



**PMS**

PRESBYTERIAN MEDICAL SERVICES

Nuestro propósito es usted.



BIENVENIDO  
AL **PAQUETE DE  
INFORMACIÓN**  
PARA PACIENTES  
DE PMS

## Tabla de Contenido

<b>04</b>	Programación de Citas
<b>06</b>	Asistencia Fuera de Horario
<b>07</b>	Nuestros Servicios
<b>08</b>	Aseguranza
<b>09</b>	Información de Facturación y Pago
<b>09</b>	Su Hogar Médico de Atención Primaria
<b>10</b>	Historial Médico Personal
<b>10</b>	Portal del Paciente
<b>11</b>	Farmacia y Prescripción Médica
<b>12</b>	Aviso de Prácticas de Privacidad
<b>16</b>	Directivas Anticipadas
<b>18</b>	Abuso, Negligencia y Apropiación Indevida
<b>20</b>	Necesidades y Preocupaciones
<b>21</b>	Derechos y Responsabilidades del Consumidor

### Formularios

<b>23</b>	Registro de Pacientes
<b>24</b>	Consentimiento del Cliente
<b>25</b>	Solicitud de Descuento de Tarifa Variable

# Bienvenidos a Presbyterian Medical Services

Gracias por elegir Presbyterian Medical Services para su atención médica. Estamos orgullosos de ser su hogar médico de atención primaria para brindar y coordinar los servicios de atención médica que usted necesita. Un hogar médico de atención primaria es un enfoque basado en el trabajo en equipo para brindar atención médica con el paciente como foco central. Como nuestro paciente, tendrá acceso a un equipo capacitado de profesionales médicos, dentales y de salud conductual, atención y programas especializadas. En Presbyterian Medical Services (PMS), nuestro objetivo es ayudarlo a mejorar su salud y bienestar.

En este folleto encontrará listados de ubicaciones y servicios, documentos importantes y otra información útil.

Estamos entusiasmados de tenerlo como nuestro paciente y esperamos atenderlo.

Atentamente,  
Su Equipo de Atención Médica  
Presbyterian Medical Services



Presbyterian Medical Services (PMS) es una red sin fines de lucro de centros de salud comunitarios que atiende a miles de pacientes en condados de todo Nuevo México. PMS es un centro de salud calificado a nivel federal y está certificado por la Comisión Conjunta como un hogar médico de atención primaria (PCMH). Es un beneficiario del Programa de centros de salud según el artículo 42 U.S.C. 254b y se considera un empleado del Servicio de Salud Pública según el artículo 42 U.S.C. 233(g) - (n).

## LLAME Para Una Cita

**Para solicitar, reprogramar o cancelar una cita, llame a la ubicación de su centro de salud o llame al 800-477-7633.**

Alamogordo Family Health Center  
(575) 434-2960

Deming Behavioral Health  
(575) 546-2174

Alamogordo Behavioral Health  
(575) 437-7404

Espanola Family Wellness Center  
(505) 443-2800

Artesia Family Health Center  
(575) 746-9848

Esperanza Family Health Center  
(505) 384-2777

Carlsbad Family Health Center  
(575) 887-2455

Express Care (Carlsbad)  
(575) 628-1081

Carlsbad Behavioral Health  
(575) 885-4836

Farmington Community Health  
(505) 327-4796

Carlsbad School-Based Health  
(575) 234-3319

Gallup Family Counseling  
(505) 863-3828

Catron County Medical Center  
(575) 533-6456

Gallup School Based Health  
(505) 721-2681

Chaparral Family Health Center  
(575) 824-8100

Grants Family Counseling  
(505) 876-1890

Counselor Clinic  
(575) 568-4328

Grants Family Health Center  
(505) 287-2958

Cuba Health Center  
(575) 289-3291

Hobbs Family Health Center  
(575) 391-0270

Cuba School Based Health  
(575) 289-2082

Hopewell Family Health Center  
(505) 443-3100

Deming Health Center  
(575) 546-4663

Loving Health Center  
(575) 745-3573

Magdalena Area Health Center  
(575) 854-3162

Mountainair Family Health Center  
(505) 847-2271

Ojo Encino Clinic  
(505) 731-2268

Ortiz Mountain Health Center  
(505) 471-6266

Pecos Valley Medical Center  
(505) 443-3200

PMS Family Health Center  
(505) 896-7100

Quay County Family Health Center  
(575) 461-2200

Quemado Health Center  
(575) 773-4610

Questa Health Center  
(575) 586-0315

Rio Rancho Family Health Center  
(505) 896-0928

Ruidoso Behavioral Health Center  
(575) 630-0571

Sacramento Mountain Medical  
(575) 682-2542

Santa Fe Family Health Center  
(505) 989-4500

Socorro Community Health Center  
(575) 835-4444

Socorro Teen Health Center  
(575) 838-3199

Socorro Mental Health  
(575) 835-2444

Teen Health Center - Capital High  
(505) 467-1081

Teen Health Center - Santa Fe High  
(505) 467-2439

Thoreau Family Health Center  
(505) 862-7417

Torreon Health Clinic  
(505) 731-2284

Totah Behavioral Health Authority  
(505) 564-4804

Tularosa Medical Center  
(575) 585-1250

Valley Community Health Center  
(505) 747-7400

Veguita Health Center  
(505) 443-7701

WNM Medical Group - Gallup  
(505) 863-3120

## Asistencia Fuera de Horario: Médica/Dental

Si tiene alguna pregunta médica o dental fuera del horario de atención habitual, llame a nuestra línea de asesoramiento de enfermería. Las enfermeras registradas de Call 4 Health guían a nuestros pacientes hacia el nivel de atención adecuado, ya sea atención domiciliaria, derivación a la sala de emergencias o programación de una cita.



**1-855-741-3400**

## Dónde Llamar en Caso de Crisis de Salud Mental

Si usted o alguien que le importa está atravesando algún tipo de crisis emocional, problema de salud mental o consumo de sustancias, puede encontrar ayuda las 24 horas del día, los siete días de la semana, llamando a la ubicación de PMS de la lista que aparece a continuación. Si no hay una ubicación de PMS adecuada en la lista, puede comunicarse con la línea de Ayuda para Casos de Suicidio y Crisis al 988, la línea de Crisis y Acceso de Nuevo México o la línea directa de Ayuda Entre Pares.

- Alamogordo/Ruidoso: 1-855-564-6253
- Artesia: 1-855-240-7774
- Carlsbad: 1-855-211-1196
- Deming: 1-855-282-3865
- Farmington: 1-855-785-1390
- Grants/Gallup/Quemado/Thoreau: 1-855-384-6884
- Rio Rancho: 1-855-517-0498
- Santa Fe Family Health Center: 1-855-223-7111
- Socorro: 1-855-207-1628
- Torrance: 1-855-817-5058
- Totah: 1-855-279-7507
- Valley/Espanola Wellness Center: 1-855-738-3680
- NM Crisis Line: 1-855-662-7474
- NM Warmline: 1-855-466-7100

### Le recomendamos que utilice este servicio si usted:

- Piensa en querer morir, hacerse daño o suicidarse
- Se preocupa por el consumo de drogas o alcohol, el consumo de sustancias, el juego u otras adicciones
- Se comporta de maneras que sabe que no son seguras, pero continua de todas formas
- Tiene dificultades para controlar la ira
- Se retrae o aísla
- Habla de ser una carga para los demás
- Duerme muy poco o demasiado
- Buscar apoyo para alguien que tiene problemas de salud mental
- Simplemente necesitar a alguien con quien hablar

# Nuestros Servicios

Desde atención prenatal hasta atención geriátrica, atención familiar y más, PMS brinda atención avanzada, asequible y, lo más importante, accesible.

