



**THE FORT WORTH NORTHSIDE COMMUNITY HEALTH CENTER, INC.
DBA/ Albert Galvan Health Clinic**

FORMA DE REGISTRACION DEL PACIENTE

NOMBRE DE PACIENTE: _____
(APELLIDO) (PRIMER NOMBRE) (SEGUNDO NOMBRE)

DIRECCION: _____
(CALLE) (CIUDAD) (ESTADO) (CODIGO POSTAL)

TELEFONO: _____ CORREO ELECTRONICO: _____

SEXO: () MASCULINO () FEMENINO FECHA DE NACIMIENTO: _____

SEGURO SOCIAL: _____ LENGUAJE: () INGLES () ESPANOL () OTRO: _____

RAZA: () BLANCO () HISPANO () AFRO-AMERICANO () OTRA ANOS DE EDUCACION: _____

ESTADO CIVIL: _____ MILITARY
() SOLTERO/A () CASADO/A () SEPARADO/A () DIVORCIADO/A () VIUDO/A () VETERANO

EMPLEADO:
() TIEMPO COMPLETO () MEDIO TIEMPO () DESEMPLEADO () PROPIETARIO () ESTUDIANTE

NOMBRE DE EMPLEADOR: _____ TELEFONO: _____

DIRECCION DE EMPLEADOR: _____
(CALLE) (CIUDAD) (ESTADO) (CODIGO POSTAL)

CONTACTO DE EMERGENCIA: _____ TELEFONO: _____

() SEGURO PRIVADO () MEDICAID () MEDICARE () NO SEGURO () OTRO: _____

CONYUGE O PERSONA RESPONSABLE

NOMBRE: _____ TELEFONO: _____
(APELLIDO) (NOMBRE) (SEGUNDO NOMBRE)

NOMBRE DE EMPLEADOR: _____ TELEFONO: _____

DIRECCION: _____
(CALLE) (CIUDAD) (ESTADO) (CODIGO POSTAL)

FINANZAS DE LA FAMILIA

INGRESOS: \$ _____ () SEMANAL () QUINCENA () MENSUAL () ANUAL

CUANTOS MIEMBROS DE FAMILIA _____ CUANTOS MENORES DE EDAD _____

FIRMA DEL PACIENTE: _____ FECHA: _____



CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO: Cada paciente del Centro de Salud de FWNCHC es tratado de acuerdo a las ordenes del medico que lo esta atendiendo. Doy me consentimiento al medico que me atiende o a las personas que el/ella designe para realizar o administrar todos los estudios o tratamientos que según su discreción sean aconsejados durante mis vistas a FWNCHC.

Entiendo y acepto que las Leyes de Texas estipulan que si cualquiera de los que trabajan en el cuidado de mi salud esta expuesto a mi sangre o otros fluidos del cuerpo, pueden examinar mi sangre o cualquier otro fluido con o sin mi consentimiento, para determinar la presencia de enfermedades contagiosas incluyendo el HIV. Comprendo que esos análisis son necesarios para proteger a aquellos que están a cargo de me salud mientras yo sea paciente de la clínica FWNCHC. También comprendo que los resultados de los análisis practicados en esas circunstancias son confidenciales y no formaran parte de mi historia médica.

CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO DE MENOR O DEPENDIENTE: Autorizo al personal de la FWNCHC a proporcionar tratamiento medico o quirujico a mi dependiente menor. Este permiso sera valido por un ano apartir de la fecha de la firma.

PORPORCINAR INFORMACION: Autorizo a FWNCHC a proporcionar o obtener toda la información que se encuentre en mi historia financiera o medica, incluyendo diagnósticos y resultados de pruebas para

1. los profesionales que me tratan
2. me compañía de seguro, plan de salud, su representante, sus agentes o contratistas independientes
3. cualquier otra persona o entidad que sea responsable de pagar o procesar cualquier porción de mis gastos por los tratamientos médicos obtenidos
4. cualquier persona o entidad asociada con FWNCHC con propósitos administrativos o de cobranza/colección
5. evaluación de calidad y manejo de riesgos
6. hospitales, hogares de ancianos, de recuperación o a las agencias de tratamiento a domicilio o otra institución de salud a la que yo sea trasferido/a.

