

**DOCUMENTOS REQUERIDOS:**

1. ID/LICENCIA
2. TARJETA DE SUGURO SOCIAL
3. PRUEBA DE INGRESO (1 MES)
4. PRUEBA DE DOMICILIO

1533 Brownlee Blvd. Corpus Christi, TX 78404

www.amistadchc.org

Phone: (361) 884.2242 Fax: (361) 884-2243

LAS EXPECTATIVAS DEL PACIENTE

LLAMADA para CANCELAR Y REPROGRAMAR las CITAS: Si usted no puede venir a su cita, por favor llame al número (361) 884-2242 ext. 3 tan pronto como posible para cancelar y reprogramar su cita. No cancelar malgasta el tiempo de la cita que puede ser utilizado por otro paciente.

REGLA de No LLAMAR para CANCELAR su CITA: Nuestra regulación es que después de tres veces que la paciente no llama a cancelar su cita, no será permitido concertar citas. Puede venir sin cita y esperar hasta que un medico lo pueda ver.

LLAMADA para RECORDARLE su CITA: Amistad llama a pacientes para recordarles y confirmar la fecha y el tiempo de la cita. Por favor esté seguro que tenemos su número de teléfono correcto en el archivo y déjenos saber si usted **no desea** que le dejemos un recado en su contestador.

MEDICINAS: Por favor traiga sus medicinas a cada visita e informe a la enfermera si necesita rellenas.

PAGO por Sus SERVICIOS:

- Pago es esperado en cada visita. Amistad se esfuerza por proporcionar cuidado de calidad a precios económicos y depende de su esfuerzo en buena fe para pagar por los servicios que recibe. Si usted no puede pagar nuestro honorario, puede solicitar un descuento con nuestra Escala de Honorario que Desliza. Un plan de pago puede ser arreglado si es necesario.
- Servicios de laboratorio y de radiografía son ofrecidos a descuento a pacientes que califican. El paciente le paga a Amistad y facilidades de laboratorio y de radiología le cobran a Amistad.

INFORMACION de CONTACTO: Por favor informe al personal de recepción de cualquier cambio en su número de teléfono, su dirección, o su seguro para que nosotros podamos procesar correcta-mente y rápidamente su pago y arreglar cualquier referencia a especialistas.

OTROS SERVICIOS DISPONIBLES:

- **Trabajador de Medicaid:** Haga petición para ver al trabajador de Medicaid en nuestra oficina si tiene niños de 18 años o menos y si califica para nuestro descuento de honorario que desliza.
- **Ayuda para Medicinas:** La ayuda para medicinas está disponible para pacientes elegibles. El Programa de la Ayuda para Prescripción en nuestra oficina revisará sus medicinas y hará arreglos para obtener las drogas elegibles a un precio de descuento o gratis. El proceso toma 4-6 semanas para recibir sus medicinas.
- **Cuidado para Mujeres:** La investigación mamografía sin costo es ofrecida el primer viernes del mes para los que califican y servicios ginecológicos en el Departamento de la Salud para cierto diagnóstico que requieren tratamiento adicional.
- **Educación de la Diabetes:** Clases sobre diabetes son ofrecidas a nuestros pacientes en el Colegio del Mar, Campus occidental.

X

FIRMA del PACIENTE

La FECHA

NOMBRE PACIENTE (Impresión)

del HISTORIAL MEDICO

Time Out: _____ Time In: _____ Time Entered: _____ Time Routed: _____ Acct. # _____

EL CENTRO MEDICO COMUNITARIO de AMISTAD, S.A.

