



# Formulario de Registro del Paciente

Nosotros no discriminamos contra ninguna persona en nuestros programas o servicios, en base a su raza, color, nacionalidad, sexo, edad, religión o discapacidad

## Información del Paciente

Por favor proporcione su identificación con foto al recepcionista

Apellido:		Nombre:	
Fecha de Nacimiento:	Número de Seguro Social:	Idioma principal:	
Género: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Otro:		Transgénero: <input type="checkbox"/> Si	
Dirección Postal _____			
Dirección física: _____			
Teléfono de casa:		Teléfono de oficina	ext.:
Teléfono celular:		Correo Electrónico:	
Podemos comunicarnos con usted a través de los métodos de comunicación anteriores para citas y recordatorios de salud general a menos que indique un método(s) que prefiere que no usemos:			
Estado Civil: <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Con Pareja <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Legalmente <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Desconocido			
Raza: <input type="checkbox"/> Blanco(incluyendo Hispano o Latino) <input type="checkbox"/> Negro o Afroamericano <input type="checkbox"/> Indio Americano / Alaska <small>- Marque todo que se aplique</small> <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái <input type="checkbox"/> De otra Isla del Pacifico			
Etnicidad: <input type="checkbox"/> Hispano / Latino <input type="checkbox"/> No Hispano / Latino			

## Seguro o Fuente de Pago

Por favor proporcione su(s) Tarjeta(s) de Seguro al recepcionista

<input type="checkbox"/> Medicaid	<input type="checkbox"/> CHIP	<input type="checkbox"/> Medicare	<input type="checkbox"/> Pago Privado	<input type="checkbox"/> Otro _____
<input type="checkbox"/> Seguro Comercial - Nombre: _____		<input type="checkbox"/> Medicare con Seguro Privado - Nombre: _____		

## Employment Status

<input type="checkbox"/> Tiempo Completo	<input type="checkbox"/> Por Cuenta Propia	<input type="checkbox"/> Jubilado	<input type="checkbox"/> Militar en Servicio Activo
<input type="checkbox"/> Medio Tiempo	<input type="checkbox"/> Desempleado	<input type="checkbox"/> Veterano	

## Persona Responsable

<input type="checkbox"/> Mismo (paciente mencionado arriba)	<input type="checkbox"/> Garante; por favor llene la siguiente informacion:
Apellido: _____ Nombre: _____	
Fecha de Nacimiento: _____	Relación al paciente: _____
Dirección: _____	
Número telefónico de contacto: _____	<input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Oficina

## Contacto de Emergencia

Apellido: _____ Nombre: _____	
Teléfono de casa: _____	Teléfono de oficina: _____ ext.: _____
Teléfono celular: _____	Relación al paciente: _____

## Farmacia Preferida:

## Directiva Avanzada:

Nombre de Farmacia: _____	¿Tiene una Directiva Anticipada en el archivo? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Si tiene, proporciónenos una copia. Tenga en cuenta que si no tenemos una copia en el archivo, seguiremos el estándar médico de atención. Si no, puede encontrar más información en: <a href="https://texaslawhelp.org/article/advance-directives">https://texaslawhelp.org/article/advance-directives</a>
Dirección: _____	

Reconozco mi responsabilidad de pagar por los servicios proporcionados y entiendo que seré responsable por cualquier costo que no sea pagado por mi Seguro o cubierto por los programas de HealthPoint

Sus Iniciales \_\_\_\_\_



## CONSENTIMIENTO GENERAL PARA TRATAMIENTO

*La información en este consentimiento describe sus derechos, como nuestro paciente, de estar informado sobre su condición y los procedimientos recomendados médicos o de diagnóstico que su proveedor puede usar a lo largo de su relación con HealthPoint.*

Yo, \_\_\_\_\_,  
(NOMBRE ESCRITO DEL PACIENTE)

nacido en \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_,  
(FECHA DE NACIMIENTO DEL PACIENTE)

autorizo y solicito que mi proveedor de salud, junto con el personal necesario, realicen cualquier examen médico, pruebas y tratamientos razonables y necesarios, con el propósito de evaluar y manejar cualquier condición que pueda tener actualmente o que desarrolle.

