



HOPE FAMILY HEALTH CENTER FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN

(escribir en letra de molde)

La Fecha De Hoy: _____ Fecha de la primer cita(para oficina solamente): _____

INFORMACIÓN PARA EL PACIENTE

Apellido del Paciente: _____ Primer Nombre: _____ Segundo Nombre: _____
 Sr. Senorita Estado Civil (circule uno)
 Sra. Sra. Soltero / Casado / Div / Sep / Viudo

¿Este es su nombre legal? Si No Si no, ¿cuál es su nombre legal? _____ (Nombre anterior): _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Edad: ____ Sexo: M H

Dirección: _____ Seguro Social: _____ Numero Telefónico: _____
 Correo Electrónico: _____

Apartado Postal: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Ocupación: _____ Empleador: _____ Numero telefónico de empleador: _____

Eligió clínica porque / Referido a la clínica por (por favor marque una casilla): Dr. _____ Hospital
 Familia Amigo Cerca de casa /trabajo Paginas Amarillas Otro

Otros miembros de la familia vienen aquí: _____

¿Alguna vez has sido paciente de HOPE? Si No (Si si, , fecha de la última visita) _____

¿Es usted un paciente de cualquier otra clínica además de HOPE? Si No (Si si, donde) _____

HOUSEHOLD INFORMATION/MEDICAL COVERAGE INFORMATION

¿Está asegurado (Medicaid/ Medicare)? Si No ¿Tiene Hidalgo County Indigent? Si No

Ocupación: _____ Empleador: _____ Número de personas en el hogar: _____ Social Security
 Las fuentes de ingresos del hogar: _____ Ingreso Anual Del Hogar: _____ Desempleo TANIF

Las fuentes de ingresos de el hogare: Desempleo TANF Seguro Social

HOPE SERVICES

Medico Consejero

¿Qué servicios le gustaría recibir? ¿Porque estás buscando servicios? (Medicamento, enfermedad, depresión, consejería familiar, etc...)

INFORMACIÓN DE IDENTIFICACIÓN – DEBE SER PROPORCIONADA ANTES DE VER EL MÉDICO / TERAPEUTA

Proporcione la siguiente: **Prueba de Identificación** (Identificación del Estado / Licencia; Acta de Nacimiento, Identificación de Escuela, o Tarjeta de Elector)

Verificación de Ingresos (W2, 3 talones de pago, Beneficios De Desempleado, etc)

Prueba de residencia (comprobante de domicilio , recibo, etc)

PROCESO DE INSCRIPCIÓN /POLIZA DE HOPE

Una vez que este formulario es recibido por HOPE, la información del paciente se introduce en el sistema y son llamados para una cita. Los proveedores médicos son voluntarios y las citas se basan en su disponibilidad. No se ofrecen citas el mismo día al paicente para Medico o Consejería. Formularios de información médica adicionales se efectuara en la primera hora de la visita. HOPE es un hogar médico y es poliza de HOPE que satisfagan sus necesidades medicas y de consejería. Se les pide a los pacientes traer todos los registros médicos a la visita inicial, así como medicamentos a cada visita con el médico. Se les pide a los pacientes a dejar una donación para los servicios de HOPE en cada visita (preferiblemente \$5-\$10). HOPE no es responsable por el pago de procedimientos médicos /referencias.

Las referencias para todos los procedimientos fuera de la Clínica HOPE son responsabilidad financiera de los pacientes.

La información previa es verdadera a lo mejor de mi conocimiento. Entiendo que soy financieramente responsable de los procedimientos fuera de HOPE atención médica y asesoramiento de voluntaries.

Patient/Guardian signature

Date

Por favor, inicie el formulario que se le proporcionó indicando que ha leído y entiende la siguiente información.

- He leído y entiendo que los médicos de HOPE son voluntarios.
- Entiendo que los proveedores de HOPE pueden discutir mi salud entre ellos con mi mejor interés en mente.
- Entiendo mis derechos como paciente.
- Entiendo que mi caso estará cerrado si pierdo o cancelo tres citas.
- Entiendo que HOPE puede referirme a un especialista fuera de la clínica y si necesito ayuda con esta referencia, debo hablar con un Coordinador de Cuidado / Administrador de Casos.
- Entiendo que HOPE no pagará por ninguna referencia no proporcionada por HOPE, firmada por HOPE, o aprobada por HOPE.
- Entiendo que mi especialista o tercero me refiera a otro médico o para pruebas adicionales / trabajo de laboratorio. Soy responsable de ese pago y no le pediré a HOPE que pague los gastos no aprobados por el personal de HOPE.
- He actualizado mi información de contacto y entiendo que seré responsable de actualizar cualquier información de contacto en el futuro.
- Entiendo que soy responsable de una donación de \$ 5- \$ 10 por servicios en la clínica.
- Entiendo que una vez que me refieran soy responsable de mantener mis citas.
- Entiendo que no mantener mi cita puede anular cualquier cita o asistencia futura de la organización

Reconocimiento del Aviso de Prácticas de Privacidad

Me han presentado una copia de la Notificación de Prácticas de Privacidad de HOPE Family Health Center, que detalla cómo mi información puede ser usada y revelada como lo permite la ley federal y estatal.

