

# The Health Center of Helping Hands



Nombre legal del paciente:  
 Apellido: \_\_\_\_\_ Primer nombre: \_\_\_\_\_ Inicial: \_\_\_\_\_  
 Direccion: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_  
 Código Postal: \_\_\_\_\_ Condado: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ celular/casa/trabajo  
 Correo electrónico: \_\_\_\_\_  
 Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_ M \_\_\_\_ F \_\_\_\_ Transgénero

\*Origen étnico: \_\_\_\_ Hispano \_\_\_\_ Africano-Americano \_\_\_\_ Americano-Nativo \_\_\_\_ Asiatico \_\_\_\_ Americano \_\_\_\_ Otro

\*Ingresos: \_\_\_\_ Bajo \$24,250 \_\_\_\_ \$24,251-\$35,200 \_\_\_\_ \$35,201-\$56,300 \_\_\_\_ Sobre \$56,300

\* Esta información se recoge sólo con fines de United Way

Información del empleador o del guardián (si paciente es menor): \_\_\_\_\_  
 Nombre de emergencia: \_\_\_\_\_ Relacion: \_\_\_\_\_  
 Emergencia Teléfono: \_\_\_\_\_  
 Nombre de la Farmacia: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

El pago se espera en el momento del servicio, a menos que otros arreglos se hayan hecho. Si tenemos un proveedor participante de su plan de seguro, debe presentar la tarjeta de seguro a la hora de servicio o ser responsable del pago en su totalidad.

**Información De Aseguranza** (Por Favor escriba la información de la persona asegurada que proporciona cobertura)

<b>Nombre de Aseguranza:</b>	<b>Persona asegurada:</b>
<b>Numero de Poliza:</b>	<b>Numero de Grupo:</b>
<b>Fecha de Nacimiento de la persona asegurada:</b>	<b>Relacion con el paciente:</b>
<b>Nombre de la compañía:</b>	<b>Es PPO/HMO/POS:</b>
<b>Numero de Seguro Social:</b>	

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

**POR FAVOR DE CMPLETAR SI EL PACIENTE ES MENOR DE 18 ANOS DE EDAD**

**De información sobre el GUARDIAN o Padre/Legal que acompaña al menor a esta visita**

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación con el paciente: \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_  
 Teléfono: \_\_\_\_\_ Casa \_\_\_\_ Celular \_\_\_\_ Trabajo \_\_\_\_

Yo aseguro soy el responsable de la toma de decisiones medicas para el niño representado en este expedienté 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 que 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 involucrara en asuntos con la facturación de terceras personas, ya mar 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 guardián (como ha indicado):** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

# The Health Center of Helping Hands

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

Por favor, ponga sus iniciales en cada sección y luego firme en la parte inferior.

\_\_\_\_\_ **Consentimiento para el tratamiento:** Por la presente, doy mi consentimiento para el tratamiento médico por parte de los médicos/enfermeras practicantes o bajo la dirección de los médicos/enfermeras practicantes del Centro de Salud de Helping Hands.

\_\_\_\_\_ **Política de pago: Entiendo** que soy responsable del pago de los servicios profesionales en el momento en que se prestan. Entiendo que soy responsable de cualquier monto no cubierto por el seguro, incluidos, entre otros, el deducible, el copago u otros montos no pagados por mi seguro, si se asignan los beneficios. El Centro de Salud Helping Hands presenta reclamaciones para la asignación de Medicare y cualquiera de los Planes de Atención Administrada con los que participamos. Las reclamaciones no se presentarán ante otras compañías de seguros. Si planea pagar con cheque y no se acepta, se cobrará una tarifa de procesamiento de \$30. Se le cobrará una fianza de \$25 por no asistir a su consulta.

\_\_\_\_\_ **Asignaciones de beneficios:** Asigno al Centro de Salud de Helping Hands todos los pagos por servicios médicos prestados a mis dependientes o a mí mismo por servicios presentados al seguro en mi nombre.

