

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	ETHNICIDAD
___ Indio Americano/Esquimal	___ Negro/Africano Americano	___ Hispano/Latino	___ Idioma
___ Asiatico	___ Blanco	___ No Hispano/Latino	___ Ingles
___ Indigena Hawaino/Islas del Pacifico	___ Más de una Raza	___ No Declarada/ Se negó a Reportar	___ Espanol
___ No Declarada/ Se negó a Reportar			___ 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	___ MISMA QUE ARRIBA
CIUDAD/ESTADO/CODIGO		CIUDAD/ESTADO/CODIGO	
TELEFONO 1	TELEFONO 2	TELEFONO 1	TELEFONO 2
RELACION		RELACION	
___ Madre ___ Padre ___ Otro (Especificar)		___ 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	___ MISMA QUE ARRIBA
CIUDAD/ESTADO/CODIGO		CIUDAD/ESTADO/CODIGO	
TELEFONO 1	TELEFONO 1	TELEFONO 1	TELEFONO 1
RELACION		RELACION	
___ Madre ___ Padre ___ Otro (Especificar)		___ 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 Divulfaciones 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. Esteas 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: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> 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
-----------------------------	---------------



VECINO HEALTH CENTERS DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DEL PACIENTE Y DEL CENTRO

Bienvenidos a Vecino Health Centers

Nuestra meta es proveer servicios de salud de alta calidad a personas en esta comunidad que califiquen, no importando su capacidad de pago. Si en este momento VECINO HEALTH CENTERS está registrando a nuevos pacientes, es posible que usted cumpla los requisitos para ser nuestro paciente. Como paciente, usted tiene ciertos derechos y responsabilidades y VECINO HEALTH CENTERS también tiene derechos y responsabilidades para con usted. Queremos que usted entienda estos derechos y responsabilidades para que pueda ayudarnos a proveerle la mejor asistencia médica posible. Por favor, lea cuidadosamente y firme esta declaración. Háganos cualquier pregunta que usted tenga.

Derechos humanos:

Usted tiene el derecho de ser tratado con respeto y dignidad a pesar de su raza, religión, sexo, nacionalidad, orientación sexual, filiación política o capacidad de pagar por los servicios.

Pago por servicios:

- Usted es responsable de darnos su información exacta sobre su situación económica y sobre cualquier cambio en su situación económica. VECINO HEALTH CENTERS necesita esta información para decidir cuánto cobrarle a Usted y/o para que podamos pasarle la cuenta a un seguro privado, a Medicaid, a Medicare o a otros beneficios para los cuales Usted es elegible. Si sus ingresos son menos que el nivel de pobreza federal, le daremos a Usted un descuento.
- Usted tiene el derecho de recibir explicaciones de nuestra cuenta. Debe pagar, o hacer arreglos para pagar, todos honorarios acordados por servicios médicos, con excepción de servicios dentales, los cuales se proveen al pagar por adelantado. Si no puede pagar ahora, háganos saberlo para que VECINO HEALTH CENTERS pueda proveerle la asistencia ahora y arreglar un plan de pago.
- La ley federal nos prohíbe que le neguemos a usted de asistencia médica primaria, la cual es necesaria para su bienestar, solo si usted no puede pagar por estos servicios.

Privacidad:

Usted tiene el derecho de tener sus entrevistas, exámenes, y tratamiento en privado. Sólo personas autorizadas legalmente pueden ver sus archivos, a menos que Usted pida por escrito que se los enseñemos a otra persona. Una explicación completa de sus derechos de privacidad, "Aviso de Derechos de Privacidad de los Clientes," se agrega a este documento. Al firmar este documento, Usted indica que ha leído este Aviso. Este Aviso explica en detalle los derechos que Usted tiene por el *Health Insurance Portability and Accountability Act*.

Cuidado de la Salud:

- Usted es responsable de proveer a VECINO HEALTH CENTERS información completa y actual sobre su salud o enfermedad, para que VECINO HEALTH CENTERS pueda darle asistencia médica apropiada. Usted tiene el derecho, y le aconsejamos que participe en las decisiones sobre su tratamiento.

