



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			RONOMBRE 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 Clínica, 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

CUESTIONARIO SOBRE LA SALUD DEL PACIENTE-9 (PHQ-9)

Durante las <u>últimas 2 semanas</u> , ¿qué tan seguido ha tenido molestias debido a los siguientes problemas? (Marque con un "□" para indicar su respuesta)	Ningún día	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
1. Poco interés o placer en hacer cosas	0	1	2	3
2. Se ha sentido decaído(a), deprimido(a) o sin esperanzas	0	1	2	3
3. Ha tenido dificultad para quedarse o permanecer dormido(a), o ha dormido demasiado	0	1	2	3
4. Se ha sentido cansado(a) o con poca energía	0	1	2	3
5. Sin apetito o ha comido en exceso	0	1	2	3
6. Se ha sentido mal con usted mismo(a) – o que es un fracaso o que ha quedado mal con usted mismo(a) o con su familia	0	1	2	3
7. Ha tenido dificultad para concentrarse en ciertas actividades, tales como leer el periódico o ver la televisión	0	1	2	3
8. ¿Se ha movido o hablado tan lento que otras personas podrían haberlo notado? o lo contrario – muy inquieto(a) o agitado(a) que ha estado moviéndose mucho más de lo normal	0	1	2	3
9. Pensamientos de que estaría mejor muerto(a) o de lastimarse de alguna manera	0	1	2	3

FOR OFFICE CODING 0 + + +

=Total Score:

Si marcó cualquiera de los problemas, ¿qué tanta dificultad le han dado estos problemas para hacer su trabajo, encargarse de las tareas del hogar, o llevarse bien con otras personas?

No ha sido difícil

Un poco difícil

Muy difícil

Extremadamente difícil



Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Años: _____

ALERGIAS A MEDICAMENTOS- _____

FARMACIA PREFERIDA- _____

Historial Médico – Verifique las condiciones que se aplican a usted

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Diabetes: ¿tipo 1 o tipo 2? _____ | <input type="checkbox"/> Hepatitis: ¿de qué tipo? _____ |
| <input type="checkbox"/> Alta presión | <input type="checkbox"/> Cirrosis / enfermedad hepática |
| <input type="checkbox"/> Colesterol | <input type="checkbox"/> Alcoholismo / Adicción a las Drogas |
| <input type="checkbox"/> Insuficiencia cardíaca / CHF | <input type="checkbox"/> Artritis - ¿Qué tipo? _____ |
| <input type="checkbox"/> Ataque al corazón/enfermedad de la arteria coronaria | <input type="checkbox"/> Gota |
| <input type="checkbox"/> Marcapasos / desfibrilador | <input type="checkbox"/> Osteoporosis / Huesos Delgados |
| <input type="checkbox"/> Derrame Cerebral | <input type="checkbox"/> Problema de próstata |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad del riñón | <input type="checkbox"/> VIH / SIDA |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Herpes |
| <input type="checkbox"/> EPOC / enfisema / bronquitis crónica | <input type="checkbox"/> Otras ETS / Enfermedades venéreas |
| <input type="checkbox"/> Cáncer - ¿Qué tipo? _____ | <input type="checkbox"/> Depresión |
| <input type="checkbox"/> Problemas tiroideos | <input type="checkbox"/> Ansiedad |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad vascular periférica / problemas de circulación | <input type="checkbox"/> Intento de suicidio |
| <input type="checkbox"/> Coágulo de sangre / TVP | <input type="checkbox"/> Otras enfermedades mentales |
| <input type="checkbox"/> Desorden sangrante | <input type="checkbox"/> Incautación |
| <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Parálisis |
| <input type="checkbox"/> Tuberculosis | <input type="checkbox"/> Migrañas |
| <input type="checkbox"/> Otro: _____ | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |

MÁS RECIENTE: Vacuna contra la gripe: _____ Colonoscopia: _____ TDaP: _____ Vacuna de neumonía: _____	Cirugías anterior: _____ _____ _____ _____
--	---

SOLO MUJERES:	
¿Cuándo fue tu última prueba de Papanicolaou? _____	Edad del primer periodo: _____
Mamografía? _____	# Total de embarazos: _____ # vivo: _____
Periodo menstrual? _____	Si ya no estás menstruando, ¿eres menopáusica? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO
Histerectomía? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	Tipo de anticonceptivo? _____

LISTA DE MEDICAMENTOS Y DOSIS ACTUALES QUE ESTÁ TOMANDO:					
MEDICACIÓN	DOSIS	FRECUENCIA	MEDICACIÓN	DOSIS	FRECUENCIA

HISTORIA DE LA FAMILIA: LISTA DE MIEMBROS DE LA FAMILIA CON LAS SIGUIENTES CONDICIONES (PRIMER GRADO RELATIVO - MAMÁ, PAPÁ, HERMANOS)