## Salud de Adulto

- Vacunas y exámenes de salud
- Tratamiento de enfermedades agudas y crónicas
- Planificación familiar y control de la natalidad
- Pruebas, tratamiento y protección contra las ETS
- Visitas por enfermedad
- Tratamiento por consumo de sustancias

## Salud de la mujer

- Exámenes de bienestar para la mujer
- Pruebas de embarazo gratuitas
- Atención prenatal, atención posparto y gestión de casos\*
- Planificación familiar y control de la natalidad

## Pediatría y Salud de Adolescentes

- Exámenes físicos para bebés y niños sanos
- Vacunas
- Salud reproductiva de los adolescentes, incluidas pruebas, tratamiento y protección contra las ETS
- Exámenes físicos para deportistas
- Visitas por enfermedad

## Psiquiatría

- Evaluación diagnóstica
- Planificación integral del tratamiento
- Gestión de medicamentos
- Tratamiento del consumo de sustancias

## Salud Conductual

- Asesoramiento para parejas, individuos, familias, niños y adolescentes
- Admisión, evaluación y planificación del tratamiento
- Servicios integrales de apoyo comunitario (CCSS)
- Asesoramiento sobre consumo de sustancias
- Terapia de grupo
- Intervención en crisis
- Rehabilitación psicosocial (PSR)

## Dental

- Atención dental de urgencia
- Exámenes completos y radiografías
- Limpiezas
- Empastes
- Extracciones
- Coronas, puentes y prótesis dentales

\*Servicio puede no estar disponible en todas las ubicaciones

## Aseguranza

### ¿No tiene aseguranza?

Según el tamaño de su familia y sus ingresos, puede calificar para un descuento de tarifa variable. El representante de acceso al cliente de su centro de salud local le proporcionará la solicitud de descuento de tarifa variable.

Para acceder a este beneficio, presente un comprobante de ingresos. Se acepta cualquiera de los siguientes como comprobante de ingresos:

- Talón de cheque de pago/talón de cheque del Seguro Social
- Formulario de impuestos W-2 más reciente (ingresos brutos)
- Declaración de impuestos más reciente (ingresos brutos)
- Carta del empleador que indique los ingresos anuales
- Documento judicial que indique los ingresos por manutención de los hijos/pensión alimenticia
- Carta de concesión del Seguro Social o carta de beneficios
- Declaración del ISD que indique los ingresos y el nivel de manutención
- Carta de la parte responsable que proporciona alojamiento y comida

### Asistencia al Paciente

Nuestros Determinadores Certificados de Medicaid pueden trabajar con usted y su familia para ayudarlo a inscribirse en el plan de salud que mejor se adapte a sus necesidades. Podemos conectar a los pacientes con recursos comunitarios, como vivienda, transporte, alimentos, etc. Si tiene preguntas o desea programar una cita, hable con un miembro del equipo de recepción.



### Pagar por la Atención Médica

Aceptamos Medicare, Medicaid y la mayoría de los planes de seguro. Recuerde traer su tarjeta de identificación de seguro y los copagos a cada cita.

## Información de Facturación y Pago

Nuestros equipos de atención atenderán a todos los pacientes independientemente de su capacidad de pago. Les pedimos a los pacientes que traigan su seguro actual o su tarjeta de identificación de miembro a cada cita. Los pacientes pueden comunicarse con el departamento de facturación al (877) 222-4521 para cualquier pregunta sobre facturación o pago.

Dependiendo de su seguro o plan de salud, PMS puede requerir el pago al momento del servicio. Sin embargo, se le puede facturar por los servicios prestados. Los estados de cuenta se envían por correo mensualmente.

## Su Hogar Médico de Atención Primaria

Cuando elige un centro de salud de PMS, obtiene más que una clínica: obtiene un médico. Un médico de atención primaria (PCMH) es una asociación entre usted y su equipo de atención primaria. ¡Usted es el centro de este equipo! A través del médico, nuestro objetivo es trabajar con usted para brindarle atención médica coordinada durante toda su vida para que esté lo más saludable posible.

### Su equipo de atención de PCMH:

- Brindar atención en equipo dirigida por su proveedor de atención primaria (PCP).
- Trabajar con usted para mejorar su salud.
- Revisar sus medicamentos con usted y analizar cualquier problema potencial.
- Colaborar con usted para desarrollar un plan personal que pueda utilizar para alcanzar una buena salud y bienestar.
- Reservar un espacio en nuestro cronograma para citas el mismo día.
- Informarle los resultados de las pruebas de manera oportuna.
- Hablar con usted de manera clara y en un lenguaje que pueda comprender.
- Conectarlo con otros miembros de su equipo de atención y derivarlo a recursos comunitarios disponibles cuando sea necesario.
- Colaborar con otros proveedores de atención médica a los que acuda para recibir atención especializada o segundas opiniones.

### Confiamos en ti:

- Trabaje con nuestra clínica para seleccionar un médico de atención primaria.
- Asegúrese de que su proveedor conozca su historial médico completo y sus inquietudes actuales.
- Infórmele a su proveedor sobre todos los medicamentos, suplementos y remedios que está tomando.
- Participe activamente en la planificación de su atención y en las actividades de autogestión.
- Asista a las citas programadas o llame para reprogramarlas o cancelarlas lo antes posible.
- Solicite que cualquier otro proveedor que consulte envíe informes y resultados a PMS.
- Haga preguntas si algo no está claro.
- Háganos saber cómo nos está yendo y cómo podemos mejorar su atención.
- Informe a su equipo de PMS sobre otros profesionales de la salud que lo atienden.

## Historial Médico Personal

Para solicitar copias de su historial médico, puede descargar el formulario en el siguiente enlace o escanear el código QR que aparece a continuación para acceder directamente al formulario de autorización en nuestro sitio web. Imprima, complete y envíe al centro de salud donde recibe los servicios.

<https://www.pmsnm.org/patients/patient-registration-forms/> or escanea el código QR



**ESCANÉAME**

## Portal del Paciente

El Portal del Paciente le brinda acceso seguro a sus registros de información médica personal desde cualquier lugar con conexión a Internet.