Entiendo que HealthPoint es una clínica de atención primaria, la cual se enfoca en el cuidado preventivo de la salud. Reconozco que solo un número limitado de estos exámenes, pruebas o tratamientos de atención primaria requieren la divulgación de riesgos específicos, tal como lo exige el Panel de Divulgación Médica de Texas; en caso de que mi proveedor de atención médica recomiende un tratamiento que requiera la divulgación de riesgos específicos, se me pedirá que firme documentos adicionales que indiquen que he sido informado sobre los riesgos y peligros específicos del procedimiento o tratamiento recomendado.

Entiendo que hay ciertos riesgos o peligros asociados con cualquier forma de tratamiento o pruebas, y que no he recibido ninguna garantía sobre el resultados o cura de ningún tratamiento o prueba proporcionado por HealthPoint o su personal. Además, reconozco que HealthPoint no asume ninguna responsabilidad financiera o de otro tipo por los servicios o la atención recibida fuera de HealthPoint.

Reconozco que la información mínimamente necesaria puede ser divulgada por HealthPoint para cumplir con la Ley Federal y Estatal, incluyendo la

Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996 y la Ley de Privacidad de Registros Médicos de Texas. Adicionalmente, se puede divulgar información limitada a ciertas agencias federales y estatales que proporcionan fondos a HealthPoint con el fin de garantizar el cumplimiento con las responsabilidades legales.

Entiendo que HealthPoint es un establecimiento federalmente considerado bajo la Ley Federal de Demandas por Agravio, lo que significa que HealthPoint se considera parte del gobierno federal para los efectos de responsabilidad civil.

Este consentimiento permanecerá en vigor hasta que yo retire mi consentimiento. Si HealthPoint cambia la naturaleza de sus servicios, o si han pasado al menos dos años desde mi última cita, se me pedirá firmar otro consentimiento general para el tratamiento.

Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas en referencia a este consentimiento, y certifico que este formulario ha sido ampliamente explicado y que entiendo su contenido.

\_\_\_\_\_  
**FIRMA DEL PACIENTE U OTRA PERSONA  
LEGALMENTE AUTORIZADA**

\_\_\_\_\_  
**NOMBRE DE LA OTRA PERSONA LEGALMENTE  
AUTORIZADA (si aplica)**

\_\_\_\_\_  
**RELACION CON EL PACIENTE DE LA OTRA PERSONA  
LEGALMENTE AUTORIZADA (si aplica)**

\_\_\_\_\_  
**FECHA DE HOY**



## ACCESO Y CONSENTIMIENTO DE TERCEROS

Por favor lea esta forma en su totalidad antes de firmarla y complete todas las secciones que apliquen a sus decisiones relacionadas con la divulgación de información de salud protegida (PHI). El propósito de esta forma es permitir que, como nuestro paciente, usted pueda designar a otras personas para asistir con su cuidado, autorizando al personal de HealthPoint discutir o divulgar información sobre su salud en general, plan de tratamiento y/o recomendaciones. **PERIODO DE EFECTIVIDAD:** Esta autorización es válida hasta la muerte del paciente, hasta que el permiso sea retirado o si se especifica una fecha (opcional). Usted puede retirar el permiso en cualquier momento completando la última parte de esta forma.

