

# El Centro de Salud Helping Hands

102 S First St Ste B, Rockwall, TX 75087 Tel: (972)772-8194 Fax: 972-772-8175

Nombre legal del paciente

Apellido: \_\_\_\_\_ Primer nombre: \_\_\_\_\_ Inicial \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Condado: \_\_\_\_\_

Zona Postal: \_\_\_\_\_ SS# \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Sexo: M \_\_\_\_\_ F \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Tel. de casa \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_ Trabajo \_\_\_\_\_

Se puede dejar mensajes de Teléfono: Y \_\_\_ N \_\_\_

Como se informo de nosotros:

Hospital \_\_\_\_\_  Referido por Doctor \_\_\_\_\_  Otro \_\_\_\_\_

Información del empleador o del guardian (si paciente es menor) \_\_\_\_\_

\*Origen étnico: Americano \_\_\_ Latino \_\_\_ Africano-americano \_\_\_ Asiático \_\_\_ Nativo \_\_\_ Hispano \_\_\_ Otro \_\_\_

\*Esta información es colectada con el propósito estadístico para nuestras donaciones.

Nombre de emergencia \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Nombre de la Farmacia: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

## Información De Aseguranza (Por favor escriba la información de la persona asegurada que proporciona cobertura)

Nombre de Aseguranza: \_\_\_\_\_

Poliza # \_\_\_\_\_ Grupo # \_\_\_\_\_

Persona asegurada: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento de la persona asegurada \_\_\_\_\_

Empleado S.S.# \_\_\_\_\_ nombre de la compañía: \_\_\_\_\_

Relación con el paciente: \_\_\_\_\_ Es PPO/HMO/POS? \_\_\_\_\_

Yo entiendo, que el pago es requerido al tiempo del servicio. Si nosotros somos participantes en su plan de aseguranza usted debe presentar su tarjeta de aseguranza corriente, o de lo contrario sera responsable del pago en su totalidad. Si no se presenta una identificación el paciente no sera elegible de beneficios por el plan.

**Firma del Paciente(o Representante Legal): \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_**

## **POR FAVOR DE COMPLETAR SI EL PACIENTE ES MENOR DE 18 AÑOS DE EDAD**

**Dé información sobre el GUARDIAN o PADRE/LEGAL que acompaña al menor a esta visita.**

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación con el paciente \_\_\_\_\_ Tel: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código \_\_\_\_\_

Yo aseguro soy el responsable de la toma de decisiones médicas para el niño representado en este expediente médico. Yo doy mi consentimiento para la prestación de emergencia y los servicios sanitarios de urgencia por un médico y enfermera profesional tanto dentro como fuera de mi presencia física y el rendimiento de todas las pruebas diagnósticas necesarias. Yo reconozco el pago debe efectuarse en el momento del servicio, al menos exista otros arreglos que se hayan hecho. Yo asumo la responsabilidad financiera por cualquier y todos los servicios de mano sanitaria prestada al paciente de esta. Yo entiendo que el Centro de Salud de Helping Hands no se involucrará en asuntos con la facturación de terceras personas, ya sea resultado de la detención, por orden judicial o circunstancias personales. El padre o tutor que acompañe al niño a la visita es responsable de cualquier pago debido al tiempo y los servicios prestados al menor.

**Firma del Padre o guardian (como ha indicado) \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_**

**#de Seguro Social: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_**

# El Centro de Salud de Helping Hands

102 S First St. Ste B • Rockwall, TX 75087 • 972-772-8194

Nombre legal del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

**Consentimiento de tratamiento:** Por la presente doy mi consentimiento para recibir tratamiento médico por los médicos y enfermeras o al personal profesional del Centro de Salud de Helping Hands bajo la dirección de los mismos.

\_\_\_\_\_

Firma de Paciente o Guardian

\_\_\_\_\_  
Fecha

**Política de Pago:** Entiendo que soy responsable por el pago de servicios médicos en el momento se procesan. Entiendo que soy responsable de cualquier cantidad no cubierto por seguro médico incluyendo deducibles, limitaciones, co-pagos, Coseguros u otros importens pendientes incluidos. El HCHH hace reclamos al medicare y a otros planes incluidos en los que participamos. Si planea pagar con cheque y este no tiene fondos \$30 dolares de procesamiento seran anadidos a su cuenta.

