

ATASCOSA HEALTH CENTER, INC.

Doing Business As

- Atascosa Health Center Karnes Community Health Center Lytle Community Health Center
 Live Oak Community Health Center McMullen Community Health Center Wilson Community Health Center
 Poteet Community Health Center

Formulario de Registro de Pacientes

Información del Paciente:

Nombre y Apellido: _____ **SS#:** _____ **DOB:** _____ **Sexo:** _____

Dirección Postal: _____ **Ciudad:** _____ **Estado:** _____ **Código Postal:** _____

Teléfono: _____ **Celular:** _____ **Estado Matrimonial:** _____ **Lenguaje Preferida:** _____

Dirección de correo electrónico: _____ **Veterano: Si/No**

¿Quién es su principal proveedor? _____ **Proveedor Dental Primaria:** _____

Usted vive en hogar bajo gobierno/Hogar Sección #8? No / Otros / Public Housing / Tenant Based Voucher

Condición de trabajador migrante: Migrantes /No a trabajadores agrícolas / temporada

Homeless Estado: Duplicar / No Sin Hogar / Vivienda / Transición / desconocido

Raza: Blanco / Negro / Asia / Indio Americano o Nativo de Alaska / Otro Raza **Raza:** Latino / Hispano Sí / No

Como recibió noticia de nuestros servicios en Atascosa Health Center?

1. Las páginas amarillas/Otra Directorio _____ 3.Evento/Junta de Salud _____

2. Amigo/Familia _____ 4. Radio / Sitio Web _____

Información sobre del suscriptor:

Nombre del suscriptor: _____ **DOB:** _____ **SS#** _____

Información del Pariente/Guardián Legal: (Aplicable solo si hay información diferente arriba)

Relación: _____ **Nombre:** _____ **Fecha de Nacimiento:** _____ **SS#:** _____

Dirección Postal: _____ **Ciudad:** _____ **Estado:** _____ **Código Postal:** _____

Numero de Teléfono: _____ **Numero Celular:** _____ **Numero Alternativa:** _____

FARMACIA Preferida:

Nombre de la farmacia: _____ **Ciudad:** _____ **Código Postal:** _____

Teléfono de la farmacia: _____

El reconocimiento de Nota de Privacidad:

Reconozco que he recibido la Nota de Prácticas de Privacidad y su propósito y el contenido ha sido explicado a mí.

Yo aseguro que la información a continuación es correcta y verdadera, si cualquier información es falso, Yo seré responsable por las cargas de servicios.

Firma de Persona Responsable/Pariente/Guardián Legal

Fecha

Empleado Verificando

Fecha

ATASCOSA HEALTH CENTER, INC.

Doing Business As

- Atascosa Health Center Karnes Community Health Center Lytle Community Health Center
- Live Oak Community Health Center McMullen Community Health Center Wilson Community Health Center
- Poteet Community Health Center

Escala móvil de detección Hoja de trabajo

Nombre y Apellido: _____ **Fecha de Nacimiento:** _____

Yo comprendo que el Centro de Salud determinara elegibilidad baso la información que yo he mostrado. Yo entiendo aun más que si encuentran que he dado información equivocadamente, será términos para que el Centro me excluya de cualquier descuento.

Por favor, primera una opción a continuación :

1. _____ Certifico que **estoy proporcionando una prueba escrita** de ingresos que recibirá mi familia en este momento.
2. _____ Yo entiendo que **soy responsable de los cargos totales** y sin descuentos **hasta que traer una prueba escrita de ingreso dentro de los 5 días laborables** para verificar mi ingreso del hogar. Documentos pueden incluir talón de cheque y o declaración de impuestos.

3. _____ Certifico que en este momento **estoy rechazando la oportunidad de aplicar para el programa de descuentos.** Yo entiendo que puedo aplicar en un momento posterior para el programa de descuento.

	Nombre de usuario doméstico	Relacion
1.		yo
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		
8.		
9.		
10.		

(CSR use only) Please show your income calculations below

Office Use Only

Total Family Member: _____ Total Income: _____ Sliding Fee Scale%: _____

Verifying Employee: _____ Date: _____

ATASCOSA HEALTH CENTER, INC.

Doing Business As

- Atascosa Health Center Karnes Community Health Center Lytle Community Health Center
- Live Oak Community Health Center McMullen Community Health Center Wilson Community Health Center
- Poteet Community Health Center

HIPAA y Advance Directiva Formulario

Nombre del paciente: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Directivas Anticipadas:

- ____ Yes ____ No 1. Tiene usted una "directiva anticipada"?
- ____ Yes ____ No 2. Si no, desea tener información sobre una: "directiva anticipada"?

