



HOPE Family Health Center **Formulario de Inscripción**

Por favor traiga la siguiente documentación requerida para registrarse.

Desafortunadamente, no podemos aceptar solicitudes si falta alguno de los documentos requeridos y / o si la solicitud no está completada en su totalidad.

Prueba de identificación:

- Licencia de conducir
- Tarjeta de identificación estatal
- Certificado de nacimiento
- Identificación de la escuela (debe estar vigente)
- Pasaporte
- Matricula
- Credencial de Elector
- Tarjeta de identificación LUPE

Prueba de residencia:

- Factura de luz más reciente
- Factura de agua más reciente
- Factura de gas más reciente
- Factura de teléfono más reciente
- Factura de Internet más reciente
- Estado de cuenta bancaria
- Contrato de renta
- Carta sellada certificada por notario que indique el nombre del solicitante, la dirección y con quién vive si el solicitante no está empleado y vive con otra persona, o si las facturas están a nombre de una persona que no vive en la dirección.

Prueba de ingreso:

- W2 o 8879 (o ambos)
- Talones de cheques de los últimos tres (3) meses
- Documentación de beneficios de desempleo
- Carta de otorgo de SNAP (entre los últimos 3 meses)
- Carta de otorgo de TANF (entre los últimos 3 meses)
- SSI (SSA-1099 o carta de otorgo)
- SSDI (SSA-1099 o carta de otorgo)
- Si trabaja por cuenta propia o no puede presentar estos documentos - Carta notariada detallada y sellada que indique:
 - o Nombre del solicitante
 - o ¿Qué hace el solicitante para trabajar?
 - o Cuánto se le paga al solicitante
 - o Con qué frecuencia se le paga al solicitante

Horario de Especialista de Elegibilidad

Lunes	8:00AM – 12:00PM (Breanna, ext. 104) 1:00 PM – 4:00 PM (Mary, ext. 110)
Martes	8:00 AM – 12:00 PM (Breanna, ext. 104) 1:00 PM – 4:00 PM (Breanna, ext. 104)
Miercoles	8:00 AM – 12:00 PM & 1:00 PM – 4:00 PM (Breanna, ext. 104)
Jueves	8:00 AM – 12:00 PM (Breanna, ex. 104) 1:00 PM – 4:00 PM (Breanna, ext. 104)
Viernes	8:00 AM – 12:00 PM (Mary, ext. 110)



HOPE FAMILY HEALTH CENTER FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN

Pt. I.D. _____

(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: _____		<input type="checkbox"/> Sr. <input type="checkbox"/> Senorita <input type="checkbox"/> Sra. <input type="checkbox"/> Elle		Estado Civil (circule uno) Soltero / Casado / Div / Sep / Viudo	
Este es su nombre legal? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		Si no, ¿cuál es su nombre legal? _____		(Nombre Anterior): _____		Fecha de Nacimiento: _____		Edad: _____	
Dirección: _____		Numero de Seguro Social: (Opción) _____		Numero Telefónico: _____		Correo Electrónico: _____			
Apartado Postal: _____		Ciudad: _____		Estado: _____		Código Postal: _____			
Ocupación: _____		Empleador: _____		Numero Telefonico de Empleador: _____					
Porque eligió esta clínica? / Referido a la clínica por? (por favor marque una casilla):									
<input type="checkbox"/> Familia		<input type="checkbox"/> Amigo		<input type="checkbox"/> Cerca de casa /trabajo		<input type="checkbox"/> Redes Sociales		<input type="checkbox"/> Otro	
<input type="checkbox"/> Dr.		<input type="checkbox"/> Hospital							
Otros miembros de la familia vienen aquí: _____									
¿Alguna vez has sido paciente de HOPE? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No (Si, si fecha de la última visita) _____									
¿Es usted un paciente de cualquier otra clínica además de HOPE? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No (Si, si donde) _____									

INFORMACIÓN DEL HOGAR/INFORMACIÓN DE COBERTURA MÉDICA

Tiene Seguro Médico? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		Tiene Medicaid /Medicare o Hidalgo County Indigent? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Ingreso Anual del Hogar: _____		Número de Personas en el Hogar: _____	
Las fuentes de ingresos del hogar son: <input type="checkbox"/> Desempleo <input type="checkbox"/> TANF <input type="checkbox"/> Seguro Social			

SERVICIOS DE HOPE

¿Qué servicios le gustaría recibir? Medico Consejeria

COMPROVANTE DE IDENTIFICACIÓN (DEBE SER PROPORCIONADA ANTES DE VER EL MÉDICO / CONSEJERIA)

Proporcione lo siguiente:	Prueba de Identificación (Identificación del Estado / Licencia; Acta de Nacimiento, Identificación de Escuela, Pasaporte, Matricula o Tarjeta de Elector)
	Verificación de Ingresos (W2, Los últimos 6 talones de cheque, Beneficios de desempleo, Beneficios de SNAP, etc.)
	Prueba de Domicilio: recibo de luz, agua, teléfono, gas, etc.
	Tarjeta de Numero Social (si corresponde)

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 paciente para Medico o Consejeria.

