

Waxahachie
411 E. Jefferson St.
Waxahachie, TX 75165
Teléfono: 972-923-2440
Teléfono: 972-9 23-2445



Ennis
805 W. Lampasas St.
Ennis, TX 75119
Teléfono: 972-923-2440
Teléfono: 972-9 23-2445

¡Bienvenido a Hope Health!

Hope Health da la bienvenida a nuevos pacientes diariamente. El primer paso para convertirse en un paciente de Hope Health es completar los formularios necesarios. Los formularios de inscripción completados se pueden enviar a través de: en persona en nuestras ubicaciones de Waxahachie o Ennis, por correo electrónico a info@hopehealthtx.org o por fax al 972-923-2445.

Servicios ofrecidos en Hope Health

- Medicina Familiar
- Salud conductual
- Trabajo de laboratorio
- Pediatría
- Psiquiatría
- Educación sobre la diabetes
- Salud de la mujer
- Dental (Adultos y Pediatrics)
- Alcance e inscripción

Proporcione la siguiente documentación, según corresponda, con su formulario de registro completado.

Identificación con foto (se requiere una identificación con foto para todos los pacientes, proporcione una de las siguientes)

- Licencia de conducir
- Tarjeta de identificación estatal (I.D.)
- Identificación militar
- Pasaporte
- Identificación escolar
- Tarjeta de Residente Permanente
- Certificado de Ciudadanía
- Certificado de Naturalización

Pacientes asegurados (Medicaid/Medicare/Seguro privado)

- Tarjeta de seguro actual: necesitamos hacer una copia del anverso y reverso de su tarjeta en cada visita.

Comprobante de ingresos: Los pacientes sin seguro pueden calificar para nuestro programa de descuento de escala móvil, que se basa en el tamaño de su hogar y los ingresos. Si califica, pagará una cantidad con descuento por su atención en Hope Health. **Si desea ser considerado para la tarifa de escala móvil, debe presentar prueba de ingresos basada en lo siguiente**

- Declaración de impuestos (más reciente) o talones de pago (equivalente a un mes)

Semanal = 4 talones de pago	Quincenal = 2 talones de pago	Mensual = 1 talón de pago	Semestral = 2 talones de pago
-----------------------------	-------------------------------	---------------------------	-------------------------------

Ingresos adicionales (requeridos si corresponde):

- Ingresos del Seguro Social
- Pensión alimenticia
- Ingresos por discapacidad
- Manutención de los hijos
- Formulario de aprobación de cupones de alimentos (SNAP)

Dependientes (los dependientes solo se cuentan si proporciona uno de los siguientes):

- Declaración de impuestos (la más reciente) con dependiente(s) listado(s)
- Certificado de nacimiento
- Licencia de matrimonio
- Documentos de adopción
- Prueba de tutela legal

La documentación mencionada anteriormente es necesaria para calificar para el programa de descuento de tarifa móvil. Los médicos, dentales, de salud conductual y laboratorios tienen descuentos por separado en las tarifas móviles.

Se espera que cada paciente pague por el servicio en el momento de la cita. Las tarifas o copagos pueden variar según el servicio (s).

Si tiene alguna pregunta relacionada con los cargos esperados, puede consultar con el personal de recepción en el momento de su visita.



FORMULARIO DE REGISTRO DE PACIENTES

Toda la información es estrictamente confidencial

SECCIÓN I: INFORMACIÓN PARA EL PACIENTE (imprímalo en todas las secciones del documento)

Apellido:	Nombre:	Inicial de Segundo nombre:	Sufijo:
Dirección:	Ciudad:	Código postal:	
Condado:	Fecha de nacimiento (mm/dd/aa):	Número de Seguro Social:	
Teléfono celular/primario:	¿Podemos dejar un mensaje? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Desea recibir mensajes de texto? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Teléfono del trabajo:	¿Podemos dejar un mensaje? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Teléfono alternativo:	
Correo electrónico:			
Método preferido de contacto:	<input type="checkbox"/> Teléfono	<input type="checkbox"/> Mensaje de texto	<input type="checkbox"/> Correo electrónico <input type="checkbox"/> Portal del paciente
¿El paciente es menor de edad (menor de 18 años)? Sí, <input type="checkbox"/> en caso afirmativo, complete la Sección II <input type="checkbox"/> No, si no, omita la Sección II (Nota: Si el paciente es menor de 18 años y está emancipado por el tribunal, vaya a la Sección III. Se requiere documentación legal)			

SECCIÓN II: INFORMACIÓN DEL PADRE/TUTOR (complete esta sección solo si el paciente es menor de edad, menor de 18 años)

Padre con custodia o tutor legal (REQUERIDO)

Apellido:	Nombre:	Fecha de nacimiento (mm/dd/aa):	
Dirección:	Ciudad:	Código postal:	Condado:
Teléfono celular/primario:	¿Podemos dejar un mensaje? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Número de Seguro Social:	
Relación con el paciente: <input type="checkbox"/> Tutor legal <input type="checkbox"/> del padre con custodia (si el paciente está bajo tutela legal, se requiere documentación legal)			

Padre sin custodia (si corresponde)