Las funciones incluyen:

- Enviar y recibir mensajes con su proveedor de atención primaria
- Acceder a sus registros médicos
- Solicitar citas
- Buscar información sobre salud y bienestar
- Ver los últimos resultados de las pruebas
- Solicitar reposiciones de medicamentos
- Ver, descargue o comparta sus registros médicos personales
- Administrar su información a través de la aplicación NextGen Patient Portal
- Acceder a los estados de cuenta y realice pagos

**Para iniciar sesión o inscribirse en el Portal del Paciente, utilice nuestro Código QR.**



**ESCANÉAME**

# Recarga de Recetas y Farmacia

## Recarga de Recetas

Existen varias formas de solicitar reposiciones de medicamentos. Tenga en cuenta lo siguiente:

- Los pacientes pueden llamar directamente a la farmacia y solicitar una recarga
- Si no quedan recargas de su medicamento, puede enviar una solicitud a través del portal del paciente, comunicarse con su centro de salud o comunicarse con la farmacia
- Necesitamos 72 horas para procesar su solicitud

NOTA: Si su receta es de un proveedor fuera del sistema PMS, no podemos aprobar la recarga. Si desea una recarga de un proveedor de PMS, programe una cita con nosotros.

## Farmacia

Con tres farmacias internas en todo el estado, PMS facilita la obtención de los medicamentos que necesita. Como centro de salud calificado a nivel federal, PMS participa en el programa 340B que nos permite proporcionar medicamentos importantes a nuestros pacientes, independientemente de su capacidad de pago.

Si tiene problemas para obtener su medicamento en cualquier farmacia local, puede transferir su receta a una de nuestras farmacias internas más cerca de usted. Nuestras farmacias internas se enumeran a continuación.

- Farmington Community Health Center, 505-443-4253
- Cuba Health Center, 505-443-6799
- Pecos Valley Medical Center, 505-443-3200
- Carlsbad Family Health Center, 575-887-2455



# Aviso de Prácticas de Privacidad

Este aviso describe cómo se puede usar y divulgar su información médica y cómo puede obtener acceso a esta información.

[ POR FAVOR REVISE CUIDADOSAMENTE ]



## Protección de la Información Médica

Entendemos que su información médica es personal y estamos comprometidos a protegerla. PMS crea registros de la atención y los servicios que se le brindan. Necesitamos estos registros para brindarle atención y servicios de calidad y para cumplir con ciertos requisitos legales.

## Propósito del Aviso

Este aviso describe cómo podemos usar y divulgar su información médica para llevar a cabo tratamientos, pagos u operaciones de atención médica y para otros fines permitidos o requeridos por la ley. También describe sus derechos legales para acceder y controlar su información médica.

## ¿Quién debe seguir este aviso?

Este aviso describe las prácticas de privacidad de PMS, sus clínicas y otros programas, así como de sus profesionales de atención médica afiliados. Compartiremos información entre nosotros según sea necesario para llevar a cabo nuestras respectivas obligaciones de tratamiento, actividades de pago y operaciones de atención médica.

## Sus Derechos

Aunque los registros que contienen su información médica son propiedad física de PMS, la información le pertenece a usted. Por ley, usted tiene derecho a:

- Inspeccionar y obtener una copia de su información médica. Por lo general, responderemos a su solicitud dentro de los 30 días, pero, en determinadas circunstancias, podemos rechazar su solicitud.
- Solicitar una restricción sobre ciertos usos y divulgaciones de su información médica; sin embargo, no estamos obligados a aceptar una restricción solicitada.
- Solicitar que nos comuniquemos con usted mediante medios alternativos o en una ubicación alternativa.
- Solicitar una enmienda de su información médica, si cree que es inexacta; sin embargo, podemos rechazar su solicitud de enmienda si creemos que su información médica es precisa.
- Solicitar un recuento de ciertas divulgaciones que hemos hecho, si las hubiera, de su información médica.
- Restringir las divulgaciones a los planes de salud en los que haya pagado de su bolsillo y en su totalidad la atención médica.
- Cómo optar por no recibir comunicaciones de recaudación de fondos de PMS.
- Revocar cualquier autorización que haya proporcionado para usar o divulgar su información médica, excepto en la medida en que ya se hayan tomado medidas en base a dicha autorización.
- Obtener una copia impresa de este aviso si lo solicita.

Puede ejercer cualquiera de estos derechos hablando con el administrador del sitio de PMS en el de que recibió atención o servicios, o comunicándose con el Oficial de Cumplimiento Corporativo PMS al (505) 982-5565 o al 800-477-7633.

## Nuestros Deberes

Estamos obligados por ley a:

- Mantener la privacidad de su información médica.
- No vender su información médica sin su consentimiento.
- Notificarle en caso de una violación de la seguridad de su información médica.
- Proporcionarle una copia de nuestro Aviso de prácticas de privacidad.
- Cumplir con los términos de nuestro Aviso de prácticas de privacidad.



## Cómo Podemos Utilizar y Divulgar Su Información Médica

Los siguientes son ejemplos de los tipos de usos y divulgaciones de su información médica que están permitidos:

Tratamiento - Podemos usar y divulgar su información médica para proporcionar, coordinar o administrar su atención médica y cualquier servicio relacionado. Por ejemplo, podemos divulgar su información médica a los médicos o técnicos que lo atienden, incluso si los médicos o técnicos no están afiliados a PMS.

Pago - Su información médica puede ser divulgada, según sea necesario, para obtener el pago de su compañía de seguros u otra persona/parte responsable del pago de los servicios que le brindamos. Por ejemplo, podemos divulgar su información médica a su plan de salud para determinar su elegibilidad o cobertura para los beneficios del seguro.

Operaciones de Atención de Salud - Podemos utilizar o divulgar su información médica para nuestras operaciones internas, que incluyen actividades necesarias para operar los sitios o programas de PMS de los cuales usted recibe servicios. Por ejemplo, podemos utilizar su información médica para servicios de mejora de la calidad para evaluar la atención u otros servicios que se le brindan. También podemos utilizar su información médica para evaluar las habilidades y calificaciones de nuestros proveedores de atención médica o para resolver quejas dentro de nuestra organización.

Recordatorios de Citas y Alternativas de Tratamiento - Podemos usar y divulgar su información médica para recordarle una cita que tenga con nosotros para recibir tratamiento o atención médica. También podemos usar o divulgar su información médica para informarle o recomendarle posibles opciones o alternativas de tratamiento, o para informarle sobre otros beneficios y servicios relacionados con la salud que puedan ser de su interés.