Formularios de información médica adicionales se efectuara en la primera hora de la visita.

HOPE es un hogar médico. La poliza de HOPE es satisfacer sus necesidades médicas y de consejeria.

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-\$15).

HOPE no es responsable por el pago de procedimientos médicos, medicamentos y/o 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.

Firma del Paciente o Tutor

Fecha



INFORMACION PARA EMERGENCIAS

Por favor, nombre a una persona con la que HOPE pueda comunicarse en caso de una emergencia relacionada con sus servicios de salud. Tenga en cuenta que esta persona puede ser modificada.

NOMBRE: _____ TELÉFONO: _____

DIRECCIÓN: _____ TELÉFONO DEL TRABAJO: _____

CIUDAD: _____ ESTADO: _____ CÓDIGO POSTAL: _____

RELACIÓN CONTIGO: _____

* En caso de emergencia, se llamará a esta persona y se le notificará.

No deseo incluir un contacto de emergencia. Iniciales: _____

ACUERDO DE MEDICAMENTOS

Los pacientes de Hope Family Health Center deben traer **TODOS LOS MEDICAMENTOS** a cada visita con su proveedor médico. Los pacientes deben tener una lista de dosis precisas y cuántas veces se toman al día o deben poder explicar esto al asistente médico y al proveedor.

Si un paciente no trae todos los medicamentos a su cita, no será atendido y será reprogramado para la próxima cita disponible.

La firma a continuación es el reconocimiento de esta política en Hope Family Health Center. Al firmar este documento, el paciente acepta traer la documentación / medicamentos adecuados a todas las visitas.

Los medicamentos dispensados como muestras han sido donados por una fuente médica confiable. Estos medicamentos pueden o no estar dentro de su fecha de vencimiento. La firma a continuación reconoce el hecho de que no todos los medicamentos suministrados como muestras están dentro de la fecha de vencimiento, pero han sido aprobados por el Director Médico de Hope Family Health Center.

Entiendo que al firmar este acuerdo, soy consciente de que debo llevar todos los medicamentos a mis citas. Y si no lo hago, mi cita será reprogramada.

Firma del paciente: _____ Fecha: _____



Derechos y Responsabilidades del Paciente

Nombre del paciente: _____ Fecha De nacimiento: _____

Por favor, escriba sus iniciales en el formulario que le indica que ha leído y comprendido la siguiente información.

___ Entiendo que soy responsable de todos los pagos de laboratorio antes de que se realicen.

___ Entiendo que soy responsable de una tarifa de donación.

___ Entiendo que una familia que recibe servicios de consejería se le pedirá solo una donación por mes.

___ Entiendo que la tasa de donación cambiará a una escala móvil en 2019.

___ Entiendo que tengo que actualizar mi información de ingresos cada 6-8 meses.

___ 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 atención / Administrador de casos.

___ Entiendo que HOPE no pagará ninguna referencia que no haya sido proporcionada por HOPE, firmada por HOPE o aprobada por HOPE.

___ Entiendo que si mi especialista o un tercero me remite a otro médico o para exámenes / pruebas de laboratorio adicionales, soy responsable de ese pago y no le pediré a HOPE que pague los gastos no aprobados por el personal de HOPE.

___ Entiendo que una vez que soy referido, soy responsable de cumplir con mis citas.

___ Entiendo que no asistir a mis citas puede anular futuras citas o asistencia de la organización.

___ Entiendo que seré responsable de actualizar cualquier información de contacto en el futuro.

___ Entiendo que mi caso se cerrará si pierdo o cancelo **TRES** citas.

___ Entiendo que los médicos de HOPE son voluntarios.

___ Entiendo que los proveedores de HOPE pueden hablar sobre mi salud entre ellos con mi mejor interés en mente.

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

SI ES MENOR DE EDAD, Nombre de Guardian: _____

Firma de Guardian: _____ Fecha: _____

Cláusula de no discriminación: ninguna persona será discriminada por su edad, raza, color, religión, género, orientación sexual, discapacidad u origen nacional.



25 de Febrero de 2020

RE: Caminar en encuentros

A todos los pacientes de HOPE:

Es política de HOPE Family Health Center ver **solo a los primeros 8 pacientes al día si hay proveedores disponibles.**

Si se han llenado los ocho (8) espacios para el día, no se tomarán otras visitas sin cita previa y se programará una cita para los pacientes.

HOPE solo verá a los pacientes actuales como pacientes sin cita previa. Se solicitará una donación recomendada de \$ 5- \$ 15 para citas sin cita previa.