Comprendo que este consentimiento se aplica a **todos los datos** creados en el transcurso de mi tratamiento y a los relacionados al mismo en la clínica FWNCHC. Yo acepto eximir a FWNCHC, a sus agentes, representes y empleados de toda responsabilidad asociada a la liberación de la información confidencial del paciente de acuerdo con esta autorización. Entiendo que FWNCHC no puede ser responsable por el uso a la divulgación de información realizada por terceras personas.

ACUERDO FINANCIERO Y ASIGNACION DE BENEFICIOS: En consideración por los servicios recibidos acepto pagar por los mismos. Acepto asignar a FWNCHC y a los profesionales que me proveen servicios o tratamiento los beneficios de me seguro medico, del plan prepago de cuidado de salud o cualquier otros orígenes de reembolso. Acepto que en el caso de que exista un balance que no sea cubierto o pagado por esta póliza o plan, será me responsabilidad legal pagar el balance.

ESTE ES UN CONSENTIMIENTO LEGAL Y UN FORMULARIO DE ASIGNACION DE BENEFICIOS. POR FAVOR LEALO CUIDADOSAMENTE Y ASEGURESE DE QUE SUS PREGUNTAS HAYA SIDO CONTESTADAS ANTES DE FIRMARLO. Una copia fotostática de este consentimiento también será valida y podrá ser usada con la misma fuerza que la original que lleva la firma.

FIRMA DEL PACIENTE OF PERSONA LEGALMENTE AUTORIZADA

FECHA

NOMBRE Y RELACION CON EL PACIENTE

TESTIGO



DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DEL PACIENTE Y DEL CENTRO

Bienvenidos a Fort Worth Northside Community Health Center; la meta de FWNCHC es proveer la asistencia médica a personas elegibles en esta comunidad, a pesar de su capacidad de pagar. Si FWNCHC está matriculando pacientes nuevos, puede ser que Usted sea elegible para ser nuestro paciente. Como paciente, Usted tiene derechos y responsabilidades. FWNCHC también tiene derechos y responsabilidades. FWNCHC quiere que Usted entienda estos derechos y responsabilidades para que Usted pueda ayudarnos a proveerle mejor asistencia médica. Por favor lea y firme esta declaración y háganos cualquier pregunta que Usted tenga.

Derechos humanos:

1. Usted tiene el derecho de ser tratado con respeto y dignidad a pesar de su raza, religión, sexo, nacionalidad, orientación sexual, filiación política o capacidad de pagar por los servicios.

Pago por servicios:

2. Usted es responsable de darnos su información exacta sobre su situación económica y sobre cualquier cambio en su situación económica. FWNCHC necesita esta información para decidir cuánto cobrarle a Usted y/o para que podamos pasarle la cuenta a un seguro privado, a Medicaid, a Medicare o a otros beneficios para los cuales Usted es elegible. Si sus ingresos son menos que el nivel de pobreza federal le daremos a Usted un descuento.
3. Usted tiene el derecho de recibir explicaciones de nuestra cuenta. Debe pagar o hacer arreglos para pagar todos honorarios acordados por servicios médicos, con excepción de servicios dentales los cuales se proveen al pagar por adelantado. Si no puede pagar ahora, háganos saberlo para que FWNCHC pueda proveerle la asistencia ahora y arreglar un plan de pago.
4. La ley federal nos prohíbe que le neguemos a Usted de asistencia médica primaria la cual es necesaria para su bienestar, solo porque Usted no puede pagar por estos servicios.

Privacidad:

5. Usted tiene el derecho de tener sus entrevistas, exámenes y tratamiento en privado. Sólo personas autorizadas legalmente pueden ver sus archivos a menos que Usted pida por escrito que se los enseñemos a otra persona. Una explicación completa de sus derechos de privacidad "Aviso de Derechos de Privacidad de los Clientes" se agrega a este documento. Al firmar este documento, Usted indica que ha leído este Aviso. Este Aviso explica en detalle los derechos que Usted tiene por medio del *Health Insurance Portability and Accountability Act*.

