North Olympic Healthcare NETWORK

240 W Front Street | Suite A
Port Angeles, WA 98362
(360) 452-7891 P | (360) 452-8087 F
WWW.NOHN-PA.ORG

¡Bienvenidos, pacientes del Dr. Jeff Weller!

Le agradecemos su interés en hacerse paciente de North Olympic Healthcare Network (NOHN). NOHN es un centro de salud comunitario que ofrece servicios completos de atención primaria, salud mental, odontología, oftalmología y farmacia a niños y adultos en la Península Olímpica del Norte.

Nuestra misión es brindar servicios integrales de atención médica de calidad, centrados en el paciente y accesibles para todas las personas de nuestra comunidad.

Por favor, complete los formularios adjuntos. Puede devolvérnoslos ***por correo o en persona*** durante el horario de atención al público* a la siguiente dirección:

North Olympic Healthcare Network
ATTN: New Patient Liaisons
240 W. Front Street
Port Angeles, WA 98362

Si tiene alguna pregunta, llame al (360) 452-7891 o envíe un correo electrónico a newpatient@nohn-pa.org. Por favor, no envíe sus formularios de inscripción por correo electrónico, ya que los mensajes de correo electrónico estándar enviados desde cuentas personales podrían no ser seguros.

¡Esperamos tener la oportunidad de cuidar de usted y de su familia!

Atentamente,
North Olympic Healthcare Network

Aviso importante para los clientes de Wellpoint
*Actualmente, no aceptamos los planes Wellpoint Apple Health (Medicaid). Aceptamos los planes de Apple Health (Medicaid) de Community Health Plan of Washington (CHPW), UnitedHealthcare (UHC), Coordinated Care y Molina Healthcare. Para recibir ayuda si desea cambiar de plan de seguro médico o si no tiene seguro, visite el sitio web de la Autoridad de Atención Médica del Estado de Washington en www.hca.wa.gov o bien www.wahealthplanfinder.org. También puede llamar al (360) 452-7891, extensiones 2894 o 2912, para hablar con uno de nuestros asesores de recursos comunitarios. *www.nohn-pa.org/about-us/locations-hours/*

North Olympic Healthcare Network
240 West Front Street | Suite A
Port Angeles, WA 98362-2609
(360) 452-7891 P | (360) 452-8087 F

REGISTRO DE PACIENTES NUEVOS – NIÑO

INFORMACIÓN PARA NIÑOS

Nombre _____

Apellido _____

Sexo: Masculino ☐ Hembra ☐ Fecha de Nacimiento _____

Número de Seguro Social del Niño _____

INFORMACIÓN PRIMARIA (*Dónde y con quién vive el niño*)

Nombre del padre/tutor _____ Seguridad Social # _____

El niño vive con: *Ambos padres ☐ Madre ☐ Padre ☐ Padres adoptivos ☐ Abuelos ☐ Tutor Legal ☐ Menor emancipado ☐ Other* _____

Dirección del domicilio del niño _____

_____

Dirección postal (si es diferente al anterior) _____
_____

Email Address _____ Teléfono de contacto # _____

INFORMACIÓN DE CONTACTO DE EMERGENCIA

Nombre de contacto _____

Teléfono de contacto # _____ Relación _____

ASISTENCIA

¿El paciente requiere interpretación de idiomas para las citas? ☐ Sí ☐ No
¿El paciente requiere interpretación de lenguaje de señas para las citas? ☐ Sí ☐ No
¿El paciente necesita ayuda con el transporte hacia/desde sus citas? ☐ Sí ☐ No

POR FAVOR, COMPLETE EL OTRO LADO

NOMBRE DEL PACIENTE _____ FECHA DE NACIMIENTO _____

TARIFAS Y FACTURACIÓN

A ningún paciente se le negará el servicio debido a la incapacidad de pagar. Ofrecemos un programa de descuento de *tarifa móvil* que puede proporcionar tarifas de descuento por servicios. Para ver si califica, complete la información a continuación.