Si un paciente tiene una emergencia, se le recomienda que llame al 9-1-1 o vaya a la sala de emergencias. **HOPE no es una clínica de emergencia.**

Si no hay espacio disponible para caminar, el personal de la oficina de recepción programará una cita con el paciente. Si un paciente ya tiene una cita próxima, se le anima a que asista a su cita y no use uno de los espacios limitados para caminar.

Los proveedores de HOPE son voluntarios. En el caso de que HOPE no tenga un voluntario en la clínica, no se aceptarán visitas sin cita previa.

Atentamente,

Administración - Roxanne Pacheco, LCSW-S, CCTP, CMHIMP, CLYL

Director ejecutivo interino

Reconocimiento del paciente

- *Entiendo las reglas generales de Hope Family Health Center.*
- *Entiendo que HOPE solo verá las primeras 8 entradas sin cita.*
- *Entiendo que si se llenan los 8 espacios, no seré visto como un caminante ese día. La oficina de recepción programará mi cita.*
- *Entiendo que HOPE no es una instalación de emergencia.*
- *Entiendo que los proveedores médicos de HOPE son voluntarios y es posible que un proveedor no esté disponible para verme cuando entre como un caminante.*
- *Entiendo que se me pedirá una donación de \$ 5 a \$ 15 para una cita sin cita previa.*

Firma del paciente

Fecha de reconocimiento



Hope Family Health Center

2332 Jordan Rd. McAllen, Texas 78503

Tel: 956.994.3319

Fax: 956.971.9377

Sitio Web: www.hopefamilyhealthcenter.org

Aviso a los pacientes

Los proveedores de HOPE Family Health Center son voluntarios. HOPE nunca ha tenido un médico en su personal. Utilizamos los servicios voluntarios de médicos, asistentes médicos y residentes de la Universidad de Texas-Rio Grande Valley.

Es debido a esta estructura que no podemos:

- Firmar los formularios de discapacidad física
- No podemos completar ni firmar formularios narrativos de discapacidad.
- Los proveedores no pueden proporcionar declaraciones para formularios de discapacidad.

Tenga en cuenta que nos enorgullecemos de brindar administración de atención primaria y crónica a nuestros clientes. Estamos orgullosos de ser una clínica domiciliaria para muchos de los que no tienen seguro y haremos todo lo posible por nuestra parte para ayudar a otros a lograr sus objetivos de salud. Tenga en cuenta que HOPE solo puede aceptar órdenes médicas de un proveedor HOPE y solo puede cumplir con las recetas de un proveedor HOPE. No aceptamos referencias externas para procedimientos o medicamentos.

Gracias

Roxanne Pacheco, LCSW-S, CCTP, CMHIMP, CLYL

Director Ejecutivo Interino

r.pacheco@hfhcenter.org



ESPERANZA CENTRO DE SALUD FAMILIAR

Servicios de asesoramiento

CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO

Este formulario es para documentar que yo, _____, he otorgado mi permiso y consentimiento al personal clínico / voluntarios / pasantes para que me proporcionen tratamiento psicoterapéutico y / o _____ quien es / son mi cónyuge / hijo / hijos.

Resultados: Aunque espero beneficios de este tratamiento, entiendo perfectamente que, debido a factores que están fuera de nuestro control, no se pueden garantizar dichos beneficios y resultados particulares.

Respuesta al tratamiento: entiendo que debido a la asesoría o la terapia, yo / él / ella / nosotros podemos experimentar tensiones emocionales, sentirnos peor durante el tratamiento y hacer cambios en la vida; lo que podría ser angustiante.

Servicios de emergencia: entiendo que este terapeuta no está brindando un servicio de emergencia, y me han informado de a quién recurrir en caso de emergencia durante el fin de semana y las horas de la noche.

Asistencia: entiendo que la asistencia regular producirá los beneficios máximos, pero que yo o nosotros somos libres de interrumpir el tratamiento en cualquier momento. Si decido hacerlo, notificaré a los terapeutas con al menos dos semanas de anticipación para que se pueda implementar una planificación efectiva para la atención continua.

Privacidad del cliente, confidencialidad y divulgación de información: entiendo que las conversaciones con el terapeuta casi siempre serán confidenciales. Además, entiendo que el terapeuta, por ley, debe informar el abuso real o sospechado de niños o ancianos a las autoridades apropiadas. Además, el terapeuta tiene la responsabilidad legal de proteger a cualquier persona que yo / él / ella / nosotros podamos amenazar, acciones dañinas o peligrosas (incluso aquellas para mí) y puede romper la confidencialidad de nuestras comunicaciones si surge una situación de este tipo. Entiendo que el terapeuta hará todos los esfuerzos razonables para resolver estas situaciones antes de romper la confidencialidad.

Consulta: entiendo que el terapeuta asiste a una reunión semanal de contratación de personal en la que se analizan ciertos casos entre otros terapeutas clínicos para realizar consultas.

