



## **Información fuera de horario**

Gracias por elegirnos para sus necesidades de atención médica.

Si tiene preguntas o inquietudes después del horario de atención o los fines de semana, llame al (325) 658-5339. Ofrecemos una línea de asesoramiento de enfermería las 24 horas, los 7 días de la semana, los 365 días del año, que es respondida por una enfermeras registradas.

Si tiene una emergencia, marque 9-1-1.

Si actualmente no está inscrito en nuestro portal para pacientes, consulte a un empleado de registro para obtener más información.

# INSCRIPCIÓN DEL PACIENTE



P A C I E N T E	APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		
	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL			EDAD	FECHA DE NACIMIENTO		
	DIRECCIÓN DE CORREO				NUMERO DE APARTAMENTO		
	CIUDAD		ESTADO		CÓDIGO POSTAL	CONDADO	
	PROVEEDOR DE ATENCIÓN PRIMARIA: _____ SI NO TIENE UNO, ¿LE GUSTARÍA ASIGNARSE A UN PROVEEDOR DE CUIDADO PRIMARIO? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO				CONTACTO DE EMERGENCIA: _____		
	PROVEEDOR DE CUIDADO DENTAL PRIMARIO: _____ SI NO TIENE UNO, ¿LE GUSTARÍA ASIGNARSE A UN PROVEEDOR DENTAL PRIMARIO? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO				RELACIÓN: _____		
					NÚMERO DE TELÉFONO: _____		
	TELÉFONO DE LA CASA		TELÉFONO DE TRABAJO		TELÉFONO DE CELULAR		DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO:
	SEXO (AL NACER): <input type="checkbox"/> MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMENINO      SEXO ACTUAL: <input type="checkbox"/> MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMENINO <input type="checkbox"/> INDIFERENCIADO  SEXO CON EL QUE SE IDENTIFICA: <input type="checkbox"/> MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMENINO <input type="checkbox"/> TRANSGÉNERO MASCULINO (MUJER A HOMBRE) <input type="checkbox"/> TRANSGÉNERO FEMENINO (HOMBRE A MUJER) <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/> PREFIERO NO CONTESTAR				PREFERENCIA SEXUAL <input type="checkbox"/> HETEROSEXUAL <input type="checkbox"/> LESBIANA O GAY <input type="checkbox"/> BISEXUAL <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/> PREFIERO NO CONTESTAR <input type="checkbox"/> NO SÉ		PREFERENCIA METODO DE CONTACTO: <input type="checkbox"/> LLAMADA <input type="checkbox"/> TEXTOS <input type="checkbox"/> MENSAJE AUTOMATIZADO <input type="checkbox"/> OPTAR POR NO
	RAZA (PUEDE SELECCIONAR MÁS DE UNA): <input type="checkbox"/> INDIO AMERICANO O NATURAL DE ALASKA <input type="checkbox"/> ASIÁTICO <input type="checkbox"/> NEGRO O AFRO AMERICANO <input type="checkbox"/> BLANCO <input type="checkbox"/> HAWAIANO O NATIVO DE LAS ISLAS DEL PACÍFICO <input type="checkbox"/> BLANCO <input type="checkbox"/> PREFIERO NO CONTESTAR			RONOMBRER PREFERIDO: <input type="checkbox"/> EL, ELLOS <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/> ELLA, ELLAS <input type="checkbox"/> ZE, HIR <input type="checkbox"/> PREFIERO NO CONTESTAR		ÉTNICIDAD: <input type="checkbox"/> HISPANO O LATINO <input type="checkbox"/> NO HISPANO O LATINO <input type="checkbox"/> PREFIERO NO CONTESTAR <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/> NO SÉ	
ESTADO CIVIL: <input type="checkbox"/> CASADO(A) <input type="checkbox"/> SOLTERO(A) <input type="checkbox"/> DIVORCIADO(A)/SEPARADO(A) <input type="checkbox"/> VIUDO(A)		¿ES VETERANO MILITAR DE LOS EE.UU.? (NO INCLUYE A PERSONAS ACTIVAS EN EL SERVICIO MILITAR ACTUALMENTE): <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		¿VIVIENDA PÚBLICA? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO ¿CÓMO ESTÁS VIVIENDO? <input type="checkbox"/> COMPARTIR UNA HABITACION <input type="checkbox"/> EN LA CALLE <input type="checkbox"/> EN UN REFUGIO SIN HOGAR <input type="checkbox"/> VIVIENDAS TRANSITORIAS		¿ES USTED UN TRABAJADOR AGRÍCOLA INMIGRANTE O TEMPORAL? Si SÍ INDIQUE DE QUÉ TIPO: <input type="checkbox"/> POR TEMPORADA <input type="checkbox"/> MIGRANTE	
¿TIENES SEGURO MÉDICO? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> MEDICARE <input type="checkbox"/> INDIGENTE <input type="checkbox"/> SEGURO PRIVADO <input type="checkbox"/> MEDICAID <input type="checkbox"/> COMPENSACIÓN A TRABAJADORES <input type="checkbox"/> OTRO: _____		OCUPACIÓN: _____			
TAMAÑO DE LA FAMILIA		INGRESOS ANUALES		FIRME SI SE NEGA A PRÓPORCIONAR PRUEBA DE INGRESOS		NOMBRE DEL EMPLEADOR: _____	