## Otros Usos y Divulgaciones Permitidos

Podemos utilizar y/o divulgar su información médica en una serie de circunstancias en las que no es necesario que obtengamos su consentimiento o autorización, ni que le proporcionemos la oportunidad de aceptar u oponerse. Esas circunstancias incluyen:

- A menos que se oponga, podemos divulgar su información médica a un miembro de su familia, pariente, amigo personal cercano u otra persona que usted identifique.
- Es posible que la ley nos obligue a divulgar su información médica.
- Pondremos su información médica a su disposición y a la Secretaría del Departamento de Salud y Servicios Humanos.
- Podemos divulgar su información médica a una agencia de salud pública para ayudar a prevenir o controlar enfermedades, lesiones o discapacidades. Esto puede incluir la divulgación de su información médica para informar sobre ciertas enfermedades, muerte, abuso, negligencia o violencia doméstica o para informar a la Administración de Alimentos y Medicamentos si experimenta una reacción adversa a alguno de los medicamentos, suministros o equipos que utilizamos.
- Podemos divulgar su información médica a agencias gubernamentales para que puedan monitorear, investigar, inspeccionar, disciplinar u otorgar licencias a quienes trabajan en el sistema de atención médica o para programas de beneficios gubernamentales.
- Podemos divulgar su información médica según lo autorice la ley para cumplir con las leyes de compensación laboral.
- Podemos divulgar su información médica en el curso de un procedimiento judicial o administrativo, en respuesta a una orden de un tribunal judicial o administrativo (en la medida en que dicha divulgación esté expresamente autorizada) y en respuesta a una citación, solicitud de descubrimiento u otro proceso legal.
- Podemos divulgar su información médica a funcionarios encargados de hacer cumplir la ley para denunciar o prevenir un delito, localizar o identificar a un sospechoso, fugitivo o testigo material o ayudar a una víctima de un delito.
- Podemos utilizar o divulgar información médica para fines de investigación cuando la investigación haya recibido la aprobación de una junta de revisión institucional que haya revisado la propuesta de investigación y haya establecido protocolos para garantizar la privacidad de su información médica.
- Si usted es miembro de las fuerzas armadas, podemos divulgar su información médica según lo requieran las autoridades del comando militar o para evaluar su elegibilidad para los beneficios de veterano, para realizar actividades de inteligencia y seguridad nacional, incluida la prestación de servicios de protección al Presidente u otras personas a las que se les brindan servicios de protección según la ley federal.
- Podemos divulgar su información médica a médicos forenses, examinadores médicos y directores de funerarias para que puedan llevar a cabo sus funciones o con el fin de identificar o determinar la causa de muerte.
- Podemos divulgar su información médica a personas involucradas en la obtención, almacenamiento o trasplante de órganos, ojos o tejidos de cadáveres con fines de donación.
- Podemos usar o divulgar su información médica para prevenir o evitar una amenaza grave a su salud o seguridad, o a la salud o seguridad de otras personas.
- Podemos divulgar su información médica a una agencia de supervisión de la salud que esté autorizada por ley para supervisar nuestras operaciones.

- Si usted es un recluso de una institución correccional o se encuentra bajo la custodia de un funcionario de las fuerzas del orden, podemos divulgar su información médica al funcionario de las fuerzas del orden o a la institución correccional. Esta divulgación es necesaria para que la institución le brinde atención médica, para proteger la salud y la seguridad de otras personas o para proteger la salud y la seguridad del personal de las fuerzas del orden o del personal de la institución correccional.
- Podemos compartir su información médica con terceros "socios comerciales" que realizan diversos servicios para nosotros. Por ejemplo, podemos divulgar su información médica a terceros para que brinden servicios de facturación o de fotocopiado. Para proteger su información médica, sin embargo, exigimos a nuestros socios comerciales que protejan su información médica.

### Otros Usos y Divulgaciones de Información Médica

Otros usos y divulgaciones de su información médica que no estén contemplados en este aviso o en la ley aplicable se realizarán únicamente con su autorización por escrito. Si nos da su autorización por escrito para usar o divulgar su información médica, puede revocar su autorización, por escrito, en cualquier momento. Si revoca su autorización, ya no usaremos ni divulgaremos su información médica por los motivos contemplados en su autorización por escrito. Usted comprende que no podemos revertir ningún uso o divulgación que ya hayamos realizado con su autorización, y que estamos obligados a conservar nuestros registros de la atención o los servicios que le hemos proporcionado.

### Ley de Nuevo México

En caso de que la ley de Nuevo México nos exija brindar más protección a su información médica que la establecida en este aviso o que la exigida por la ley federal, brindaremos esa protección adicional. Por ejemplo, cumpliremos con las disposiciones de confidencialidad de la ley estatal relacionadas con enfermedades contagiosas, como el VIH y el SIDA. También cumpliremos con las protecciones de confidencialidad adicionales de la ley estatal relacionadas con el tratamiento de la salud mental y el abuso de sustancias. Esas leyes generalmente requieren que obtengamos su consentimiento antes de divulgar su información relacionada con la salud mental o el abuso de sustancias, sujeto a ciertas excepciones permitidas por la ley.

### Información Sobre Protección de los Trastornos por Consumo de Sustancias

Si solicita y recibe servicios para trastornos por consumo de sustancias de nuestra parte, la ley federal (42 CFR Parte 2) requiere que obtengamos su consentimiento por escrito antes de poder divulgar información que lo identifique como una persona con un trastorno por consumo de sustancias o como un paciente para servicios para trastornos por consumo de sustancias. Existen excepciones a este requisito general. Podemos divulgar dicha información a nuestro personal según sea necesario para coordinar su atención, a agencias o personas que nos ayudan a brindarle nuestros servicios; cuando la divulgación esté permitida por una orden judicial; o la divulgación se realice al personal médico en una emergencia médica o al personal calificado para investigación, auditoría o evaluación del programa. La ley federal no protege ninguna información sobre un delito cometido por un paciente ya sea en el programa o contra cualquier persona que trabaje para un programa o sobre cualquier amenaza de cometer dicho delito. La ley federal no protege ninguna información sobre sospecha de abuso o negligencia infantil de ser reportada bajo la ley estatal a las autoridades estatales o locales correspondientes.

### **Cambios a este Aviso**

Nos reservamos el derecho de cambiar nuestras prácticas de privacidad y/o este aviso. Si revisamos este aviso, el aviso revisado entrará en vigencia para toda la información médica que mantengamos. Cualquier aviso revisado estará disponible accediendo a nuestro sitio web, [www.pmsnm.org](http://www.pmsnm.org) o puede obtener una copia del aviso revisado solicitando que le enviemos una copia por correo o solicitando una copia en su próxima visita a uno de nuestros sitios.

### **Quejas**

Si cree que se han violado sus derechos de privacidad, puede presentar una queja por escrito ante nuestro Oficial de Cumplimiento Corporativo o el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos. Los informes de violaciones de la confidencialidad de la información sobre el diagnóstico o el tratamiento de trastornos por consumo de sustancias pueden dirigirse al Fiscal de los EE. UU. del distrito donde se produce la violación. Los informes de violaciones por parte de un programa de tratamiento de opioides también pueden dirigirse al Fiscal de los EE. UU., así como a la oficina de SAMHSA responsable de la supervisión del programa de tratamiento de opioides.

Puede presentar sus quejas por escrito a PMS en P.O. Box 2267, Santa Fe, NM 87504-2267, o puede llamarnos a los números de teléfono que figuran en este paquete de información. No tomaremos represalias en su contra por presentar una queja.



## **Declaración de Voluntades Anticipadas**

En Nuevo México, la Ley Uniforme de Decisiones sobre Atención Médica permite que una persona prepare una Directiva Anticipada de Atención Médica, que es un documento escrito que le permite dar instrucciones sobre su propia atención médica y/o nombrar a otra persona (un agente) para que tome decisiones de atención médica por usted si deja de poder tomar sus propias decisiones. Debe tener 18 años o más para crear una directiva anticipada.