HIPAA Comunicación autorización:

1. El proveedor médico / práctica / de nivel medio puede utilizar o divulgar la siguiente información médica protegida:
 ____ Todos los resultados de prueba ____ La historia clínica completa ____ de hoy Gráfico Nota
2. La siguiente información de salud protegida se exceptúa expresamente de divulgación:
 ____ Behavioral Health ____ Nada
3. El propósito de la descripción es:
 ____ Atención Médica Continua ____ Empleadores Uso ____ Uso de la Escuela

Hay ocasiones en que los familiares, amigos u otras personas pueden estar involucrados en el tuyo o el cuidado de su hijo. Como guardián paciente, padre/legal, usted querrá que nuestro personal pueda comunicarse directamente con ellos. Con el fin de proteger la privacidad de la información de suya o de su hijo la salud personal, por favor, comparta con nosotros los nombres de los individuos con los que podemos discutir el tuyo o el cuidado de su hijo y compartir la información de salud protegida.

Por favor escriba a continuación las personas autorizadas:

Nombre	F.D.N	Relación
1. _____		
2. _____		
3. _____		

Familia Cercano no con el mismo Domicilio en caso de Emergencia:

Relación: _____ Nombre: _____

Numero de Teléfono: _____ Numero Celular: _____ Numero Alternativa: _____

Además, indique las medidas de **Atascosa Centro de Salud Inc.**, puede contactar a:

____ Teléfono de la casa ____ teléfono celular ____ correo

Podemos dejar un mensaje en que teléfono celular / contestador automático? ____ Yes ____ No

He completado este formulario lo mejor de mi conocimiento:

Firma del paciente, padre o tutor legal

fecha

Verificación de los empleados

fecha

ATASCOSA HEALTH CENTER, INC.

Doing Business As

- Atascosa Health Center Karnes Community Health Center Lytle Community Health Center
- Live Oak Community Health Center McMullen Community Health Center Wilson Community Health Center
- Poteet Community Health Center

Consentimiento para el Tratamiento de un Menor de Edad

Nombre del paciente Menor: _____ **Fecha de Nacimiento** ____/____/____

Estoy autorizado a dar mi consentimiento en nombre del menor arriba como yo soy el padre or _____ de el menor de edad.

[escribe su relación con el menor que le concede autoridad]

Yo _____ [Escriba el nombre del padre, madre o persona legalmente autorizada] por la presente y voluntariamente doy mi consentimiento para autorizar los proveedores de atención de salud del centro para proporcionar servicios de salud a la menor nombrado arriba en los lugares de servicios del centro. Los servicios de salud pueden incluir, sin limitación, la evaluación de rutina física y mental, pruebas y procedimientos de diagnóstico y seguimiento; exámenes y tratamiento médico y / o tratamiento dental, procedimientos y pruebas de laboratorio de rutina, radiografías y otros estudios por imágenes, la administración de medicamentos; así como los procedimientos y tratamientos prescritos por los proveedores de atención de salud del centro. Los servicios de atención de la salud también pueden incluir el asesoramiento necesario para recibir los servicios adecuados.

Entiendo que me pedirán que firme un consentimiento informado para cada vacuna que se administra a mi hijo y que recibiré una "Declaración de Información de la Vacuna" (VIS) antes de que mi niño recibe cada vacuna. Entiendo que hay un formulario de consentimiento por separado que se me puede pedir que firme si mi hijo tiene que ser probado de las enfermedades infecciosas. Yo entiendo que hay ciertos peligros y riesgos relacionados con todas las formas de tratamiento, y mi consentimiento es dado sabiendo esto.

Entiendo que este consentimiento es válido y permanecerá en vigor mientras mi niño es un paciente del centro, hasta que yo retire mi consentimiento, hasta que el centro cambia sus servicios y me pide que complete un nuevo formulario de consentimiento, o hasta que mi hijo cumpla 18 años y deben dar su consentimiento para los servicios en su propio nombre. *Si usted quiere delegar su autoridad para consentir al tratamiento para el menor nombrado arriba, a otro adulto, favor de completar el seguido:*

Por la presente, delego mi autoridad para consentir al tratamiento para el menor nombrado arriba a Nombre (letra de molde): _____ para el período de ____/____/____ hasta la fecha ____/____/____

Disposiciones de consentimiento: Mi firma en este formulario indica que:

1. Certifico que he leído y entiendo completamente el consentimiento anterior, y que los declaraciones anteriormente son ciertas.
2. Me doy cuenta de que, aunque se hará todo el esfuerzo para mantener todos los riesgos y efectos secundarios al mínimo, los riesgos, efectos secundarios y las complicaciones pueden ser impredecibles, tanto en la naturaleza y la gravedad.
3. Entiendo que los proveedores de nivel medio (asistentes médicos y enfermeras de práctica avanzada Registrados) pueden estar involucrados en el tratamiento de mi hijo y doy mi consentimiento a la misma.
4. Entiendo que se me puede pedir que firme un formulario de consentimiento informado por separado para determinado tratamiento (s) que requieran tales.
5. Yo doy voluntariamente mi consentimiento para el tratamiento de mi hijo en el centro.