Litigio: acepto que no involucraré al terapeuta en ningún litigio actual o futuro dentro del sistema judicial. En caso de que su terapeuta sea citado o se le solicite comparecer o declarar ante el tribunal en su nombre, la tarifa por hora será de \$ 250.00 por hora con un mínimo de cuatro horas por día.

Reconocimiento público: los terapeutas están obligados a mantener los límites apropiados con los clientes actuales y pasados. Las amistades, las relaciones sexuales o cualquier contacto sexual entre un terapeuta y un cliente o ex cliente son inapropiados. Para respetar la confidencialidad, la privacidad y la seguridad entre el terapeuta y el cliente, el terapeuta no reconocerá a un cliente en entornos públicos.

Uso de la tecnología: entiendo que el uso de la tecnología (mensaje de texto, correo electrónico) se puede usar para recordar a los clientes sus citas y para comunicarse. Entiendo que mi terapeuta tomará las medidas necesarias para mejorar la protección de la información privada y mantener límites claros. Entiendo completamente los riesgos y beneficios involucrados con el uso de la tecnología. Entiendo que el uso de la tecnología puede usarse para realizar una búsqueda electrónica con el fin de proteger al cliente u otras personas de daños graves, previsible e inminentes o por otras razones profesionales de peso.

Regalos: Entiendo que el terapeuta no puede aceptar regalos o servicios de clientes para servicios profesionales.

Entiendo que soy financieramente responsable de este tratamiento y de las tarifas.

No conozco ninguna razón por la que no haya emprendido esta terapia y estoy de acuerdo en participar de manera plena y voluntaria.

Fecha de firma: _____
(Paciente o persona autorizada para consentir al paciente)

Relación con el cliente: _____

Firma del testigo: _____ Fecha: _____

Cláusula de no discriminación: ninguna persona será discriminada por su edad, raza, color, religión, género, orientación sexual, discapacidad u origen naciona

Aviso de prácticas de privacidad del Departamento de Servicios de Salud del Estado

RECONOCIMIENTO DE REVISIÓN

Fecha: _____

He revisado el Aviso de privacidad del Departamento de Servicios de Salud del Estado (versión vigente a partir del 1 de septiembre de 2017), que explica cómo se utilizará y divulgará mi información médica. Entiendo que tengo derecho a recibir una copia de este aviso si se solicita.

Nombre del paciente (en letra de molde)

Firma del paciente

Si lo completa el representante de un paciente, imprima y firme su nombre en el espacio a continuación.

Representante personal (en letra de molde)

Firma del representante personal

Sólo para uso de oficina

We attempted to obtain written acknowledgement of receipt of our Notice of Privacy Practices, but acknowledgement could not be obtained because:

- Individual refused to sign
- Communication barriers prohibited obtaining the acknowledgement
- An emergency situation prevented us from obtaining acknowledgement
- Other (Please be specific):

Employee Signature

Date

Aviso de divulgación electrónica de información médica protegida

Si el Departamento de Servicios de Salud del Estado (DSHS) obtiene o crea información sobre su salud, la ley exige que DSHS proteja la privacidad de su información. La información médica protegida (PHI) incluye cualquier información relacionada con:

- Su salud o condición física o mental pasada, presente o futura;
- Atención médica que se le proporcionó; y,
- Pago pasado, presente o futuro por su atención médica

DSHS no puede divulgar su PHI electrónicamente sin su autorización a menos que lo permita la ley. Por ejemplo, DSHS puede compartir su PHI a través de métodos electrónicos seguros y aprobados para la gestión o coordinación de la atención. Es posible que DSHS también deba compartir su PHI electrónicamente con fines de salud pública, como prevenir y controlar la propagación de enfermedades infecciosas o para ciertos esfuerzos de ayuda en caso de desastre. Para obtener una lista completa de las razones por las que DSHS está autorizado por ley a compartir su PHI, consulte el Aviso de privacidad de DSHS.

www.dshs.state.tx.us/hippa/privacynotices.shtm.

Si cree que DSHS ha violado la obligación descrita en este aviso, tiene derecho a presentar una queja ante el Oficial de Privacidad de DSHS por correo postal a Mail Code 1915 P.O. Box 149347, Austin, TX 78714-9347; o por teléfono al 512-776-7111; o por correo electrónico a hippa.privacy@dshs.state.tx.us

DEPARTAMENTO DE SERVICIOS DE SALUD ESTATAL AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE UTILIZAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO USTED PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR REVISARLO DETENIDAMENTE

Cuando recibe tratamiento o beneficios de una instalación o programa del Departamento de Servicios de Salud del Estado (DSHS), recibimos, creamos y mantenemos información sobre su salud, tratamiento y pago por los servicios. No usaremos ni divulgaremos su información sin su autorización (permiso) por escrito, excepto como se describe en este aviso.

