

FORMULARIO DE REGISTRO DEL PACIENTE



INFORMACION DEL PACIENTE – LETRA EN MOLDE					
APELLIDO		PRIMER NOMBRE		INICIAL DE SEGUNDO #	SEXO ___ M ___ F
NUMERO DE SEGURO SOCIAL		FECHA DE NACIMIENTO	TELEFONO 1		TELEFONO 2
DIRECCION DE LA CASA			CIUDAD	ESTADO	CODIGO
RAZA ___ Indio Americano/Esquimal ___ Asiatico ___ Indigena Hawaino/Islands del Pacifico ___ Negro/Africano Americano ___ Blanco ___ Más de una Raza ___ No Declarada/ Se negó a Reportar			ETHNICIDAD ___ Hispano/Latino ___ No Hispano/Latino ___ No Declarada/ Se negó a Reportar		IDIOMA ___ Ingles ___ Espanol ___ Otro
INFORMACION DEL SEGURO – LETRA EN MOLDE					
NOMBRE DE SEGURO PRIMARIO		# DE POLIZA	# DE GRUPO	NOMBRE DEL ASEGURADO	
NOMBRE DE SEGURO SECUNDARIO		# DE POLIZA	# DE GRUPO	NOMBRE DEL ASEGURADO	
INFORMACION DE TUTOR LEGAL – LETRA EN MOLDE					
TUTOR 1		FECHA DE NACIMIENTO	TUTOR 2		FECHA DE NACIMIENTO
DIRECCION		___ MISMA QUE ARRIBA		DIRECCION	
DIRECCION		___ MISMA QUE ARRIBA		DIRECCION	
CIUDAD/ESTADO/CODIGO			CIUDAD/ESTADO/CODIGO		
TELEFONO 1	TELEFONO 2		TELEFONO 1	TELEFONO 2	
RELACION ___ Madre ___ Padre ___ Otro (Especificar) _____			RELACION ___ Madre ___ Padre ___ Otro (Especificar) _____		
TAMANO FAMILIAR/INGRESOS COMO INDICAN DOCUMENTOS DE INGRESOS – LETRA EN MOLDE					
TAMAÑO DE LA FAMILIA		INGRESOS ANUALES		SI RECHAZA, PONER SUS INICIALES POR FAVOR	
INFORMACION DE EMERGENCIA – LETRA EN MOLDE					
NOMBRE 1		FECHA DE NACIMIENTO	NOMBRE 1		FECHA DE NACIMIENTO
DIRECCION		___ MISMA QUE ARRIBA		DIRECCION	
DIRECCION		___ MISMA QUE ARRIBA		DIRECCION	
CIUDAD/ESTADO/CODIGO			CIUDAD/ESTADO/CODIGO		
TELEFONO 1	TELEFONO 1		TELEFONO 1	TELEFONO 1	
RELACION ___ Madre ___ Padre ___ Otro (Especificar) _____			RELACION ___ Madre ___ Padre ___ Otro (Especificar) _____		
FIRMA DEL PACIENTE		NOMBRE (LETRA EN MOLDE)			FECHA

¿CÓMO SUPO DE NOSOTROS? ___ Volante / Folleto ___ TV ___ Familia/ Amigo ___ Otro (Especificar) _____



CONSENT FOR MEDICAL TREATMENT

Knowing that I, _____ am (is) suffering from a condition requiring diagnosis and medical treatment, I do hereby consent to such diagnostic procedures and hospital care and to such medical treatment as is necessary in the judgment of the Physician(s) of the medical staff of the Vecino Health Centers of Harris County, Texas who are agents or employees of the Vecino Health Centers.

I understand that if a healthcare worker is accidentally exposed to my blood or any body fluids in such a fashion that the healthcare worker may be at risk of contracting AIDS, I will be required to have my blood tested pursuant to Texas Law and hospital protocol to determine if I have Human Immunodeficiency Virus (HIV) or other blood borne infections. Test results will be kept confidential to the extent allowed by law and any information concerning my identity in connection with such testing will be destroyed after notification of the healthcare worker who was exposed.

Signature: _____ Date: _____

Witness Signature: _____ Date: _____

.....

CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO MEDICO

Sabiendo que (el nombre de la persona o yo) _____ estoy (esta) padeciendo de una condicion que requiere diagnostico y tratamientos necesarios, de acuerdo al juicio del medico y dental del Vecino Health Centers, Texas, quedes no son agentes o empleados del Vecino Health Centers.