Ingreso mensual bruto del hogar$ _____

Número de miembros de la familia en su hogar _____

Me niego a ver si califico para el descuento de tarifa móvil ☐

INFORMACIÓN DEL SEGURO

¿Tiene seguro médico? Sí ☐ No ☐
Si no, ¿desea información sobre cómo inscribirse en un seguro de salud? Sí ☐ No☐

Nombre del seguro _____

Número de póliza _____Número de grupo _____

Nombre del suscriptor _____ Fecha de nacimiento del suscriptor _____

Relación del suscriptor con el paciente _____ Suscriptor último 4 de SS # _____

*Empleador del suscriptor*_____

*Dirección del empleador*_____

_____

¿Tienes un seguro secundario? Sí ☐ No ☐

Nombre del seguro _____

Número de póliza _____ Número de grupo _____

Nombre del suscriptor _____ Fecha de nacimiento del suscriptor _____

Relación del suscriptor con el paciente _____ Suscriptor último 4 de SS # _____

Empleador del suscriptor _____

Dirección del empleador _____

_____

CUESTIONARIO DEMOGRÁFICO DEL PACIENTE

North Olympic Healthcare NETWORK

Gracias por completar/revisar este formulario. Su participación (voluntaria) nos ayuda a comprender mejor a nuestros pacientes y a cumplir nuestra misión como centro de salud	**Fecha:**

INFORMACIÓN GENERAL *(Rellene para usted mismo/paciente)*

Primer Nombre legal del paciente:	**Apellido:**	**Nombre preferido:**	**Fecha de nacimiento (paciente):**
1a. ¿Cuál es su (paciente) idioma preferido?		1b. ¿Necesita usted (paciente) un intérprete? ☐ Sí ☐ No	

VIVIENDA / INGRESOS *(Completar en base a la información del hogar)*

2. ¿Cuántas personas hay en su hogar, incluyéndolo a usted?	3. ¿Cuál es el ingreso anual de su hogar (total combinado para usted y su hogar)? *Dependiendo de sus ingresos, puede ser elegible para recibir asistencia.* $ ☐ $0-15,500 ☐ $15,501-20,000 ☐ $20,001-26,000 ☐ $26,001-31,000 ☐ $31,001-39,000 ☐ $39,001-55,000 ☐ $55,001-64,000 ☐ $64,001-85,000 ☐ $85,001+

4. ¿Cuál es su situación de vivienda hoy? *Tengo una vivienda estable:* ☐ Dueño(a) ☐ Alquilar

No tengo una vivienda estable:

☐ Alojamiento (viviendo con otra familia) ☐ Refugio ☐ Calle / Parque / Auto
☐ Vivienda de Apoyo Permanente ☐ Transición (Hogar de Recuperación) ☐ Otro

5. En los últimos 2 años, ¿el trabajo agrícola estacional/migratorio ha sido su principal fuente de ingresos o la de su familia?
☐ Sí ☐ No

6. ¿Es usted (paciente) un veterano de las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos? ☐ Sí ☐ No

INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA *(Rellene para usted mismo/paciente)*

7. ¿Cuál es el sexo (del paciente)?

8. ¿Es usted (paciente) hispano y/o latino?

☐ Mexicano, Mexicano Americano, Chicanx ☐ No soy de origen Hispana, Latina o Española ☐ Puertorriqueño
☐ Cubano ☐ Otra origen Hispana, Latina o Española

9. Describa su origen racial (paciente). *(Indios Americanos, Afro-Americanos, Chinos, Filipinos, Japoneses, Mam, Blancos, etc.)*

_____ _____

*****Para uso en el futuro: Ponga sus iniciales y la fecha a continuación una vez que haya revisado este formulario en cada revisión anual.*****

_____ | _____ | _____ | _____ | _____

SOLO PARA USO EN LA OFICINA	Completado por:	**MRN:**

Cuestionario Demográfico del Paciente

Quizás se pregunte por qué necesitamos esta información. North Olympic Healthcare Network es un **Centro de Salud Federalmente Calificado (FQHC, por sus siglas** en inglés), un tipo especial de centro de salud comunitario. Ofrecemos atención a todos, independientemente de su edad, sexo, etnicidad o si un paciente tiene seguro o puede pagar.

Sus respuestas en este formulario nos ayudan a:

- Comprender las necesidades emocionales, financieras, y otro de nuestros pacientes
- Identificar quién puede beneficiarse de la asistencia
- Brindar atención personalizada y de alta calidad
- Cumplir nuestra misión como centro de salud comunitario
- Cumplir con nuestros requisitos de presentación de informes como FQHC

Sus respuestas son seguras

Mantenemos sus respuestas privadas y seguras. Solo los reportamos de una manera que no identifica a las personas.

Cómo llenar el PDQ

Por favor, lea atentamente cada pregunta y responda lo mejor que pueda.

Si está llenando el formulario en nombre de otra persona (esposo(a), hijo(a), etc.):

- Complete las secciones ***de Información General*** e ***Información Demográfica*** según la información del paciente.
- Complete la sección ***Vivienda/Ingresos*** según la información del hogar del paciente.