CÓMO PODEMOS UTILIZAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA

Podemos usar y divulgar su información médica sin su autorización para fines de tratamiento, pago y operaciones de atención médica. Los ejemplos incluyen, pero no se limitan a:

- Usar o compartir su información médica con otros proveedores de atención médica involucrados en su tratamiento o con una farmacia que surta su receta.
- Usar o compartir su información médica con su plan de salud para obtener el pago de los servicios o usar su información médica para determinar su elegibilidad para los beneficios del gobierno en un plan de salud.
- Usar o compartir su información médica para administrar nuestro negocio, evaluar el desempeño de los proveedores, educar a los profesionales de la salud o para actividades administrativas generales.

Podemos compartir su información médica con nuestros socios comerciales que necesitan la información para realizar servicios en nuestro nombre y estamos de acuerdo en proteger la privacidad y seguridad de su información médica de acuerdo con los estándares de la agencia.

Podemos usar o compartir su información médica sin su autorización según lo autorizado por la ley para nuestro directorio de pacientes, a familiares o amigos involucrados en su atención, oa una agencia de ayuda en caso de desastre con el propósito de notificar a su familia o amigos sobre su ubicación y estado en un situación de emergencia

Podemos usar y divulgar su información médica sin su autorización para contactarlo para las siguientes actividades, según lo permitido por la ley y la política de la agencia: proporcionar recordatorios de citas; describir o recomendar alternativas de tratamiento; proporcionar información sobre beneficios y servicios relacionados con la salud que puedan ser de su interés; o recaudación de fondos.

También podemos usar y divulgar su información médica sin su autorización para los siguientes propósitos:

- Para actividades de salud pública, como informar enfermedades, lesiones, nacimientos o muertes a una autoridad de salud pública autorizada para recibir esta información, o para informar problemas de dispositivos médicos a la FDA;
- Cumplir con las leyes de competencia de los trabajadores y programas similares;
- Para alertar a las autoridades apropiadas sobre víctimas de abuso, negligencia o violencia doméstica; Si la agencia cree de manera resonante que usted es víctima de abuso, negligencia o violencia doméstica, haremos todo lo posible para obtener su permiso; sin embargo, en algunos casos, es posible que se nos requiera o autorice a alertar a las autoridades;
- Para actividades de supervisión de la salud como auditorías, investigaciones e inspecciones de las instalaciones del DSHS;
- Para investigaciones aprobadas por una Junta de Revisión Institucional o una junta de privacidad; para prepararse para la investigación, como escribir una propuesta de investigación; o para la investigación de información de difuntos;
- Para crear o compartir información de salud anónima o parcialmente anónima (conjuntos de datos limitados);
- Para procedimientos judiciales y administrativos, como responder a una citación u otra orden legal;
- Para fines de aplicación de la ley, como identificar o localizar a un sospechoso o una persona desaparecida;
- A médicos forenses, examinadores médicos o directores de funerarias según sea necesario para su trabajo;
- A organizaciones que se ocupan de la donación, obtención o trasplante de órganos, ojos o tejidos;
- Para evitar una amenaza grave a la salud o la seguridad pública;
- Para funciones gubernamentales especializadas, tales como actividades militares y de veteranos, actividades de inteligencia y seguridad nacional, y para otras situaciones de custodia policial;
- Para divulgaciones incidentales, como cuando se escucha información en una sala de espera a pesar de los pasos razonables para mantener la información confidencial; y
- Según lo requiera o permita la ley local, estatal o federal.

DEPARTAMENTO DE SERVICIOS DE SALUD ESTATAL AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Se aplican protecciones de privacidad adicionales bajo la ley estatal o federal a la información sobre abuso de sustancias, información sobre salud mental, cierta información relacionada con enfermedades o información genética. No usaremos ni compartiremos este tipo de información a menos que la ley lo autorice expresamente. No usaremos ni divulgaremos información genética con fines de suscripción.

Siempre obtendremos su autorización para usar o compartir su información con fines de marketing, para usar o compartir sus notas de psicoterapia, si hay un pago de un tercero, o para cualquier otra divulgación no descrita en este aviso o requerida por la ley. Tiene derecho a cancelar su autorización, excepto en la medida en que hayamos tomado medidas basadas en su autorización. Puede cancelar su autorización escribiendo al oficial de privacidad según se indica a continuación.