Eri el caso que un profesional de la salud se exponga accidentalmente a mi sangre o fluidos corporales, se me ordenara un analisis de sangre para determinar si soy portador del virus del SIDA. Debido al riesgo potencial de contraer el Virus de Inmunodeficiencia Humana u otras infecciones de la sangre , se solicita este analisis de acuerdo a la Ley del Estado de Texas y al protocolo hospitalario. Los resultados de estos analisis seran estrictamente confidenciales hasta donde la contempla la Ley.

Firma: _____ Fecha: _____

Testigo: _____ Fecha: _____

Vecino Health Centers
Consentimiento Para Tratamiento en Nombre de un Menor¹

Nombre de Paciente Menor: _____

Fecha de Nacimiento ____/____/____

Yo _____ (escriba el nombre del padre o persona autorizada legalmente), por lo presente y voluntariamente doy consentimiento para autorizar a los médicos, proveedores de medio-nivel (Asistente de Médico, Enfermera de Práctica Avanzada) y dentistas, si están disponibles en el personal del centro en su lugar de servicio, para proveer servicios del cuidado de salud al menor mencionado arriba. Los servicios de cuidado de salud pueden incluir la evaluación de rutina física y mental, exámenes diagnósticos y monitoreo, y procedimientos. Los servicios del cuidado de salud pueden incluir, pero no están limitados a: inmunizaciones, trabajo rutinario de laboratorio, tal como sangre, orina y otros estudios, radiografías y otros estudios de imagen, electrocardiograma (ECG), administración de medicamentos, así como los procedimientos y el tratamiento prescritos por el personal médico y/o dental. Los servicios del cuidado de salud también pueden incluir servicios de consejería necesarios para recibir los servicios adecuados, incluyendo servicios de planificación familiar tal como es definido por la regulación federal. Yo comprendo que no hay ninguna garantía sobre los resultados del tratamiento o la efectividad de cualquier método anticonceptivo prescrito para el menor mencionado(a) arriba.

Yo he recibido los “Derechos y Responsabilidades del Paciente” y el “Aviso de Los Derechos de Privacidad del Paciente” y comprendo los documentos. Yo certifico que comprendo totalmente este consentimiento para tratamiento, uso de proveedores de medio-nivel, la divulgación de información personal de salud y los derechos de el menor con respecto a estos asuntos. Yo comprendo que éste consentimiento es válido y se mantiene en efecto mientras que el menor sea paciente de éste centro. Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas acerca de los servicios que se le proporcionarán en éste centro y creo que tengo suficiente información para dar este consentimiento.

Yo estoy autorizado para dar el consentimiento en nombre de el menor escrito arriba porque soy el/la:

☐ Padre/ Madre

☐ Tutor Legal (especifique la relación):

**UNA IDENTIFICACIÓN CON FOTO
SERA REQUERIDA EN EL MOMENTO
DE LLEGADA PARA ESAS
PERSONAS AUTORIZADAS A TRAER
AL MENOR.
NO HAY EXCEPCIONES.**

Yo autorizo a las siguientes personas para dar el consentimiento médico para mi hijo/a en mi ausencia:

_____	_____
Nombre	Relación con el menor
_____	_____
Nombre	Relación con el menor
_____	_____
Nombre	Relación con el menor
_____	_____
Nombre	Relación con el menor

Yo entiendo que si alguien que no está listado arriba trae al menor para una visita, su cita será/puede ser cancelada.

Firma del Padre o Tutor Legal

Testigo

Imprima el nombre

Imprima el nombre

Fecha

Hora

Fecha

Hora

¹ Un menor es un individuo menor de 18 años de edad que no está y no ha sido casado/a o que no ha tenido las discapacidades de minoría revocadas por la corte.



Registro De Divulgaciones del Paciente

En general, la regala de privacidad de HIPAA le da el derecho a la persona en pedir una restriccion sobre el uso o divulgacion de su informacion protegida de salud, o PHI se haga por medios alternativos, como el de enviar correspondencia a la oficina de la persona en vez de su casa.