LLENE SOLO SI EL PACIENTE ES MENOR DE EDAD (NO INCLUYE SERVICIOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR)

P A D R E S	PADRE / GUARDIÁN #1		PADRE / GUARDIÁN #2	
	DIRECCIÓN DE CORREO <input type="checkbox"/> MARQUE SI ES LA MISMA QUE LA DE ARRIBA		DIRECCIÓN DE CORREO <input type="checkbox"/> MARQUE SI ES LA MISMA QUE LA DE ARRIBA	
	CIUDAD/ESTADO/CÓDIGO POSTAL		CIUDAD/ESTADO/CÓDIGO POSTAL	
	FECHA DE NACIMIENTO	TELÉFONO DE LA CASA	FECHA DE NACIMIENTO	TELÉFONO DE LA CASA
	TELÉFONO DE TRABAJO	TELÉFONO DE CELULAR	TELÉFONO DE TRABAJO	TELÉFONO DE CELULAR
	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL	PATRÓN O EMPRESA PARA LA QUE TRABAJA	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL	PATRÓN O EMPRESA PARA LA QUE TRABAJA
RELACIÓN CON EL(LA) NIÑO(A): <input type="checkbox"/> MADRE <input type="checkbox"/> PADRE <input type="checkbox"/> ABUELO(A) <input type="checkbox"/> PADRES ADOPTIVOS <input type="checkbox"/> OTRO		RELACIÓN CON EL(LA) NIÑO(A): <input type="checkbox"/> MADRE <input type="checkbox"/> PADRE <input type="checkbox"/> ABUELO(A) <input type="checkbox"/> PADRES ADOPTIVOS <input type="checkbox"/> OTRO		

**LIBERACIÓN DE INFORMACIÓN/RESPONSABILIDAD FINANCIERA**  
 CON LA PRESENTE AUTORIZO A La Esperanza Clinic, Inc. (LEC) A DAR INFORMACIÓN MÉDICA Y OTRA INFORMACIÓN NECESITADA PARA PROCESAR TODOS LOS RECLAMOS DE SEGURO. AUTORIZO EL PAGO DE LOS BENEFICIOS DE SEGURO DIRECTAMENTE A LEC. ESTOY CONSCIENTE QUE ES MI RESPONSABILIDAD EL PAGO POR SERVICIOS QUE RECIBO, EL PAGO DE MI DEDUCIBLE DE SEGURO Y DEL CO-ASEGURO. ESTOY CONSCIENTE QUE EL NO PAGAR PODRÍA RESULTAR EN LA TERMINACIÓN DE MI RELACIÓN CON LA CLÍNICA. UNA FOTOCOPIA DE ESTA AUTORIZACIÓN SERÁ CONSIDERADA IGUAL DE VÁLIDA COMO LA ORIGINAL. SEGUIRÁ EN EFECTO ESTA AUTORIZACIÓN HASTA SER REVOCADA POR MÍ POR ESCRITO.  
  