Revisión del PDQ Cada Año

Una vez al año le pediremos que revise la información de este formulario.

Si no hay cambios, escriba sus iniciales y ponga la fecha en el espacio en la parte inferior del formulario.

Si necesita hacer cambios, escriba una línea en la respuesta anterior y complete la casilla de verificación de la nueva respuesta corregida. A continuación, ponga sus iniciales y la fecha en el espacio de la parte inferior del formulario.

¡Gracias por elegir North Olympic Healthcare Network para sus necesidades de atención médica!

North Olympic Healthcare Network
240 West Front Street | Suite A
Port Angeles, WA 98362-2609
(360) 452-7891 P | (360) 452-8087 F

CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO DE UN MENOR DE EDAD

En North Olympic Healthcare Network (NOHN), requerimos el consentimiento de un padre o tutor legal para brindar la mayoría de los tipos de atención de rutina a pacientes menores de 18 años. Contar con una autorización previa nos permite brindar atención médica a menores bajo el cuidado de un representante legal si usted, como padre o tutor legal, no puede estar presente para dar su consentimiento. Revise y complete este formulario detenidamente si desea que cuidemos de su hijo cuando otro adulto de su elección lo traiga a nuestras instalaciones.

Información para paciente menor de edad

Nombre del paciente en letra de imprenta: _____ Fecha de nacimiento: _____

Esta autorización se aplica cuando un adulto de los que se enumeran a continuación lleva al paciente menor de edad a una clínica de NOHN:

Nombre del adulto	Relación/parentesco con el menor	Número de teléfono

Autorización para tratar a un paciente menor de edad

Soy el padre/madre o tutor legal del paciente menor de edad mencionado anteriormente. Doy mi autorización y consentimiento por adelantado para que el paciente menor de edad reciba tratamiento médico rutinario o de emergencia que el personal clínico considere necesario. Esto incluye cualquier atención, servicio o procedimiento proporcionado por el personal clínico para diagnosticar, tratar o controlar una afección física o mental.

❑ Al marcar esta casilla, también doy mi autorización y consentimiento previos para que el paciente menor de edad reciba las vacunas recomendadas por el personal clínico.

No autorizo los siguientes tipos de servicios médicos (Enumere los servicios que no desea autorizar sin su presencia; si no hay ninguno, escriba “ninguno”):

_____

_____

_____

Yo, el padre/madre o tutor legal, me comunicaré con el paciente menor de edad y el adulto mencionado anteriormente sobre la atención brindada, los hallazgos del diagnóstico y el plan de tratamiento, y haré un seguimiento de cualquier plan de tratamiento y medicamentos.

Yo, el padre/madre o tutor legal, acepto asumir la responsabilidad financiera de todos los gastos de la atención prestada. Puedo revocar esta autorización en cualquier momento poniéndome en contacto con NOHN. Indemnizo y eximo de responsabilidad a North Olympic Healthcare Network, así como a todos sus funcionarios, agentes, empleados, directores, aseguradoras y afiliados, de cualquier responsabilidad derivada de actuar basándose en esta autorización.

Esta autorización será válida hasta que sea revocada mediante notificación a North Olympic Healthcare Network (NOHN).

Nombre del padre, madre o tutor en letra de imprenta: _____

Firma del padre, la madre o el tutor legal: _____ Fecha de la firma: _____

Teléfono diurno: _____ Teléfono nocturno: _____

North Olympic Healthcare NETWORK

Solicitud del Programa de Tarifas Variables

Instrucciones:

Por favor, complete cada sección de la siguiente solicitud en su totalidad. Para recibir ayuda con su solicitud, por favor contacte con nuestro Coordinador del Programa Fiscal al (360) 452-8086, opción 2. Puede entregar su solicitud completada y firmada con TODOS los documentos requeridos a nuestro Coordinador del Programa Fiscal a través de:

- En persona:
  NOHN Centro de Servicios Administrativos
  923 E. 1st Street
  Port Angeles, WA 98362
- MyChart
- Fax: (360) 452-8087 – Atención: Tarifa Variables
- Correo:
  NOHN Programa de Tarifas Móviles
  240 W. Front Street
  Port Angeles, WA 98362
- Correo electrónico: **Error! Hyperlink reference not valid.***

Serás contactado/a con su determinación. Además de nuestro Programa de Tarifas Variables, ofrecemos planes de pago, con o sin el descuento del Programa de Tarifas Variables. Para hablar sobre opciones de planes de pago, ponte en contacto con nuestro departamento de Cuentas del Paciente al (360) 452-8086, opción 1.