EL FORMULARIO DE INSCRIPCION

Fecha: _____		Doctor/a: _____	
INFORMACION DEL PACIENTE			
El Apellido del Paciente: _____		Primer nombre: _____	Segundo nombre: _____
			Número de seguro social: / /
Calle: _____		Apartamento: _____	Ciudad, Estado: _____
			Código Postal: _____
Nacimiento: / /	Su Género: Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/>	Número Telefónico: () -	Número Celular: () -
Email: _____			
Estado civil: Solo/a <input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Divorciado/a <input type="checkbox"/> Separado/a <input type="checkbox"/> Viudo/a <input type="checkbox"/>		Empleo: Empleado <input type="checkbox"/> Desempleados <input type="checkbox"/> A tiempo parcial <input type="checkbox"/> A tiempo total <input type="checkbox"/>	Empleador: _____
			Número Telefónico de Empleador: () -
Raíz: Indio Americano <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Africano Americano <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Otro (indique): _____		Etnia: Indio Americano <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Hispánico <input type="checkbox"/> Africano Americano <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Otra (indique): _____	Idioma Preferida: Ingles <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otra (indique): _____
Por favor, marque lo que corresponda:			
Migrante granjero <input type="checkbox"/>	Sin Hogar <input type="checkbox"/>	Veterano <input type="checkbox"/>	
Granjero de temperado <input type="checkbox"/>	Vivir en un refugio para indigentes <input type="checkbox"/>	Estudiante <input type="checkbox"/>	Escuela: _____
¿Quién lo mando a la clínica? Por favor, marque lo que corresponda:			
Dr. u otra medico <input type="checkbox"/>	Miembro de familia <input type="checkbox"/>	Amigo <input type="checkbox"/>	Páginas Amarillas <input type="checkbox"/> Internet <input type="checkbox"/> Sitio Web de Amistad <input type="checkbox"/>
Compañía Seguro (indique): _____			
Otra organización (indique): _____			
Otro lugar (indique): _____			
Otros miembros de su familia que son pacientes de Amistad: _____			
INFORMACION ACERCA SU ASEGURO			
(Favor de dar su tarjeta de seguro al frente.)			
Si la persona responsable no es el paciente, provea la información que sigue: Nombre de Suscriptor: _____		Número de seguro social de Suscriptor: / /	Fecha de Nacimiento de Suscriptor: / /
Dirección de Suscriptor: _____		Telefónico de Suscriptor: () -	
Relación del Paciente con el Suscriptor: Soy yo <input type="checkbox"/> Esposo/a <input type="checkbox"/> Hijo/a <input type="checkbox"/> Otro (Indique): _____			
EN CASO DE EMERGENCIA			
Nombre de amigo local o familiar que no vive en su mismo domicilio: _____		Relación al Paciente: _____	Número telefónico: () -
			Número Celular: () -
La información que he presentado es correcta según mi entendimiento. Autorizo que beneficios de mi seguro sean pagados directamente a Amistad CHC. Comprendo que soy financieramente responsable por lo que no pague el seguro. También autorizo a Amistad CHC o la compañía del seguro que provea cualquier información requerida para procesar mis reclamos.			
Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
La importancia del documento legal, Directiva Anticipada , me ha sido explicada como un documento diseñado para ayudarme comunicar mis deseos acerca de tratamiento medico en algun tiempo en el futuro cuando puedo no hacer mis deseos conocidos a causa de enfermedad o herida. He sido ofrecido una Directiva Anticipada y yo voluntariamente:			
Acepto <input type="checkbox"/> Rechazo <input type="checkbox"/>			
Firma del Paciente/Guardián: X			Fecha: _____



INFORMACION FAMILIAR

Información Financiera y Honorarios: Usted puede calificar para un descuento en sus honorarios. Si usted quiere aplicar para un descuento, necesitamos información de sus ingresos. Usted tiene que proveer prueba de sus ingresos como IRS Forma W-2 s o los talonarios de cheques. Mantenemos toda información confidencial.

Por favor provee todos los miembros de su familia que viven en su domicilio incluyendo usted mismo:

Nombre	Fecha de Nacimiento	Relación al Paciente	Mas Alto Grado de Educación	Idioma Preferida

Indique los ingresos anuales de los miembros de su familia que viven en su domicilio (use mas paginas si es necesario)

Nombre del Familiar	Ingresos Anuales
	\$
	\$
	\$
	\$

Ingresos Anuales Totales	\$
---------------------------------	-----------

USO POR LA OFICINA SOLAMENTE:
 Verificación de Ingresos:
 Forma W-2/Forma de Ingresos Talones Carta de Apoyo Otro Modo: _____
Categoría Financiaría: _____ **SFS:** A B C D E

La información que he presentado es correcta según mi entendimiento. Autorizo que beneficios de mi aseguro sean pagados directamente a Amistad CHC. Comprendo que soy financieramente responsable por lo que no pague el aseguro. También autorizo a Amistad CHC o la compañía del aseguro que provea cualquier información requerida para procesar mis reclamos.