Apellido:	Nombre:	Fecha de nacimiento (mm/dd/aa):	
Dirección:	Ciudad:	Código postal:	Condado:
Teléfono celular/primario:	¿Podemos dejar un mensaje? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Número de Seguro Social:	

SECCIÓN III: DEMOGRAFÍA DEL PACIENTE

Estado civil:	<input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo Elija <input type="checkbox"/> No revelar
Nombre del cónyuge/pareja (si corresponde):	Teléfono del cónyuge/pareja:
Género actual:	<input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Indiferenciado <input type="checkbox"/> Desconocido
Identidad de género:	<input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Genderqueer, ni exclusivamente masculino ni femenino <input type="checkbox"/> Elija no revelar <input type="checkbox"/> Mujer a hombre (FTM) Transgénero Masculino/Hombre trans <input type="checkbox"/> Hombre a mujer (MTF) Mujer transgénero / Mujer trans <input type="checkbox"/> Categoría de género adicional o algo más, por favor describa: _____
Orientación sexual:	<input type="checkbox"/> Heterosexual <input type="checkbox"/> o Heterosexual Lesbiana, Gay o Homosexual <input type="checkbox"/> Bisexual <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/> Elija no revelar <input type="checkbox"/> Algo más, por favor describa: _____
Pronombre preferido:	Ella, Ella, Ella <input type="checkbox"/> El, Su ellos, Ellos <input type="checkbox"/> Suyos <input type="checkbox"/> Ze, Hir <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/> Elija no revelar
Estado de personas sin hogar:	<input type="checkbox"/> No sin hogar <input type="checkbox"/> Duplicando <input type="checkbox"/> Del refugio <input type="checkbox"/> La calle <input type="checkbox"/> Transición <input type="checkbox"/> Desconocida/No reportada

Raza (por favor marque todo lo que corresponda):
<input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Asiático Indio <input type="checkbox"/> Chino <input type="checkbox"/> Filipino <input type="checkbox"/> Japonés <input type="checkbox"/> Coreano <input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> Samoa <input type="checkbox"/> Otro Isleño del Pacífico
<input type="checkbox"/> Nativo Hawaiano <input type="checkbox"/> Guamanian o Chamorro <input type="checkbox"/> Negro/Afroamericano <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Indio Americano/Nativo de Alaska
<input type="checkbox"/> Otros asiáticos <input type="checkbox"/> Más de una raza <input type="checkbox"/> Elige no revelar

Origen étnico:
 Mexicano Mexicano Americano Chicano/a Puertorriqueño Hispano o Latino/a Cubano No Hispano o Latino/A
 Desconocido Elige no revelar

Estado del estudiante: Tiempo completo a Tiempo parcial No un estudiante

Idioma preferido (ejemplo: inglés, español) _____ **¿Necesitas un traductor?** Sí No

Estatus de trabajador migrante: Migrante No es un Trabajador Agrícola Estacional **¿Eres un veterano?** Sí No

SECCIÓN IV: PARTE FINANCIERAMENTE RESPONSABLE (GARANTE)

Nombre del responsable financiero del paciente: _____ Relación: Yo Padres/Guardianes Esposo/a

Dirección: _____ Ciudad: _____ Código postal: _____

Fecha de nacimiento (mm/dd/aa): _____ Teléfono principal: _____ Número de Seguro Social: _____

SECCIÓN V: INFORMACIÓN SOBRE SEGUROS

¿Tiene seguro? Sí No No estoy seguro **Si respondió Sí, verifique y complete todo lo que corresponda:**

Privado: Nombre de la compañía de seguros: _____

Nombre de Suscriptor: _____ Fecha de nacimiento: _____

Secundario Privado: Nombre de la compañía de seguros: _____

Nombre de Suscriptor: _____ Fecha de nacimiento: _____

Medicare

Número de Medicare: _____ Tiene Seguro secundario de Medicare? Sí No

En caso afirmativo, nombre del Seguro secundario de Medicare: _____

Poliza secundaria de Medicare #: _____

Medicaid

Plan de Medicaid: _____ Numero de Medicaid: _____

SECCIÓN VI: INFORMACIÓN DE CONTACTO DE EMERGENCIA (se requiere al menos un contacto de emergencia)

Nombre de un amigo o familiar: _____ Relación: _____ Teléfono: _____

Nombre de un amigo o familiar: _____ Relación: _____ Teléfono: _____

SECCIÓN VII: MOTIVO DE LA VISITA

Por favor, describa el motivo de su visita: _____

¿Estás embarazada? Sí No

AUTORIZACIÓN DE SEGURO PRIVADO PARA ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS/DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN
 Yo, el abajo firmante, autorizo el pago de beneficios médicos a la Coalición del Condado de Ellis para Opciones de Salud, dba Hope Health, por cualquier servicio que me brinde el médico. Entiendo que soy financieramente responsable de cualquier cantidad no cubierta por mi contrato. También lo autorizo a divulgar la información de mi compañía de seguros o su agente sobre atención médica, asesoramiento, tratamiento o suministros que me proporcionan. Esta información se utilizará con el fin de evaluar y administrar las reclamaciones de beneficios.