Preguntas frecuentes:

¿A quién debería incluir como miembro de mi familia/hogar?

Por favor, enumera a cualquier persona emparentada por sangre, matrimonio o adopción. Esto incluye a dependientes como niños menores de 19 años (o 24 si son estudiantes a tiempo completo) así como adultos con discapacidad legal.

¿Qué fuentes de ingresos se requieren?

TODOS los ingresos deben ser declarados. No todos los ingresos se tienen en cuenta para determinar el estatus federal del Nivel de Pobreza, pero todos deben declararse y demostrarse con documentación.

Ejemplos incluyen:

- Resumen Anual de su Seguro Social
- Talones de pago de los últimos tres meses de ingresos - *O* – Talones de pago más reciente y fecha de inicio
- Carta de aprobación de desempleo
- Atestación de *cómo se están cubriendo los gastos* si no se puede proporcionar documentación
- Trabajo por cuenta propia: declaración de impuestos más reciente - *O* - Tres meses de informes de ingresos y gastos

¿Cuales resúmenes de cuentas bancarias son obligatorios?

Todas las cuentas corrientes y de ahorro de los últimos tres meses son obligatorias. Por favor, proporcione explicaciones sobre TODOS los depósitos.

Ejemplos incluyen:

- Reembolso de un préstamo a un amigo
- Los familiares también usan la cuenta bancaria
- Familia que proporciona ayuda financiera al solicitante
- Reembolso de una compra anterior

***** *No podemos garantizar la seguridad de la información personal enviada por correo electrónico.*

North Olympic Healthcare NETWORK

Solicitud del Programa de Tarifas Variables

Si tiene alguna pregunta sobre esta solicitud o la documentación requerida, por favor contacte con nuestro Coordinador del Programa Fiscal en el (360) 452-8086, opción 2.

INFORMACIÓN DEL PACIENTE / SOLICITANTE

Nombre del solicitante: _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección postal (donde recibes correo): _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Número de Contacto Preferido: _____ Correo Electrónico: _____

¿Cómo te gustaría que se enviara tu carta de respuesta? ☐ MyChart ☐ Correo ☐ Correo electrónico

SITUACIÓN LABORAL DE LA PERSONA RESPONSABLE DE PAGAR LA FACTURA

☐ Empleado (Fecha de inicio): _____ ☐ Desempleado (cuanto tiempo): _____

☐ Auto-Empleo ☐ Estudiante ☐ Deshabilitado ☐ Retirado ☐ Otro (_____)

INFORMACIÓN FAMILIAR

Enumere los miembros de la familia en su hogar, incluyéndolo a ud. "Familia" incluye personas relacionadas por nacimiento, matrimonio o adopción que viven juntas. Adjunte una página adicional si es necesario.

NOMBRE	FECHA DE NACIMIENTO	RELACIÓN CON EL PACIENTE	¿RECIBIENDO INGRESOS?	ESTUDIANTE	FUENTE DE INGRESO
		Yo Mismo	Y / N	Y / N	
			Y / N	Y / N	
			Y / N	Y / N	
			Y / N	Y / N	
			Y / N	Y / N	
			Y / N	Y / N	
			Y / N	Y / N	

North Olympic Healthcare NETWORK

INFORMACIÓN DE INGRESOS

Debes aportar prueba de ingresos con tu solicitud. Se requiere verificación de ingresos para determinar la elegibilidad. Todos los miembros de la familia de 18 años o más deben declarar sus ingresos. Por favor, proporcione prueba de todas las fuentes de ingresos.

Por favor, proporciona TODO lo que sea aplicable:

- □ Talones de pago (3 meses)
- □ Resumen de su Seguro Social / Pensión / Jubilación
- □ Declaración de impuestos más reciente
- □ Carta de aprobación de desempleo
- □ Documentos de permiso familiar/médico
- □ Resumen de Inversiones
- □ Órdenes judiciales certificadas / Manutención de los hijos / Manutención de su pareja
- □ Resumen de cuenta corriente y de ahorro bancarias de los últimos 3 meses
- □ Prueba de elegibilidad para Medicaid / TANF
- □ Otro:_____

Si no tiene prueba de ingresos o no tiene ingresos, por favor utilice la carta de atestación adjunta para la explicación.