Firma: _____ Fecha: _____

Si no está firmado por el paciente, indique la relación con el paciente (por ejemplo, la madre) y el nombre del paciente.

Paciente:

Relación:

Liberación de información:

Yo, _____ permito _____, quien es mi _____ para llamar y solicitar información sobre mi salud.

(Fecha)

NOTA: Esta forma de información será válida por 12 meses a partir de la fecha de la firma. El formulario se actualizará anualmente

Los médicos del Hope Family Health Center son voluntarios y están cubiertos bajo la Ley de Voluntarios y Protección de Inmunidad de Texas.

HOPE Family Health Center ofrece atención integral. A veces el proveedor médico puede necesitar consultar con un proveedor de salud conductual con su mejor interés en mente. Los proveedores sólo discutirán información vital para su bienestar y de acuerdo con su plan de salud.

Notificación del paciente de HIPAA y uso compartido de datos

Community HOPE Projects Inc, DBA Home Family Health Center, es una organización 501c3 sin fines de lucro.

HOPE proporciona atención médica, consejería, manejo de casos, apoyo de compañeros y servicios integrados a la población no asegurada en el Valle del Río Grande, Texas. Los médicos de HOPE son voluntarios en la organización.

Este aviso describe cómo la información médica y los datos sobre usted pueden ser compartidos entre los médicos voluntarios de HOPE, los administradores de casos / coordinadores de atención, los especialistas en salud mental y los psicoterapeutas, y apoyar al personal de salud como una forma de mejorar o coordinar su atención

Por favor, lea cuidadosamente.

La información más completa que sus proveedores de atención médica tienen, mejor pueden satisfacer sus necesidades de atención médica. Compartir información y datos con el equipo integrado de HOPE puede conducir a una mejor coordinación de su salud.

Todos los registros de salud se mantienen electrónicamente y en un archivo de papel. Si en algún momento un médico, psicoterapeuta, asistente de médico u otro proveedor de atención médica ven la necesidad de consultar a un proveedor de HOPE con el fin de servir mejor sus necesidades de salud, lo harán. **Este intercambio de información sólo se llevará a cabo en los interesados de la salud del paciente.**

Esta información puede incluir información de reclamaciones de atención médica o datos médicos resultantes de encuentros médicos, tratamientos, pruebas de diagnóstico, exámenes, prescripciones, o Centros Centralizados en el Paciente y otros programas y actividades de gestión de casos (Gestión de Cuidados, Coordinación de Cuidados, Manejo de Enfermedades y Casos).

También puede incluir los resultados de su Evaluación de Riesgo de Salud y / o Evaluación de Bienestar proporcionada a través de un socio de referencia. La información recibida por HOPE no puede y no será utilizada para ningún otro propósito que mejorar y coordinar su atención médica. El compartir esta información también está sujeto a las reglas de privacidad de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996 ("HIPAA") leyes de privacidad federales y estatales aplicables. Usted puede optar por no compartir información de CareFirst para estos fines de coordinación de la atención.

Hope Family Health Center es una clínica integrada, usted tiene el derecho de optar por no compartir esta información o de cualquier servicio proporcionado por la organización. Para inhabilitar, completar, firmar y devolver el formulario de opt out. Cuando envía este formulario, también termina la participación en cualquiera de los servicios de la clínica con el objetivo de brindar atención de salud integrada. Si opta por no participar, sus

proveedores de atención médica o de salud mental no tendrán acceso a los datos o información vital para su salud en general.

Todos los pacientes de HOPE Family Health Center tienen derechos y responsabilidades.