[Firma del padre, madre/ Representante Legal]

Nombre (letra de molde): _____ **Fecha/Hora:** _____

[Firma del testigo]

Escriba el nombre del testigo: _____ **Fecha/ Hora:** _____

Intérprete/traductor para completar si es necesario: He leído / traducido el documento que precede a la forma precisa y completa:

_____ en _____, el paciente o el idioma principal de los padres.

[Nombre del Padre, Madre/Representante Legal] El/Ella entendió todos los términos y condiciones y reconoció su acuerdo y consentimiento a la misma mediante la firma del documento en mi presencia.

[Firma del intérprete / traductor]

El nombre del intérprete / traductor (letra de molde): _____ **Fecha/Hora:** _____

ATASCOSA HEALTH CENTER, INC.

Doing Business As

- Atascosa Health Center Karnes Community Health Center Lytle Community Health Center
 Live Oak Community Health Center McMullen Community Health Center Wilson Community Health Center
 Poteet Community Health Center

DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DE PACIENTES

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Bienvenido al centro de salud de su comunidad. Nuestro objetivo es brindar atención médica a personas calificadas en esta comunidad en función de un programa de tarifas móviles. Como paciente, usted tiene derechos y responsabilidades. El Centro y el personal también tienen derechos y responsabilidades. Queremos que comprenda estos derechos y responsabilidades. Por favor, lea esta declaración y haga preguntas, si tiene alguna.

A. Derechos humanos

Tiene derecho a que se le proporcionen servicios de manera oportuna y a ser tratado con respeto y dignidad, independientemente de su raza, edad, religión, sexo, discapacidad, color u origen nacional (incluido el dominio limitado del inglés). El personal del Centro tiene derecho a ser tratado con respeto y dignidad. Se publica una declaración de "No discriminación" para que el público la vea, al igual que otra información requerida por la Oficina de Derechos Civiles de la HHSC, incluidos los servicios de asistencia lingüística, que están disponibles de forma gratuita y usted no está obligado a proporcionar su propio intérprete o traductor.

B. Pago de los Servicios

1. Usted es responsable de proporcionarnos información precisa sobre su estado financiero actual y cualquier cambio en su estado financiero. Requerimos esta información para determinar los cargos o para facturar seguros privados, Medicaid, Medicare u otros beneficios para los que pueda ser elegible. Si sus ingresos son inferiores a las pautas federales de pobreza, se le cobrará una pequeña tarifa. Dependiendo de sus ingresos, puede ser elegible para recibir otros servicios.
2. Usted tiene derecho a recibir una explicación de su factura. Los cargos deben pagarse inmediatamente después de recibir los servicios. Hay otros arreglos de pago disponibles. Debe aceptar la responsabilidad financiera personal por cualquier cargo no cubierto por el seguro.
3. La ley federal nos prohíbe negar servicios, que son médicamente necesarios, únicamente porque usted no puede pagar por esos servicios.

C. Privacidad

Tiene derecho a que sus entrevistas, exámenes y tratamiento se realicen en privado. Sus registros médicos también son privados. Solo las personas legalmente autorizadas revisarán sus registros a menos que usted nos dé permiso por escrito para proporcionar información sobre su tratamiento a otra persona. Se le proporciona una discusión completa de sus derechos de privacidad conocida como "Aviso de Derechos de Privacidad del Cliente". El Aviso detalla los diversos derechos que le otorga la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico.

D. Atención de la salud

1. Usted es responsable de proporcionarnos información precisa, completa y actualizada sobre su salud para que podamos brindarle la atención médica adecuada. Esto incluye proporcionar información de la mejor manera posible sobre su salud, cualquier medicamento que tome, incluidos los productos de venta libre y los suplementos dietéticos, y cualquier alergia o sensibilidad. Usted tiene derecho y se le anima a participar en las decisiones sobre su tratamiento.
2. Tiene derecho a recibir información y explicaciones en el idioma que habla normalmente y en palabras que comprenda. Tiene derecho a recibir información sobre su salud o enfermedad, plan de tratamiento, incluida la naturaleza de su tratamiento; sus beneficios esperados; si existen riesgos y peligros inherentes (y las consecuencias de rechazar el tratamiento); las alternativas razonables, si las hubiere, (y sus riesgos y beneficios); y el resultado esperado, si se conoce. Esta información se denomina obtención de su consentimiento informado.
3. Usted tiene derecho a recibir información sobre "Directivas Anticipadas". Si no desea recibir esta información, o si no es médicamente recomendable compartir esa información con usted, se la proporcionaremos a su representante legalmente autorizado.
4. Usted es responsable del uso adecuado de nuestros servicios, lo que incluye seguir el plan de tratamiento acordado prescrito por su proveedor y participar en su atención, hacer y mantener las citas programadas, y solo solicitar una

ATASCOSA HEALTH CENTER, INC.