 AL FIRMAR ESTA FORMA, ESTOY DICHIENDO QUE ENTIENDO LO QUE ESTÁ ESCRITO ARRIBA Y YO VOLUNTARIAMENTE Y CONSCIENTEMENTE PIDO TRATAMIENTO MÉDICO.

FIRMA DEL PACIENTE O PERSONA AUTORIZADA	FECHA
---	-------

**CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO**

Nombre Del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Nombre de la persona que da su consentimiento si es diferente del paciente: \_\_\_\_\_

Relación con el paciente: [ ] Yo [ ] Padre/Madre [ ] Guardián [ ] 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 las ubicaciones de servicio del centro. Los servicios de atención médica pueden incluir, sin limitación, evaluación física y mental de rutina; pruebas y procedimientos de diagnóstico y monitoreo; exámenes y tratamiento médico y/o dental; 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 definido por 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) antes de recibir cada vacuna. Entiendo que hay un formulario de consentimiento por separado que se me puede pedir que firme para que me hagan pruebas de enfermedades infecciosas.

Entiendo que hay ciertos peligros y riesgos relacionados con todas las formas de tratamiento, y mi consentimiento se da al saber 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 solicite que complete un nuevo formulario de consentimiento.

**DISPOSICIONES DE CONSENTIMIENTO**

Mi firma en este formulario indica que:

1. Certifico que he leído y entiendo completamente el consentimiento anterior y que los hechos indicados anteriormente son ciertos.
2. Me doy cuenta de que aunque se hará todo lo posible para mantener al mínimo todos los riesgos y efectos secundarios, los riesgos, los efectos secundarios y las complicaciones pueden ser impredecibles tanto en naturaleza como en gravedad.
3. Entiendo que los proveedores de nivel medio (asistentes médicos y enfermeras registradas de práctica avanzada) pueden participar en mi tratamiento y doy mi consentimiento para ello.
4. Entiendo que se me puede pedir que firme un formulario de consentimiento informado por separado para ciertos tratamientos que lo requieran.
5. Por la presente doy voluntariamente mi consentimiento para el Tratamiento en el Centro.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente / Representante Legal

\_\_\_\_\_  
Fecha

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

\_\_\_\_\_  
Fecha

**AVISO DE DERECHOS, RESPONSABILIDADES Y PRIVACIDAD DEL PACIENTE Y DEL CENTRO**

Reconozco que he recibido los derechos, responsabilidades y aviso de privacidad del paciente y del centro de **La Esperanza Clinic, Inc.**

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente / Representante Legal \_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firmado por el representante del paciente, indique la relación con el paciente \_\_\_\_\_  
Fecha

Si no es posible obtener el Reconocimiento del individuo, describa los esfuerzos de buena fe realizados para obtener el Reconocimiento del individuo y las razones por las cuales no se obtuvo el Reconocimiento.

