o falsificada, y/o omisiones pueden descalificarme de una consideración adicional para el Programa de Descuento de Tarifas de Deslizamiento. Es posible que deba pagar a CHW por cualquier servicio prestado al 100% del costo. Además, la información engañosa o falsificada, y/o omisiones me someterá a posibles sanciones bajo las leyes del Estado de Texas que pueden incluir multas y prisión.
- Solicitar servicios con descuento en CHW se considerará sin tener en cuenta la raza, color, religión, credo, origen nacional, edad, sexo, discapacidad o creencias políticas. Si no se aprueba en el Programa de Descuento de Tarifas de Deslizamiento, puedo solicitar una revisión de esa determinación.

## **VI. Patient Information:**

### **Consent to Treatment**

I consent to assessments, examinations, diagnostic tests, treatments, and procedures performed by Coastal Health & Wellness Clinic medical, counseling, dental providers, and their delegates. I further understand that I may revoke this authorization at any time.

### **Financial Responsibility**

I understand that I am responsible for the cost of all services rendered, unless I have healthcare coverage for services provided to me. I understand that I am responsible for either a clinic fee/deposit (uninsured) or co-pay (required by my private insurance plan) at the time of service. I understand that if I have healthcare coverage that my plan will be billed; however, I agree to pay all charges for any health care services provided by Coastal Health & Wellness that are not covered or collected from my insurance carrier or other third-party payer, including any deductibles and coinsurance amounts.

### **Sliding Fee Discount Program**

I understand that Coastal Health & Wellness encourages all our patients (with or without healthcare coverage) to apply for the Sliding Fee Discount Program. This program could reduce your out of pocket healthcare expenses. If you have healthcare coverage, the portion of the healthcare expenses you are responsible for may be reduced if you qualify under the rules of the program.

### **Coastal Health & Wellness No Show Policy Agreement**

At Coastal Health & Wellness we highly value our patients and the importance of providing quality accessible care. For that reason, it is important that you keep scheduled appointments and/or inform CHW of any changes in a timely manner. Please understand that a no-show appointment or late cancellation prevents CHW from providing care to additional patients who may need an appointment. Please understand that our policy states if **(3) consecutive scheduled appointments** or 3 out of 5 scheduled appointments are missed, you will only be allowed to schedule appointments on the same day, and only if a cancellation is available. Appointments must be CONFIRMED/ rescheduled/canceled within **24** hours prior to the scheduled appointment. Coastal Health & Wellness thanks you for your understanding and cooperation to continue to provide quality care to all our patients. *I understand and agree to abide by this No-Show Policy.*

### **Patient Information Documents**

- Statement of Patient Rights and Responsibilities – defines my rights and responsibilities as a patient that receives health care services from Coastal Health & Wellness.
- Notice of Privacy Practices – which provides information about how Coastal Health & Wellness and its workforce may use and/or disclose my protected health information for treatment, payment, health care operations and as otherwise permitted by law.
- Patient Complaint Procedure/Notice Concerning Complaints–which explains how to file a complaint and/or grievance.
- Guidelines on Advance Directives–which provides information regarding advanced life directives and informs me that Coastal Health& Wellness providers DO NOT recognize out-of-hospital do not resuscitated (DNR) orders.

**CONTINUE TO SIGN AND DATE ON PAGE 5.**

## IV. Información del paciente:

### Consentimiento para el Tratamiento

Doy mi consentimiento para evaluaciones, exámenes, pruebas diagnósticas, tratamientos y procedimientos realizados por Coastal Health & Wellness Clinic, médico, consejería, proveedores dentales y sus delegados. Además, entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento.

### Responsabilidad Financiera

Entiendo que soy responsable del costo de todos los servicios prestados, a menos que tenga cobertura médica para los servicios que se me brindan. Entiendo que soy responsable de una tarifa/depósito de la clínica (sin seguro) o de un copago (requerido por mi plan de seguro privado) en el momento del servicio. Entiendo que, si tengo cobertura de atención médica, se facturará mi plan; sin embargo, acepto pagar todos los cargos por cualquier servicio de atención médica proporcionado por Coastal Health & Wellness que no esté cubierto o cobrado de mi compañía de seguros u otro tercero pagador, incluyendo cualquier deducible y montos de coaseguro.