Deseo ser contactado de la siguiente manera (Cheque todo lo que aplica):

- ☐ Telefono de Casa: _____
 - ☐ Puede dejar mensaje con informacion detallada.
 - ☐ Deje mensaje con un numero de telefono solamente
- ☐ Comunicacion escrita
 - ☐ Puede enviar correo a mi casa
 - ☐ Puede enviar correo a mi trabajo/oficina
 - ☐ Puede enviar por fax a este numero _____
- ☐ Telefono del Trabajo: _____
 - ☐ Puede dejar mensaje con informacion detallada.
 - ☐ Deje mensaje con un numero de telefono solamente.
- ☐ Otro: _____

Firma del Paciente/Guardian

Fecha

Nombre del Paciente en letra de molde

Fecha de Nacimiento

La Regala de Privacidad generalmente requieren que los proveedores de salud tomen pasos razonables para limitar el uso o divulgacion de, y solicita que el PHI a lo mas minimo necesario para cumplir el proposito entendido. Estas provisiones no se aplican a los usos o divulgaciones hechas segun la autorizacion solicitada por la persona.

Entidades del cuidado de salud deben mantener registros de divulgaciones de PHI. Informacion proporcionada abajo, si se completa apropiadamente, constituira un registgro adecuado.

Aviso: Usos y divulgaciones para TPO puede ser permitido sin consentimiento previo en caso de una emergencia.

Registro de Divulgaciones de la Informacion Protejida de Salud (PHI)

Fecha	Divulgado a Direccion/No. de Fax	1	Descripcion de Divulgacion/Proposito De Divulgacion	Divulgado Por	2	3

TEXAS VACCINES FOR CHILDREN PROGRAM (TVFC)
[EL PROGRAMA DE VACUNAS PARA LOS NIÑOS DE TEXAS,
TVFC, por sus siglas en inglés]
ARCHIVO QUE DETERMINA LA ELEGIBILIDAD DEL PACIENTE

uso de la clínica
solamente:
(CLINIC USE ONLY:)
TVFC Eligible:
☐ Yes ☐ No

Propósito: El determinar la elegibilidad y la fuente de los fondos para el reembolso al *Texas Department of State Health Services* [Departamento Estatal de Servicios de Salud de Texas] para las vacunas. Un archivo debe guardarse en la oficina del proveedor de atención médica, el cual refleja el estatus de todos los niños de 18 años de edad o menores quienes reciben inmunizaciones a través del Programa de Vacunas Para los Niños de Texas. El formulario podría ser llenado por el padre, la madre, el tutor legal o el individuo del registro. Este mismo formulario puede utilizarse para todas las visitas subsiguientes con tal de que el estatus de elegibilidad del niño no haya cambiado. Aunque la verificación de las respuestas no es requerida, es necesario retener éste, o un archivo similar, para cada niño que reciba vacunas.

Fecha de determinación: _____

Nombre del niño:

Apellido Primer nombre Inicial del segundo nombre

Fecha de nacimiento del niño: _____
(mes/día/año)

Padre / Madre / Tutor legal / Individuo del registro:

Apellido Primer nombre Inicial del segundo nombre

Nombre del proveedor / nombre de la clínica:

El niño nombrado arriba cumple con los requisitos para recibir vacunas a través del Programa de Vacunas para los Niños de Texas porque él (marque la primera categoría que se aplica; marque solamente una):

- ☐ (a) está inscrito en Medicaid o
- ☐ (b) no tiene seguro médico o
- ☐ (c) es indio-americano o
- ☐ (d) es nativo de Alaska o
- ☐ (e) no tiene seguro médico suficiente (tiene seguro médico que **NO** paga por las vacunas; tiene un co-pago o un deducible que la familia no puede pagar; o tiene un seguro que proporciona una cobertura limitada para el bienestar o la prevención) o
- ☐ (f) es un paciente que recibe servicios de cualquier clínica pública y no reúne ninguno de los criterios indicados anteriormente o
- ☐ (g) es un paciente que recibe beneficios del *Children's Health Insurance Plan* [Plan de seguro médico para niños, *CHIP*, por sus siglas en inglés]
- ☐ **Ninguna de las respuestas anteriores; no es elegible para las vacunas del TVFC**

Firma: _____ Fecha: _____

Con pocas excepciones, usted tiene el derecho a pedir y ser informado(a) sobre la información que el Estado de Texas reúne sobre usted. Usted tiene el derecho a recibir y examinar la información al pedirla. Usted también tiene el derecho a pedirle a la agencia estatal que corrija cualquier información que se determina ser incorrecta. Vaya a <http://www.dshs.state.tx.us> para más información acerca de la Notificación sobre la Privacidad. (Referencia: *Government Code, Section 552.021, 552.023, 559.003 y 559.004*)



Yo, _____, he recibido la poliza de Derechos y Responsabilidades del Paciente y Notificación de Derechos del Cliente de la clinica Houston Community Health Centers, Inc (adjunto). Al firmar esto, estoy plenamente consciente de ambos documentos y de acuerdo en seguir las reglas de la clínica de la misma manera en como están escritas en estos documentos.