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

\_\_\_\_\_  
Firma del Representante del Centro \_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre impreso del Representante del Centro \_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Imprimir título del Representante del Centro \_\_\_\_\_  
Fecha

**Enumere todos los miembros de la familia / personas que puedan obtener o llamar y discutir su información médica:**

Nombre: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_ Número de Teléfono: \_\_\_\_\_

Relación con el paciente: \_\_\_\_\_ Relación con el paciente: \_\_\_\_\_

**SI EL PACIENTE ES MENOR DE EDAD:**

¿Están autorizados los miembros de la familia / personas mencionados anteriormente para llevar a su hijo a su cita?  Sí  No

¿Se les permite a estos familiares / personas autorizadas tomar decisiones de tratamiento médico según lo sugerido por su proveedor al momento de la visita?  Sí  No

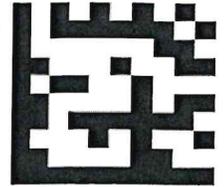
Entiendo que si el estado de cualquiera de la información anterior cambia, será mi responsabilidad informar al personal de La Esperanza Clinic, Inc. El consentimiento vencerá el \_\_\_\_\_ o en 365 días a partir de la fecha indicada anteriormente.

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





REGISTRO DE INMUNIZACIÓN (ImmTrac2) FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO PARA MENORES



(Favor de escribir claramente con letra de molde)

Grid for last name

Apellido del Niño(a)

Grid for first name

Nombre del Niño(a)

Grid for second name

Segundo Nombre del Niño(a)

Grid for birth date

\*Solamente niños menores de 18 años.

Género: Masculino Femenino

Fecha de Nacimiento del Niño(a)

Grid for address

Dirección del Niño(a), Calle

Grid for apartment

Apartamento #

Grid for phone

Teléfono

Grid for city

Ciudad

Grid for state

Estado Código Postal

Grid for county

Condado

Grid for mother's name

Nombre de la Madre

Grid for mother's last name

Apellido de Soltera de la Madre

ImmTrac2, el registro de inmunización de Texas, es un servicio gratis que proporciona el Departamento Estatal de Servicios de Salud de Texas (DSHS). El registro de inmunización es un servicio seguro y confidencial que consolida y guarda el récord de inmunizaciones de su niño(a) (menor de 18 años de edad). Con su consentimiento, la información de la inmunización de su niño(a) será incluida en ImmTrac. Los doctores, departamentos de salud pública, escuelas y otros profesionales autorizados pueden tener acceso al historial de inmunización de su niño(a) para asegurar que las vacunas importantes no le falten.

El Departamento Estatal de Servicios de Salud le anima a participar voluntariamente en el registro de inmunización de Texas

Consentimiento Para Registrar al Menor y Dar a Conocer los Documentos de Inmunización a las Entidades Autorizadas

Entiendo que, con mi consentimiento a continuación, autorizo que se dé a conocer la información de inmunización del menor al DSHS, y además entiendo que el DSHS incluirá esta información en el registro central de inmunización del estado ("ImmTrac2"). Una vez que la información del menor esté en ImmTrac2, por ley la puede acceder:

- el distrito de salud pública o el departamento de salud local, para propósitos de salud pública dentro de sus áreas de jurisdicción;
• el médico, o algún otro médico o proveedor de atención de salud legalmente autorizado para administrar vacunas, en el tratamiento del menor como paciente;
• la agencia estatal que tenga la custodia legal del menor;
• la escuela o la guardería de Texas en que el menor esté inscrito;
• el pagador, actualmente autorizado por el Departamento del Seguro de Texas para operar en Texas, con respecto a la cobertura del menor.

Entiendo que puedo retirar este consentimiento para incluir información sobre el menor en el Registro de ImmTrac2 y mi consentimiento para dar a conocer la información del registro en cualquier momento mediante comunicación escrita a Texas Department of State Health Services, ImmTrac2 Group - MC 1946, P. O. Box 149347, Austin, Texas 78714-9347.

Al firmar abajo, YO AUTORIZO el consentimiento para registrarlo. Deseo INCLUIR la información de mi niño(a) en el registro de inmunización de Texas.