FIRMA DEL PACIENTE

 Firma del paciente o del padre/tutor (si el paciente es menor de 18 años) _____
 Fecha



INFORMACIÓN SOBRE LOS INGRESOS DEL PACIENTE

Toda la información es estrictamente confidencial

Hope Health es un Centro de Salud Federalmente Calificado (FQHC) y puede ofrecer servicios con descuento a los pacientes según su capacidad financiera o incapacidad de pago. Este programa requiere que obtengamos información de ingresos y del hogar de cada paciente para quien brindamos servicios. Si califica, pagará una cantidad con descuento por su atención en Hope Health.

Si desea ser considerado para la Escala de tarifas móviles, complete la Sección I-III de este formulario en su totalidad. Si no se presenta toda la información requerida, se retrasará en la determinación de los servicios con descuento. (nota: algunas secciones pueden repetirse en comparación con el Formulario de registro de pacientes, continúe completando el formulario por completo)

Si **no** desea ser considerado para la Escala de tarifas móviles, confirme marcando la casilla a continuación y proporcionando su firma. Los pacientes que se niegan a ser considerados para la Escala de Tarifas Móviles no necesitan presentar información sobre los ingresos y el hogar. Además, puede omitir el resto del formulario de Información de ingresos del paciente.

No deseo ser considerado para la escala móvil de tarifas y entiendo que los servicios tendrán un precio utilizando las tarifas habituales.

Firma del paciente o padre/tutor (si el paciente es menor de 18 años)

Fecha

SECCIÓN I: CABEZA DE FAMILIA (imprímalo en todas las secciones del documento)

Apellido:	Nombre:	Inicial del segundo nombre:	# de Dependientes:
Dirección:	Ciudad:	Código Postal:	Condado:
Fecha de nacimiento:	Número de Seguro Social:	Estado civil: <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo	

SECCIÓN II: INGRESOS (complete para cada miembro adulto del hogar que esté empleado o tenga alguna fuente de ingresos)

Persona Empleada	Nombre de la empresa	Ingresos brutos (antes de impuestos)	Pagado con qué frecuencia (marque uno)
			<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Semestral
			<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Semestral
			<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Semestral
			<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Semestral

Other Sources of Income

Manutención de los hijos \$	Pensión alimenticia \$	Desempleo \$	Discapacidad \$
Pensión/Jubilación \$	TANF \$	Seguro Social \$	Otros \$

Cobertura de seguro médico: Medicaid CHIP Seguro Privado De Medicare Ninguno

SECCIÓN III: MIEMBROS DEL HOGAR (enumere primero a todas las personas en el hogar, incluido el Jefe de Hogar)

Nombre (Nombre, Segundo, Último)	Fecha de nacimiento	Edad	Nombre (Nombre, Segundo, Último)	Fecha de nacimiento	Edad
1.			5.		
2.			6.		
3.			7.		
4.			8.		

Al firmar a continuación, acepto que el personal de Hope Health pueda comunicarse con cada empleador enumerado y / u otras agencias para confirmar mis ingresos. Le proporcionaré a Hope Health un comprobante de ingresos con el fin de calcular mi descuento, si califico. Se me pedirá que documente mis ingresos regularmente (anualmente si se proporciona la declaración de impuestos / mensual si se proporcionan recibos de pago o seguro), y acepto informar a Hope Health si hay algún cambio en los ingresos, el tamaño del hogar o la cobertura de seguro indicada anteriormente. Entiendo que ciertos servicios y/o artículos no pueden ser descontados. Acepto pagar mi copago en el momento de los servicios. Por la presente certifico que la información que he proporcionado es completa y correcta lo mejor que puedo.

Firma del paciente o del padre/tutor (si el paciente es menor de 18 años)

Fecha

OFFICE USE ONLY

Date Received:	Patient Chart #	Employee's Initials:
Sliding Scale: <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> No Income <input type="checkbox"/> Full Cost <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> CHIP <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Private Ins. <input type="checkbox"/> E.C. Indigent		
Type of Income Provided:	Eligibility: From	To: Patient Notified of Fee <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No



Formulario de Divulgación de Registros Médicos
AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA

INFORMACIÓN DEL PACIENTE <i>(letra de molde)</i>	
Nombre del Paciente:	Nombre de Soltero:
Fecha de Nacimiento:	Numero de Seguro Social:
Dirección:	Ciudad/Estado/Código Postal:
Teléfono:	Correo electrónico:

MI AUTORIZACIÓN	
Voluntariamente consiento y autorizo a Hope Health a: Marque uno: <input type="checkbox"/> Divulgar mi información de atención médica a <input type="checkbox"/> Obtener mi información de atención médica de <i>(Nota: si el paciente solicita una copia de sus propios registros médicos, marque "Divulgar información de atención médica a" y escriba la información personal del paciente a continuación)</i>	
Nombre o Organización:	Teléfono:
Dirección:	Ciudad/Estado/Código postal:

PROPÓSITO - autorizo la divulgación de mi información de salud para el siguiente propósito:
<hr/> <i>(Nota: "a pedido del paciente" es suficiente si el paciente inicia esta Autorización)</i>