SUS DERECHOS DE PRIVACIDAD

Si bien su expediente médico es propiedad de DSHS, tiene derecho a:

- Inspeccionar y copiar su información médica, incluidos los informes de laboratorio, previa solicitud por escrito y sujeto a algunas excepciones. Podemos cobrarle una tarifa razonable basada en el costo por proporcionar registros según lo permita la ley.
- Recibir comunicaciones confidenciales de su información médica, como solicitar que nos comuniquemos con usted en una determinada dirección o número de teléfono. Es posible que deba realizar la solicitud por escrito con una declaración o explicación de la solicitud.
- Solicitar la enmienda de su información médica en nuestros registros. Todas las solicitudes para enmendar la información médica deben hacerse por escrito e incluir una razón para la solicitud.
- Solicitar una contabilidad (una lista) si se han divulgado ciertas divulgaciones de su información médica sin su autorización. Tiene derecho a recibir un informe sin cargo en cualquier período de doce meses.
- Solicitar que restrinjamos la forma en que usamos y divulgamos su información médica para tratamiento, pago y operaciones de atención médica, o para su familia y amigos. No estamos obligados a aceptar su solicitud, excepto cuando solicite que no divulguemos información a su plan de salud sobre los servicios por los que pagó con su propio dinero en su totalidad.
- Obtenga una copia impresa de este aviso si lo solicita.

Puede realizar cualquiera de las solicitudes anteriores por escrito al oficial de privacidad de DSHS o a la oficina de privacidad de su proveedor de DSHS. Puede comunicarse con DSHS al (512) 776-7111 o (888) 776-7318 o por correo electrónico a hippa.privacy@dshs.texas.gov

Para solicitar los resultados de las pruebas de laboratorio realizadas por el laboratorio de DSHS, llame al (512) 776-7318 o visite <http://www.dshs.state.tx.us/lab/patientresults.aspx>.

NUESTROS DEBERES

Estamos obligados a proporcionarle un aviso de nuestros deberes legales y nuestras prácticas de privacidad con respecto a su información médica. Debemos mantener la privacidad de la información que lo identifica y notificarle en caso de que su información médica se use o divulgue de una manera que comprometa la privacidad de su información médica.

Estamos obligados a cumplir con los términos de este aviso. Nos reservamos el derecho de cambiar los términos de este aviso y hacer que el aviso revisado sea efectivo para toda la información médica que mantenemos.

Publicaremos avisos revisados en nuestro sitio web público www.dshs.texas.gov y en las salas de espera. Puede solicitar una copia del aviso revisado en el momento de su próxima visita.

QUEJAS

Si cree que se han violado sus derechos de privacidad, puede presentar una queja comunicándose con: DSHS Consumer Services and Rights Protection / Ombudsman Office por correo postal a Mail Code 2019, P.O. Box 149347 Austin, TX 78714-9347; o por teléfono al (512) 206-5760 o (800) 252-8154 (llamada gratuita); y la Oficina de Derechos Civiles, Región VI, Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU., por correo a 1301 Young St., Suite 1169, Dallas, Texas 75202; o por teléfono al (800) 368-1019, (214) 767-0432 (fax) o (800) 537-7697 (TDD).

Para quejas sobre una violación de su derecho a la confidencialidad por parte de un programa de tratamiento por abuso de alcohol o drogas, comuníquese con la Oficina del Fiscal de los Estados Unidos del distrito judicial en el que ocurrió la violación.

No tomaremos represalias contra usted por presentar una queja.



HOPE FAMILY HEALTH CENTER 2019 ESCALA DE DONACION Basados por la “Federal Poverty Tax Guideline”

Tamaño de Familia	Medida de Ingreso	Categoría A	Categoría B	Categoría C
1	Annual	\$0-\$12,140	\$12,141-21,244	\$21,245+
	Mensual	\$0-\$1,012	\$1,013-\$1,771	\$1,772+
2	Annual	\$0-\$22,600	\$22,601-\$36,200	36201+
	Mensual	\$0-\$1,883.33	\$1883.34-\$3,016.67	\$3,016.68+
3	Annual	\$0-\$24,450	\$24,451 - \$40,700	\$40,701+
	Mensual	\$0-\$2,037.50	\$2,037.51-\$3,391.66	\$3,391.67+
4	Annual	\$0-\$28,250	\$28,251-\$45,200	45201+
	Mensual	\$0-\$2,354.17	\$2,354.18-\$3,766.67	\$3,766.68+
5	Annual	\$0-\$30,550	\$30,551-\$48,850	\$48,850+
	Mensual	\$0-\$2,545.83	\$2,545.84-\$4,070.83	\$4,070.84+
6	Annual	\$0-\$32,800	\$32,801-\$52,450	\$52,451+
	Mensual	\$0-\$2,733	\$2,734-\$4,370.83	\$4,370.84+
7	Annual	\$0-\$35,050	\$35,051-\$56,050	\$56,051+
	Mensual	\$0-\$2,920.83	\$2,920.84+\$4,670.83	\$4,670.84+
8	Annual	\$0-\$37,301	\$37,301-\$59,700	\$59,701+
	Mensual	\$0-\$3,108.36	\$3,108.37-\$4,975	\$4,976+

LA DONACION EXCLUYE LOS COSTOS ADICIONALES POR:

- Costo por exámenes de laboratorio
- Procedimientos realizados en la clínica
- Inyecciones
- Servicios no relacionados en la clínica como: costos de hospital, rayos-x, y/o cualquier otro tipo de examen de diagnosis.