La Ley de Decisiones sobre Tratamientos de Salud Mental es la ley de Nuevo México que permite instrucciones escritas para el tratamiento psiquiátrico si usted no puede dar o comunicar sus instrucciones. En Nuevo México, una “directiva anticipada para el tratamiento de la salud mental” se llama PAD o Directiva Anticipada Psiquiátrica.

Estos documentos se llaman Directivas Anticipadas porque usted los llena y firma con anticipación para que en el futuro, su médico y otros proveedores de atención médica sepan cuáles son sus deseos con respecto al tratamiento médico o psiquiátrico. Las directivas anticipadas solo entran en vigencia cuando usted ya no puede tomar sus propias decisiones de atención médica. Mientras usted pueda tomar sus propias decisiones y dar su consentimiento informado para su propia atención, sus proveedores de atención médica confiarán en USTED y NO en sus directivas anticipadas.

Antes de tomar esta decisión o escribir sus instrucciones, debe hablar con las personas más cercanas a usted y que estén preocupadas por su atención y sus sentimientos. Hable sobre ellas con su familia, su médico, amigos y otras personas adecuadas, como alguien de su iglesia o su abogado.

### **La Declaración de Voluntades Anticipadas es Opcional**

Depende totalmente de usted si desea preparar una directiva anticipada, pero si surgen preguntas sobre el tipo de tratamiento médico o psiquiátrico que desea o no desea, ellos le ayudarán a resolver estos importantes problemas. Si no ha completado una directiva anticipada ni le ha dicho a su médico quién desea que tome decisiones sobre su atención médica, la ley de Nuevo México permite que estas personas, en el siguiente orden, tomen sus decisiones sobre atención médica (si estas personas están razonablemente disponibles):

1. Cónyuge
2. Pareja importante
3. Hijo adulto
4. Padre
5. Hermano o hermana adulto
6. Abuelo
7. Amigo cercano

Nuevo México no exige que rellene un formulario específico de directivas anticipadas, puede escribir sus deseos. Sin embargo, sí exige tres cosas: 1) debe firmar las directivas anticipadas, 2) la directiva anticipada debe estar atestiguada y, si lo desea, debe certificarse ante notario, y 3) si designa a un agente, que éste firme que acepta el nombramiento. Esto se puede hacer en una hoja de papel aparte, pero puede resultar útil que la aceptación forme parte de sus directivas anticipadas.

Tenemos disponibles algunos ejemplos de formularios de directivas anticipadas. Si está interesado, pídale una copia a su médico o proveedor. Tiene derecho a revocar (cancelar) o reemplazar una directiva anticipada en cualquier momento. Si completa una directiva anticipada, entregue copias del formulario firmado a sus proveedores e instituciones de atención médica, a cualquier agente de atención médica que nombre y a su familia y amigos.

Cualquier queja relacionada con el incumplimiento de los requisitos de la Directiva Anticipada puede dirigirse al Departamento de Gestión de Calidad de Presbyterian Medical Services y/o a la agencia de inspección y certificación estatal, el Departamento de Salud de Nuevo México.

# Aviso sobre Políticas y Procedimientos de PMS sobre Denuncia de Abuso, Negligencia y Apropiación Indebida de la Propiedad

Este aviso describe cómo PMS denuncia el abuso, negligencia o explotación de sus consumidores y cómo usted puede denunciar sospechas de abuso, negligencia y explotación.

## Protección Contra el Abuso, la Negligencia y la Apropiación Indebida de la Propiedad

Es política de PMS prohibir el abuso físico, verbal, sexual o psicológico, la negligencia y la explotación. Para proteger los derechos de los consumidores, PMS cumple con las leyes, regulaciones y pautas estatales para garantizar la seguridad y denunciar el abuso, la negligencia, la explotación y la apropiación indebida de la propiedad..

## Propósito del Aviso

Este aviso describe cómo PMS denuncia el abuso, la negligencia, la explotación y la apropiación indebida de la propiedad de sus consumidores según lo exige la Ley del Estado de Nuevo México.

## Nuestros Deberes

Todos los centros de atención médica autorizados por PMS y los proveedores de servicios comunitarios están obligados por ley a:

- Reportar todos los incidentes de sospecha de abuso, negligencia y apropiación indebida de propiedad inmediatamente a los Servicios de Protección de Adultos o a la Central Estatal de Admisión de Servicios de Protección Infantil (SCI)
- Los incidentes de sospecha de abuso, negligencia y explotación que involucren un centro de atención médica autorizado por PMS o un sitio de Servicios Comunitarios de PMS deben reportarse a la División de Mejora de la Salud (DOH/DHI) del Departamento de Salud dentro de las 24 horas posteriores al conocimiento del incidente y deben documentarse utilizando el Formulario de Informe de Incidentes del Departamento de Salud.
- Además de las prácticas mencionadas anteriormente, todos los proveedores de servicios comunitarios deben completar lo siguiente dentro de las 24 horas o el siguiente día hábil.
- Notificar al administrador de casos del consumidor que se ha producido un incidente y que se ha informado al DOH/DHI
- Notificar a los padres o tutores legales de los consumidores menores de edad sobre cualquier incidente denunciado, a menos que los padres o tutores legales sean sospechosos del supuesto abuso, negligencia o explotación
- Si PMS no es el proveedor responsable de los consumidores, el sitio debe notificar al proveedor responsable que se ha producido un incidente y que se ha informado.

## Sus derechos

Si desea denunciar abuso, negligencia o explotación, puede comunicarse directamente con el DOH/DHI o puede acceder al proceso de denuncia de PMS.

Las denuncias realizadas directamente al DOH/DHI se pueden realizar por teléfono, correspondencia escrita o mediante otras formas de comunicación utilizando el Formulario de Denuncia de Incidentes del DOH/DHI. El acceso al Formulario de Denuncia de Incidentes del DOH/DHI y las instrucciones para completarlo están disponibles en el sitio web de la división: <http://dhi.health.state.nm.us/elibrary/ironline/ir.php> o se pueden obtener llamando al número gratuito del Departamento al 800-445-6242.

Para presentar una denuncia al DOH/DHI a través de PMS, comuníquese con el administrador del sitio de PMS en el que recibe atención o servicios, o comuníquese con el Director de Cumplimiento Corporativo de PMS al (800) 477-7633 o (505) 982-5565.

**¿Preguntas?:** Si tiene alguna pregunta sobre este aviso o necesita información adicional, comuníquese con nuestro Director de Cumplimiento al (800) 477-7633 o al (505) 982-5565.



## Respondiendo a Sus Necesidades e Inquietudes

Todas las personas que interactúan con Presbyterian Medical Services (PMS) son tratadas con dignidad, atención y respeto. PMS no discrimina por motivos de raza, color, origen nacional, sexo, edad o discapacidad. PMS reconoce y respeta los derechos de los clientes/pacientes, familias/tutores y residentes o visitantes a brindar felicitaciones o quejas sobre afecciones, tratamientos o acciones con las que están satisfechos o insatisfechos. PMS también reconoce que las felicitaciones y quejas sirven como fuente de información para validar y mejorar los procesos. Estamos enfocados en mejorar continuamente la seguridad del paciente y la calidad de la atención.

