

FORMA DE REGISTRO

(Por favor llene en letra de molde)

INFORMACION DE PACIENTE										
Apellido:		Nombre:		Segundo Nombre:		<input type="checkbox"/> Hispano/Latino	<input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> Afro Americano	
						<input type="checkbox"/> Isleño Pacífico	<input type="checkbox"/> Indio Americano	<input type="checkbox"/> Mas de una etnicidad	<input type="checkbox"/> Otro	
¿Ha usado otro nombre? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		Lista de nombres usados				Fecha de Nacimiento: / /		Edad:		Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Dirección:			#Apto.:	#Seguro Social:			Teléfono de Casa: ()			
Condado:		Ciudad:			Estado:		Zona Postal:			
¿Necesita un Intérprete?: <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro _____			¿Es usted veterano de las Fuerzas Armadas de los EE.UU? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			Estado Civil: <input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Viudo(a)				
Si el paciente es menor de 18 y va a recibir vacunas por favor llene lo siguiente:		Nombre de la Madre:		Apellido Materno:			Fecha de Nacimiento: / /			
¿Cómo Escucho de nosotros?:		<input type="checkbox"/> Doctor			<input type="checkbox"/> Aseguranza		<input type="checkbox"/> Hospital			
<input type="checkbox"/> Familiar	<input type="checkbox"/> Amigo/a	<input type="checkbox"/> Iglesia	<input type="checkbox"/> Internet	<input type="checkbox"/> Visitando Clínica	<input type="checkbox"/> Periódico	<input type="checkbox"/> Escuela	<input type="checkbox"/> Anuncio de clínica			

INFORMACION DE SU ASEGURANZA									
(Por favor muestre su carta de aseguranza a la recepcionista)									
¿Alguien tiene seguro medico? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No (Si la respuesta es No, siga con la siguiente sección)									
Indique cual es su primera aseguranza :		<input type="checkbox"/> Medicaid		<input type="checkbox"/> Medicare		<input type="checkbox"/> CHIP		<input type="checkbox"/> CHIP Perinatal	
<input type="checkbox"/> Aseguranza Privada:				<input type="checkbox"/> Otro					
Persona responsable de los cargos:		Fecha de Nacimiento: / /		Dirección: (si es diferente):			Teléfono de Casa: ()		
Empleador:		Teléfono de su empleador ()							
Nombre de la persona asegurada:		#Seguro Social del Paciente:		Fecha de Nacimiento: / /		Numero de Grupo:		Numero de Póliza:	Co-pay: \$
Qué relación tiene con el asegurado:		<input type="checkbox"/> Usted Mismo	<input type="checkbox"/> Cónyuge		<input type="checkbox"/> Menor		<input type="checkbox"/> Otro		
Segunda Aseguranza:	Nombre de la persona asegurada:	#Seguro Social del Paciente:		Fecha de Nacimiento: / /		Numero de Grupo:		Numero de Póliza:	
Qué relación tiene con el asegurado:		<input type="checkbox"/> Usted Mismo	<input type="checkbox"/> Cónyuge		<input type="checkbox"/> Menor		<input type="checkbox"/> Otro		

EN CASO DE EMERGENCIA			
Nombre de un amigo(a) o un familiar (que no viva en la misma dirección):		Relación con el paciente:	Teléfono de Casa: ()
			Teléfono de Trabajo: ()

USO PARA OFICINA SOLAMENTE			
MR#:	Reviewed by:	Date:	Initial:

INFORMACION DE PAGOS

El centro de salud Spring Branch Community Health Center es una clínica privada sin fines de lucro. Se han fijado tarifas regulares a todos los servicios que ofrecemos. Esta no es una clínica del condado o de la ciudad. La consulta y los análisis de laboratorios hechos en esta clínica no están cubiertos por la tarjeta dorada y usted debe pagar por estos servicios dependiendo de su ingreso total y el número de personas en la familia.

Si usted tiene Medicaid o Medicare, los cargos por su consulta serán sometidos para cobro a Medicaid/Medicare. Por favor asegúrese de traer su tarjeta valida de Medicaid/Medicare cada vez que venga a consulta.

Si usted no tiene Medicaid/Medicare, los cargos serán basados en el ingreso total y el total de personas en casa. Si usted ha sometido una solicitud para Medicaid/Medicare, usted será responsable del total de su cuenta hasta que su solicitud sea aprobada. En caso que su solicitud sea negada, su balance será reajustado en relación al ingreso total y el número de personas en casa. Es su obligación mantenernos informados de cualquier cambio.

Yo doy autorización a mi aseguranza que los beneficios sean pagados directamente al centro de salud. Yo entiendo que soy responsable de cualquier balance que deba. También autorizo que SBCHC o la aseguranza medica de cualquier información necesitada para procesar mis pagos.

Yo eh leído y entiendo la información de pagos.

