

**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**

**Informacion del Paciente:**

**Nombre Completo:** \_\_\_\_\_ **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?**

- 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 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 falsa, 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>Relación</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: \_\_\_\_\_

Número de Teléfono: \_\_\_\_\_ Numero Celular: \_\_\_\_\_ Numero Alternativa: \_\_\_\_\_

Además, indique las medidas de **Atascosa Centro de Salud Inc., Karnes Centro Comunitario de Salud, Wilson Centro Comunitario, Live Oak Centro Comunitario de Salud** 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 adulto**

**Nombre del paciente:** \_\_\_\_\_ **Fecha de nacimiento:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Nombre de la persona que da su consentimiento si es diferente del Paciente: [Nombre de impresión]:** \_\_\_\_\_

**Relación con el paciente:**  uno mismo  padre  tutor  otro: \_\_\_\_\_

Por la presente y voluntariamente doy mi consentimiento para autorizar a los proveedores de atención médica del centro a que me brinden servicios de atención médica en los lugares de servicio del centro. Los servicios de atención médica pueden incluir, entre otros, evaluaciones físicas y mentales de rutina; pruebas y procedimientos de diagnóstico y seguimiento; exámenes y tratamientos médicos y/o odontológicos; procedimientos y pruebas de laboratorio de rutina; radiografías y otros estudios de imagen; administración de medicamentos; y procedimientos y tratamientos prescritos por los proveedores de atención médica del centro. Los servicios de atención médica también pueden incluir el asesoramiento necesario para recibir los servicios adecuados, incluida la planificación familiar (según lo definen las leyes y reglamentos federales).

Entiendo que se me pedirá que firme un consentimiento informado por separado para cada vacuna que se me administrará y que recibiré una "Declaración de información sobre la vacuna" (VIS, por sus siglas en inglés) antes de recibir cada vacuna. Entiendo que hay un formulario de consentimiento separado que se me puede pedir que firme para hacerme la prueba de enfermedades infecciosas.

Entiendo que existen ciertos peligros y riesgos relacionados con todas las formas de tratamiento, y doy mi consentimiento a sabiendas de esto.

Entiendo que este consentimiento es válido y permanece vigente mientras sea paciente del centro, hasta que retire mi consentimiento, o hasta que el centro cambie sus servicios y me pida que complete un nuevo formulario de consentimiento.

Mi firma en este formulario indica que: Certifico que he leído y entiendo completamente el consentimiento anterior y que los hechos indicados anteriormente son ciertos.; Me doy cuenta de que, aunque se hará todo lo posible para mantener todos los riesgos y efectos secundarios al mínimo, los riesgos, los efectos secundarios y las complicaciones pueden ser impredecibles tanto en naturaleza como en gravedad. Entiendo que los proveedores de nivel medio (asistentes médicos y enfermeras registradas de práctica avanzada) pueden estar involucrados en mi tratamiento y doy mi consentimiento para ello.; Entiendo que es posible que se me pida que firme un formulario de consentimiento informado por separado para ciertos Tratamientos que lo requieran.; Por la presente doy voluntariamente mi consentimiento para el tratamiento en el Centro.

\_\_\_\_\_  
**[Firma del paciente/representante legal]**

**Nombre para imprimir:** \_\_\_\_\_ **Fecha/Hora:** \_\_\_\_\_

**Si está firmado por alguien que no sea el paciente, indique la relación:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del testigo]

Escriba el nombre del testigo: \_\_\_\_\_ Fecha/Hora: \_\_\_\_\_

**Intérprete/Traductor a completar cuando corresponda:**

He leído/traducido de manera precisa y completa el documento anterior a: \_\_\_\_\_ en  
Nombre de los pacientes o de sus representantes legales  
\_\_\_\_\_  
Spanish \_\_\_\_\_ Otro idioma: \_\_\_\_\_, el idioma principal del Paciente o del  
Representante Legal del Paciente. Ella/Él entendió todos los términos y condiciones y reconoció su acuerdo y consentimiento al firmar el documento en mi presencia.

**Interpretado/Traducido por firma:** \_\_\_\_\_

Nombre del intérprete/traductor: \_\_\_\_\_ Date/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 LOS 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