Alguno de los padres, tutor legal o administrador de bienes: Escriba con letra de molde

Fecha

Firma

Notificación Sobre Privacidad: Tan solo por unas cuantas excepciones, usted tiene el derecho de solicitar y de ser informado sobre la información que el Estado de Texas reúne sobre usted. A usted se le debe conceder el derecho de recibir y revisar la información al requerirla. Usted también tiene el derecho de pedir que la agencia estatal corrija cualquier información que se ha determinado sea incorrecta. Diríjase a http://www.dshs.texas.gov para más información sobre la Notificación sobre privacidad. (Referencia: Government Code, sección 552.021, 552.023, 559.003 y 559.004)

Al rellenarlo, mándelo por fax o correo postal al Grupo ImmTrac2 del DSHS o a un proveedor de salud inscrito.

¿Tiene preguntas? (800) 252-9152 • (512) 776-7284 • Fax: (866) 624-0180 • www.ImmTrac.com

Texas Department of State Health Services • ImmTrac2 Group - MC 1946 • P. O. Box 149347 • Austin, TX 78714-9347

PROVIDERS REGISTERED WITH ImmTrac2: Please enter client information in ImmTrac2 and affirm that consent has been granted. DO NOT fax to ImmTrac2. Retain this form in your client's record.



# PROGRAMA DE VACUNAS PARA NIÑOS DE TEXAS (o TVFC)

## REGISTRO DE DETERMINACIÓN DEL DERECHO A LA PARTICIPACIÓN DEL PACIENTE

PARA USO DE LA CLÍNICA  
CLINIC USE ONLY:  
TVFC Eligible:  
 Yes  No  
Screener's Initials

Debe mantenerse el registro de todos los niños de 18 años de edad o menos que reciban inmunizaciones mediante el Programa de Vacunas para Niños de Texas en el consultorio del proveedor de salud. El registro lo puede rellenar el padre o madre, el tutor, el individuo que consta en el registro, o el proveedor de salud. La determinación del derecho a la participación del TVFC debe realizarse en cada consulta de inmunización para asegurarse de que el derecho a la participación del niño no ha cambiado. El mismo registro cumplirá con los requisitos de todas las vacunas posteriores, en tanto el derecho a la participación del niño no haya cambiado. Si cambia el derecho a la participación del paciente, debe rellenarse un nuevo formulario. Aunque la verificación de las respuestas no se requiere, es necesario quedarse con este registro, o uno similar, para cada niño que reciba vacunas bajo el Programa de TVFC.

Fecha de la determinación: \_\_\_\_\_  
(mm/dd/aaaa)

Nombre del niño: \_\_\_\_\_  
Apellido Primer nombre Inicial del 2.o nombre

Fecha de nacimiento del niño: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_  
(mm/dd/aaaa)

Padre o madre, tutor o individuo que consta en el registro: \_\_\_\_\_  
Apellido Primer nombre Inicial del 2.o nombre

Nombre del proveedor o de la clínica: \_\_\_\_\_ Número telefónico: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
Código de área + el número

Marque la primera categoría que corresponda; marque sólo una.

(a)  Está inscrito en Medicaid, o

Número de Medicaid: \_\_\_\_\_ Fecha del derecho a la participación (mm/dd/aaaa)

(b)  Es paciente que recibe prestaciones del Plan de Seguro Médico Infantil (o CHIP), o bien

Número de CHIP: \_\_\_\_\_ Fecha del derecho a la participación (mm/dd/aaaa)

(c)  Es indio americano, o

(d)  Es nativo de Alaska, o

(e)  No tiene seguro médico (no asegurado), o

(f)  Está subasegurado:

1) tiene seguro médico comercial (privado), pero la cobertura no incluye las vacunas; o

2) el seguro cubre sólo algunas vacunas (reúne los requisitos del TVFC sólo para las vacunas no cubiertas); o

3) el seguro limita la cobertura de las vacunas a cierta cantidad. Una vez alcanzada esa cantidad de cobertura, se categorizará al niño como subasegurado.