Firma del Paciente/Guardian

Fecha

OFFICE USE ONLY

Employee Signature

Date

DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DEL PACIENTE Y DEL CENTRO

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____ MRN#: _____

Bienvenido al centro.

Si busca en examen de bienestar, recuperarse de una enfermedad o controlar una enfermedad crónica, es un ciclo de recuperación y bienestar. Si busca abordar situaciones en una relación a largo plazo con un profesional médico, dental o salud mental de confianza, aquí ha encontrado su hogar centrado en el paciente.

Nuestro objetivo es brindar atención médica de calidad a las personas de esta comunidad, que no tienen recursos para pagar. Como paciente, usted tiene derechos y responsabilidades. El centro también tiene derechos y responsabilidades. Queremos que comprenda estos derechos y responsabilidades para que pueda ayudarnos a brindarle una mejor atención médica. Lea y firme esta declaración y háganos preguntas.

A. Derechos Humanos

Tiene derecho de ser tratado con sin importar su raza, color, estado civil, religión, sexo, origen nacional, ascendencia, discapacidad física o mental, edad, condición de veterano de la guerra de Vietnam u otros motivos conforme a las leyes y regulaciones federales, estatales y locales aplicables.

B. Pago de Servicios

1. Usted es responsable de proporcionar al personal del centro de salud información precisa sobre su situación financiera actual y cualquier cambio en la misma. El personal del centro de salud necesita esta información para determinar si califica para el Programa de Asistencia Financiera Vecino (FAP) y/o para poder facturar a seguros privados, Medicaid, Medicare u otros beneficios para los que pueda ser elegible. Si sus ingresos están por debajo del nivel federales de pobreza, se le aplicará un descuento en la tarifa.

2. Tiene derecho a recibir explicaciones sobre los cargos del centro de salud. Debe pagar, o acordar el pago, de todos los honorarios acordados por los servicios médicos y de salud conductual. Los servicios dentales se prestan con pago anticipado. Si no puede pagar de inmediato, por favor, infórmeselo al personal del centro de salud para que puedan establecer un plan de pago. La ley federal prohíbe al centro de salud negarle servicios de atención médica primaria que sean médicamente necesarios únicamente porque no puede pagarlos.

C. Privacidad

Tiene derecho a que sus entrevistas, exámenes y tratamientos sean privados. Su historial médico también es privado. Solo las personas legalmente autorizadas pueden ver su historial médico, a menos que usted solicite por escrito que se lo mostremos o copiemos a otra persona. En ciertos casos, el centro de salud podría estar obligado a informar al Departamento de Servicios de Salud del Estado de Texas sobre su estado de salud o enfermedad. Junto con este documento, se le proporcionará una explicación completa de sus derechos de privacidad, que se denomina Aviso de Prácticas de Privacidad del centro. El personal le solicitará que confirme haber recibido una copia de nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad. El Aviso de Prácticas de Privacidad establece las formas en que el centro puede utilizar o divulgar su historial médico y los derechos que le otorga la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA).

D. Atención Médica

1. Usted es responsable de proporcionar al centro de salud información completa y actualizada sobre su salud o enfermedad, para que podamos brindarle la atención médica adecuada. Tiene derecho a participar en las decisiones sobre su tratamiento, y se le anima a hacerlo.

2. Usted tiene derecho a recibir información y explicaciones en su idioma habitual y con un lenguaje que comprenda. Tiene derecho a recibir información sobre su salud o enfermedad, su plan de tratamiento, incluyendo la naturaleza del mismo, sus beneficios esperados, sus riesgos y peligros (y las consecuencias de rechazar el tratamiento), las alternativas razonables, si hay (sus riesgos y beneficios), y el resultado esperado, si se conoce. Esta información se conoce como obtener su consentimiento informado.

3. Tiene derecho a recibir información sobre las "Directivas Anticipadas". Las "Directivas Anticipadas" son instrucciones que usted proporciona para la atención médica en caso de que no pueda comunicar sus deseos. Si no desea recibir esta información, o si no es médicamente aconsejable compartirla con usted, se la proporcionaremos a su representante legal autorizado.