Paciente/Firma del Guardián (si el paciente es menor de 18 años)

Fecha

CONSENTIMIENTO PARA TRATAMEINTO Y CUIDADO MEDICO

Doy consentimiento para recibir cuidado de los proveedores medicaos, en la Clínica Spring Branch, y estoy de acuerdo en seguir las instrucciones, venir a mis citas, y hacerme las pruebas que sean requeridas.

Entiendo que mi información médica es confidencial y está protegida hasta donde lo indica la ley. Mi expediente médico solo será compartido, si doy mi consentimiento por escrito. I hereby consent for medical care and treatment at the Spring Branch Community Health Center.

No hago responsable a la clínica o a sus empleados por los resultados adversos del cuidado recibido. Yo eh leído y entiendo la notificación sobre las prácticas de la privacidad y mis derechos como paciente.

Paciente/Firma del Guardián (si el paciente es menor de 18 años)

Fecha

DESCUENTO DE SERVICIOS

Familia inmediata

Ingreso mensual: \$ _____

Cuanta gente vive con usted: # _____

Apellido	Nombre	Relación con el responsable de la casa	Sexo (M/F)	#Seguro Social	Fecha de Nacimiento:	Ingreso
					/ /	
					/ /	
					/ /	
					/ /	
					/ /	
					/ /	

OFFICE USE ONLY

Documentation Collected: Photo I.D. Copies of last 3 paychecks Copy of income tax return Welfare Coupons
 Social Security/Retirement Alimony Stipends Child Support Workman's Compensation Homeless Other

Homeless Vaccines Pregnancy Test Lab work

Monthly Income: _____ Family Size #: _____ Federal Poverty Level: _____

The patient _____ has been approved to receive benefits under the SBCHC sliding fee scale based on the information they have provided to us. The patient will pay \$ _____ at every office visit.

SBCHC authorized signature

Date

Aviso de Derechos de Privacidad a los Pacientes

ESTE AVISO DESCRIBE COMO SE PUEDE USAR Y REVELAR INFORMACIÓN SOBRE SU SALUD Y COMO USTED PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. Léalo con cuidado.

Este aviso se aplica a todos los documentos sobre su asistencia médica que se generan por este Centro, sean hechos por el Centro o por un proveedor asociado. Nuestra póliza sobre proteger información sobre su salud se extiende a todas las personas autorizadas profesionalmente que necesitan saber proveerle a usted de asistencia médica. La póliza se aplica a todas las áreas del Centro incluyendo todo el personal del Centro, la recepción, la facturación y la administración. También se aplica a cualquier entidad o individuo con el cual contratamos servicios, por ejemplo proveedores de referencia.

INFORMACION PRIVADA SOBRE SU SALUD

Por ser nuestro paciente, creamos historiales médicos electrónicos y en papel y documentos acerca de su salud, además de la asistencia y los servicios que le proveemos a usted necesitamos este historial para proveer continuidad de asistencia y para cumplir con ciertos requisitos legales. La ley requiere:

- Que aseguremos que la información sobre su salud sensible se mantenga privada
- Que le proveamos a usted este Aviso de Derechos de Privacidad de los Pacientes
- Que aseguremos que la ley y sus derechos legales entren en vigencia.

COMO PODEMOS USAR Y REVELAR LA INFORMACION SOBRE SU SALUD

Tratamiento: Podemos usar la información previamente recopilada sobre usted para proveerle con tratamiento o servicios médicos actuales o futuros. Por eso, podemos, y es lo mas probable que les revelemos su información a los médicos, enfermeras y otro personal medico que participan en su asistencia.

Pago: Podemos usar y revelar información medica sobre usted acerca de servicios y procedimientos para pasarle la cuenta y pedirle el pago a usted, a su compañía de seguros o a otra tercera entidad de reembolso, por ejemplo a la Compensación al Trabajador.

Usos de Operaciones: Podemos usar y revelar información sobre su salud para que funcione eficientemente el Centro y para asegurarnos que nuestros pacientes reciban asistencia de alta calidad.

Citas y Recordatorio de sus Citas: Podemos usar y revelar información sobre su salud para contactarle y recordarle de sus citas o del tratamiento medico que usted recibirá.

Entidades Externas: En caso de emergencia, podemos revelar información sobre usted a una entidad que ayude en casos de desastre para que su familia pueda estar informada acerca de su condición, situación o localidad.

Investigación: Podemos participar en investigación sobre el uso de ciertos protocolos de tratamiento que hayan recibido aprobación apropiada del gobierno y del Centro. En tal caso, obtendríamos su consentimiento que identificaría todos los aspectos de su participación, riesgos, beneficios y revelaciones posibles.

Requerido por la ley: Revelaremos información medica sobre usted cuando lo requiera la ley federal, estatal y local.

Para Evitar un Amenaza Grave a la salud o al a seguridad: Podemos usar y revelar información sobre su salud a la gente que necesite saberla para evitar una amenaza grave a su salud o a la salud y la seguridad de otros.

Donación de órganos y tejidos: Si usted es un donador de órganos, podemos revelar la información médica a las organizaciones que manejan la obtención y el transplante de órganos.