X
Firma del Paciente/Padres/Guardián

Fecha



Autorizacion para Diseminacion de Información De Proteccion de Salud

Al firmar este documento, autorizo a Amistad Centro de Salud Comunitario a usar y divulgar mi informacion de proteccion de salud para las operaciones de tratamiento, pago o atencion medica.

Mi "información de protección de salud", significa información de salud, incluyendo mi información demográfica, suministrada por mí, y creada o recibida por mi medico, otro proveedor de atención medica, un plan de salud, mi empleador o un centro de atención de la salud. Esta información de protección de salud se refiere a mi salud física o mental en el pasado presente o futuro y me identifica, o si hay una base razonable para creer que la información podría indentificarme.

Entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorizacion, por escrito, en cualquier momento mediante el envio de una notificacion escrita a la siguiente practica: Amistad Centro Comunitario: Atencion: Medical Records: 1533 Brownlee Blvd. Corpus Christi, Texas 78404

Entiendo que una revocacion no es valida en la medida en que la practica se a basado en esta autorizacion en sus acciones. Por otra parte, la revocación no es valida si esta autorización se obtuvo como condición para obtener cobertura de seguro, ya que otra ley proporciona al asegurador el derecho a impugnar una reclamación bajo la poliza misma.

Entiendo que la informacion utilizada o revelada de acuerdo con esta autorizacion puede ser objeto de divulgacion por el destinatario y puede no estar protegida por la ley federal de regulaciones de privacidad HIPAA.

He recibido y revisado el Aviso de Practicas de Privacidad de esta oficina, que explica como mi información medica será utilizada y divulgada. Esta oficina se reserva el derecho de cambiar las practicas de privacidad que se describen en el Aviso de Practicas de Privacidad. Puedo obtener un aviso revisado en la oficina. La practica no va a condicionar mi tratamiento, pago y la inscripcion en un plan de salud o elegibilidad para beneficios sobre si doy la autorizacion para el uso solicitado o de la divulgacion. Puedo negarme a dar su consentimiento para el uso o la divulgacion de mi informacion personal de salud, pero esto debe ser por escrito, bajo esta ley, tenemos el derecho de no tratarlo en el caso de que decida negarme a revelar su información de salud personal (PHI, por sus siglas en ingles).

X _____

Firma del Paciente

_____ Descripción Autorizada de Representante Personal

Nombre del Paciente

Fecha

Yo autorizo a Amnstad Centro de Salud Comunitario para divulgar mi informacion de proteccion de salud a los siguientes representantes personales:

X _____

Firma del Paciente o Representante Personal

Fecha



DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DE IDENTIDAD DEL PACIENTE

Bienvenido a Amistad Centro de Salud Comunitario, SA. Nuestro objetivo es proporcionar atención médica de calidad a personas que califiquen en esta comunidad, independientemente de su capacidad de pago. Si estamos reclutando nuevos pacientes, usted puede ser elegible en uno de nuestros pacientes. Como paciente, usted tiene derechos y responsabilidades. Nosotros también tenemos derechos y responsabilidades. Queremos que usted entienda estos derechos y responsabilidades pues nos puede ayudar a proporcionar una mejor atención de la salud para usted. Por favor lea esta declaración y haganos cualquier pregunta que usted pueda tener.

Derechos Humanos:

1. Usted tiene derecho a ser tratado con respeto y dignidad sin importar la raza, afiliación religiosa, sexo, origen nacional, orientación sexual, política o capacidad para pagar los servicios.