**NOMBRE DEL PACIENTE:** \_\_\_\_\_  
Apellido    Primer Nombre    Segundo Nombre

**FECHA DE NACIMIENTO:** \_\_\_\_\_  
Mes    Día    Año

**Yo autorizo a HealthPoint a divulgar mi información de salud protegida a la siguiente organización/persona:**

*Persona/Nombre de Organización* \_\_\_\_\_

*Domicilio* \_\_\_\_\_

*Ciudad* \_\_\_\_\_ *Estado* \_\_\_\_\_ *Código Postal* \_\_\_\_\_

*Teléfono* (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ *Fax* (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

**Si hay alguna información que usted NO QUIERA divulgar a esta persona/organización, por favor indíquelo abajo:**

- Historial/examen físico       Notas de Consulta       Medicinas Pasado/presente       Alergias del Paciente  
 Resultados de Laboratorio       Reportes e imágenes de Radiología       Información de Facturas  
 Informes de diagnósticos       TODOS LOS REGISTROS       Otros \_\_\_\_\_

**Sus iniciales son NECESARIAS para divulgar la siguiente información a esta persona/organización:**

\_\_\_\_\_ Registros de salud mental      \_\_\_\_\_ Información genética (incluyendo resultados de exámenes genéticos)

\_\_\_\_\_ Registros de abuso de sustancias      \_\_\_\_\_ Resultados de exámenes de VIH/SIDA o su tratamiento

**CONSENTIMIENTO PARA MENORES:** Ponga sus iniciales al final de esta sección si el paciente es un MENOR (ej., menor de 18 años) y, usted, como el padre o tutor del menor, quisiera permitir a la persona arriba mencionada dar su consentimiento para el tratamiento DEL MENOR si usted no está presente para la cita del menor.

**CONSENTIMIENTO PARA ADULTOS:** Ponga sus iniciales al final de esta sección si usted, como nuestro paciente, quisiera permitir a la persona arriba mencionada dar su consentimiento para su tratamiento su usted llegara a estar INCAPACITADO (ej., incapaz de entender las consecuencias sobre las decisiones del tratamiento).

Si su respuesta es **SI**, por favor ponga sus iniciales en el espacio en blanco: \_\_\_\_\_

He leído esta forma y estoy de acuerdo con los usos y divulgaciones de la información de salud protegida como se describe. Entiendo que HealthPoint no es responsable por los usos y divulgaciones de su ISP efectuados por el destinatario.

**FIRMA:** \_\_\_\_\_ **FECHA DE HOY:** \_\_\_\_\_  
Firma del Paciente (o Representante Legal autorizado)

*Nombre escrito del Representante Legal Autorizado (si aplica):* \_\_\_\_\_

*Si es un representante, especifique su relación con el paciente:*  Padre/Madre     Tutor     Otro (especifique) \_\_\_\_\_

**REVOCAION:**

Si por alguna razón usted desea **REVOCAR** este consentimiento, por favor ponga su firma y la fecha abajo:

*Firma:* \_\_\_\_\_ *Fecha:* \_\_\_\_\_



(A dba of Brazos Valley Community Action Agency, Inc.)

## DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DEL PACIENTE Y DEL CENTRO

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

### **Bienvenido a HealthPoint**

Nuestra meta es proporcionar cuidado de salud de la más alta calidad, que sea accesible para todos. Como paciente, usted tiene derechos y responsabilidades. El centro también tiene derechos y responsabilidades. Queremos que usted entienda estos derechos y responsabilidades para que nos pueda ayudar a proporcionarle un mejor cuidado de salud. Por favor lea y firme este documento y pregúntenos cualquier duda que tenga.

### **Sus Derechos como Paciente de HealthPoint**

#### **No discriminación**

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 u otros motivos, según lo dispuesto por las leyes y regulaciones federales, estatales y locales.

#### **Pago**

Si bien se espera que todos los pacientes de un centro de salud calificado a nivel federal participen financieramente en sus visitas de salud, no se le negaran servicios debido a la imposibilidad de pagar en el momento de la visita. La clínica puede ayudarle a evaluar su elegibilidad para participar en varios programas estatales y federales que pagan una parte o el total de sus visitas médicas, así como proporcionar opciones para planes de pago. Usted tiene el derecho de recibir explicaciones sobre la factura que reciba de la clínica.

#### **Privacidad**

Usted tiene el derecho de que sus entrevistas, exámenes y tratamiento sean en privado. Sus registros médicos también son privados.

