



# mosaic health

Better happens together.

**Le damos la bienvenida a Mosaic Health. ¡Su salud es nuestra prioridad!**

## **SERVICIOS**

Le ofrecemos los siguientes servicios: atención médica primaria, atención dental primaria, servicios de asesoramiento, pruebas de laboratorio, escala móvil de honorarios y asistencia con el seguro.

## **CENTROS Y HORARIOS**

<b>Ilion</b> <i>(Solo servicios médicos)</i>	55 Central Plaza, Ste B Ilion, NY 13357 (315) 444-1900	Lunes a viernes de 8:30 a. m. a 5:00 p. m.
<b>Mt. Morris</b> <i>(Solo servicios dentales)</i>	1 Murray Hill Drive, Building 1, Room 140, Mt. Morris, NY 14510	Lunes a viernes de 8:00 a. m. a 4:30 p. m. Cerrado a la hora del almuerzo, de 12:30 p. m. a
<b>Lyons</b> <i>(Solo servicios dentales)</i>	1519 Nye Rd Lyons, NY 14489 (315) 871-3178	Lunes a viernes de 8:30 a. m. a 5:00 p. m. Cerrado a la hora del
<b>Rushville</b> <i>(Servicios médicos y dentales)</i>	2 Rubin Drive Rushville, NY 14544 (585) 554-4400	Lunes a jueves de 8:00 a. m. a 7:00 p. m. Viernes de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.
<b>Utica</b> <i>(Solo servicios médicos)</i>	1651 Oneida St Utica, NY 13501 (315) 793-7600	Lunes a jueves de 8:00 a. m. a 7:00 p. m. Viernes de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.
<b>Utica Dental</b> <i>(Solo servicios dentales)</i>	3 Parkside Court, Building 1 Utica, NY 13501 (315) 927-0000	Lunes a jueves de 8:00 a. m. a 7:00 p. m. Viernes de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.

## **SERVICIOS FUERA DEL HORARIO DE ATENCIÓN**

Si tiene una emergencia médica o dental cuando el centro de salud se encuentra cerrado, puede llamar al proveedor de guardia, quien le brindará asesoramiento sobre lo que debe hacer. Este servicio no está disponible para solicitar resurtidos de recetas, programar consultas o informar problemas de facturación. Para comunicarse con el proveedor de guardia, llame al número de teléfono principal del centro y siga las indicaciones.

## **PAGO POR LOS SERVICIOS RECIBIDOS**

Se debe realizar el pago en el momento en que se recibe el servicio. Aceptamos efectivo, cheques, tarjetas de crédito y la mayoría de los seguros. Si tiene dudas sobre si aceptamos su seguro, llame a su compañía aseguradora. No aceptamos el seguro de indemnización laboral. Contamos con una escala móvil de honorarios que les ofrecemos a nuestros pacientes en función del tamaño del grupo familiar y el nivel de ingresos. También ofrecemos planes de pagos para los pacientes que necesitan ayuda para pagar cargos adeudados o futuros.

## **CONSULTAS FUTURAS: ES IMPORTANTE ASISTIR A LAS CONSULTAS**

Recuerde llevar sus medicamentos a cada consulta. Si cambia de trabajo, seguro, dirección, número de teléfono o correo electrónico, deberá informárnoslo. Si sabe que no podrá asistir a la consulta, deberá cancelarla al menos con un día de anticipación.



**mosaic health**

*Better happens together.*

Nombre del paciente (*apellido, nombre, inicial del segundo nombre*): \_\_\_\_\_

Nombre anterior (*si corresponde*) \_\_\_\_\_ Nombre preferido (*si corresponde*) \_\_\_\_\_

Dirección particular: \_\_\_\_\_ N.º de depto.: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Condado de residencia: \_\_\_\_\_

Número de teléfono de la casa: \_\_\_\_\_ Número de teléfono móvil: \_\_\_\_\_

**Medio para recibir recordatorios de la consulta: llamada telefónica o mensaje de texto** (*marcar con un círculo la opción que corresponda*)

**Complete la siguiente información si la dirección postal es diferente de la dirección particular:**

Dirección postal: \_\_\_\_\_ N.º de depto.: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ N.º del Seguro Social: \_\_\_\_\_

**Estado civil** (*marcar con un círculo la opción que corresponda*): Soltero(a) Casado(a) Separado(a)  
Divorciado(a) Viudo(a) En pareja

**Sexo al nacer** (*marcar con un círculo la opción que corresponda*): Masculino Femenino

**¿Cuál es su identidad de género?** (*marcar con un círculo la opción que corresponda*)

Hombre                      Hombre transgénero  
Mujer                        Mujer transgénero Género  
no binario                  Prefiero no responder

Otro (*especificar*) \_\_\_\_\_

**¿Cuál es su orientación sexual?** (*marcar con un círculo la opción que corresponda*)

Heterosexual                Lesbiana  
Homosexual                Bisexual  
No lo sé                      Prefiero no responder

Otro (*especificar*) \_\_\_\_\_



**mosaic health**

Better happens together.

**¿Tiene empleo?** (marcar con un círculo la opción que corresponda) Sin empleo / Empleo a tiempo completo /

Empleo a tiempo parcial / Independiente / Jubilado(a) / Militar en servicio activo

Nombre del empleador: \_\_\_\_\_

Dirección del empleador: \_\_\_\_\_

**MENORES**

Los pacientes menores de 18 años deben presentarse con su padre, madre o tutor legal para recibir tratamiento de rutina. Los tutores legales deben presentar la constancia de tutela. Si el padre, la madre o el tutor legal no pueden acompañar al menor a la consulta, deberán proporcionar una autorización verbal o por escrito para que otra persona lo acompañe. Todos los menores deben estar acompañados por una persona mayor de 18 años. Tenga en cuenta que, en algunos casos, no se requiere el permiso del padre, la madre o el tutor.