Pago por Servicios:

2. Usted es responsable de darnos una información precisa sobre su estado financiero actual y cualquier cambio en su situación financiera. Necesitamos esta información para decidir la cantidad a cobrarle a usted y/o seguro privado, Medicaid, Medicare u otros beneficios que usted puede ser legible. Si su ingreso es inferior a las pautas federales de pobreza, se le cobrará una tarifa de descuento.
3. Usted tiene el derecho a recibir explicaciones de su factura. Usted debe pagar o hacer arreglos para pagar todos los honorarios convenidos por los servicios médicos y servicios dentales, según lo dispuesto por nuestras políticas. Si usted no puede pagar de inmediato, por favor háganoslo saber para que podamos atenderle ahora y elaborar un plan de pago.
4. La ley Federal nos prohíbe negarle servicios de atención primaria de salud, que son medicamentos necesarios, únicamente porque no se puede pagar por estos servicios.

Privacidad:

5. Usted tiene derecho a tener sus entrevistas, exámenes y tratamientos en privado. Sus registros médicos son privados. Solo las personas autorizadas legalmente pueden ver sus archivos, a menos que usted solicite por escrito para que podamos mostrarle a otra persona. Una discusión completa de sus derechos de privacidad se adjunta en el “Aviso de Prácticas de Privacidad del Centro” Al firmar este documento, está indicando que usted ha recibido este aviso. Este Aviso detalla los distintos derechos que se le concede a usted bajo la Ley de Salud Insurance Portability and Accountability Act..

Cuidados de Salud:

6. Usted es responsable de proporcionar la información completa y actualizada sobre su estado de salud o enfermedad, para que podamos darle una atención médica adecuada. Usted tiene el derecho a, y se le incentiva a participar en las decisiones sobre su tratamiento.
7. Usted tiene el derecho a la información y explicaciones en el idioma que hable normalmente y en palabras que usted entienda. Usted tiene el derecho a la información sobre su salud o enfermedad, el plan de tratamiento (incluyendo los riesgos) y el resultado esperado, si se conoce, y la información sobre las directivas anticipadas. Si usted no desea recibir esta información, o si no es médicamente aconsejable compartir esta información con usted, vamos a tratar entonces con la persona legalmente autorizada.
8. Usted es responsable de un uso adecuado de nuestros servicios, que incluye seguir las instrucciones de nuestro personal, lo que hace, y acudir a las citas programadas, y solo solicitar que los atiendan sin cita cuando usted está enfermo. Puede que no podamos atenderle a menos que tenga una cita. Si usted no entiende o no puede seguir instrucciones del personal, por favor comuníquelo para ver en que le podemos ayudar.
9. Si usted es un adulto, usted tiene el derecho a rechazar el tratamiento en la medida permitida por la ley, y de ser informado de los riesgos de rechazar dicha atención. **Usted es responsable de los resultados de rechazar el tratamiento.**



10. Usted tiene el derecho a la atención médica y el tratamiento que sea razonable para su condición y dentro de nuestra capacidad. Usted tiene el derecho de ser transferido o referido a otro centro de servicios que nosotros no podamos proporcionar. Sin embargo, nosotros no pagamos por los servicios que se obtienen en otros lugares. **Nota: Amistad Centro de Salud Comunitario no es un centro de emergencias.**

Reglas del Centro:

11. Usted tiene derecho a recibir información sobre cómo utilizar adecuadamente nuestros servicios. Usted es responsable de utilizar nuestros servicios de manera adecuada. Si usted tiene preguntas acerca del uso de los servicios del centro, por favor consúltenos.
12. Usted es responsable de la supervisión de los niños que traen a nuestro Centro. Usted es responsable de su seguridad y la protección de otros clientes y nuestra propiedad.
13. Usted tiene la responsabilidad de mantener su cita programada. Perder las citas programadas causa un retraso en el tratamiento de otros pacientes. Si no puede asistir a las citas programadas por tres (3) veces consecutivas, se le pedirá reunirse con el Consejero Delegado o el personal designado para determinar la razón de sus citas perdidas y si puede continuar como un paciente de **Amistad Centro de Salud Comunitario**.

Quejas:

14. Si usted no está satisfecho con nuestros servicios, por favor díganos. Queremos sus sugerencias para que podamos mejorar nuestros servicios. Le diremos cómo presentar una queja. Si usted no está satisfecho con la forma en que manejamos su queja, usted puede presentar una queja ante la Junta Directiva.
15. No hay ningún castigo por presentar una queja y seguirá siendo nuestro paciente.