Riesgos y asuntos de la Salud Pública: Podemos revelar información sobre su salud como requiere la ley o por su autorización acerca de ciertas condiciones de salud para prevenir o controlar enfermedades, heridas o invalidez, nacimientos o muertes, abuso o abandono de niños o mayores, reacciones contra medicamentos o productos, retirada de productos y aviso de exposición a una condición.

Victimas de Abuso, Negligencia, o Violencia Domestica: Podemos revelar información sobre su salud a la policía, a los servicios sociales o a otras agencias del gobierno autorizado a recibir el informe si sospechamos que usted es victima de abuso, negligencia o violencia domestica.

Investigaciones y Actividades del Gobierno: Podemos revelar información sobre su salud a una agencia federal, estatal o local para actividades de descuido autorizadas por la ley que tal vez tengan que ver con inspecciones, licencias, conducta ilegal o cumplimiento con otras leyes y reglas incluyendo las leyes de derechos civiles.

Pleitos y Disputas: Si usted esta involucrado en un pleito o una disputa, podemos revelar información sobre su salud para responder a una citación, a una citación de la corte o a un mandato judicial, petición de descubrimiento u otro proceso legal por otra persona involucrada en la disputa.

AGENCIAS QUE VELAN POR EL CUMPLIMIENTO DE LA LEY

Podemos revelar información sobre su salud a la policía para identificar o localizar un testigo, un sospechoso o un desaparecido, acerca de una víctima de un delito, una muerte que consideramos relacionada con acciones delictivas, conducta delictiva actual, delitos en las propiedades del Centro o situaciones de emergencia para denunciar un delito o los detalles de un crimen.

Médicos Forenses y Directores de Funeraria: Podemos revelar información sobre su salud a un médico forense o a un director de funeraria si es necesario.

Seguridad Nacional y Militar: Si usted sirve actualmente en las fuerzas armadas o es un veterano de guerra, podemos revelar información sobre su salud a los militares si nos la piden. Podemos revelar información sobre su salud a funcionarios federales si están realizando actividades de seguridad e inteligencia nacional.

Compensación al Trabajador: Podemos revelar su información si es requerido por las leyes de compensación al trabajador y otras leyes y reglas parecidas.

SUS DERECHOS DE PRIVACIDAD

Usted tiene el derecho de:

Inspeccionar y copiar información sobre su salud: Puede pedir, revisar y obtener una copia de información sobre su salud que el Centro guarda mientras el Centro la tenga. Si usted pide revisar la información sobre su salud, el Centro decidirá permitirle revisar una parte o toda la información que pidió. El Centro puede cobrar por las copias que usted pida. Por favor, pídale esto por escrito al centro de salud.

Corregir la información sobre su salud si cree que esta equivocada o incompleta: Usted puede pedir que corrijamos la información médica que el Centro mantiene. Si el Centro acepta su petición de corregir la información sobre su salud, el cambio se convertirá en un documento permanente en su historia médica. Por favor, pídale esto por escrito al centro de salud.

Pedir de limitar la información médica que revelamos: Usted puede pedir que el Centro no use ni revele información sobre su salud. Su petición debe describir detalladamente como quiere limitar la información. El Centro puede rechazar su petición. Por favor, pídale esto por escrito al centro de salud.

Pedir una lista de las revelaciones que hemos hecho de la información sobre su salud: Usted puede pedir una lista de las revelaciones de la información sobre su salud que hemos hecho. Esta lista no incluirá revelaciones de rutina de la información sobre su salud para los propósitos descritos arriba con respecto al tratamiento, pago, o operaciones del Centro. Por favor, pídale esto por escrito al centro de salud.

Pedirnos comunicaciones confidenciales: No revelaremos la información sobre su salud excepto como lo hemos descrito en este aviso. Sin embargo, usted puede pedir que le contactemos a usted por otro medio o en otra dirección o que limitemos el número o el tipo de gente que tiene acceso a información sobre su salud. Por favor, pídale esto por escrito al centro de salud.

Recibir de nosotros una copia en papel de este Aviso: Usted puede pedir una copia de este Aviso a cualquier hora.

SU DERECHO DE QUEJARSE

Quejas: Si usted cree que sus derechos de privacidad se han violado, puede hacer un reclamo con el Centro o con el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos. Todo reclamo debe entregarse por escrito y todos los reclamos se investigaran.

CAMBIOS EN ESTE AVISO

Cambios en este Aviso: Reservamos el derecho de cambiar este Aviso a cualquier hora. Colocaremos una copia del aviso actual en el Centro con la fecha de vigencia. Usted puede pedir una copia del aviso actual cada vez que visite el Centro para servicios, o puede llamar al Centro y pedir que se le mande a usted el aviso actual.

INFORMACION DE CONTACTO DE PRIVACIDAD

Si usted tiene preguntas sobre este aviso o quiere hacer una petición, por favor póngase en contacto con el Centro:

Nombre: Spring Branch Community Health Center

Dirección: 9325 Kempwood Drive

Houston, Texas 77080

Teléfono: 713-462-6565

Fax: 713-462-6581