4. Usted es responsable del uso adecuado de los servicios del centro de salud, que también incluye seguir las instrucciones del personal del centro de salud, programar y asistir a las citas programadas y solicitar una cita para el mismo día solo cuando esté enfermo. Es posible que los profesionales del centro no puedan atenderlo a menos que tenga una cita. Si no puede seguir las instrucciones del personal, infórmeselo para que puedan ayudarle.

5. Si usted es mayor de edad, tiene derecho a rechazar tratamientos o procedimientos en la medida en que lo permitan las leyes y normativas aplicables. En este sentido, tiene derecho a ser informado de los riesgos, peligros y consecuencias de rechazar dichos tratamientos o procedimientos. Es necesario que reciba esta información para que su rechazo sea "informado". Usted es responsable de las consecuencias y el resultado de rechazar los tratamientos o procedimientos recomendados. Si rechaza tratamientos o procedimientos que sus profesionales de la salud consideran que son lo mejor para usted, es posible que se le solicite que firme un formulario de Denegación de Tratamiento o Servicios Médicos o un formulario de Denegación de Tratamiento o Servicios Médicos (según corresponda).

6. Tiene derecho a recibir atención médica y tratamiento que sean razonables para su condición y dentro de nuestras posibilidades; sin embargo, el centro no es un centro de atención de emergencias. Tiene derecho a ser transferido o derivado a otro centro para recibir servicios que el centro no pueda brindarle. El centro no cubre los servicios que reciba de otro profesional de la salud.

7. Si tiene dolor, tiene derecho a recibir una evaluación y un tratamiento del dolor adecuados, según sea necesario.

E. Reglamento del Centro

1. Tiene derecho a recibir información sobre cómo utilizar adecuadamente los servicios del centro de salud. Es responsable de utilizarlos de forma adecuada. Si tiene alguna pregunta, no dude en consultarnos.

2. Es responsable de la supervisión de los niños que traiga al centro de salud. Es responsable de la seguridad de sus hijos y de la protección de otros pacientes y de nuestra propiedad.

3. Es responsable de asistir a sus citas programadas. La falta a citas programadas puede causar retrasos en la atención de otros pacientes. Si no asiste a sus citas programadas, podría estar sujeto a medidas disciplinarias de acuerdo con las políticas y procedimientos del centro de salud.

F. Quejas

1. Si no está satisfecho con nuestros servicios, infórmenos. Nos gustaría recibir sugerencias para mejorarlos. El personal le indicará cómo presentar una queja. Si no está satisfecho con la forma en que el personal gestiona su queja, puede presentar una queja ante la Junta Directiva del centro.

2. Si presenta una queja, ningún representante del centro lo castigará, discriminará ni tomará represalias en su contra por presentar una queja, y el centro continuará brindándole servicios.

G. Terminación

Si el centro de salud decide que debemos dejar de atenderlo como paciente, tiene derecho a recibir una notificación por escrito con antelación que explique el motivo de la decisión y tendrá treinta (30) días para buscar otros servicios de atención médica. Sin embargo, el centro de salud puede decidir dejar de atenderlo inmediatamente, sin previo aviso por escrito, si ha representado una amenaza para la seguridad del personal o de otros pacientes. Tiene derecho a recibir una copia de la Política y el Procedimiento de Terminación de la Relación entre el Paciente y el Centro.

Las razones por las que podemos dejar de atenderlo incluyen:

1. Incumplimiento de las normas y políticas del centro, incluyendo, entre otras, no asistir a las citas programadas, usar lenguaje abusivo o mostrar un comportamiento irrespetuoso.
2. Omisión intencional de informar con precisión sobre su situación financiera.
3. Omisión intencional de informar con precisión sobre su salud o enfermedad.
4. Incumplimiento intencional del programa de atención médica, como las instrucciones sobre la toma de medicamentos, las prácticas de salud personal o las citas de seguimiento, según lo recomendado por su(s) proveedor(es) de atención médica, y/o
5. Crear una amenaza para la seguridad del personal y/o de otros pacientes.

F. Apelaciones

Si el centro le ha notificado la terminación de la relación entre el paciente y el centro, tiene derecho a apelar la decisión ante la Junta Directiva. A menos que tenga una emergencia médica, no continuaremos atendéndolo como paciente mientras apela la decisión.

Por: _____/_____/____

Nombre: _____ Fecha

[Nombre en letra de imprenta]

Si firma por un menor, _____

[Nombre del menor en letra de imprenta]