

**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:** \_\_\_\_\_

**Identidad de género:** Mujer; Mujer-a-Hombree; Hombre; Hombre-a-Mujer; Ni Hombre/Mujer; elige no decir

**Orientación Sexual:** Recto/Heterosexual; Bisexual; Lesbiana/Homosexual; Desconocido; elige no decir

**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 \_\_\_\_\_
2. Amigo/Familia \_\_\_\_\_
3. Evento/Junta de Salud \_\_\_\_\_
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.

	<b>Nombre de usuario doméstico</b>	<b>Relacion</b>
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:

<b>Nombre</b>	<b>F.D.N</b>	<b>Relación</b>
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 a su centro de salud de la comunidad. Nuestro objetivo es proporcionar atención sanitaria a personas calificadas en esta comunidad basado en un arancel de deslizamiento. Como paciente, usted tiene derechos y responsabilidades. El centro y el personal también tiene derechos y responsabilidades. Queremos que usted entienda estos derechos y responsabilidades. Por favor leer esta declaración y haga preguntas, si tienes alguna.

### A. derechos humanos

Usted tiene el derecho a proporcionar servicios de manera oportuna y tratarse con respeto y dignidad sin importar raza, edad, religión, sexo, discapacidad, color o nacionalidad (incluyendo el dominio limitado del inglés). El personal del centro tiene derecho a ser tratados con respeto y dignidad. Una declaración de "No discriminación" se registra en público igual que otra información según lo requerido por la oficina de derechos civiles de la HHSC incluyendo idioma servicios de asistencia están disponibles de forma gratuita y usted no está obligado a proporcionar su propio intérprete o traductor.

### B. pago por servicios

1. Usted es responsable de darnos información precisa sobre su situación financiera actual y los cambios en su estado financiero. Le pedimos esta información para determinar los cargos o a seguros privados, Medicare, Medicaid y otros beneficios de la cuenta, usted puede ser elegible para. Si su ingreso es menor que las pautas federales de pobreza, se le cobrará una pequeña cuota. Dependiendo de sus ingresos, usted puede ser elegible para recibir otros servicios.
2. Tiene derecho a recibir una explicación de su factura. Cargos vencen inmediatamente después se reciben servicios. Otros arreglos de pago están disponibles.
3. Ley Federal nos impide negar servicios, que son médicamente necesarios, únicamente porque usted no puede pagar por estos servicios.

### C. privacidad

Usted tiene derecho a que sus entrevistas, exámenes y tratamiento en la intimidad. También son privados de sus registros médicos. Sólo las personas legalmente autorizadas revisará sus registros a menos que usted nos da permiso para proporcionar información sobre su tratamiento a otra persona por escrito. Una discusión completa de sus derechos de privacidad, conocido como "Aviso de derechos de privacidad cliente" se le brinda. El aviso detalla los diversos derechos otorgados a usted por la Health Insurance Portability and Accountability Act.

### D. salud

1. Usted es responsable por facilitarnos información precisa, completa y actualizada sobre su salud para que le podemos dar cuidado de salud. Usted tiene el derecho y se les anima a participar en las decisiones sobre su tratamiento.
2. Tienes derecho a la información y explicaciones en la lengua que habla normalmente y en palabras que entiendes. Usted tiene el derecho a la información sobre su salud o enfermedad, plan de tratamiento, incluyendo la naturaleza de su tratamiento; sus beneficios esperados; Si riesgos y peligros (y las consecuencias de rechazar tratamiento): las alternativas razonables, si cualquier (y sus riesgos y beneficios); y el resultado esperado, si se conocen. Esta información se llama obtener su consentimiento informado.
3. Usted tiene el derecho a recibir información sobre "Anticipadas". Si no desea recibir esta información, o si él no médicamente recomendable para compartir esa información con usted, nosotros le proporcionaremos a su representante legalmente autorizado.
4. Usted es responsable del uso adecuado de nuestros servicios, que incluye siguiendo instrucciones de nuestro personal, hacer y mantener las citas programadas, y solamente solicitando una cita de "andar en" cuando estás enfermo. No seamos capaces de verlos a menos que tenga una cita. Si no se siguen las instrucciones del personal, por favor díganos por lo que podemos ayudarle a.
5. Si usted es un adulto, usted tiene derecho a rechazar tratamiento o procedimientos en la medida permitida por las leyes y reglamentos correspondientes. En este sentido, usted tiene el derecho a ser informados de los riesgos, peligros y consecuencias de su rechazo de dicho tratamiento o procedimientos. Recibo de esta información es necesaria para que su negativa se estar "informado". Usted es responsable de las consecuencias y el resultado de rechazar tratamiento recomendado o procedimientos. Si usted rechaza tratamiento o procedimientos que sus proveedores de atención médica que está en su mejor interés, se pedirá que firmen una negativa a permitir el tratamiento médico o servicios de forma o contra forma de asesoramiento médico (según corresponda).