\_\_\_\_\_

Firma de Paciente o Guardian

\_\_\_\_\_  
Fecha

**Asignacion de Beneficios:** Yo asigno al Centro de Salud de Helping Hands que todos los pagos por servicios médicos rendados a mis dependientes o a mi mismo sean reclamados a mi aseguranza.

\_\_\_\_\_

Firma de Paciente o Guardian

\_\_\_\_\_  
Fecha

**Autorización para la publicación de información médica:** Yo autorizo al Centro de Salud de Helping Hands de liberar información medica cuando sea necesario para el cuidado de mi salud, o para procesar reclamos al seguro medico.

\_\_\_\_\_

Firma de Paciente o Guardian

\_\_\_\_\_  
Fecha

Yo estoy de acuerdo en informar al proveedor medico de todo mi historial medico presente y pasado. \_\_\_\_\_ (inicial)

Yo entiendo que debo mantener mis citas y atender a una hora oportuna: \_\_\_\_\_ (inicial)

Yo entiendo que si llego a 15 minutos tarde mi cita esta puede ser cancelada para otro dia: \_\_\_\_\_ (inicial)

Yo entiendo que puedo NO ser atendido por el Centro de Salud si tengo excesivas faltas de mis citas: \_\_\_\_\_ (inicial)

Yo certifico que toda la información dada al Centro de Salud de Helping Hands es correcta.

\_\_\_\_\_

Firma de Paciente o Guardian

\_\_\_\_\_  
Fecha

## PACIENTE DE MEDICARE SOLAMENTE

Yo autorizo a cualquier titular de médicos u otra información acerca de mí para liberar a la administración del seguro social y la administración de financiación de la atención de la salud (HCFA) o sus intermediarios o compañías de toda la información necesaria para este o una reclamación de Medicare relacionada. Yo doy permiso de una copia de esta autorización a utilizarse en lugar del original y el pago de la solicitud de prestaciones del seguro médicas a mí o a la parte que acepta la asignación. Se aplican disposiciones relativas a la cesión de Medicare de beneficios.

\_\_\_\_\_  
Firma de Paciente o Guardian

\_\_\_\_\_  
Fecha

Yo tambien autorizo la misma versión de la información a cualquier entidad seguro suplementario de Medicare (es decir, Medigap) y además de solicitar el pago de las prestaciones del seguro médicas a mí o a la parte que acepta la asignación.

\_\_\_\_\_  
Firma de Paciente o Guardian

\_\_\_\_\_  
Fecha

# El Centro de Salud de Helping Hands

102 S First St Ste B • Rockwall, TX 75087 • 972-772-8194

---

## Consentimiento & Acuerdo para el tratamiento por voluntarios

1. Yo entiendo que la Salud Centro de Helping Hands (HCHH) es una organización de caridad sin fines de lucro de asistencia médica a los no asegurados y de bajos recursos.
2. Yo entiendo que el personal que trabaja en la clínica tiene licencia por el estado de Texas, en sus respectivos campos.
3. Yo entiendo que algunos de los servicios medicos recibidos en el Centro de Salud de Helping Hands pueden ser proveidos por voluntarios que no estan a la expectativa de pago o compensaciones.
4. Yo entiendo además que la Ley de Texas se impone a la recuperación de daños y perjuicios de tal voluntario a cambio de recibir servicios de atención de la salud. Estas limitaciones incluyen inmunidad de responsabilidad civil por cualquier acto u omisión, resultando en la muerte o lesiones a un paciente si:
  - a) El voluntario estaba actuando de buena fe y en el curso y el alcance de los derechos de los voluntarios o de funciones dentro de la organización;
  - b) El voluntario compromete la acción u omisión en el curso de la prestación de servicios de atención de la salud al paciente;
  - c) Los servicios prestados están dentro del alcance de la licencia del voluntario; y
  - d) Antes de que el voluntario proporciona servicios de atención de la salud, el paciente o, si el paciente es un menor de edad o de lo contrario es legalmente incompetente, padre del paciente, gestión de conservador, tutor legal u otra persona con responsabilidad legal para el cuidado del paciente firma una declaración por escrito que reconoce:
    - 1- Que el voluntario está proporcionando atención que no se administra para o en espera de la compensación; y
    - 2- Las limitaciones sobre la recuperación de daños y perjuicios de la voluntaria a cambio de recibir los servicios de atención de la salud.
5. Yo entiendo que HHCC puede referirme a otros especialistas o de otros proveedores de servicios médicos, con mi aprobación si no están disponibles a través de la HHCC de servicios para satisfacer mis necesidades y que yo soy responsable de pago a los proveedores de otros.
6. Yo entiendo que algunos de los proveedores en la clínica de HHCC son de tiempo parcial y que ser vistos aquí por un proveedor no me autoriza ser visto en otra oficina privada.
7. Yo entiendo que HHCC es una clínica libre de humo (no se fuma).
8. En Si en caso soy referido a otro proveedor , estoy deacuerdo en que mis records en el Centro de Salud de Helping Hands sean copiados y faxeados a este otro proveedor.
9. Tengo entendido que mis registros son confidenciales. Por la presente renuncia a confidencialidad y autorizo a HHCC a revelar la información necesaria para la obtención de servicios para mi familia o yo mismo.