Asistencia médica:

6. Usted es responsable de proveer a FWNCHC información completa y actual sobre su salud o enfermedad, para que FWNCHC pueda darle asistencia médica apropiada. Usted tiene el derecho y le aconsejamos que participe en las decisiones sobre su tratamiento.
7. Usted tiene el derecho de recibir información y explicaciones en el idioma que habla normalmente y en palabras que entiende. También tiene el derecho de recibir información sobre su salud o enfermedad, tratamiento (incluyendo los riesgos), los resultados esperados, si se saben y información sobre Avance Directivas. Si Usted no desea recibir esta información o si no es aconsejable médicamente compartir esa información con Usted, FWNCHC se la proveerá a una persona autorizada legalmente.
8. Usted es responsable del uso apropiado de nuestros servicios, lo cual incluye seguir las instrucciones de nuestro personal, hacer citas y cumplirlas, y pedir una visita sin haber hecho una cita sólo cuando Usted está enfermo. FWNCHC quizás no pueda verle a menos que tenga una cita. Si Usted no entiende o no puede seguir las instrucciones del personal, díganoslo para que FWNCHC pueda ayudarle.



9. Si Usted es un adulto tiene el derecho de rechazar tratamiento hasta el punto permitido por la ley y de estar informado de los riesgos de rechazar tal asistencia. Usted es responsable de los resultados por rechazar el tratamiento.
10. Usted tiene el derecho de recibir asistencia médica y tratamiento que es razonable para su condición y dentro de nuestra capacidad. Usted tiene el derecho de ser transferido o mandado a otro centro para servicios que FWNCHC no puedan proveer. Pero, FWNCHC no paga por servicios que Usted consigue en otra parte. FWNCHC no es un Centro/hospital de urgencias.
11. Si Usted está adolorido tiene el derecho de recibir una evaluación y tratamiento apropiados como sea necesario.

Reglas del Centro:

12. Usted tiene el derecho de recibir información sobre cómo se usan apropiadamente los servicios de FWNCHC. Usted es responsable de usar los servicios de FWNCHC de una manera apropiada. Si Usted tiene preguntas sobre como usar los servicios del centro, háganoslas saber.
13. Usted es responsable de la supervisión de niños que trae con Usted a FWNCHC. Usted es responsable de su seguridad y de la protección de clientes y de nuestras propiedades.
14. Usted tiene la responsabilidad de cumplir su cita. Las citas incumplidas causan una demora de tratar a otros pacientes. Si Usted no cumple con su cita se le puede pedir a Usted que se reúna con el Director Ejecutivo o con otra persona designada para determinar la razón por la cual Usted no cumplió a sus citas y para establecer si Usted puede seguir como paciente de FWNCHC.

Quejas:

15. Si Usted no está satisfecho con nuestros servicios díganoslo. FWNCHC recibe sugerencias para que FWNCHC pueda mejorar nuestros servicios. FWNCHC le dirá a Usted cómo se hace un reclamo. Si no está satisfecho cómo FWNCHC maneja su reclamo Usted puede quejarse a la junta directiva.
16. Si Usted se queja, no lo castigaremos a Usted por hacer un reclamo y continuaremos a proveerle servicios a Usted.

Terminación:

17. Si decidimos en que tenemos que dejar de tratarlo a Usted como paciente en la clínica FWNCHC Usted tiene el derecho de recibir un aviso con anticipación que explica la razón por la decisión y se le dará a Usted 30 días para encontrar otros servicios médicos. FWNCHC puede decidir dejar de tratarlo a Usted inmediatamente y sin aviso previo si Usted ha creado una amenaza a la seguridad del personal y/o de otros pacientes. Usted tiene el derecho de recibir una copia de la política de terminación de FWNCHC. Otras razones por las cuales FWNCHC puede dejar de verlo a Usted incluyen pero no son limitadas a:
 - a. No obedecer las reglas de FWNCHC, por ejemplo no cumplir sus citas,
 - b. No decirnos intencionalmente información correcta sobre su salud o enfermedad,
 - c. No seguir intencionalmente el programa de asistencia médica, tal como instrucciones sobre tomar medicamentos, costumbres personales de salud, o otras citas recomendadas por su proveedor
 - d. Crear una amenaza a la seguridad del personal y/o de otros clientes
 - e. No decirnos intencionalmente su situación económica correcta.
18. Si FWNCHC le ha dado a Usted un aviso de terminación de la relación entre el paciente y el Centro, Usted tiene el derecho de apelarle a la junta directiva contra tal decisión. A menos que Usted tenga una emergencia médica, no continuaremos viendo a Usted como paciente mientras este apelando la decisión.

Firma: _____

Fecha: _____