Terminación:

16. Podemos decidir dejar de tratarlo como paciente. Si se decide no darle tratamiento a usted como paciente, usted tiene el derecho de ser notificado con anticipación y de saber la razón de la decisión y se le dará 30 días para tratar de encontrar otros servicios de salud. Después de la notificación de terminación, solo prestar atención urgente de un período de 30 días, mientras que encontramos un nuevo proveedor. Podemos decidir dejar de tratar de inmediato y sin previo aviso, si hemos determinado que usted ha creado una amenaza para la seguridad del personal y/o otros clientes. Usted también tiene derecho a recibir una copia de nuestra política de cancelación.

Otras razones por las que podemos dejar de ver que se incluyen:

- a. El incumplimiento de las reglas,
 - b. Incumplimiento de las citas programadas tres (3) veces,
 - c. Incumplimiento intencional de reportar información correcta acerca de su salud,
 - d. Incumplimiento intencional de seguir el programa de cuidados, como acerca de cómo tomar las medicinas, prácticas personales de salud, o citas de seguimiento recomendadas por su doctor,
 - e. Crear una amenaza para la seguridad del personal y/o clientes y/o abuso verbal o físico o acoso al personal del Centro, y
 - f. Incumplimiento intencional de reportar correctamente el estado financiero.
17. Si le hemos dado su notificación, usted tiene el derecho de apelar a la Junta Directiva.
18. He recibido una copia de este documento en un panfleto.

X _____

Firma

Fecha

Me fue leído por

Fecha



CONCENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____

Nombre de la persona que provee el consentimiento, si no es el paciente: _____

Relación con el paciente: _____

Mismo _____ Padre _____ Guardián _____ Otro: _____

1. Yo autorizo a los médicos, dentistas, asistente de doctor, enfermeras con estudios avanzados, equipo de enfermeras y otro personal de este Centro, en sus diferentes localidades, y doy mi consentimiento, a según sea necesario, para suministrar pruebas diagnosticas, exámenes y tratamientos médicos, servicios de laboratorio (como sangre, orina, y otros estudios), rayos-X, electro cardiogramas, suministrar medicinas, procedimientos médicos recomendados por el personal médico (o dental si es aplicable) (doctores, enfermeras, y otros), y consejos de planificación familiar así como lo mandan los reglamentos federales. Yo entiendo que no se me ha dado ninguna garantía en cuanto al resultado de *mi* tratamiento o lo efectivo de cualquier método anticonceptivo.
2. Entiendo que el asistente de doctor, y enfermera con estudios avanzados no son doctores con licencia y solamente pueden tratar o diagnosticar cualquier enfermedad, Lesión, o condición médica bajo la supervisión y dirección de un medico con Licencia. También entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento y pedir ser atendido por un medico con Licencia.
3. Autorización para proveer información: Yo doy la autorización a este Centro de Salud para proveer información médica (y información dental si es aplicable) a compañías de seguridad medica con el propósito de cobros relacionados con el cuidado médico (o dental si es aplicable). También doy la autorización de proveer información médica (o dental si es aplicable) sobre mi tratamiento a mi doctor o a cualquier persona que yo haya designado.
4. Yo he leído o me han leído los derechos y responsabilidades del Centro y acepto este documento. También certifico que esta forma se me explico completamente, que la he leído o me la han leído, y que entiendo el contenido.
5. Yo entiendo que esta forma de consentimiento será válida y permanecerá en efecto mientras que yo atienda a este Centro de Salud. Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas acerca de los servicios que se me van a proveer por el Centro y tengo la suficiente información para dar este consentimiento.

X _____

Firma del Paciente

Fecha

Firma de la persona que explico la forma

Fecha

Si el paciente tiene 17 años o menos o si no puede autorizar, favor de completar lo siguiente: *El paciente no puede autorizar porque:* _____

Firma de la persona que está dando la autorización

Fecha

Relación

Leído por: El documento me ha sido leído y explicado en su totalidad y la marca/firma debajo significa mi entendimiento y autorización como testigo.

Firma del Testigo

Fecha

Firma (Letra de Molde) Fecha