(g)  Tiene seguro privado que cubre las vacunas:

Nombre del asegurador: \_\_\_\_\_ Número de contacto del asegurador: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
Código de área + el número

Número de póliza/suscriptor: \_\_\_\_\_ Número del grupo (de ser aplicable): \_\_\_\_\_

**NOTA: Falsificar información en este documento a sabiendas constituye un fraude. Al firmar este formulario, por este medio doy fe que la información es verdadera y correcta. Yo declaro que la persona nombrada arriba es una persona autorizada y reúne los requisitos para recibir vacunas del TVFC.**

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
(mm/dd/aaaa)

Con ciertas excepciones, tiene derecho a pedir y a ser informado sobre la información que el estado de Texas reúne sobre usted. Tiene derecho a recibir y examinar la información al pedirla. También tiene derecho a pedir a la agencia estatal que corrija cualquier información que se determine es incorrecta. Consulte <http://www.dshs.state.tx.us> para obtener más información sobre la notificación de privacidad. (Referencia: Código gubernamental, sección 552.021, 552.023, 559.003 y 559.004)

# Cuestionario de contraindicaciones para vacunación de niños y adolescentes

NOMBRE DEL PACIENTE \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
mes / día / año

**A los padres/tutores:** Las siguientes preguntas nos ayudarán a determinar cuáles vacunas le podremos administrar a su hijo hoy. Si responde “sí” a alguna pregunta, no necesariamente significa que no se debe vacunar a su hijo. Simplemente quiere decir que hay que hacerle más preguntas. Si alguna pregunta no está clara, solicítele a su proveedor de atención médica que se la explique.

	sí	no	no sé
1. ¿El niño está enfermo hoy?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿El niño es alérgico a algún medicamento, alimento, componente de vacunas o al látex?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿El niño ha tenido alguna reacción seria a una vacuna en el pasado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿El niño tiene algún problema de salud crónico en los pulmones, el corazón o los riñones, o sufre de enfermedad metabólica (p. ej., diabetes), asma, un trastorno de la sangre, no tiene bazo, tiene deficiencia de componentes del complemento, un implante coclear o derrame de líquido cefalorraquídeo? ¿Está en terapia de aspirina a largo plazo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Si el niño que va a ser vacunado tiene entre 2 y 4 años, ¿le ha dicho algún proveedor de atención médica que el niño tuvo sibilancia o asma en los últimos 12 meses?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Si el niño es un bebé, ¿le han dicho alguna vez que tuvo intususcepción?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ¿El niño, uno de sus hermanos o uno de sus padres ha tenido convulsiones; o el niño ha tenido problemas cerebrales o algún otro problema del sistema nervioso?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. ¿El niño o un miembro de su familia tiene cáncer, leucemia, VIH/SIDA o cualquier otro problema del sistema inmunitario?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. ¿Uno de los padres, hermanos o hermanas del niño tiene algún problema en su sistema inmunitario?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. ¿En los últimos 3 meses, el niño ha tomado medicamentos que afectan el sistema inmunitario, tales como prednisona, otros esteroides o medicamentos contra el cáncer, o medicamentos para el tratamiento de la artritis reumatoide, la enfermedad de Crohn o la psoriasis, o tuvo tratamientos de radiación?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Durante el año pasado, ¿el niño recibió una transfusión de sangre o de productos sanguíneos, o se le administró inmunoglobulina, gammaglobulina o algún medicamento antiviral?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. ¿La niña/adolescente está embarazada o hay alguna posibilidad de que quede embarazada durante el próximo mes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. ¿Se le aplicó alguna vacuna al niño en las últimas 4 semanas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

FORMA LLENADA POR \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_

FORMA REVISADA POR \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_

¿Trajo su cartilla de vacunación consigo?    sí     no

Es importante que tenga un registro personal de las vacunas de su hijo. Si no lo tiene, pídale al proveedor de atención médica de su hijo que le dé uno con todas las vacunas de su hijo. Guárdelo en un lugar seguro y llévelo con usted todas las veces que busque atención médica para su hijo. Su hijo necesitará este documento para ingresar a la guardería o a la escuela, para obtener empleo o para viajar al extranjero.