- Usted tiene el derecho de recibir información y explicaciones en el idioma que habla normalmente y en palabras que entiende. También tiene el derecho de recibir información sobre su salud o enfermedad, tratamiento (incluyendo los riesgos) y los resultados esperados, si se saben, e información sobre Avancé Directivas. Si usted no desea recibir esta información, o si no es aconsejable médicamente compartir esa información con usted, VECINO HEALTH CENTERS se la proveerá a una persona autorizada legalmente.
- Usted es responsable del uso apropiado de nuestros servicios, lo cual incluye seguir las instrucciones de nuestro personal, hacer citas y cumplirlas, y pedir una visita sin haber hecho una cita sólo cuando usted está enfermo. VECINO HEALTH CENTERS quizás no pueda verle a menos que tenga una cita. Si usted no entiende o no puede seguir las instrucciones del personal, díganoslo para que pueda ayudarle.
- Si Usted es un adulto, tiene el derecho de rechazar tratamiento hasta el punto permitido por la ley, y de estar informado de los riesgos de rechazar tal asistencia.
- Usted es responsable de los resultados y de rechazar el tratamiento. Usted tiene el derecho de recibir asistencia médica y tratamiento que es razonable para su condición y dentro de nuestra capacidad.
- Usted tiene el derecho de ser transferido o mandado a otro centro para servicios que VECINO HEALTH CENTERS no puedan proveer. Pero, VECINO HEALTH CENTERS no paga por servicios que Usted consigue en otra parte. VECINO HEALTH CENTERS no es un centro/hospital de urgencia.
- Si usted está adolorido, tiene el derecho de recibir una evaluación y tratamiento apropiados, como sea necesario.

Reglas del Centro:

- Usted tiene el derecho de recibir información sobre cómo se usan apropiadamente los servicios de VECINO HEALTH CENTERS. Usted es responsable de usar los servicios de VECINO HEALTH CENTERS de una manera apropiada. Si Usted tiene preguntas sobre usar los servicios del centro, por favor de preguntar.
- **Usted** es responsable de la supervisión de niños que trae con usted a VECINO HEALTH CENTERS. Ningun niño(a) menor de edad puede estar solo en la clínica. ***Usted es responsable por la seguridad de sus hijo(as) y de la protección de clientes y de nuestras propiedades.***
- Usted tiene la responsabilidad de cumplir su cita. Las citas incumplidas causan una demora de tratar a otros pacientes. Si Usted no cumple con su cita se puede pedirle a Usted que se reúna con el Director Ejecutivo o con persona designada para determinar la razón por la cual Usted no cumplió a sus citas y para establecer si Usted puede seguir como paciente de VECINO HEALTH CENTERS.

Quejas:

- Si Usted no está satisfecho con nuestros servicios, díganoslo. VECINO HEALTH CENTERS recibe sugerencias para que VECINO HEALTH CENTERS pueda mejorar nuestros servicios. VECINO HEALTH CENTERS le dirá a usted cómo se hace un reclamo. Si no está satisfecho cómo el VECINO HEALTH CENTERS maneja su reclamo, usted puede quejarse a la junta directiva.

- Si Usted se queja, no lo castigaremos a Usted por hacer un reclamo y continuaremos a proveerle servicios a Usted.
- Por favor llame a la Línea de Servicio al Cliente en el 713-343-5460 para las quejas

Terminación:

Si decidimos en que tenemos que dejar de tratarlo a Usted como paciente. Si VECINO HEALTH CENTERS deja de tratarlo como paciente, usted tiene el derecho de recibir un aviso con anticipación que explica la razón por la decisión, se le dará a usted 30 días para encontrar otros servicios médicos. VECINO HEALTH CENTERS puede decidir dejar de tratarlo a usted inmediatamente y sin aviso previo si usted ha creado una amenaza a la seguridad del personal y/o de otros clientes. Usted tiene el derecho de recibir una copia de la política de terminación de VECINO HEALTH CENTERS.

Razones por las cuales VECINO HEALTH CENTERS puede dejar de verlo a Usted incluyen:

1. No obedecer las reglas de VECINO HEALTH CENTERS, por ejemplo no cumplir sus citas, No decirnos intencionalmente información correcta sobre su salud o enfermedad.
2. No seguir intencionalmente el programa de asistencia médica, tal como instrucciones sobre tomar medicamentos, costumbres personales de salud, recomendadas por su proveedor.
3. Crear una amenaza a la seguridad del personal y/o de otros clientes.
4. No decirnos intencionalmente su situación económica correcta.

Si VECINO HEALTH CENTERS le ha dado a Usted un aviso de terminación de la relación entre el paciente y el Centro, Usted tiene el derecho de apelarle a la junta directiva contra tal decisión. A menos que Usted tenga una emergencia médica, no continuaremos a verlo a Usted como paciente mientras está apelando la decisión.