Derechos de los pacientes:

- Ser brindado con cuidado cortés y considerado, así como ser tratado con respeto.
- A la privacidad y confidencialidad con respecto al tratamiento y expedientes médicos.
- Revisar sus historias clínicas en compañía de un profesional y solicitar una copia de estos formularios (por favor permita 6 días hábiles).
- Ser informado de la efectividad del tratamiento y conocer los posibles riesgos, efectos secundarios o métodos alternativos de tratamiento.
- Saber quién te está tratando.
- Rechazar el tratamiento, o pedir una segunda opinión, o un tratamiento alternativo, y ser informado de las consecuencias médicas de sus acciones.
- Estar informado de las responsabilidades personales que implica la búsqueda de tratamiento médico y el mantenimiento de la salud y el bienestar después del tratamiento.
- Traer cualquier insatisfacción a la atención del Director Ejecutivo y / o del Directorio de la organización.
- Aceptar la responsabilidad financiera personal de las agencias asociadas de remisión y los médicos, laboratorios, hospitales y médicos.
- Traer todos los medicamentos a citas.
- Informar a la organización si se obtiene un seguro en cualquier momento.
- Firmar un contrato de seguridad cuando sea necesario.

Responsabilidades del Paciente:

- Presentar información de identificación exacta. Esto incluye información sobre su estado de salud, cualquier medicamento, incluyendo productos sin receta médica y suplementos dietéticos, y cualquier alergia o sensibilidad.
- Presentar los detalles de la enfermedad o queja de manera directa y directa.
- Cooperar responsablemente con todas las personas involucradas en el proceso de atención médica.
- Mantener las citas a tiempo.
- Cancelar las citas sólo cuando sea absolutamente necesario, y con suficiente antelación para que otros pacientes puedan utilizar ese tiempo.
- Donar \$ 5- \$ 10 por servicios recibidos en HOPE.
- Ser financieramente responsable de los servicios de laboratorio, servicios de referencia y atención especializada.
- Cumplir con el plan de tratamiento proporcionado por el profesional de la salud.
- Asistir a todas las citas relacionadas con el plan de salud proporcionado incluyendo citas fuera del sitio.
- Pedir aclaraciones siempre que no se entienda la información o las instrucciones.
- Proporcionar retroalimentación positiva y negativa al profesional de la salud responsable de la atención.
- Sea respetuoso de todos los profesionales de la salud y del personal, así como de otros pacientes.

- Que el personal de HOPE Family Health Center sepa de cualquier otra persona (esposa/esposo, padre, etc.) que tenga el derecho de revisar su formulario médico.
- Traiga los medicamentos a todas las citas.
- Deje que la clínica sepa por lo menos dos semanas de antelación si necesitará una recarga de cualquier medicamento.

HOPE Family Health Center Responsabilidades y Derechos

- Tratar a los pacientes con respeto y cortesía para mejorar su dignidad y su salud.
- Tratar a todos los pacientes sin tener en cuenta la edad, raza, etnia, orientación sexual, sexo, estado civil o estado socioeconómico.
- Explique todas las opciones de salud disponibles y asegúrese de entender su salud.
- Proporcione un ambiente limpio y seguro para su cuidado.
- Discutir los planes de salud de los pacientes para ayudar a los pacientes a alcanzar mayores metas de salud
- Ofrecer alternativas de salud a los pacientes.
- Reprogramar los pacientes cuando un proveedor no está disponible
- Solicite a los pacientes una donación por servicios y pida a los pacientes que sean financieramente responsables de su salud.
- Cerrar el caso de un paciente si el paciente pasa más de tres (3) citas
- Cerrar el caso de un paciente si un paciente no respeta a la organización o al personal / voluntarios.
- Proveer opciones alternativas / clínicas para pacientes
- Cerrar el caso de un paciente si se aseguran.
- Garantizar la seguridad y el bienestar de todos los pacientes.

Como recordatorio:

- HOPE no trata las emergencias. Si usted tiene una emergencia, debe buscar tratamiento en una sala de emergencias o llamar al 911
- La clínica no trata a los pacientes "sin cita" - las citas son necesarias.
- La clínica actualmente (a partir de 1/2017) no tiene un pediatra en el sitio.
- En general, la clínica no dispensa ningún medicamento. Rellenar una receta es responsabilidad del paciente.
- La clínica no prescribe ni transporta ningún narcótico.
- Entre otros, HOPE ayuda a los pacientes con diabetes, Hipertensión (presión arterial alta), Colesterol y Trastornos de la Tiroides necesitan el manejo de la enfermedad crónica, incluyendo el monitoreo regular, el ajuste de la receta y la educación.
- HOPE trata las enfermedades episódicas agudas estacionales como las infecciones de las vías respiratorias superiores en invierno y las quejas alérgicas / seno en primavera y verano.
- Proporciona algunos servicios de referencia a los proveedores de atención especializada.
- Proporciona algunas pruebas de embarazo, algunos frotis de PAP.
- Ayude a los pacientes a solicitar asistencia de prescripción de insulina de compañías farmacéuticas.
- Fomentar la pérdida de peso y dejar de fumar.
- Diagnosticar y tratar infecciones del tracto urinario.