## AVISO DE DERECHOS, RESPONSABILIDADES Y PRIVACIDAD DEL PACIENTE Y DEL CENTRO

### **Bienvenido al centro.**

Cuando se trata de atención médica, ya sea que estés buscando bienestar, recuperándote de una enfermedad o controlando una afección crónica. Es un ciclo de estar bien. Si usted trata estas situaciones de salud en una relación a largo plazo con un proveedor médico de confianza, entonces usted ha encontrado su Hogar Médico Centrado en el Paciente aquí con nosotros.

Nuestro objetivo es proporcionar atención médica de calidad a las personas de esta comunidad, independientemente de su capacidad de pago. Como paciente, usted tiene derechos y responsabilidades. El Centro también tiene derechos y responsabilidades. Queremos que entienda estos derechos y responsabilidades para que pueda ayudarnos a brindarle una mejor atención médica. Por favor, lea y firme esta declaración y háganos cualquier pregunta que pueda tener.

#### **A. Derechos Humanos**

Usted tiene derecho a ser tratado con respeto independientemente de su raza, color, estado civil, religión, sexo, origen nacional, ascendencia, discapacidad física o mental o discapacidad, edad, estado de veterano de la era de Vietnam u otros motivos según las leyes federales, estatales y locales

#### **B. Pago por Servicios**

1. Usted es responsable de proporcionar al personal información precisa sobre su estado financiero actual y cualquier cambio en su estado financiero. El personal necesita esta información para decidir cuánto cobrarle y/o para que puedan facturar seguros privados, Medicaid, Medicare u otros beneficios para los cuales usted pueda ser elegible. Si sus ingresos son menores que los lineamientos federales de pobreza, se le cobrará una tarifa con descuento.
2. Usted tiene derecho a recibir explicaciones de la factura Del centro. Usted debe pagar, o hacer arreglos para pagar, todos los cargos acordados por los servicios médicos, con la excepción de los servicios dentales, que se proporcionan sobre una base de prepagado. Si no puede pagar de inmediato, por favor hágalo saber al personal para que puedan brindarle atención ahora y elaborar un plan de pago.



3. La ley federal prohíbe que El Centro le niegue servicios de atención primaria de salud que son médicamente necesarios únicamente por que usted no puede pagar por estos servicios.

#### **C. Privacidad**

Usted tiene derecho a tener sus entrevistas, exámenes y tratamiento en la privacidad. Sus registros médicos también son privados. Solo las personas legalmente autorizadas pueden ver sus registros médicos a menos que solicite por escrito que los mostráramos a otra persona o los copiemos para él. En ciertos casos, El Centro puede estar obligado a informar al Departamento de Servicios de Salud Del Estado de Texas con respecto a su condición de salud o estado de la enfermedad. Se le dará una discusión completa de sus derechos de privacidad junto con este documento y se denomina El Aviso de Prácticas de Privacidad del centro. El personal le solicitará que confirme su recepción de nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad. El Aviso de Prácticas de Privacidad establece las formas en que sus registros médicos pueden ser utilizados o divulgados por El Centro y los derechos otorgados a usted bajo la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico ("HIPAA").

#### **D. Cuidado de la salud**

1. Usted es responsable de proporcionar al centro información completa y actual sobre su salud o enfermedad, para que podamos brindarle la atención médica adecuada. Usted tiene derecho, y se le anima, a participar en las decisiones sobre su tratamiento.
2. Usted tiene derecho a información y explicaciones en el idioma que normalmente habla y en palabras que entiende. Usted tiene derecho a información sobre su salud o enfermedad, plan de tratamiento, incluyendo la naturaleza de su tratamiento; sus beneficios esperados; sus riesgos y riesgos inherentes (y las consecuencias de rechazar el tratamiento); alternativas razonables, si las hubiera (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 aconsejable para compartir esa información con usted, se la proporcionaremos a su representante legalmente autorizado.
4. Usted es responsable del uso apropiado de los servicios del centro, que incluye seguir las instrucciones del personal, hacer y mantener citas