\_\_\_\_\_ **Autorización para la Divulgación de Información Médica:** Por la presente autorizo al Centro de Salud de Helping Hands a divulgar cualquier información médica o incidental que pueda ser necesaria para la atención médica o para procesar reclamaciones de seguro médico para las cuales se asigna el pago al proveedor.

\_\_\_\_\_ **Estoy de acuerdo en informar a los proveedores de todo el historial médico y la información actual y pasada.**

\_\_\_\_\_ **Entiendo que debo cumplir con mis citas y presentarme de manera oportuna.**

\_\_\_\_\_ **Entiendo que, si llego más de 15 minutos tarde, es posible que mi cita tenga que ser reprogramada.**

\_\_\_\_\_ **Entiendo que puedo ser expulsado del Centro de Salud por faltar demasiado a mis citas.**

**Puedo revocar el consentimiento para cualquiera o todos los elementos con las iniciales anteriores en cualquier momento por escrito. Certifico que toda la información proporcionada a The Health Center of Helping Hands es correcta.**

**Firma del paciente (o padre/tutor si es niño):** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

## PACIENTES CON MEDICARE SOLAMENTE

*Autorizo a cualquier titular de información médica o de otro tipo sobre mí a divulgar a la Administración del Seguro Social y a la Administración de Financiamiento de la Atención Médica (HCFA) o a sus intermediarios o aseguradoras cualquier información necesaria para esta o una reclamación de Medicare relacionada. Permito que se use una copia de esta autorización en lugar del original y solicito el pago de los beneficios del seguro médico, ya sea a mí mismo o a la parte que acepta la cesión. Se aplican las regulaciones relacionadas con la asignación de beneficios de Medicare. También autorizo la misma divulgación de información a cualquier entidad de seguro complementario de Medicare (es decir, Medigap) y solicito además el pago de los beneficios del seguro médico, ya sea a mí mismo o a la parte que acepta la cesión.*

**Firma del paciente:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

# The Health Center of Helping Hands

---

## Acuerdo del paciente y consentimiento para el tratamiento por parte de voluntarios

1. Entiendo que el Centro de Salud de Helping Hands es una organización benéfica sin fines de lucro que brinda atención médica a las personas sin seguro o con seguro insuficiente.
2. Entiendo que el personal que trabaja en la clínica está autorizado por el Estado de Texas en sus respectivos campos.
3. Entiendo que los servicios que recibo en el Centro de Salud de Helping Hands pueden ser proporcionados por un voluntario que brinda atención médica que no se administra ni espera una compensación.
4. Además, entiendo que la ley de Texas impone la recuperación de daños y perjuicios de dicho voluntario a cambio de recibir servicios de atención médica. Esas limitaciones incluyen la inmunidad de responsabilidad civil por cualquier acto u omisión que resulte en la muerte o lesiones de un paciente si:
  1. El voluntario actuó de buena fe y en el curso y alcance de los deberes o funciones del voluntario dentro de la organización;
  2. El voluntario comete la acción u omisión en el curso de la prestación de servicios de atención médica al paciente;
  3. Los servicios prestados están dentro del alcance de la licencia del voluntario; y
  4. Antes de que el voluntario brinde servicios de atención médica, el paciente o, si el paciente es menor de edad o es legalmente incompetente. El padre, tutor gerente, tutor legal u otra persona con responsabilidad legal en el cuidado del paciente del paciente firma una declaración escrita que reconoce:
    1. Que el voluntario está proporcionando atención que no se administra ni se espera una compensación; y
    2. Las limitaciones en la recuperación de daños y perjuicios del voluntario a cambio de recibir los servicios de atención médica.
5. Entiendo que el Centro de Salud de Helping Hands puede referirme a otras agencias u otros proveedores médicos, sujeto a mi aprobación si los servicios para satisfacer mis necesidades no están disponibles a través del Centro de Salud de Helping Hands y que soy responsable ante los otros proveedores por el pago.
6. Entiendo que algunos de los proveedores en el Centro de Salud de Helping Hands son de medio tiempo y que ser atendido por un proveedor no me da derecho a ser atendido en otro consultorio privado.
7. Entiendo que el Centro de Salud de Helping Hands es una clínica libre de humo.
8. Si me remiten a otro proveedor, acepto que mis registros médicos en el Centro de Salud de Helping Hands puedan ser copiados y enviados o faxes al proveedor.
9. Entiendo que mis registros son confidenciales. Por la presente, renuncio a la confidencialidad y autorizo al Centro de Salud de Helping Hands a divulgar la información necesaria para obtener servicios para mi familia o para mí.