**Si el paciente es menor, indique el nombre y número de teléfono del padre, madre o tutor:**

Nombre de la madre: \_\_\_\_\_ Número de teléfono de la madre: \_\_\_\_\_

Nombre del padre: \_\_\_\_\_ Número de teléfono del padre: \_\_\_\_\_

Nombre del tutor legal: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Contacto de emergencia: \_\_\_\_\_

Relación con el paciente: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_

**¿Quién será el responsable de pagar la factura por los servicios que la compañía aseguradora del paciente no pague o no cubra?** (marcar con un círculo la opción que corresponda)

Paciente      Padre/madre/tutor      Otro

**Si la parte responsable es otra persona que no sea el paciente, complete la siguiente información:**

Parte responsable: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento de la parte responsable: \_\_\_\_\_

Dirección de la parte responsable: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_



**mosaic health**

*Better happens together.*

Marcar si NO tiene seguro médico: \_\_\_\_\_

Marcar si NO tiene seguro dental: \_\_\_\_\_

**Seguro primario**

Compañía aseguradora: \_\_\_\_\_

Titular de la póliza: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento del titular de la póliza: \_\_\_\_\_

Número de identificación: \_\_\_\_\_ Número de grupo: \_\_\_\_\_ N.º de identificación de cliente (CIN) de Medicaid

(AB12345C): \_\_\_\_\_

**Complete la siguiente información si tiene un seguro SECUNDARIO:**

Compañía aseguradora: \_\_\_\_\_

Titular de la póliza: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento del titular de la póliza: \_\_\_\_\_

Número de identificación: \_\_\_\_\_ Número de grupo: \_\_\_\_\_ N.º de identificación de cliente (CIN) de Medicaid

(AB12345C): \_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_ ¿Le interesa el Patient Portal (Portal de pacientes)?  
(marcar con un círculo la opción que corresponda)      Sí    No

**RECETAS**

Deberá esperar dos días hábiles para que se realice el resurtido de la receta. Es posible programar una consulta de seguimiento para controlar sus medicamentos, a menos que su proveedor indique lo contrario.

Farmacia primaria: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_

Farmacia secundaria (si corresponde): \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_

Firme a continuación para autorizar al proveedor de Mosaic Health a consultar su información sobre medicamentos recetados. De esta manera, podemos determinar posibles interacciones de medicamentos o alergias.

Firma del paciente/padre, madre o tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre en letra imprenta/Relación con el paciente: \_\_\_\_\_



**mosaic health**

*Better happens together.*

Le pedimos que responda las siguientes preguntas para que Mosaic Health reciba los fondos de subvención federal para poder prestarles servicio a los pacientes. Agradecemos su cooperación. La información es confidencial y se utiliza solo con fines informativos.

<b>INFORMACIÓN SOBRE INGRESOS:</b>			
<b>Cantidad total de personas en su grupo familiar, incluido usted:</b> _			
<b>Ingreso total del grupo familiar:</b> (Marque el monto que mejor describa el ingreso total de su grupo familiar)			
Menos de USD 11 000	Entre USD 11 001 y USD 15 000	Entre USD 15 001 y USD 20 000	
Entre USD 20 001 y USD 25 000	Entre USD 25 001 y USD 30 000	Entre USD 30 001 y USD 35 000	
Entre USD 35 001 y USD 40 000	Entre USD 40 001 y USD 45 000 _	Entre USD 45 001 y USD 50 000	
Entre USD 50 001 y USD 55 000	Entre USD 55 001 y USD 60 000	Entre USD 60 001 y USD 65 000 _	
Entre USD 65 001 y USD 70 000	Entre USD 70 001 y USD 75 000	Más de USD 75 000 _	
<b>Indique cuál es su raza:</b> (marcar con un círculo todas las opciones que correspondan)			
Blanco(a)/caucásico(a) responder	Negro(a)/afroamericano(a) Nativo(a) de Hawái	Indoamericano(a)/nativo(a) de Alaska Asiático(a)	Prefiero no Isleño(a) del Pacífico
<b>Indique cuál es su etnia:</b> (marcar con un círculo la opción que corresponda)			
Hispano(a)/latino(a)			
No hispano(a)/no latino(a)			
Prefiero no responder			
<b>Indique cuál es su lengua materna:</b>			
Inglés			
Español			
Árabe			
Birmano			
Karen			
Prefiero no responder			
Otra (especificar) _____			
¿Necesita los servicios de un intérprete? Sí No			
<b>Lugar de residencia del paciente:</b>			
Viviendas públicas	Sin hogar		
Trabajador temporario	Ninguna de las anteriores		
Trabajador inmigrante			
<b>Indique si es un veterano:</b> (marcar con un círculo la opción que corresponda) Sí No			

La información proporcionada en este formulario es verdadera y correcta a mi mejor saber y entender. Recibí el Aviso sobre derechos y responsabilidades de Mosaic Health.  
Recibí el Aviso sobre políticas de privacidad de Mosaic Health.

\_\_\_\_\_  
**Firma del paciente/padre, madre o tutor**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**

\_\_\_\_\_  
**Nombre en imprenta de paciente/padre, madre o tutor**

\_\_\_\_\_  
**Relación con el paciente**