- programadas, y solicitar una cita de "caminar" solo cuando esté enfermo. Es posible que los profesionales del centro no puedan verlo a menos que tenga una cita. Si no puede seguir las instrucciones del personal, por favor dígalos para que puedan ayudarlo.
5. Si usted es un adulto, tiene derecho a rechazar el tratamiento o los procedimientos en la medida permitida por las leyes y regulaciones aplicables. En este sentido, usted tiene derecho a ser informado de los riesgos, peligros y consecuencias de que se niegue 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 procedimientos recomendados. Si rechaza el tratamiento o los procedimientos que sus proveedores de atención médica creen que son de su mejor interés, se le puede pedir que firme un formulario de Denegación de Permiso de Tratamiento médico o Servicios o en contra del formulario de asesoramiento médico (según corresponda).
  6. Usted tiene derecho a 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 otra instalación por servicios que el centro no puede proporcionar. El Centro no paga por los servicios que usted recibe de otro proveedor de atención médica.
  7. Si usted está sufriendo, usted tiene derecho a recibir una evaluación apropiada y el manejo del dolor, según sea necesario.

#### **E. Reglas del centro**

1. Usted tiene derecho a recibir información sobre cómo utilizar adecuadamente los servicios del centro. Usted es responsable de utilizar los servicios del centro de una manera apropiada. Si tiene alguna pregunta, por favor pregúntenos.
2. Usted es responsable de la supervisión de los niños que lleva consigo al centro. Usted es responsable de la seguridad de sus hijos y de la protección de otros pacientes y de nuestra propiedad.
3. Usted tiene la responsabilidad de mantener sus citas programadas. Las citas programadas perdidas causan retraso en el tratamiento de otros pacientes. Si no mantiene citas programadas, puede estar sujeto a medidas disciplinarias de conformidad con las políticas y procedimientos del centro.

#### **F. Reclamaciones**



1. Si no está satisfecho con nuestros servicios, por favor díganos. Queremos sugerencias para mejorar nuestros servicios. El personal le dirá cómo presentar una queja. Si no está satisfecho con la forma en que el personal maneja su queja, puede presentar una queja ante el Consejo de Administración del centro.
2. Si presenta una reclamación, ningún representante del centro castigará, discriminará o tomará represalias contra usted por presentar una queja, y El Centro continuará brindando servicios.

### **G. Terminación**

Si el centro decide que debemos dejar de tratarlo como paciente, usted tiene derecho a previo aviso por escrito que explique el motivo de la decisión, y se le darán treinta (30) días para encontrar otros servicios de atención médica. Sin embargo, El Centro puede decidir dejar de tratarlo inmediatamente, y sin previo aviso por escrito, si ha creado una amenaza para la seguridad del personal y/u otros pacientes. Usted tiene derecho a recibir una copia de la Terminación del Centro de la Política y Procedimiento de Relación con el Paciente y del Centro.

Las razones por las que podemos dejar de verlo incluyen:

1. No obedecer las reglas y políticas del centro, tales como mantener citas programadas;
2. Incumplimiento intencional de informar con precisión de su estado financiero;
3. No informar intencionalmente información precisa sobre su salud o enfermedad;
4. Incumplimiento intencional del programa de atención médica, tales instrucciones sobre tomar medicamentos, prácticas de salud personal o citas de seguimiento, según lo recomendado por su(s) proveedor(es) de atención médica,) y/o
5. Crear una amenaza para la seguridad del personal y/u otros pacientes.

### **H. Apelaciones**

1. Si el centro le ha dado aviso de terminación de la relación de paciente y centro, usted tiene el derecho de apelar la decisión ante la Junta. A menos que tenga una emergencia, no seguiremos viéndote como paciente mientras estás apelando la decisión.