Doing Business As

- Atascosa Health Center Karnes Community Health Center Lytle Community Health Center
 Live Oak Community Health Center McMullen Community Health Center Wilson Community Health Center
 Poteet Community Health Center

DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DEL PACIENTE

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____

cita "sin cita previa" cuando esté enfermo. Es posible que no podamos verlo a menos que tenga una cita. Si no puede seguir las instrucciones del personal, infórmenos para que podamos ayudarlo.

5. Si usted es mayor de edad, tiene derecho a rechazar el tratamiento o los procedimientos en la medida en que lo permitan las leyes y reglamentos aplicables. En este sentido, tiene derecho a ser informado de los riesgos, peligros y consecuencias de su negativa dicho tratamiento o procedimientos. Su recepción de esta información es necesaria para que su negativa sea "informada". Usted es responsable de las consecuencias y el resultado de rechazar el tratamiento o los procedimientos recomendados. Si usted rechaza el tratamiento o los procedimientos que sus proveedores de atención médica creen que es lo mejor para usted, es posible que se le pida que firme un Formulario de Rechazo a Permitir Tratamiento o Servicios Médicos o Formulario En contra del Asesoramiento Médico (según corresponda).
6. Usted tiene derecho a recibir atención médica y tratamiento que sea razonable para su condición y dentro de nuestra capacidad, sin embargo, el centro no es un centro de atención de emergencia. Usted tiene derecho a ser transferido o referido a otro centro para servicios que no podemos proporcionar. Pero no pagamos por los servicios que usted recibe de otro proveedor de atención médica.
7. Si tiene dolor, tiene derecho a recibir una evaluación y un tratamiento adecuados, según sea necesario.
8. Usted tiene derecho a cambiar de proveedor si hay otros proveedores calificados disponibles.
9. Usted es responsable de proporcionar un adulto responsable para que le brinde transporte a casa y permanezca con usted si se lo indica el proveedor o si se indica en las instrucciones de alta.

E. Reglas del Centro

1. Usted tiene derecho a recibir información sobre los servicios de salud que brindamos, la conducta personal, las reglas y el uso de nuestra propiedad y recursos. Usted es responsable de obedecer estas reglas. Si tiene alguna duda, pregúntenos.
2. Usted es responsable de la supervisión de los niños que trae consigo al Centro. Usted es responsable de su seguridad y de la protección de otros pacientes y de nuestra propiedad.
3. Usted tiene la responsabilidad de cumplir con sus citas programadas. La falta de citas programadas causa retrasos en el tratamiento de otros pacientes. Si no asiste a las citas programadas, es posible que deba reunirse con el director ejecutivo o la persona designada para determinar si puede continuar con los servicios en el centro.
4. Usted es responsable de comportarse respetuosamente con todos los profesionales y el personal de atención médica, así como con otros pacientes y visitantes.

F. Reclamaciones

1. Si no está satisfecho con nuestros servicios, por favor díganos. Agradecemos sus sugerencias para que podamos mejorar nuestros servicios. Como paciente de Atascosa Health Center Inc., usted tiene derecho a presentar una queja y participar en la resolución de conflictos relacionados con las decisiones de atención. Le diremos cómo presentar una queja. En caso de preguntas relacionadas con quejas o si desea presentar una queja, comuníquese con el Director de Operaciones.
2. Si presenta una queja, ningún representante del centro lo castigará, discriminará o tomará represalias en su contra por presentar una queja, y el centro continuará brindándole servicios. Como organización de atención médica, hemos publicado información sobre cómo presentar una queja ante el Departamento de Servicios de Salud del Estado de Texas y/o ante el organismo de acreditación. Si tiene preguntas sobre cómo presentar una queja, consulte a uno de los miembros de nuestro personal.

G. Rescisión

Si decidimos que debemos dejar de tratarlo como paciente, usted tiene derecho a recibir un aviso previo que explique el motivo de la decisión, y se le darán 30 días para encontrar otros servicios de atención médica. Sin embargo, podemos decidir dejar de tratarlo inmediatamente y sin previo aviso si ha creado una amenaza para la seguridad del