Diabetes: _____

Alta Presion: _____

Colesterol: _____

Ataques al corazón: _____

Enfermedad del riñon: _____

Problema de sangrado: _____

Derrame Cerebral: _____

Cáncer- ¿De qué tipo? _____

Artritis: _____

Asma: _____

EPOC/Problemas Pulmonares: _____

¿Utiliza actualmente los siguientes productos de tabaco? Cigarrillos Cigarros Pipa Masticar Ninguno

Si es así, ¿por cuánto tiempo? _____

¿Has usado productos de tabaco en el pasado? SÍ NO

En caso afirmativo, ¿cuánto tiempo hace que dejó de fumar? _____

¿Estás expuesto al humo de segunda mano? _____

¿Toma bebidas alcohólicas? SÍ NO

¿Tus padres todavía viven? YES NO









Si no, ¿Cuál fue la edad y la causa de la muerte? _____

¿Tus hermanos todavía viven? YES NO

Si no, ¿Cuál fue la edad y la causa de la muerte? _____

Nos preocupamos por usted y su familia. Sus respuestas pueden ayudarnos a conocerlo mejor y construir nuevas alianzas en nuestra comunidad para ayudar a satisfacer las necesidades de nuestros pacientes. Puede omitir preguntas o detenerse en cualquier momento. Ya sea que realice esta encuesta o no, nuestra clínica continuará atendiéndole con dignidad y respeto.

MARQUE TODAS LAS CAJAS QUE SE APLICAN A USTED Y A SU FAMILIA

Piensa en tu futuro. ¿Necesita ayuda para obtener alguno de los siguientes?	
	<input type="checkbox"/> Cuenta corriente / cuenta de ahorros <input type="checkbox"/> preescolar para su hijo de 3 a 5 años <input type="checkbox"/> Trabajo o capacitación laboral <input type="checkbox"/> clases de inglés para usted o un miembro de su familia <input type="checkbox"/> Un GED <input type="checkbox"/> ayuda financiera para la Universidad <input type="checkbox"/> Internet de alta velocidad <input type="checkbox"/> no necesito ayuda para obtener ninguna de estas cosas
Piensa en tus compras en el último año, ¿te preocupa que te quedes sin comida?	
	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> no tenemos suficiente comida en este momento
Piensa en el lugar donde vives. ¿Tienes problemas con alguno de los siguientes?	
	<input type="checkbox"/> Perder su vivienda <input type="checkbox"/> agua sucia <input type="checkbox"/> Moho o fugas de agua <input type="checkbox"/> detectores rotos o sin humo <input type="checkbox"/> Pintura / tuberías de plomo <input type="checkbox"/> oído roto o aire acondicionado <input type="checkbox"/> Bichos o roedores <input type="checkbox"/> No tengo problemas con ninguna de estas cosas
Piense en sus servicios públicos de gas, agua y electricidad. En el último año, ¿ha tenido problemas para pagar su factura?	
	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> no tenemos suficiente comida en este momento
Piensa en tu dinero. ¿Necesita ayuda para obtener alguno de los siguientes?	
	<input type="checkbox"/> Cupones para alimentos (SNAP) <input type="checkbox"/> reducir su deuda / mejorar su puntaje de crédito <input type="checkbox"/> ayuda gratuita con los impuestos, especialmente si trabaja o tiene hijos <input type="checkbox"/> WIC <input type="checkbox"/> Asistencia social / asistencia monetaria (TANF) <input type="checkbox"/> Recientemente me negaron estos y quiero ayuda <input type="checkbox"/> Beneficios para veteranos (VA) <input type="checkbox"/> No necesito ayuda para obtener ninguna de estas cosas
Piensa en tu transporte. ¿Se pierde citas médicas porque no tiene forma de llegar o porque es difícil llegar?	
	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Piensa en tu vecindario. ¿Te sientes inseguro haciendo alguno de los siguientes?	
	<input type="checkbox"/> estar en su patio / en sus aceras <input type="checkbox"/> comprar en su supermercado <input type="checkbox"/> usando su parque local <input type="checkbox"/> yendo a su escuela o la escuela de su hijo <input type="checkbox"/> visitando su biblioteca local <input type="checkbox"/> esperando en su parada de autobús local <input type="checkbox"/> llamando a la policía <input type="checkbox"/> Me siento seguro haciendo todas estas cosas
Piensa en tu comunidad. ¿Desea información sobre alguno de los siguientes?	
	<input type="checkbox"/> Votar (registrarse a dónde ir, etc.) <input type="checkbox"/> unirse a actividades deportivas asequibles (<input type="checkbox"/> jóvenes <input type="checkbox"/> adultos) <input type="checkbox"/> Voluntariado <input type="checkbox"/> unirse a clubes sociales (<input type="checkbox"/> jóvenes <input type="checkbox"/> adultos <input type="checkbox"/> adultos mayores) <input type="checkbox"/> obteniendo una identificación <input type="checkbox"/> No necesito información sobre estas cosas



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

Bienvenido al centro.

Cuando se trata de atención médica, ya sea que esté buscando bienestar, recuperándose 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 prepago. 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.