ACUERDO CON EL PACIENTE

YO, COMO SOLICITANTE DEL PROGRAMA DE TARIFAS VARIABLES, AFIRMO QUE LO ANTERIOR ES CIERTO, COMPLETO Y PRECISO SEGÚN MI MEJOR CONOCIMIENTO. ACEPTO PROPORCIONAR CUALQUIER INFORMACIÓN ADICIONAL SOLICITADA PARA DETERMINAR LA ELEGIBILIDAD.

Firma del solicitante: _____ Fecha: _____

- **No proporcionar documentación completa intencionadamente se considerará lo mismo que atestiguar fraudulentamente tus ingresos.**
- **No podemos garantizar que cumplas los requisitos para la ayuda financiera, incluso si lo solicitas.**
- **Una vez que envíes tu solicitud, revisaremos toda la información y puede que pidamos información adicional o prueba de ingresos.**
- **Los solicitantes son responsables de notificar a NOHN cuando hay cualquier cambio en los ingresos.**

No escribas debajo de esta línea – solo uso administrativo

Servicios del Programa de Tarifas Variables

Como Centro de Salud Cualificado a nivel federal, North Olympic Healthcare Network puede ofrecer descuentos en servicios con una escala de tarifas variable según los ingresos y tamaño de tu hogar.

Los pacientes deben solicitar y calificar para recibir descuentos en los servicios. Los materiales de solicitud incluyen escalas de tarifas progresivas. El personal está disponible para ayudar a los pacientes a determinar su elegibilidad. La aprobación se basará en la revisión de tu solicitud completada y de materiales adicionales relevantes.

Una vez aprobados, se aplicarán descuentos por tarifas variables a los servicios que NOHN tiene, disponibles para ti como paciente, incluyendo servicios médicos, dentales, de salud conductual, de visión y de farmacia.

Los descuentos por tarifas variables se ajustan para ciertos servicios, y pueden aplicarse condiciones y/o tarifas separadas:

Servicios dentales de nivel superior

Además de la odontología preventiva y restauradora, ofrecemos servicios de nivel avanzado como endodoncias, coronas y puentes.

- Tarifa de servicio: Se aplicará una tarifa nominal para todos los servicios de nivel superior, que vencerá en la fecha de servicio.
- Costos de laboratorio dental: Algunos servicios de nivel superior pueden asumir los costos de laboratorio para producir materiales. Las tasas de laboratorio deben ser debidas antes de realizar los servicios. *Los descuentos por tarifas móviles no se aplican a los costos del laboratorio.*

Farmacia NOHN:

Si un paciente cumple los requisitos para el descuento del Programa de Tarifa Variables y decide utilizar los Servicios de Prescripción de Farmacia, se incluirá un cupón junto a su carta de aprobación. Los pacientes deben informar a su profesional de salud (doctor/a, enfermero/a) de que desean utilizar este servicio para que todas las recetas sean transferidas a la farmacia presencial de NOHN.

Centro Médico Olímpico:

Si un paciente decide ir al Olympic Medical Center (OMC) o a una de sus clínicas especializadas, el profesional de la salud (doctor/a, enfermero/a) generará una referencia adecuada en su cita. El nivel del Programa de Tarifas Variables del paciente se indicará en su historia clínica. *OMC tiene un programa de ayuda financiera y un proceso de solicitud separados que pueden tener directrices distintas para la escala ajustable. Los pacientes pueden ser derivados a su departamento financiero para recibir más instrucción.*

Para más información, por favor visita Programa de tarifas variables - North Olympic Healthcare Network - Port Angeles ***o escanea el código QR que aparece a continuación con tu smartphone.***

Carta de Atestación del Programa de Tarifas Variables

Nombre del paciente _____ Fecha _____

Si no tienes ingresos, por favor explica cómo estás consiguiendo tus necesidades esenciales, incluyendo vivienda y alimentación.

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Por favor, proporcione la información de contacto de alguien <u>que no esté solicitando</u> y con quien podamos verificar la afirmación anterior. (*Esta persona de contacto no puede ser empleada{o} de NOHN.)*