### Programa de Descuento de Tarifas Deslizantes

Entiendo que Coastal Health & Wellness alienta a todos nuestros pacientes (con o sin cobertura médica) a solicitar el Programa de Descuento de Tarifa de Deslizamiento. Este programa podría reducir sus gastos de atención médica de bolsillo. Si usted tiene cobertura de atención médica, la porción de los gastos de atención médica de los que usted es responsable puede reducirse si califica bajo las reglas del programa.

### Acuerdo de Póliza de Citas Perdidas

En Coastal Health & Wellness valoramos mucho a nuestros pacientes y la importancia de proporcionar atención accesible de calidad. Por esa razón, es importante que mantenga citas programadas y/o informe a CHW de cualquier cambio de manera oportuna. Por favor, entienda que una cita perdida o una cancelación tarde impide que CHW brinde atención a pacientes adicionales que puedan necesitar una cita. Por favor, entienda que nuestra póliza establece si (3) citas programadas consecutivas o 3 de cada 5 citas programadas se pierden, solo se le permitirá programar citas el mismo día, y solo si hay una cancelación disponible. Coastal Health & Wellness le agradece su comprensión y cooperación para continuar brindando atención de calidad a todos nuestros pacientes. *Entiendo y acepto cumplir con esta póliza de citas perdidas.*

### Documentos de información al paciente

- Declaración de Derechos y Responsabilidades del Paciente – definir mis derechos y responsabilidades como un paciente que recibe servicios de atención médica de Coastal Health & Wellness.
- Aviso de prácticas de privacidad – que proporciona información sobre cómo Coastal Health & Wellness y personal pueden usar y/o divulgar mi información médica protegida para el tratamiento, el pago, las operaciones de atención médica y según lo permita la ley.
- Procedimiento/Aviso de queja del paciente con respecto a las quejas–que explica cómo presentar una queja.
- Directrices sobre directivas anticipadas–que proporciona información sobre las directivas avanzadas de vida y me informa que los proveedores de Coastal Health & Wellness NO reconocen pedidos fuera del hospital no reanimados (DNR).

### **BEFORE YOU SIGN, BE SURE EACH ANSWER IS COMPLETE AND CORRECT**

ANTES DE FIRMAR, ASEGÚRESE DE QUE CADA RESPUESTA ESTA COMPLETA Y SEA CORRECTA

**This is an Official Government Record. Untrue or incomplete information given on this form may and probably will result in Criminal Action being taken under Section 31.04, 37.10, or other portions of the Texas Penal Code.**

Este es un registro oficial del gobierno. Información falsa o incompleta dada en este formulario puede y probablemente resultará en acción legal en su contra bajo secciones 31.04, 37.10 o otras partes del código penal del Estado de Tejas.

### **My signature acknowledges I have been provided with the following patient information and documents:**

Consent to Treatment, Financial Responsibility, Sliding Fee Discount Program, CHW No Show Policy Agreement, the Statement of Patient Rights and Responsibilities, Notice of Privacy Practices, Patient Complaint Procedure/Notice Concerning Complaints, and Guidelines on Advance Directives.

### **Mi firma reconoce que se me ha proporcionado la siguiente información**

Consentimiento para el Tratamiento, Responsabilidad Financiera, Programa de Descuento de Tarifas Deslizantes, Acuerdo de Póliza de Citas Perdidas, Declaración de Derechos y Responsabilidades del Paciente, Aviso de prácticas de privacidad, Procedimiento de queja del paciente/Aviso relativo a las quejas, Directrices sobre directivas anticipadas.

\_\_\_\_\_  
**Patient Signature** / Firma del paciente

\_\_\_\_\_  
**Date** / Fecha