INFORMACIÓN A SER DIVULGADA
<input type="checkbox"/> Toda mi información de salud que el proveedor tenga en su poder, incluida la información relacionada
<input type="checkbox"/> Registros Dentales:
<input type="checkbox"/> Únicamente los siguientes registros o tipos de información de salud: <hr/>

PLAZO: Entiendo que esta autorización permanecerá vigente:
<input type="checkbox"/> A partir de la fecha de esta Autorización hasta el día _____ de _____ de 20_____
<input type="checkbox"/> Hasta que el Proveedor cumpla con esta solicitud
<input type="checkbox"/> Hasta que ocurra el siguiente evento: _____

REDIVULGACIÓN

Entiendo que Hope Health no puede garantizar que el destinatario no vuelva a divulgar mi información de salud a un tercero. Es posible que no se requiera que el tercero cumpla con esta Autorización o las leyes federales y estatales aplicables que rigen el uso y la divulgación de mi información de salud.

RECHAZO A FIRMAR/DERECHO A REVOCAR:

Entiendo que firmar este formulario es voluntario y que si no lo hago, no afectará el comienzo, la continuación o la calidad de mi tratamiento en Hope Health. Si cambio de opinión, entiendo que puedo revocar esta autorización proporcionando un aviso de revocación por escrito al Funcionario de Cumplimiento de Hope Health en la dirección que se indica a continuación. La revocación entrará en vigencia inmediatamente después de que Hope Health reciba mi notificación por escrito, excepto que la revocación no tendrá ningún efecto sobre ninguna acción tomada por Hope Health en virtud de esta Autorización antes de recibir mi notificación por escrito de revocación.

PREGUNTAS

Puedo comunicarme con Hope Health para obtener respuestas a mis preguntas sobre la privacidad de mi información de salud por teléfono al **(972) 923-2440**, correo electrónico a **info@hopehealthtx.org** o en persona a la dirección que figura al final de este documento.

AUTORIZACIONES ESPECÍFICAS

Enfermedades de transmisión sexual (ETS) según lo define la ley, incluye Herpes, Herpes Simple, Virus del Papiloma Humano, Verruga, Verruga genital, Condiloma, Clamidia, Uretritis No Específica, Sífilis, VDRL, Chancroide, Linfogranuloma Venéreo, VIH (Virus de Inmunodeficiencia Humana) , SIDA (Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida) y Gonorrea.

Sí **No** Yo autorizo la divulgación de mis resultados de ETS, VIH/SIDA, ya sea negativo o positivo, a la(s) persona (s) listados arriba. Entiendo que se notificará a la(s) persona(s) mencionada(s) arriba que debo dar información específica por escrito permiso antes de divulgar los resultados de estas pruebas a cualquier persona

Sí **No** Yo autorizo la divulgación de cualquier registro relacionado con el tratamiento de drogas, alcohol o salud mental al persona(s) mencionada(s) arriba

TARIFA

Si los registros médicos se entregan directamente al paciente, se aplica un cargo de \$15.00 por las primeras 20 páginas y \$0.25 por cada página adicional.

FIRMAS REQUERIDAS

Nombre del paciente	Firma del paciente	Fecha
Si el paciente no puede firmar esta autorización, complete la siguiente información:		
Nombre de la tutoro (a) / Representante	Relación Legal	Firma

Solo para uso interno

Esta sección debe ser completada por el empleado de Hope Health que verifica la identidad del paciente, tutor o representante que firma este formulario.

Nombre del testigo (letra de imprenta)	Firma	Fecha



RECONOCIMIENTO DEL PACIENTE

Acuse de recibo del Aviso de prácticas de privacidad

Este aviso describe cómo se puede usar y divulgar mi información médica y cómo puedo obtener acceso a esta información. Copias de nuestro Aviso de Privacidad Las prácticas se pueden encontrar en nuestro sitio web, www.hopehealthtx.org, en virtud de la Paciente Información Sección. También puede revisar este aviso en área de espera, o preguntar para una copiar de impresa en la recepción. Por la presente reconozco que he revisado una copia del Aviso de práctica de privacidad de Hope Health.

Inicial _____

Reconocimiento de la revisión de los derechos y responsabilidades del paciente

Este aviso describe las responsabilidades del paciente para con Hope Health. Estoy de acuerdo con todas las condiciones descritas en el Derechos y Responsabilidades. Si tengo más preguntas sobre los derechos y responsabilidades puedo dirigirlos al personal de la clínica.

Inicial _____

Reconocimiento de la revisión del aviso de tolerancia cero

Éste notar es listado dentro de el Paciente Derechos y Responsabilidades. Eso describe el del paciente responsabilidad para tratar Hope Health personal y pacientes con cortesía y respeto. Por la presente reconocer que Hope Health mantiene un Tolerancia cero política de abuso, acoso o violencia de cualquier tipo.