Nombre _____ Relación _____

Dirección _____ Teléfono # _____

Ciudad, Estado, Código Postal _____

_____

Firma del solicitante ***Fecha***

2026 Escala Variable de North Olympic Healthcare Network

Tamaño de la Familia	Categoría >>	A	B	C	D	E	N/A
	NIVEL DE POBREZA	**0-100%**	**101-125%**	**126-150%**	**151-175%**	**176-200%**	**>200%**
	Nivel de Descuento =	100% Descuento	90% Descuento	80% Descuento	70% Descuento	60% Descuento	Sin Descuento
1	Anual (hasta)	$ 15,960.00	$ 19,950.00	$ 23,940.00	$ 27,930.00	$ 31,920.00	$ 31,920.01
	Mensual	$ 1,330.00	$ 1,662.50	$ 1,995.00	$ 2,327.50	$ 2,660.00	$ 2,660.00
	Semanal	$ 306.92	$ 383.65	$ 460.38	$ 537.12	$ 613.85	$ 613.85
2	Anual (hasta)	$ 21,640.00	$ 27,050.00	$ 32,460.00	$ 37,870.00	$ 43,280.00	$ 43,280.01
	Mensual	$ 1,803.33	$ 2,254.17	$ 2,705.00	$ 3,155.83	$ 3,606.67	$ 3,606.67
	Semanal	$ 416.15	$ 520.19	$ 624.23	$ 728.27	$ 832.31	$ 832.31
3	Anual (hasta)	$ 27,320.00	$ 34,150.00	$ 40,980.00	$ 47,810.00	$ 54,640.00	$ 54,640.01
	Mensual	$ 2,276.67	$ 2,845.83	$ 3,415.00	$ 3,984.17	$ 4,553.33	$ 4,553.33
	Semanal	$ 525.38	$ 656.73	$ 788.08	$ 919.42	$ 1,050.77	$ 1,050.77
4	Anual (hasta)	$ 33,000.00	$ 41,250.00	$ 49,500.00	$ 57,750.00	$ 66,000.00	$ 66,000.01
	Mensual	$ 2,750.00	$ 3,437.50	$ 4,125.00	$ 4,812.50	$ 5,500.00	$ 5,500.00
	Semanal	$ 634.62	$ 793.27	$ 951.92	$ 1,110.58	$ 1,269.23	$ 1,269.23
5	Anual (hasta)	$ 38,680.00	$ 48,350.00	$ 58,020.00	$ 67,690.00	$ 77,360.00	$ 77,360.01
	Mensual	$ 3,223.33	$ 4,029.17	$ 4,835.00	$ 5,640.83	$ 6,446.67	$ 6,446.67
	Semanal	$ 743.85	$ 929.81	$ 1,115.77	$ 1,301.73	$ 1,487.69	$ 1,487.69
6	Anual (hasta)	$ 44,360.00	$ 55,450.00	$ 66,540.00	$ 77,630.00	$ 88,720.00	$ 88,720.01
	Mensual	$ 3,696.67	$ 4,620.83	$ 5,545.00	$ 6,469.17	$ 7,393.33	$ 7,393.33
	Semanal	$ 853.08	$ 1,066.35	$ 1,279.62	$ 1,492.88	$ 1,706.15	$ 1,706.15
7	Anual (hasta)	$ 50,040.00	$ 62,550.00	$ 75,060.00	$ 87,570.00	$ 100,080.00	$ 100,080.01
	Mensual	$ 4,170.00	$ 5,212.50	$ 6,255.00	$ 7,297.50	$ 8,340.00	$ 8,340.00
	Semanal	$ 962.31	$ 1,202.88	$ 1,443.46	$ 1,684.04	$ 1,924.62	$ 1,924.62
8	Anual (hasta)	$ 55,720.00	$ 69,650.00	$ 83,580.00	$ 97,510.00	$ 111,440.00	$ 111,440.01
	Mensual	$ 4,643.33	$ 5,804.17	$ 6,965.00	$ 8,125.83	$ 9,286.67	$ 9,286.67
	Semanal	$ 1,071.54	$ 1,339.42	$ 1,607.31	$ 1,875.19	$ 2,143.08	$ 2,143.08
Cada Persona Adicional	Anual (hasta)	$ 5,680.00	$ 7,100.00	$ 8,520.00	$ 9,940.00	$ 11,360.00	$ 11,360.01
	Mensual	$ 473.33	$ 591.67	$ 710.00	$ 828.33	$ 946.67	$ 946.67
	Semanal	$ 109.23	$ 136.54	$ 163.85	$ 191.15	$ 218.46	$ 218.46

North Olympic Healthcare NETWORK

Form approved by Beau J. Brown on 1/15/2026

2026 NOHN Escala Variable de servicios dentales de nivel superior

La tarifa nominal de $150.00 por diente debe abonarse antes de programar el servicio. Los honorarios del laboratorio se cobran antes de la fecha de inicio del servicio y no están incluidos en los cálculos de la tabla que se muestran a continuación.