NOTA: Los Pacientes de HOPE Family Health Center son responsables por los costos de cualquier examen de diagnosis, exámenes de laboratorio, y/o procedimientos realizados por un una tercera empresa, oficinas de algun medico o hospitales. La table de arriba no aplica a grupos, lo cual la donacion es diferente.

Firma del Paciente

Fecha



**HOPE FAMILY HEALTH CENTER 2019 ESCALA DE DONACION
Basados por la "Federal Poverty Tax Guideline"**

Nombre: _____ Fec. Nac.: _____ Tamaño de Familia: _____

Documentos que se le exigen son:

- Comprobante de ingresos de todos los adultos en la casa (W2. Los ultimos dos talones de cheque, carta notariada indicando los pagos recibidos (si le pagan en efectivo))
- Comprobante de domicilio y una identificacion

Nombre y Fecha de nacimiento de todas las personas que viven en la casa:

Firma _____

HOPE STAFF: Date of Eligibility meeting: _____

_____ Income Verification: _____ W2 _____ Paystub _____ letter _____ Proof of Address

\$ _____ Total Household Income

_____ Persons residing in Home

Sliding Scale Category

_____ A (\$5) _____ B (\$10) _____ C (\$15)

Verified _____ Dat _____

Otro: _____ Precinto 2 _____ Precinto 3 _____ McAllen

_____ Mission _____ Hidalgo County Indigent _____ Homeless

_____ IBH _____ Med _____ Counseling _____ DSRIP

Recomendaciones de Grupos: _____ NA

Other: _____



Reconocimiento de Aviso de Prácticas de Privacidad

[Proveedor] participa en el Intercambio de Información de Salud del Valle del Río Grande (RGV HIE) que es un intercambio no lucrativo de información de salud comunitaria que facilita el intercambio electrónico de información del paciente con médicos, hospitales, laboratorios, farmacias y otros proveedores

Compartir información del paciente con otros proveedores a través de RGV HIE ayuda a [Proveedor] a brindar una mejor atención a los pacientes al no duplicar las pruebas y tener información más completa sobre los medicamentos del paciente y otros antecedentes de tratamiento. En el futuro, RGV HIE también se conectará con otros HIE para permitir que la información esté disponible para otros proveedores cuando los pacientes viajen fuera de nuestra región. Consulte el folleto de RGV HIE para obtener más información acerca de como RGV HIE nos ayuda a promover la salud del paciente y protege la información del paciente. Los pacientes también pueden leer más sobre RGV HIE en www.rgvhie.org.

Debido a que la información del tratamiento a veces incluye información de salud confidencial sobre el VIH/SIDA, tratamiento de salud del comportamiento, el abuso de sustancias u otros problemas, necesitamos su consentimiento para agregar la información de su tratamiento a la red.

Los pacientes pueden elegir no compartir su información a través de RGV HIE firmando un Formulario de Exclusión Voluntaria. Puede solicitar un Formulario de Exclusión Voluntaria al personal de [Proveedor]. [Proveedor] no le discriminará si elige firmar un Formulario de Exclusión Voluntaria y [Proveedor] no le exige que comparta información a través de RGV HIE para recibir tratamiento médico.

- Doy mi consentimiento para compartir mi información de salud confidencial a través de RGV HIE y entiendo que [Proveedor] comparte información del paciente, incluida información de salud confidencial a través de RGV HIE. Puedo elegir no compartir mi información de paciente a través de RGV HIE firmando un Formulario de Exclusión Voluntaria. ____ Iniciales del paciente

Firmó: _____ Fecha: _____

Si es menor de 18 años, firma de padre o tutor

[Líneas de Información de contacto]



RIO GRANDE VALLEY HEALTH INFORMATION EXCHANGE SOLICITUD DE REVOCACIÓN DE EXCLUSIÓN VOLUNTARIA

Anteriormente yo entregué una solicitud para “exclusión” de RGV HIE y ahora solicito que se restaure.

Yo entiendo que al entregar esta *Solicitud de Revocación de Exclusión Voluntaria de HIE*, mi información de salud **SERÁ** incluida en la base de datos de RGV HIE y podrá ser vista por otros proveedores del cuidado a la salud. **SOLO SE INCLUIRÁ** información confidencial si también marco el cuadro de abajo. Porque a veces la información de tratamiento incluye información confidencial de salud sobre VIH/SIDA, tratamiento a la salud del comportamiento, abuso de drogas y otros temas, necesitamos su permiso para poder agregar su información de tratamiento a nuestra red. Favor de indicar si acaso da su permiso para que se incluya su información confidencial.