# 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: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

6. Usted tiene derecho a asistencia sanitaria y tratamiento que sea razonable para su condición y en nuestra capacidad, sin embargo, el centro no es un centro de atención de emergencia. Usted tiene derecho a ser transferido o referido a otra planta para servicios que no podemos dar. Pero, no pagamos por los servicios que usted recibe de otro proveedor de atención médica.
7. Si tiene dolor, tiene derecho a recibir una adecuada evaluación y gestión, según sea necesario.

### E. reglas del centro de

1. Usted tiene derecho a recibir información sobre los servicios de salud que brindamos, conducta personal, reglas y el uso de nuestra propiedad y recursos. Usted es responsable de obedecer estas reglas. Si usted tiene alguna pregunta, por favor pregúntenos.
2. Usted es responsable de la supervisión de los niños que traes contigo al centro. Usted es responsable de su seguridad y la protección de otros pacientes y nuestra propiedad.
3. Usted tiene la responsabilidad de mantener las citas programadas. Citas programadas perdidas causan un retraso en el tratamiento de otros pacientes. Si no acudir a citas programadas es sujeto a reunirse con el CEO o persona designada para determinar si puede continuar servicios en el centro de.

### F. el. Quejas

1. Si usted no está satisfecho con nuestros servicios, por favor díganos. Le invitamos a tus sugerencias para que podamos mejorar nuestros servicios. Como un centro de salud de Atascosa Inc., paciente, usted tiene el derecho a presentar una queja y participar en la resolución de conflictos con respecto a las decisiones médicas. Le diremos cómo presentar una queja. En caso de preguntas acerca del deseo de presentar una queja o quejas póngase en contacto con el jefe de operaciones.
2. Si usted presenta una queja, ningún representante de centro se castigar, discriminar o tomar represalias contra usted por haber presentado una queja, hormiga el centro continuará brindar sus servicios. Como una organización de cuidado de la salud, hemos publicado información sobre cómo presentar una queja con el Departamento de estado servicios de salud o con la Comisión mixta. Si tiene preguntas sobre cómo presentar una queja, por favor preguntar a uno de nuestros funcionarios.

### G. terminación

Si decidimos que tenemos que dejar de tratarle como paciente, usted tiene derecho a preaviso que explica la razón de la decisión y se le dará 30 días para encontrar otros servicios de salud. Sin embargo, podemos decidir dejar de tratar inmediatamente y sin previo aviso si ha creado una amenaza para la seguridad del personal o de otros clientes. Usted tiene derecho a recibir una copia de la terminación del centro de la paciente y el centro de relación política.

#### Razones para que podemos dejar de verlos incluyen:

1. Incumplimiento de las normas de centro y políticas, como mantener las citas programadas;
2. Falta intencional para reportar información precisa sobre su salud o enfermedad;
3. Programa de incumplimiento intencional de su cuidado de salud, dichas instrucciones acerca de la toma de las prácticas de salud personal de medicamentos, o citas de seguimiento, según lo recomendado por su proveedor de.
4. Crear una amenaza para la seguridad del personal y/o pacientes.

### H. apelaciones de

Si hacemos la decisión le cómo paciente, usted tiene el derecho a apelar nuestra decisión a la Junta Directiva.

Mientras que está apelando nuestra decisión nos no vemos como un paciente, a menos que tenga una emergencia.

He leído, entiendo y acepta seguir lo anterior.

\_\_\_\_\_  
**Firma del paciente, tutor o Representante Legal**

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

\_\_\_\_\_  
Firma del empleado

\_\_\_\_\_  
fecha