Tamaño de la Familia	Categoría >>	A	B	C	D	E	N/A
	NIVEL DE POBREZA	**0-100%**	**101-125%**	**126-150%**	**151-175%**	**176-200%**	**>200%**
	Responsabilidad del Paciente =	Cuota nominal $150.00	Cuota nominal $150.00 + 10%	Cuota nominal $150.00 + 20%	Cuota nominal $150.00 + 30%	Cuota nominal $150.00 + 40%	Sin Descuento
1	Anual (hasta)	$ 15,960.00	$ 19,950.00	$ 23,940.00	$ 27,930.00	$ 31,920.00	$ 31,920.01
	Mensual	$ 1,330.00	$ 1,662.50	$ 1,995.00	$ 2,327.50	$ 2,660.00	$ 2,660.00
	Semanal	$ 306.92	$ 383.65	$ 460.38	$ 537.12	$ 613.85	$ 613.85
2	Anual (hasta)	$ 21,640.00	$ 27,050.00	$ 32,460.00	$ 37,870.00	$ 43,280.00	$ 43,280.01
	Mensual	$ 1,803.33	$ 2,254.17	$ 2,705.00	$ 3,155.83	$ 3,606.67	$ 3,606.67
	Semanal	$ 416.15	$ 520.19	$ 624.23	$ 728.27	$ 832.31	$ 832.31
3	Anual (hasta)	$ 27,320.00	$ 34,150.00	$ 40,980.00	$ 47,810.00	$ 54,640.00	$ 54,640.01
	Mensual	$ 2,276.67	$ 2,845.83	$ 3,415.00	$ 3,984.17	$ 4,553.33	$ 4,553.33
	Semanal	$ 525.38	$ 656.73	$ 788.08	$ 919.42	$ 1,050.77	$ 1,050.77
4	Anual (hasta)	$ 33,000.00	$ 41,250.00	$ 49,500.00	$ 57,750.00	$ 66,000.00	$ 66,000.01
	Mensual	$ 2,750.00	$ 3,437.50	$ 4,125.00	$ 4,812.50	$ 5,500.00	$ 5,500.00
	Semanal	$ 634.62	$ 793.27	$ 951.92	$ 1,110.58	$ 1,269.23	$ 1,269.23
5	Anual (hasta)	$ 38,680.00	$ 48,350.00	$ 58,020.00	$ 67,690.00	$ 77,360.00	$ 77,360.01
	Mensual	$ 3,223.33	$ 4,029.17	$ 4,835.00	$ 5,640.83	$ 6,446.67	$ 6,446.67
	Semanal	$ 743.85	$ 929.81	$ 1,115.77	$ 1,301.73	$ 1,487.69	$ 1,487.69
6	Anual (hasta)	$ 44,360.00	$ 55,450.00	$ 66,540.00	$ 77,630.00	$ 88,720.00	$ 88,720.01
	Mensual	$ 3,696.67	$ 4,620.83	$ 5,545.00	$ 6,469.17	$ 7,393.33	$ 7,393.33
	Semanal	$ 853.08	$ 1,066.35	$ 1,279.62	$ 1,492.88	$ 1,706.15	$ 1,706.15
7	Anual (hasta)	$ 50,040.00	$ 62,550.00	$ 75,060.00	$ 87,570.00	$ 100,080.00	$ 100,080.01
	Mensual	$ 4,170.00	$ 5,212.50	$ 6,255.00	$ 7,297.50	$ 8,340.00	$ 8,340.00
	Semanal	$ 962.31	$ 1,202.88	$ 1,443.46	$ 1,684.04	$ 1,924.62	$ 1,924.62
8	Anual (hasta)	$ 55,720.00	$ 69,650.00	$ 83,580.00	$ 97,510.00	$ 111,440.00	$ 111,440.01
	Mensual	$ 4,643.33	$ 5,804.17	$ 6,965.00	$ 8,125.83	$ 9,286.67	$ 9,286.67
	Semanal	$ 1,071.54	$ 1,339.42	$ 1,607.31	$ 1,875.19	$ 2,143.08	$ 2,143.08
Cada Persona Adicional	Anual (hasta)	$ 5,680.00	$ 7,100.00	$ 8,520.00	$ 9,940.00	$ 11,360.00	$ 11,360.01
	Mensual	$ 473.33	$ 591.67	$ 710.00	$ 828.33	$ 946.67	$ 946.67
	Semanal	$ 109.23	$ 136.54	$ 163.85	$ 191.15	$ 218.46	$ 218.46

North Olympic Healthcare NETWORK

Form approved by Beau J. Brown on 1/15/2026

2026 NOHN Farmacia Escala móvil de tarifas variablas

Precio de Adquisición Real del medicamento + Descuento en la Escala a la Tarifa de Dispensación de NOHN de $21.00.