Inicial _____

Consentimiento para el tratamiento

Por el presente y voluntariamente consentimiento para autorizar el Clínicas Proveedores Para proporcionar Salud cuidado servicios para mí en la clínica. Los servicios de atención médica pueden incluir, sin limitación, evaluación física y mental de rutina; pruebas y procedimientos de diagnóstico y seguimiento; exámenes y tratamientos médicos y/o dentales; procedimientos rutinarios de laboratorio y pruebas; radiografías y otro imagenológico estudio; administración de medicamentos; y procedimientos y tratamientos prescrito por los proveedores de atención médica de la clínica. Los servicios de atención médica también pueden incluir el asesoramiento necesario para recibir los servicios apropiados, incluida la planificación familiar (según lo definen las leyes y regulaciones federales). Una persona que firma un general consentimiento para el rendimiento de medicina, pruebas o procedimientos es no requerido para firmar también o ser presentado con un formulario de consentimiento específico relacionado con pruebas médicas o procedimientos para determinar la infección por VIH, anticuerpos contra el VIH o infecciones con cualquier otro agente probablemente causante del SIDA que se realizará en la persona durante el tiempo en que el formulario de consentimiento general esté vigente. Entiendo que se me pedirá que firme un consentimiento general informado por separado para las vacunas que se me administren y que se me pedirá que firme un consentimiento informado por separado para el Vacuna contra la influenza (gripe). Entiendo que hay un formulario de consentimiento separado que se me puede pedir que firme por los procedimientos realizados en la oficina. Entiendo que existen ciertos peligros y riesgos relacionados con todas las formas de tratamiento, y mi consentimiento se da sabiendo esto. Entiendo que este consentimiento es válido y permanece vigente mientras esté un paciente de la clínica, hasta que retire mi consentimiento, o hasta que la clínica cambie sus servicios y me pida que complete un nuevo formulario de consentimiento.

Inicial _____

Política de copago

Algunas compañías de seguros de salud requieren que el paciente pague un copago por los servicios prestados. Se espera y se aprecia en la hora el servicio es prestados para el paciente a pagar en CADA visita. Si se proporciona prueba de comprobante de ingresos, usted puede capacitar para usar nuestra escala móvil de tarifas para servicios que no están cubiertos por su seguro o para cargos que se aplican a su deducible. Esto no se aplica a los cargos que requieren un copago o coseguro determinado por su compañía de seguros. Gracias por su cooperación en este asunto.

Inicial _____

Política de cancelación / no presentación

Entendemos que puede haber ocasiones en las que falte a una cita debido a emergencias u obligaciones con el trabajo o la familia. Sin embargo, le instamos para llamar 24 horas previo para cancelar usted cita. Si tú del no cancelar 24 horas antes de su cita se considerará una cita perdida. Si falta a tres (3) citas consecutivas, usted puede ser descargado de cuidado. La clínica le notificara por escrito, por correo certificado, si se le da de alta.

Inicial _____

Pacientes que pagan en efectivo

No tengo salud médica y será responsable de los servicios rendido en Hope Health. Estoy de acuerdo en pagar el total entero del tratamiento que se me administro para mí o para el paciente nombrado abajo en la fecha en que se prestaron los servicios. Yo también entiendo que seré considerado como un paciente de "costo completo" si no se proporciona prueba de ingresos o si mis ingresos están por encima del 200% de las pautas Federales de nivel de pobreza.

Inicial _____

(escriba n / a
si no paga en
efectivo)

Autorización para divulgar información

Por la presente, autorizo a cualquier personal o proveedor de Hope Health a participar en cualquier comunicación verbal o escrita a la(s) persona(s) Listado abajo con respecto a mi médico historia médico archivo citas, información perteneciente a mi cuenta facturación historia con Hope Health. Lo entiendo si no lista cualquier nombre esa familia a los miembros, amigos no se les informará ninguna información sobre mi(s) visita(s) con Hope Health.

Inicial _____

Nombre _____ Relación _____ Fecha _____

Número de teléfono _____ ¿Podemos dejar un mensaje? Sí No

Nombre _____ Relación _____ Fecha _____

Número de teléfono _____ ¿Podemos dejar un mensaje? Sí No

Nombre _____ Relación _____ Fecha _____

Número de teléfono _____ ¿Podemos dejar un mensaje? Sí No

Inicial _____

Además, autorizo a Hope Health a divulgar a las agencias a las que me están remitiendo, cualquier información adquirida en el curso de mi examen y tratamiento o el del paciente mencionado a continuación, según sea necesario.

Inicial _____

He leído y comprendo lo anterior información y acepto la letra pequeña descrito. Yo tengo la oportunidad para hacer preguntas y que sean respondidas a mi satisfacción. Si no soy el paciente, certifico que estoy autorizado por ley para aceptar estas condiciones de tratamiento en nombre del paciente.

Nombre del paciente (por favor imprima) _____

Fecha _____

Firma del paciente _____

Nombre del padre o tutor legal (por favor imprima) _____

Si el paciente es menor de 18 años

Firma del padre o tutor legal _____

Nombre del garante (por favor imprima) _____

si Guarantor no es el paciente o el padre

Firma del garante _____



Derechos y responsabilidades del paciente

Como un paciente de Hope Health, USTED TIENE DERECHO:

- **SER TRATADO CON RESPETO Y DIGNIDAD** independientemente de los ingresos, la raza, el color, la nacionalidad, el sexo, el estado civil, la altura, el peso, los antecedentes penales, la discapacidad o otros motivos, según corresponda según las leyes y/o reglamentos federales, estatales y locales.
- **SER TRATADO CON CORTESÍA** de una manera culturalmente sensible por todo el personal de Hope Health.
- **ESPERAR QUE TODAS LAS COMUNICACIONES Y REGISTROS** relacionados con su salud sean tratados de manera confidencial y segura.
- **PARA RECIBIR UNA COPIA DEL AVISO DE PRIVACIDAD DEL PACIENTE** que describe nuestras prácticas de privacidad y las formas en que usamos, divulgamos y protegemos la información de su paciente.
- **PARA ACCEDER A SUS REGISTROS DE SALUD.** Tanto la ley estatal como la federal le otorgan el derecho de acceder a su registro médico e información de facturación. Estas leyes también permiten la divulgación de su información a representantes legalmente autorizados.
- **A REALIZAR EN PRIVADO ENTREVISTAS, EXÁMENES Y TRATAMIENTO.** A menos que usted lo solicite, las personas que lo acompañen deberán esperarlo en la sala de espera.
- **PARA RECIBIR LA MEJOR ATENCIÓN POSIBLE** y que le expliquen las opciones de atención.
- **RECIBIR ATENCIÓN EN UN ENTORNO COMPROMETIDO CON LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.**
- **RECHAZAR EL TRATAMIENTO** en la medida permitida por las leyes y reglamentos aplicables después de haber sido informado de los riesgos y las posibles consecuencias de rechazar dicha atención recomendada. Usted es responsable del resultado de rechazar el tratamiento.
- **PARA SOLICITAR Y RECIBIR UNA EXPLICACIÓN DE SU FACTURA DE CLÍNICA.** Debe pagar o hacer arreglos para pagar todas las tarifas acordadas; Si no puede pagar de inmediato, comuníquese con nuestra oficina de facturación para que podamos continuar brindándole atención mientras elaboramos un plan de pago presupuestario.
- **A RECIBIR ATENCIÓN INDEPENDIEMENTE DE LA INCAPACIDAD DE PAGO.** No se le negarán los servicios por no poder pagar.
- **SOLICITAR Y RECIBIR ASISTENCIA EN EL IDIOMA** si no habla inglés con fluidez o si tiene problemas de audición. Tiene derecho a recibir información y explicaciones en el idioma que habla normalmente y en palabras que comprenda.
- **PARA RECIBIR INFORMACIÓN SOBRE “DIRECTRICES ANTICIPADAS”** (Atención al final de la vida)
- **PARA DAR SU CONSENTIMIENTO PARA LOS SERVICIOS** prestados en Hope Health.
- **SER ESCUCHADO SI SURGEN PROBLEMAS, QUEJAS O INQUIETUDES.** Puede solicitar hablar con un miembro del equipo de administración en persona o llamando al 972-923-2440.

Como paciente de Hope Health, USTED TIENE UNA RESPONSABILIDAD:

- **PARA LLEGAR A TIEMPO** a su cita.
- **PARA DAR AL PERSONAL DE HOPE HEALTH INFORMACIÓN PRECISA** sobre su estado financiero actual y/o cualquier cambio en su estado financiero.
- **PARA PAGAR, O ARREGLAR PARA PAGAR, POR LOS SERVICIOS PRESTADOS**, incluidos los cargos no cubiertos por su seguro.
- **ACUDER A SU CITA CON UN PADRE CON CUSTODIA/TUTOR LEGAL**, si es menor de edad.
- **LLAMAR SI NO PUEDE CUMPLIR SU CITA**. Llame con al menos 24 horas de anticipación si no puede asistir a una cita.
- **PROPORCIONAR A HOPE HEALTH INFORMACIÓN ACTUALIZADA** sobre su seguro, dirección, nombre y número de teléfono.
- **PARA PROPORCIONAR SU HISTORIAL MÉDICO, LISTA ACTUAL DE MEDICAMENTOS Y ALERGIAS**.
- **PARA HACER PREGUNTAS** sobre su diagnóstico o tratamiento para una comprensión clara. Informe al personal si no comprende algún aspecto de su tratamiento.
- **SEGUIR EL PLAN DE TRATAMIENTO O LAS RECOMENDACIONES Y CONSEJOS DEL PROVEEDOR**.
- **PARA INFORMARNOS SOBRE COMPLICACIONES INESPERADAS** que pueden ocurrir durante el transcurso de su tratamiento.
- **SER CONSIDERADO CON LOS DERECHOS Y LA PRIVACIDAD DE OTROS PACIENTES**.
- **TRATAR AL PERSONAL DE HOPE HEALTH CON CORTESÍA Y RESPETO**. Hope Health mantiene una política de tolerancia cero ante el abuso, el acoso o la violencia de cualquier tipo.
- **PARA MANTENER HOPE HEALTH UN LUGAR SEGURO PARA USTED Y OTROS**. Lo que puede hacer para mantenerlo seguro: abstenerse de comportamientos como, entre otros, blasfemias, insultos, insultos raciales u otros comentarios irrespetuosos, gritos, comportamiento agresivo, contacto físico o estar intoxicado o bajo la influencia de drogas. mientras esté en las propiedades de Hope Health.

Revisado 8.2022

Su información. Sus derechos. Nuestras responsabilidades.