**He leído y entiendo lo anterior y elijo ser tratado por un médico voluntario si es necesario, entendiéndolo las limitaciones en la recuperación de daños descritas anteriormente para:**

\_\_\_\_\_ **Yo mismo**

\_\_\_\_\_ **Soy responsable legalmente por la siguiente persona** \_\_\_\_\_

**Firma del paciente (o padre/tutor si es niño):** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

# The Health Center of Helping Hands

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

## AVISO DE PRIVACIDAD DEL CLIENTE

Entiendo que mis registros médicos e información financiera son información protegida. Durante el curso de mi atención, será necesario transmitir esta información protegida para la atención continua, para referencias médicas, para ciertas actividades de salud pública requeridas por la ley, para el reembolso de servicios, para la notificación obligatoria de enfermedades, para procedimientos legales, para actividades de aplicación de la ley y para la recopilación de datos.

Al firmar este reconocimiento de Recepción de Aviso de Prácticas de Privacidad (el "Aviso"), reconozco y acepto que he leído una copia del Aviso, que se conservará en mi registro médico.

Entiendo que el Centro de Salud de Helping Hands, puede usar y divulgar la información de salud personal necesaria a otra parte para permitir que la Clínica realice sus deberes administrativos, me brinde atención y servicios, procese información de pago o la comparta con Rockwall County Helping Hands con fines de asistencia. También entiendo que el Centro de Salud de Helping Hands puede necesitar comunicarse conmigo y transmitir información por teléfono o carta.

Entiendo que mi información nunca se da a nadie a menos que haya una necesidad, a lo que he accedido.

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

\_\_\_\_\_  
Fecha

**LEÍ O UN INTÉRPRETE LEYÓ LA POLÍTICA DE NOTIFICACIÓN DE PRIVACIDAD DEL CENTRO DE SALUD DE HELPING HANDS Y ME HAN RESPONDIDO MIS PREGUNTAS Y ENTIENDO MIS DERECHOS A LA PRIVACIDAD.**

Firma del paciente o representante legal: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Testigo: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

### Preferencia del paciente con respecto a la comunicación de información de salud

Valoramos su privacidad, por lo que le rogamos que indique sus preferencias cuando intentemos ponernos en contacto con usted en relación con una situación médica específica. Esto autoriza al Centro de Salud de Helping Hands a dejarle mensajes con información detallada sobre los análisis de laboratorio y/o las instrucciones de recetas. Por favor, **ponga sus iniciales** en todo lo que corresponda.

**Mejor Numero De Contacto del Paciente:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Esta bien dejar un mensaje con información detallada al siguiente teléfono:

\_\_\_\_\_ Celular      \_\_\_\_\_ Casa      \_\_\_\_\_ Trabajo

\_\_\_\_\_ Esta bien mandar correspondencia a mi dirección

\_\_\_\_\_ Esta bien dejar hablar con un miembro de la familia/amigo sobre mi expediente medico: **(OPCIONAL)**

Nombre completo: \_\_\_\_\_ Numero de Tel. \_\_\_\_\_

Nombre completo: \_\_\_\_\_ Numero de Tel. \_\_\_\_\_