**He leído y entiendo las instrucciones antes mencionadas y decido por libertad propia el ser atendido por los doctores voluntarios si es necesario, entendiendo las limitaciones para la recuperación de los danos antes mencionados para:**

(  ) Yo mismo

(  ) nombre de persona bajo mi responsabilidad \_\_\_\_\_

---

Firma del paciente o (guardian, si es menor)

Fecha de nacimiento

Fecha

# El Centro de Salud de Helping Hands

102 S First St. Suite B • Rockwall, TX 75087 • 972-772-8194

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

## AVISO DE PRIVACIDAD DEL CLIENTE

Entiendo que mi registros médicos y de información financiera son información protegida. En el transcurso de mi atención habrá una necesidad de transmitir esta información protegida de atención, por referencias a médicas, continua para determinadas actividades de salud pública requerían por la ley, para el reembolso de los servicios, para mandato informes de enfermedad, para procedimientos legales, para la actividad de la aplicación de ley y recopilación de datos

Al firmar este documento de aviso de privacidad reconozco y acepto que he leído una copia de la notificación, que se mantendrá en mi historial médico.

Tengo entendido que el Centro de Salud de Helping Hands (HCHH) puede usar y revelar información de salud personal necesarias a otra parte para permitir a la clínica para realizar sus funciones administrativas, me dan atención y servicios, información de pago de proceso o compartir con Rockwall County Helping Hands para fines de asistencia. También entiendo que la HCHH que necesite contactar conmigo y transmitir información por teléfono o por carta.

Entiendo que mi información nunca es vendida o entregada a cualquier persona, a menos que exista una necesidad, a la que he acordado.

\_\_\_\_\_  
Firma del representante legal o paciente / fecha

HE LEÍDO O UN INTÉRPRETE A LEIDO POR MI, LA POLÍTICA DE NOTIFICACIÓN DE PRIVACIDAD DE EL CENTRO DE SALUD DE HELPING HANDS HE TENIDO MIS PREGUNTAS RESPONDIDAS Y ENTIENDO MIS DERECHOS A ESTA PROTECCION.

FIRMA \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_

TESTIGO \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_

### Preferencia de paciente sobre la comunicación de información de la salud

Valoramos su privacidad, así que por favor indique su preferencia cuando estamos tratando de contactarlo con respecto a una situación médica específica. Por favor escriba su inicial en todos los que aplican a continuación:

NUMERO DE MEJOR CONTACTO \_\_\_\_\_

\_\_\_ Acepto que dejen un mensaje en el TELEFONO DE CASA con información detallada.

\_\_\_ Acepto que dejen un mensaje en mi CELLULLAR con información detallada.

\_\_\_ Acepto que dejen un mensaje en mi NUMERO DE TRABAJO con información detallada.

\_\_\_ Acepto correo a mi domicilio

\_\_\_ Acepto que dejen mensaje con un miembro de familia.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_