Si desea compartir un cumplido, una queja o una inquietud sobre la calidad o la seguridad relacionada con su atención, servicios o seguridad, siga estos pasos:

**Paso 1:** Si tiene alguna inquietud, no dude en hablar con el administrador del sitio. Si considera que su inquietud no se ha abordado adecuadamente, comuníquese con el Departamento de Cumplimiento de PMS al:

Correo: PMS Compliance Department  
Presbyterian Medical Services  
1422 Paseo de Peralta  
Santa Fe, NM 87501  
Teléfono: 1-800-477-7633 or (505) 982-5565  
Fax: (505) 992-4990

Opciones adicionales:

Como organización acreditada por la Joint Commission, PMS ha demostrado que cumple con los estándares más altos del país en materia de atención médica. Si tiene alguna inquietud sobre su atención, puede comunicarse con la Joint Commission al 800-994-6610. Ellos solo pueden evaluar la información de quejas en relación con sus estándares de acreditación: no resuelven quejas individuales ni asuntos en disputa.

**Paso 2:** Si no se llega a una solución satisfactoria, puede utilizar el Procedimiento de quejas de PMS de la siguiente manera:

1. Hable sobre su queja con el administrador del sitio.
2. El administrador documentará los detalles de la queja y se anotarán los testigos (si los hubiera).
3. Dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a la finalización de la investigación, el Administrador realizará una investigación sobre la queja y emitirá una resolución.
4. Dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a la finalización de la investigación, se le notificará la resolución.
5. Si la decisión de resolución no le satisface, puede presentar una solicitud por escrito, que debe incluir su nombre y dirección, para que un Comité de Quejas la revise dentro de los treinta (30) días hábiles.
6. El Comité de Quejas revisará el caso y le dará a usted y al Administrador una decisión final por escrito. La decisión es definitiva y vinculante.

Este procedimiento no le impide presentar una queja por discriminación por motivos de raza, color, origen nacional, sexo, edad o discapacidad ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. Una persona puede presentar una queja por discriminación de manera electrónica a través del Portal de quejas de la Oficina de Derechos Civiles, que está disponible en [https://ocrportal.hhs.gov/ocr/cp/complaint\\_frontpage.jsf](https://ocrportal.hhs.gov/ocr/cp/complaint_frontpage.jsf) o por correo postal a: Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU., 200 Independence Ave. SW, Sala 509F, Edificio HHH, Washington, DC 20201 o por teléfono al 1-877-696-6775.

## Derechos del Consumidor

### PMS cree que los consumidores o sus tutores legales tienen derecho a:

- Recibir un trato justo, con dignidad y con respeto por su derecho a la privacidad.
- Recibir todos los servicios de atención médica de manera comprensiva y sin prejuicios.
- Para las personas con discapacidades relacionadas con la comunicación, recibir toda la información en un formato que se ajuste a sus necesidades.
- Recibir servicios de una manera que respete su cultura, incluido un intérprete si no habla inglés.
- Participar en la toma de todas las decisiones sobre atención médica. Esto incluye la elaboración de planes de tratamiento. También tiene derecho a rechazar el tratamiento.
- Decidir el tratamiento después de haber sido informado de sus opciones.
- Elegir a alguien que le ayude con las decisiones de atención.
- Presentar una queja sobre su atención o decisiones sobre la atención que está recibiendo sin preocuparse por represalias.
- Expresar sus deseos a través de directivas anticipadas, un documento legal que le permite dirigir su atención si no puede tomar o comunicar decisiones sobre su atención o elegir a personas que no desea que tomen decisiones en su nombre si está enfermo.
- Tener acceso a registros médicos de acuerdo con las leyes y normas federales y de Nuevo México, y restringir el acceso a los registros de acuerdo con esas leyes y normas.
- Obtener información sobre PMS, incluidos sus servicios, cómo acceder a los servicios y otra información para ayudar con sus necesidades de salud en PMS.
- Estar libre de restricciones o reclusión ilegales, basado en las leyes federales y de Nuevo México.

## Responsabilidades del Consumidor

### PMS solicita que cada consumidor o su tutor legal tenga la responsabilidad de:

- Tratar a los proveedores de servicios con dignidad y respeto.
- Proporcionar, cuando sea posible, la información necesaria para que nuestros proveedores puedan atenderlo.
- Comprender sus problemas de salud y participar en la planificación de los objetivos del tratamiento.
- Seguir los planes de atención que haya acordado.
- Informar a su proveedor si es necesario realizar cambios en su atención.
- Notificar a su proveedor si otro profesional médico cambia los medicamentos.
- Para recibir una recarga de medicamentos, llame 1 semana antes de que se acabe el medicamento y espere hasta 3 días hábiles después de que se realice la solicitud.
- Asegúrese de que PMS tenga su información de contacto actualizada para que podamos comunicarnos con usted si es necesario.
- Para Proporcionar un entorno seguro para la atención médica.
- Para Asistir a las citas sobrio.
- No se permiten armas en las instalaciones.
- Cambiar o Cancelar una cita en lugar de no presentarse.



## Formularios

Contarnos su origen étnico, raza, idioma, orientación sexual e identidad de género, nos permite brindar la mejor atención posible.

¿Por qué lo preguntamos? La información nos permite abordar cualquier brecha en el acceso, la equidad y la calidad de la atención.

¿Es seguro? La información que proporcione se mantendrá confidencial y estará protegida legalmente. Solo la verán nuestro personal de registro, administradores y empleados involucrados en la mejora y supervisión de la calidad.

Gracias por darnos la oportunidad de servirle mejor.

**POR FAVOR COMPLETE LOS SIGUIENTES FORMULARIOS Y DEVUÉLVALOS A UN MIEMBRO DEL EQUIPO DE RECEPCIÓN.**

POR FAVOR IMPRIMIR

FORMULARIO DE REGISTRO DE NUEVO CLIENTE

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

Apellido del Paciente:		Nombre de Pila:		Inicial Segundo Nombre:	
Seguro Social:		Fecha Nacimiento: __/__/__		Sexo Nacimiento: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/> Indiferenciado	
Contacto preferido: <input type="checkbox"/> Celular: _____		Identidad de género: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino		<input type="checkbox"/> FTM/Hombre transgénero/Hombre trans <input type="checkbox"/> MTF/Mujer transgénero/Mujer trans	
<input type="checkbox"/> Teléfono de casa: _____ <input type="checkbox"/> Sin teléfono		<input type="checkbox"/> Elijo no revelar <input type="checkbox"/> Género queer, ni exclusivamente masculino ni femenino		<input type="checkbox"/> Otro	
<input type="checkbox"/> Teléfono alternativo: _____		Dirección:		Ciudad, Estado, Código Postal	
Dirección de Correo, si es diferente:		Dirección de Correo Electrónico:		Ciudad, Estado, Código Postal	

