

NORTH TEXAS AREA COMMUNITY HEALTH CENTERS

FORMA DE REGISTRACION DEL PACIENTE

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

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

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

TELEFONO: _____ CORREO ELECTRONICO: _____

SEXO: MASCULINO FEMENINO FECHA DE NACIMIENTO: _____ AÑOS DE EDUCACION: _____

SEGURO SOCIAL: _____ LENGUAJE: INGLES ESPAÑOL OTRO: _____

RAZA: BLANCO AFRO-AMERICANO OTRA _____ ETNICIDAD: HISPANO NO HISPANO

ESTADO CIVIL: _____ MILITARY

SOLTERO/A CASADO/A SEPARADO/A DIVORCIADO/A VIUDO/A VETERANO

PERSONA RESPONSABLE

EMPLEADOR:

TIEMPO COMPLETO MEDIO TIEMPO DESEMPLEADO PROPIETARIO ESTUDIANTE

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

NOMBRE DE EMPLEADOR: _____ TELEFONO: _____

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

DE FAMILIA _____ INGRESOS: \$ _____ SEMANAL QUINCENA MENSUAL ANUAL

SEGURO PRIVADO MEDICAID MEDICARE NO SEGURO OTRO: _____

CONTACTO DE EMERGENCIA

CONTACTO DE EMERGENCIA: _____ TELEFONO: _____

Yo atestiguo que esta información es verdadera y exacta

FIRMA DEL PACIENTE: _____ FECHA: _____

FIRMA DE PERSONA RESPONSABLE: _____

RELACION CON EL PACIENTE: _____

NORTH TEXAS AREA COMMUNITY HEALTH CENTERS

CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO: Cada paciente del Centro de Salud de NTACHC 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 NTACHC.

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 NTACHC. 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 NTACHC 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 NTACHC 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 NTACHC 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 desalud 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 NTACHC. Yo acepto eximir a NTACHC, 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 NTACHC 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 NTACHC 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

NORTH TEXAS AREA COMMUNITY HEALTH CENTERS

DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DEL PACIENTE Y DEL CENTRO

Bienvenidos a Fort Worth NorthsideCommunityHealth Center; la meta de NTACHC es proveer la asistencia médica a personas elegibles en esta comunidad, a pesar de su capacidad de pagar. Si NTACHC está matriculando pacientes nuevos, puede ser que Usted sea elegible para ser nuestro paciente. Como paciente, Usted tiene derechos y responsabilidades. NTACHC también tiene derechos y responsabilidades. NTACHC 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. NTACHC 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 NTACHC 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 *HealthInsurancePortability and AccountabilityAct*.

Asistencia médica:

6. Usted es responsable de proveer a NTACHC información completa y actual sobre su salud o enfermedad, para que NTACHC 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, NTACHC 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. NTACHC 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 NTACHC pueda ayudarle.

NORTH TEXAS AREA COMMUNITY HEALTH CENTERS

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 NTACHC no puedan proveer. Pero, NTACHC no paga por servicios que Usted consigue en otra parte. NTACHC 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 NTACHC. Usted es responsable de usar los servicios de NTACHC de una manera apropiada. Si Usted tiene preguntas sobre comousar los servicios del centro, háganoslas saber.
13. Usted es responsable de la supervisión de niños que trae con Usted a NTACHC. 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 NTACHC.

Quejas:

15. Si Usted no está satisfecho con nuestros servicios díganoslo. NTACHC recibe sugerencias para que NTACHC pueda mejorar nuestros servicios. NTACHC le dirá a Usted cómo se hace un reclamo. Si no está satisfecho cómo NTACHC 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 NTACHC 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. NTACHC 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 NTACHC.
18. Otras razones por las cuales NTACHC puede dejar de verlo a Usted incluyen pero no son limitadas a:
 - a. No obedecer las reglas de NTACHC, 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.
19. Si NTACHC 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.