Esta notificación describe cómo puede utilizarse y divulgarse su información médica, y cómo puede acceder usted a esta información. **Revisela con cuidado.**

Sus derechos

Usted cuenta con los siguientes derechos:

- Obtener una copia de su historial médico en papel o en formato electrónico.
- Corregir en papel o en formato electrónico su historial médico.
- Solicitar comunicación confidencial.
- Pedirnos que limitemos la información que compartimos.
- Recibir una lista de aquellos con quienes hemos compartido su información.
- Obtener una copia de esta notificación de privacidad.
- Elegir a alguien que actúe en su nombre.
- Presentar una queja si considera que se violaron sus derechos de privacidad.

➤ **Ver página 2** para mayor información sobre estos derechos y cómo ejercerlos.

Sus opciones

Tiene algunas opciones con respecto a la manera en que utilizamos y compartimos información cuando:

- Le contamos a su familia y amigos sobre su estado personal.
- Proporcionamos alivio en caso de una catástrofe.
- Lo incluimos en un directorio hospitalario.
- Proporcionamos atención médica mental.
- Comercializar nuestros servicios.
- Recaudamos fondos.

➤ **Ver página 3** para mayor información sobre estas opciones y cómo ejercerlas.

Nuestros usos y divulgaciones

Podemos utilizar y compartir su información cuando:

- Lo atendemos.
- Dirigimos nuestra organización.
- Facturamos por sus servicios.
- Ayudamos con asuntos de seguridad y salud pública.
- Realizamos investigaciones médicas.
- Cumplimos con la ley.
- Respondemos a las solicitudes de donación de órganos y tejidos.
- Trabajamos con un médico forense o director funerario.
- Tratamos la compensación de trabajadores, el cumplimiento de la ley y otras solicitudes gubernamentales.
- Respondemos a demandas y acciones legales.

➤ **Ver páginas 3 y 4** para mayor información sobre estos usos y divulgaciones.

Sus derechos

Cuando se trata de su información médica, usted tiene ciertos derechos.

Esta sección explica sus derechos y algunas de nuestras responsabilidades para ayudarlo.

Obtener una copia en formato electrónico o en papel de su historial médico

- Puede solicitar que le muestren o le entreguen una copia en formato electrónico o en papel de su historial médico y otra información médica que tengamos de usted. Pregúntenos cómo hacerlo.
- Le entregaremos una copia o un resumen de su información médica, generalmente dentro de 30 días de su solicitud. Podemos cobrar un cargo razonable en base al costo.

Solicitar que corrijamos su historial médico

- Puede solicitar que corrijamos la información médica sobre usted que piensa que es incorrecta o está incompleta. Pregúntenos cómo hacerlo.
- Podemos decir “no” a su solicitud, pero le daremos una razón por escrito dentro de 60 días.

Solicitar comunicaciones confidenciales

- Puede solicitar que nos comuniquemos con usted de una manera específica (por ejemplo, por teléfono particular o laboral) o que enviemos la correspondencia a una dirección diferente.
- Le diremos “sí” a todas las solicitudes razonables.

Solicitar que limitemos lo que utilizamos o compartimos

- Puede solicitar que no utilicemos ni compartamos determinada información médica para el tratamiento, pago o para nuestras operaciones. No estamos obligados a aceptar su solicitud, y podemos decir “no” si esto afectara su atención.
- Si paga por un servicio o artículo de atención médica por cuenta propia en su totalidad, puede solicitar que no compartamos esa información con el propósito de pago o nuestras operaciones con su aseguradora médica. Diremos “sí” a menos que una ley requiera que compartamos dicha información.

Recibir una lista de aquellos con quienes hemos compartido información

- Puede solicitar una lista (informe) de las veces que hemos compartido su información médica durante los seis años previos a la fecha de su solicitud, con quién la hemos compartido y por qué.
- Incluiremos todas las divulgaciones excepto aquellas sobre el tratamiento, pago y operaciones de atención médica, y otras divulgaciones determinadas (como cualquiera de las que usted nos haya solicitado hacer). Le proporcionaremos un informe gratis por año pero cobraremos un cargo razonable en base al costo si usted solicita otro dentro de los 12 meses.

Obtener una copia de esta notificación de privacidad

- Puede solicitar una copia en papel de esta notificación en cualquier momento, incluso si acordó recibir la notificación de forma electrónica. Le proporcionaremos una copia en papel de inmediato.

Elegir a alguien para que actúe en su nombre

- Si usted le ha otorgado a alguien la representación médica o si alguien es su tutor legal, aquella persona puede ejercer sus derechos y tomar decisiones sobre su información médica.
- Nos aseguraremos de que la persona tenga esta autoridad y pueda actuar en su nombre antes de tomar cualquier medida.

Presentar una queja si considera que se violaron sus derechos

- Si considera que hemos violado sus derechos, puede presentar una queja comunicándose con nosotros por medio de la información de la página 1.
- Puede presentar una queja en la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos enviando una carta a: Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201, llamando al 1-800-368-1019 o visitando www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/factsheets_spanish.html, los últimos dos disponibles en español.
- No tomaremos represalias en su contra por la presentación de una queja.