Usted tiene el derecho de recibir una explicación completa de sus derechos de privacidad como nuestro paciente a través de nuestra forma "Aviso sobre los Derechos de Privacidad del Paciente"; este documento le brinda una revisión completa de las formas en las que nosotros podemos usar o revelar sus registros médicos. Al firmar "Derechos y Responsabilidades del Paciente y del Centro", usted está afirmando que ha recibido y entendido nuestro "Aviso sobre los Derechos de Privacidad del Paciente".

#### **Cuidado de Salud**

Usted tiene el derecho y se le anima a participar en las decisiones sobre su tratamiento.

Tiene derecho a recibir información sobre su salud o enfermedad y su plan de tratamiento, incluido: la naturaleza de su tratamiento; sus beneficios esperados; sus riesgos y peligros inherentes (y las consecuencias de rechazar el tratamiento); las alternativas razonables, si las hubiera (y sus riesgos y beneficios); y el resultado esperado, si se conoce. Después de ser informado de esta información y brindar su consentimiento, usted nos está brindando lo que se conoce como "consentimiento informado".

Tiene derecho a información y explicaciones en el idioma que habla normalmente y en palabras que comprende.

Tiene derecho a recibir información sobre las "Directivas Anticipadas". Si no desea recibir esta información, o si no es médicamente recomendable compartirla con usted, se la proporcionaremos a su representante legalmente autorizado.

Si es adulto, tiene derecho a rechazar tratamientos o procedimientos en la medida permitida por las leyes y regulaciones aplicables.

Tiene derecho a ser informado sobre los riesgos, peligros y consecuencias de rechazar dicho tratamiento o procedimientos. La recepción de esta información es necesaria para que su negativa sea "informada".



(A dba of Brazos Valley Community Action Agency, Inc.)

## **DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DEL PACIENTE Y DEL CENTRO**

Usted tiene derecho a recibir atención médica y tratamiento que sean razonables para su condición y que estén dentro de nuestras posibilidades. Sin embargo, HealthPoint no es un centro de atención de emergencia. Tiene derecho a ser transferido o remitido a otro centro para servicios que HealthPoint no puede brindar. HealthPoint no paga por los servicios que recibe de otro proveedor de atención médica.

Si siente dolor, tiene derecho a recibir una evaluación adecuada y tratamiento del dolor, según sea necesario.

### **Reglas de HealthPoint**

Usted tiene el derecho de recibir información acerca de cómo utilizar adecuadamente los servicios del centro. Si tiene alguna duda, por favor pregúntenos.

Usted tiene el derecho de recibir una copia de la política y el procedimiento de “No Cumplimiento y Terminación” del centro.

Si el Centro le ha dado una notificación de terminación, usted tiene el derecho de apelar la decisión ante el Director Médico.

### **Quejas**

Usted tiene el derecho de decirnos cómo podemos mejorar los servicios que le ofrecemos. El personal le informará cómo hacer una sugerencia o poner una queja. Si usted no está satisfecho con la forma en que el personal maneja su situación, puede ponerse en contacto con la administración del centro.

Aunque lo alentamos a que nos presente sus quejas directamente, usted tiene el derecho de presentar cualquier queja al: Departamento de Servicios de Salud de Texas o al Departamento de Salud y Servicios Humanos.

### **Sus responsabilidades como pacientes de HealthPoint**

#### **Pago**

Usted tiene la responsabilidad de dar al personal la información correcta sobre su seguro médico

o situación económica actual, así como cualquier cambio en su seguro o situación económica. El personal necesita esta información para determinar su responsabilidad económica y/o poder cobrar al seguro privado, Medicaid, Medicare, o determinar otros beneficios para los cuales usted puede ser elegible. Si su ingreso es menor al de la guía federal de pobreza, se le cobrará una cuota nominal.

Usted tiene la responsabilidad de pagar o acordar con el pago de todas las cuotas aceptadas por servicios médicos y dentales. Si no puede pagar de inmediato, por favor informe al personal para que se pueda hacer un acuerdo de pagos.