Información de la parte responsable del paciente Relación con el paciente  Yo mismo  Cónyuge  Hijo  Otro \_\_\_\_\_

Apellido:		Nombre de Pila:		Inicial Segundo Nombre:		Fecha Nacimiento: __/__/__	
Seguro Social:		Dirección de Correo Electrónico:					
Dirección:				Ciudad, Estado, Código Postal			
Dirección de Correo, si es diferente:				Ciudad, Estado, Código Postal			
Contacto de Emergencia:						Número de Teléfono ( )	
Para pacientes menores de 18 años							Vive con
Nombre de Padre/Madre						Teléfono de día ( )	<input type="checkbox"/>
Nombre de Padre/Madre						Teléfono de día ( )	<input type="checkbox"/>
Nombre del Tutor						Teléfono de día ( )	<input type="checkbox"/>
¿Idioma principal del paciente?? <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Navajo <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Lenguaje de Señas Americano <input type="checkbox"/> Otro _____							
¿Tiene problemas de audición? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No				¿Necesita una intérprete? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			
Estado civil <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Compañero de vida <input type="checkbox"/> Separado Legalmente <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Desconocido							
Estudiante: <input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> Tiempo parcial <input type="checkbox"/> n/a				Estatus militar: <input type="checkbox"/> Veterano <input type="checkbox"/> Servicio Activo <input type="checkbox"/> Rama _____ <input type="checkbox"/> n/a			
Estatus de trabajador migrante: <input type="checkbox"/> Migrante (Trabajar en la agricultura de forma estacional y tiene una vivienda temporal durante este tiempo.) <input type="checkbox"/> Estacional (Trabajar en la agricultura de manera estacional y NO tiene un hogar temporal durante este tiempo) <input type="checkbox"/> No soy migrante ni trabajador agrícola de temporada							
Situación de vida actual: <input type="checkbox"/> Alquila o dueño de casa/apartamento <input type="checkbox"/> Vive con amigos o familia/familiares <input type="checkbox"/> Refugio <input type="checkbox"/> Vivir en la calle (auto, parque, campamento, etc.) <input type="checkbox"/> Vivienda de apoyo, pública o de transición <input type="checkbox"/> Otros (incluye Motel/Hotel)							
Etnicidad: <input type="checkbox"/> Hispana o latina <input type="checkbox"/> No Hispana o latina			Tribu:		Censo # (IHS):		
Raza: <input type="checkbox"/> India americano/nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Nativo hawaiano <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Otro isleño del pacífico <input type="checkbox"/> Negro/afroamericano <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Más de una raza <input type="checkbox"/> No quiero especificar							

COBERTURA DEL SEGURO DEL PACIENTE

\*Por favor, presente las tarjetas de seguro en la recepción\*

Nombre del seguro PRIMARIO: _____		Nombre del asegurado: _____	
Número de grupo: _____		Miembro/Id Número: _____	
Fecha de vigencia: _____		Miembro SSN: _____	
Fecha de Nacimiento: _____		Sexo del Asegurado: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	
Nombre del seguro SECUNDARIO: _____		Nombre del asegurado: _____	
Número de grupo: _____		Miembro/Id Número: _____	
Fecha de vigencia: _____		Miembro SSN: _____	
Fecha de Nacimiento: _____		Sexo del Asegurado: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	

Firma del paciente/tutor legal

Fecha

POR FAVOR IMPRIMIR

Fecha

## **FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO Y RECONOCIMIENTO DEL CLIENTE CONSENTIMIENTO PARA EVALUACIÓN Y TRATAMIENTO POSTERIOR**

Por la presente, doy mi consentimiento para una evaluación y tratamiento por parte del personal clínico de Presbyterian Medical Services (PMS) y comprendo que se proporcionará una explicación del tratamiento.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente o nombre impreso del menor

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente/tutor legal

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del Personal

\_\_\_\_\_  
Fecha

### **DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD FINANCIERA**

Al firmar donde se indica a continuación, acepto asumir la responsabilidad del pago de todos los costos, cargos y tarifas a PMS por servicios, medicamentos, suministros y otros artículos proporcionados por PMS, que no sean pagados por programas de pago de terceros en los que estoy inscrito, incluidos, entre otros, copagos y deducibles. También soy consciente de que las reclamaciones de seguros que no se paguen en 90 días se convertirán en mi responsabilidad. Autorizo a cualquier tercero a pagar directamente y únicamente a PMS todos y cada uno de los beneficios que se me adeuden por los servicios o artículos proporcionados por PMS. Reconozco que si no le brindo a PMS la información necesaria para facturar a cualquier pagador de terceros correspondiente, se me designará como responsable financiero y todos los honorarios por los servicios proporcionados por PMS se deberán pagar en su totalidad al momento del servicio.

Además, otorgo a PMS permiso para divulgar todos los registros médicos, incluidos los registros de abuso de alcohol y sustancias cubiertos por el Título 42 del Código de Reglamentos Federales, Parte 2, necesarios para fines de registro, determinación de elegibilidad, coordinación de atención y facturación a mi compañía de seguros u otros programas de pago de terceros en los que estoy inscrito, y eximo a PMS y a cualquier entidad relacionada, empleados y directores de toda responsabilidad relacionada con o derivada de dicha divulgación o divulgación. La información utilizada para el propósito anterior se mantendrá estrictamente confidencial de acuerdo con todas las leyes federales y estatales de confidencialidad. Entiendo que puedo revocar este consentimiento en cualquier momento; sin embargo, si revoco mi consentimiento firmado, es posible que ya no sea elegible para la cobertura de mi compañía de seguros u otros programas de pago de terceros.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente/tutor legal

\_\_\_\_\_  
Fecha

### **DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD FINANCIERA**

Al firmar a continuación, reconozco que he recibido y he tenido la oportunidad de hablar con mi proveedor sobre los siguientes documentos:

- 1) Aviso de prácticas de privacidad de PMS; 2) Política/procedimiento de PMS sobre denuncia de abuso, negligencia y explotación; 3) Procedimiento de quejas de PMS; 4) Aviso de directivas anticipadas de PMS; y 5) Derechos y responsabilidades del consumidor.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente/tutor legal

\_\_\_\_\_  
Fecha

## TARIFA ESCALONADA SOLICITUD DE DESCUENTO

### SOLICITANTE

Nombre, Segundo Nombre, Apellido: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_  
 Teléfono de Casa: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_ Teléfono de Trabajo: \_\_\_\_\_  
 Relación del solicitante con el paciente: \_\_\_\_\_

### MIEMBROS DE LA FAMILIA E INGRESOS

- La familia se define como un grupo de dos personas o más relacionadas por nacimiento, matrimonio o adopción y que residen juntas en el mismo hogar (es decir, en la misma dirección física); todas esas personas (incluidos los miembros de la subfamilia relacionada que residen en el mismo hogar) se consideran miembros de una familia.
- Los ingresos incluyen las ganancias combinadas de todos los miembros de la familia, incluidos los salarios, la compensación por desempleo, la compensación de los trabajadores, el Seguro Social, el Ingreso de Seguridad Suplementario, la asistencia pública, los pagos a los veteranos, los beneficios para sobrevivientes, los ingresos por pensión o jubilación, los intereses, los dividendos, los alquileres, las regalías, los ingresos de herencias, fideicomisos, la asistencia educativa, la pensión alimenticia, la manutención de los hijos, la asistencia de fuera del hogar y otras fuentes diversas. Los beneficios no monetarios como los cupones de alimentos y los subsidios de vivienda) no cuentan como ingresos.