Tamaño de la familia	Presentación de Categorías >>	A	B	C	D	E	N/A
	NIVEL DE POBREZA	**0-100%**	**101-125%**	**126-150%**	**151-175%**	**176-200%**	**>200%**
	Responsabilidad del paciente =	100% Descuento	90% Descuento	80% Descuento	70% Descuento	60% Descuento	No Descuento
1	Anual (hasta)	$ 15,960.00	$ 19,950.00	$ 23,940.00	$ 27,930.00	$ 31,920.00	$ 31,920.01
	Mensual	$ 1,330.00	$ 1,662.50	$ 1,995.00	$ 2,327.50	$ 2,660.00	$ 2,660.00
	Semanal	$ 306.92	$ 383.65	$ 460.38	$ 537.12	$ 613.85	$ 613.85
2	Anual (hasta)	$ 21,640.00	$ 27,050.00	$ 32,460.00	$ 37,870.00	$ 43,280.00	$ 43,280.01
	Mensual	$ 1,803.33	$ 2,254.17	$ 2,705.00	$ 3,155.83	$ 3,606.67	$ 3,606.67
	Semanal	$ 416.15	$ 520.19	$ 624.23	$ 728.27	$ 832.31	$ 832.31
3	Anual (hasta)	$ 27,320.00	$ 34,150.00	$ 40,980.00	$ 47,810.00	$ 54,640.00	$ 54,640.01
	Mensual	$ 2,276.67	$ 2,845.83	$ 3,415.00	$ 3,984.17	$ 4,553.33	$ 4,553.33
	Semanal	$ 525.38	$ 656.73	$ 788.08	$ 919.42	$ 1,050.77	$ 1,050.77
4	Anual (hasta)	$ 33,000.00	$ 41,250.00	$ 49,500.00	$ 57,750.00	$ 66,000.00	$ 66,000.01
	Mensual	$ 2,750.00	$ 3,437.50	$ 4,125.00	$ 4,812.50	$ 5,500.00	$ 5,500.00
	Semanal	$ 634.62	$ 793.27	$ 951.92	$ 1,110.58	$ 1,269.23	$ 1,269.23
5	Anual (hasta)	$ 38,680.00	$ 48,350.00	$ 58,020.00	$ 67,690.00	$ 77,360.00	$ 77,360.01
	Mensual	$ 3,223.33	$ 4,029.17	$ 4,835.00	$ 5,640.83	$ 6,446.67	$ 6,446.67
	Semanal	$ 743.85	$ 929.81	$ 1,115.77	$ 1,301.73	$ 1,487.69	$ 1,487.69
6	Anual (hasta)	$ 44,360.00	$ 55,450.00	$ 66,540.00	$ 77,630.00	$ 88,720.00	$ 88,720.01
	Mensual	$ 3,696.67	$ 4,620.83	$ 5,545.00	$ 6,469.17	$ 7,393.33	$ 7,393.33
	Semanal	$ 853.08	$ 1,066.35	$ 1,279.62	$ 1,492.88	$ 1,706.15	$ 1,706.15
7	Anual (hasta)	$ 50,040.00	$ 62,550.00	$ 75,060.00	$ 87,570.00	$ 100,080.00	$ 100,080.01
	Mensual	$ 4,170.00	$ 5,212.50	$ 6,255.00	$ 7,297.50	$ 8,340.00	$ 8,340.00
	Semanal	$ 962.31	$ 1,202.88	$ 1,443.46	$ 1,684.04	$ 1,924.62	$ 1,924.62
8	Anual (hasta)	$ 55,720.00	$ 69,650.00	$ 83,580.00	$ 97,510.00	$ 111,440.00	$ 111,440.01
	Mensual	$ 4,643.33	$ 5,804.17	$ 6,965.00	$ 8,125.83	$ 9,286.67	$ 9,286.67
	Semanal	$ 1,071.54	$ 1,339.42	$ 1,607.31	$ 1,875.19	$ 2,143.08	$ 2,143.08
Cada Persona Adicional	Anual (hasta)	$ 5,680.00	$ 7,100.00	$ 8,520.00	$ 9,940.00	$ 11,360.00	$ 11,360.01
	Mensual	$ 473.33	$ 591.67	$ 710.00	$ 828.33	$ 946.67	$ 946.67
	Semanal	$ 109.23	$ 136.54	$ 163.85	$ 191.15	$ 218.46	$ 218.46

North Olympic Healthcare NETWORK