#### **Privacidad**

Usted tiene la responsabilidad de informarnos sobre las personas, en caso de haber, que pueden o no tener acceso a sus registros médicos. Es importante que tengamos esta información desde el principio de su relación con nosotros, para poder evitar cualquier confusión futura. El personal le puede dar una forma para que usted indique las personas a las cuales les está dando acceso a sus registros médicos privado.

Si es usted un padre o tutor, por favor hágale saber al personal si alguna persona además de usted o el tutor pueden traer al menor para recibir servicios.

#### **Cuidado de Salud**

Usted tiene la responsabilidad de proporcionar al centro información completa y actualizada sobre su salud o enfermedad, para que podamos brindarle el cuidado apropiado.

Usted tiene la responsabilidad de asumir las consecuencias o resultados de rechazar el tratamiento o los procedimientos recomendados. Si usted rechaza el tratamiento o procedimientos que su proveedor de salud piensa que son los mejores para usted, se le pedirá que firme la forma “Rechazo de Cuidado del Paciente”.

Usted es responsable del uso adecuado de los servicios del centro, el cual incluye seguir las



(A dba of Brazos Valley Community Action Agency, Inc.)

## DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DEL PACIENTE Y DEL CENTRO

instrucciones del personal, programar sus citas y acudir a las citas programadas.

Usted es responsable de seguir la "Política de no Presentación" de HealthPoint. Es posible que los profesionales de HealthPoint no puedan atenderlo a menos que tenga una cita.

### Reglas de HealthPoint

Usted tiene la responsabilidad de utilizar los servicios del centro de manera adecuada – esto significa que debe ser respetuoso con el personal y con los demás pacientes en todo momento mientras usted está recibiendo servicios en la clínica. El comportamiento amenazante, abusivo, violento, fraudulento, intencionalmente ofensivo o ilegal, no será tolerado. Si se considera que su comportamiento continuamente altera la relación entre usted y su proveedor, entonces dicha relación se puede dar por terminada de acuerdo con las políticas y procedimientos del centro.

Usted tiene la responsabilidad de supervisar a los niños que traiga con usted al centro.

Usted es responsable de la seguridad de sus niños y la protección de otros pacientes y de nuestra propiedad.

Usted tiene la responsabilidad de asistir a sus citas programadas. Las citas programadas perdidas provocan retrasos en el tratamiento de otros pacientes. Si no cumple con las citas programadas y/o no notifica oportunamente a HealthPoint, de conformidad con las políticas y procedimientos de HealthPoint, puede perder el privilegio de programar citas futuras. Puede leer más sobre la "Política de no presentación" de HealthPoint aquí.

### Derechos de HealthPoint Como su Proveedor

#### Privacidad

En ciertos casos, es posible que alguna agencia Estatal o Federal le solicite a HealthPoint sus registros médicos para fines de información o investigaciones obligatorias.

El centro puede verse obligado a divulgar sus registros médicos de acuerdo con una orden judicial válida.

### Reglas de HealthPoint

HealthPoint tiene el derecho de dejar de tratarlo como paciente si usted comete una violación importante a las reglas del centro.

HealthPoint tiene el derecho de dar por terminada su relación con usted inmediatamente y sin advertencia escrita si usted amenaza la seguridad de los empleados del centro o de otros pacientes.

### Responsabilidades de HealthPoint Como su Proveedor

#### General

HealthPoint tiene la responsabilidad de asegurarse de que usted reciba cuidado de calidad en un ambiente que proteja y promueva sus derechos como nuestro paciente.

#### Quejas

HealthPoint tiene la responsabilidad de asegurarse de que ningún representante del centro sancione, discrimine o tome represalias en contra de usted por presentar una queja y el centro continuará dándole servicios.

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente u otra persona legalmente autorizada

\_\_\_\_\_  
Nombre del Paciente u otra persona legalmente autorizada (si aplica)

\_\_\_\_\_  
Relación con el Paciente de la otra persona legalmente autorizada (si aplica)

\_\_\_\_\_  
Fecha de Hoy