Enumere todos los miembros de la familia que viven en su hogar e incluya sus ingresos

Nombre y apellido:	Ingresos mensuales brutos (si los hubiera)	Ciclo de pago (encierre en un círculo)
		Semanal, Quincenal, Mensual, Anual, Quincenal
		Semanal, Quincenal, Mensual, Anual, Quincenal
		Semanal, Quincenal, Mensual, Anual, Quincenal
		Semanal, Quincenal, Mensual, Anual, Quincenal
		Semanal, Quincenal, Mensual, Anual, Quincenal

Marque la casilla que mejor se adapte a su situación actual:

- CERTIFICO que el nivel de ingresos especificado representa el ingreso total de mi familia durante los últimos DOCE MESES y solicito cualquier descuento de tarifa variable aplicable para toda mi familia. Para la aprobación anual de un descuento, se adjunta un comprobante de ingresos (por ejemplo, declaración de impuestos actual, formulario W-2, talones de cheques o indemnización por discapacidad, etc.)
- CERTIFICO que el nivel de ingresos especificado representa el ingreso total de mi familia durante los últimos DOCE MESES y solicito cualquier descuento de tarifa variable aplicable para toda mi familia. NO tengo mi comprobante de ingresos en esta visita, pero lo traeré a más tardar el \_\_\_\_\_ de 20\_\_ para continuar recibiendo cualquier descuento aplicable.
- CERTIFICO que no he trabajado durante los últimos \_\_\_\_ meses y que mi único medio de sustento es: \_\_\_\_\_ o estoy trabajando y recibiendo efectivo, pero no tengo prueba documentada de ingresos.
- Me negué a solicitar y/o proporcionar documentación que califique para el descuento de tarifa variable. Entiendo que soy responsable de pagar el saldo total al momento del servicio.

Declaro que la información anterior es verdadera y he dado permiso a Presbyterian Medical Services (PMS) para investigar cualquier información proporcionada en esta solicitud. Entiendo que esta información se mantendrá estrictamente confidencial. También entiendo que si mis ingresos cambiaran, debo notificar a PMS en mi próxima visita.

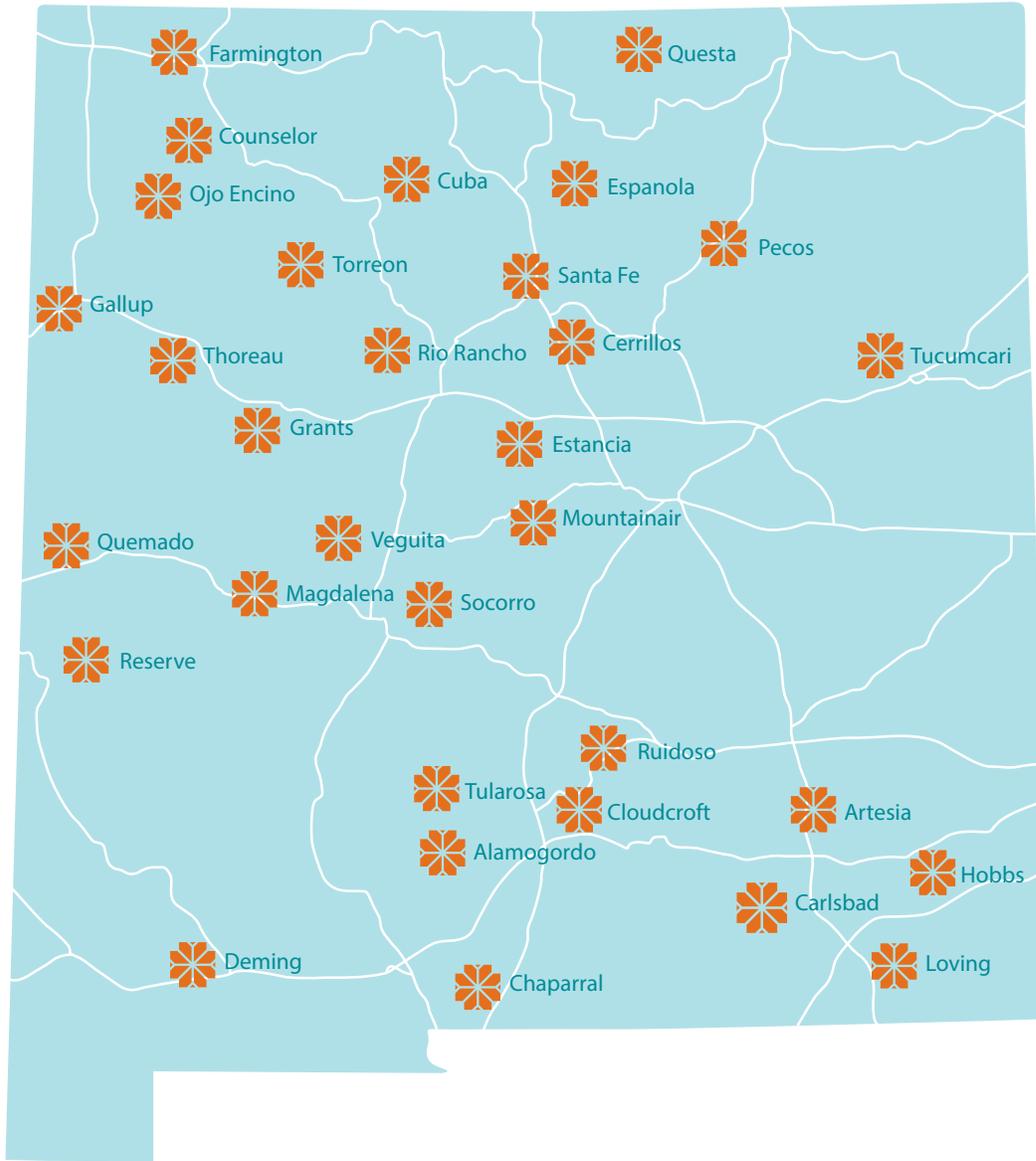
Firma del paciente/padre/tutor \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Testigo \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

SOLO PERSONAL DE PMS

Cálculos semanales = (Ingresos x 52)	
Cálculos quincenales = (Ingresos x 26)	
Cálculos mensuales = (Ingresos x 12)	
Cálculos anuales = (Ingresos x 1)	
Semestral = (Ingresos x 24)	
Tamaño del hogar	

# Visítenos en cualquiera de nuestras UBICACIONES



**PMS**

PRESBYTERIAN MEDICAL SERVICES

Our purpose is you.



[PMSNM.ORG](https://www.pmsnm.org)



Vol.1.062024