Sus opciones

Para determinada información médica, puede decirnos sus decisiones sobre qué compartimos. Si tiene una preferencia clara de cómo compartimos su información en las situaciones descritas debajo, comuníquese con nosotros. Díganos qué quiere que hagamos, y seguiremos sus instrucciones.

En estos casos, tiene tanto el derecho como la opción de pedirnos que:

- Compartamos información con su familia, amigos cercanos u otras personas involucradas en su atención.
- Compartamos información en una situación de alivio en caso de una catástrofe.
- Incluyamos su información en un directorio hospitalario.

Si no puede decirnos su preferencia, por ejemplo, si se encuentra inconsciente, podemos seguir adelante y compartir su información si creemos que es para beneficio propio. También podemos compartir su información cuando sea necesario para reducir una amenaza grave e inminente a la salud o seguridad.

En estos casos, nunca compartiremos su información a menos que nos entregue un permiso por escrito:

- Propósitos de mercadeo.
- La mayoría de los casos en que se comparten notas de psicoterapia.

En el caso de recaudación de fondos:

- Podemos comunicarnos con usted por temas de recaudación, pero puede pedirnos que no lo volvamos a contactar.

Nuestros usos y divulgaciones

Por lo general, ¿cómo utilizamos o compartimos su información médica? Por lo general, utilizamos o compartimos su información médica de las siguientes maneras.

Tratamiento

- Podemos utilizar su información médica y compartirla con otros profesionales que lo estén tratando.

Ejemplo: Un médico que lo está tratando por una lesión le consulta a otro doctor sobre su estado de salud general.

Dirigir nuestra organización

- Podemos utilizar y divulgar su información para llevar a cabo nuestra práctica, mejorar su atención y comunicarnos con usted cuando sea necesario.

Ejemplo: Utilizamos información médica sobre usted para administrar su tratamiento y servicios.

Facturar por sus servicios

- Podemos utilizar y compartir su información para facturar y obtener el pago de los planes de salud y otras entidades.

Ejemplo: Entregamos información acerca de usted a su plan de seguro médico para que éste pague por sus servicios.

continúa en la próxima página

¿De qué otra manera podemos utilizar o compartir su información médica? Se nos permite o exige compartir su información de otras maneras (por lo general, de maneras que contribuyan al bien público, como la salud pública e investigaciones médicas). Tenemos que reunir muchas condiciones legales antes de poder compartir su información con dichos propósitos. Para más información, visite: www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/factsheets_spanish.html, disponible en español.

Ayudar con asuntos de salud pública y seguridad

- Podemos compartir su información médica en determinadas situaciones, como:
 - Prevención de enfermedades.
 - Ayuda con el retiro de productos del mercado.
 - Informe de reacciones adversas a los medicamentos.
 - Informe de sospecha de abuso, negligencia o violencia doméstica.
 - Prevención o reducción de amenaza grave hacia la salud o seguridad de alguien.
-

Realizar investigaciones médicas

- Podemos utilizar o compartir su información para investigación de salud.
-

Cumplir con la ley

- Podemos compartir su información si las leyes federales o estatales lo requieren, incluyendo compartir la información con el Departamento de Salud y Servicios Humanos si éste quiere comprobar que cumplimos con la Ley de Privacidad Federal.
-

Responder a las solicitudes de donación de órganos y tejidos

- Podemos compartir su información médica con las organizaciones de procuración de órganos.
-

Trabajar con un médico forense o director funerario

- Podemos compartir información médica con un oficial de investigación forense, médico forense o director funerario cuando un individuo fallece.
-

Tratar la compensación de trabajadores, el cumplimiento de la ley y otras solicitudes gubernamentales

- Podemos utilizar o compartir su información médica:
 - En reclamos de compensación de trabajadores.
 - A los fines de cumplir con la ley o con un personal de las fuerzas de seguridad.
 - Con agencias de supervisión sanitaria para las actividades autorizadas por ley.
 - En el caso de funciones gubernamentales especiales, como los servicios de protección presidencial, seguridad nacional y servicios militares.
-

Responder a demandas y acciones legales

- Podemos compartir su información médica en respuesta a una orden administrativa o de un tribunal o en respuesta a una citación.
-

Nuestras responsabilidades

- Estamos obligados por ley a mantener la privacidad y seguridad de su información médica protegida.
- Le haremos saber de inmediato si ocurre un incumplimiento que pueda haber comprometido la privacidad o seguridad de su información.
- Debemos seguir los deberes y prácticas de privacidad descritas en esta notificación y entregarle una copia de la misma.
- No utilizaremos ni compartiremos su información de otra manera distinta a la aquí descrita, a menos que usted nos diga por escrito que podemos hacerlo. Si nos dice que podemos, puede cambiar de parecer en cualquier momento. Háganos saber por escrito si usted cambia de parecer.

Para mayor información, visite: www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/factsheets_spanish.html, disponible en español.

Cambios a los términos de esta notificación

Podemos modificar los términos de esta notificación, y los cambios se aplicarán a toda la información que tenemos sobre usted. La nueva notificación estará disponible según se solicite, en nuestra oficina, y en nuestro sitio web.

Esta Notificación de Prácticas de Privacidad se aplica a las siguientes organizaciones.