Si, doy mi permiso para compartir mi información de salud confidencial por medio de RGV HIE.

____ Iniciales del Paciente

Yo entiendo que al entregar esta *Solicitud de Revocación de Exclusión Voluntaria del Intercambio de Información de Salud*, mi información de salud **ESTARÁ disponible para que los proveedores del cuidado a la salud la vean en caso de emergencia.**

Yo entiendo que esta petición solo aplica a compartir mi información de salud por medio del sistema de RGV HIE. Yo reconozco que cuando yo vea un proveedor del cuidado a la salud para tratamiento, ese proveedor podrá solicitar y recibir mi información médica de otros proveedores usando otros métodos permitidos tales como fax o por correo.

Nombre del Paciente (Primer Nombre, Segundo Nombre, Apellido)

Nombres Anteriores

Dirección Postal

Número de Teléfono

Firma del Paciente

Fecha de la Firma

Si acaso es menor de 18 años, firma del padre o tutor

Padre

Tutor

Otro _____

Firma del Padre / Tutor

Fecha de la Firma

Nombre del Padre / Tutor

Número de Teléfono del Padre / Tutor



**RIO GRANDE VALLEY HEALTH INFORMATION EXCHANGE
SOLICITUD DE EXCLUSIÓN VOLUNTARIA**

Entiendo que la participación en RGVHIE es voluntaria y que si no quiero participar puedo elegir “no participar” en que se incluya mi información médica en el sistema RGVHIE al firmar esta forma.

OPCIÓN: INFORMACIÓN NO SE COMPARTE; NO SE PUEDE VER EN UNA EMERGENCIA

Entiendo que al entregar esta *Solicitud de Exclusión Voluntaria de HIE* mi información médica **NO SE** incluirá en la base de datos de RGVHIE y no podrá ser vista por otros proveedores del cuidado a la salud.

Entiendo que al entregar esta *Solicitud de Exclusión Voluntaria de HIE* mi información médica **NO ESTARÁ disponible para que la vean los proveedores del cuidado a la salud en caso de emergencia.**

Entiendo que puedo revocar esta *Solicitud de Exclusión Voluntaria* en cualquier momento y puedo hacerlo al completar una *Solicitud de Revocación de Exclusión Voluntaria de RGVHIE* que se puede obtener de la página web de RGVHIE www.rgvhie.org o de su proveedor médico.

Entiendo que esta solicitud solo aplica a compartir mi información médica por medio del sistema de RGVHIE. Reconozco que cuando yo vea un proveedor del cuidado a la salud para recibir tratamiento, ese proveedor podría solicitar y recibir mi información médica de otros proveedores usando otros medios permitidos, como fax o correo.

Nombre del Paciente (Primer Nombre, Segundo Nombre, Apellido)	
Nombres Anteriores	Fecha de Nacimiento (mes/día/año)
Dirección Postal	Ciudad, Estado, Código Postal
Número de Teléfono	Dirección de Correo Electrónico

Firma del Paciente

Fecha de la Firma

Si acaso es menor de 18 años, firma del padre o tutor

Padre

Tutor

Otro _____

Firma del Padre / Tutor

Fecha de la Firma

Nombre del Padre / Tutor

Número de Teléfono del Padre / Tutor



Hope Family Health Center
 2332 Jordan Rd.
 McAllen Texas 78503
 T: 956-994-3319
 F: 956-937-9377

***FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN DE PACIENTE**

Autorización para divulgar información a los miembros de la familia

Los pacientes de HOPE Family Health Center permiten que los miembros de la familia, como su cónyuge, pareja, padres o hijos llamen y soliciten el resultado de las pruebas, los procedimientos y la información financiera. Bajo los requisitos de H.I.P.A.A. no estamos autorizados a dar esta información a nadie sin el consentimiento del paciente. Si desea que su información médica, los resultados de cualquier prueba de diagnóstico y / o información financiera se divulguen a cualquier miembro de la familia, debe firmar este formulario.

***Usted tiene derecho a revocar este consentimiento**

No autorizo a Hope Family Health Center a divulgar información a los miembros de la familia

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

Autorizo a Hope Family Health Center a divulgar mis registros y cualquier información solicitada a las siguientes personas.

- 1.) _____
- 2.) _____
- 3.) _____

Autorización con respecto a los mensajes (por favor marque todos los que correspondan)

_____ Autorizo a Hope Family Health Center a dejar un mensaje detallado en mi casa o número de celular con respecto a las citas

_____ Autorizo a Hope Family Health Center a dejar un mensaje detallado en mi casa o número de celular con respecto al tratamiento médico, la atención, los resultados de las pruebas o la información financiera

_____ Autorizo a Hope Family Health Center a dejar un mensaje con cualquier persona que conteste el teléfono

Nombre del paciente (por favor imprima): _____ Fecha: _____

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

Testigo _____ Fecha: _____