HOPE Family Health Center Formulario de Inscripción

2332 Jordan Rd W. McAllen, TX 78503 • 956-994-3319

Por favor de leer esta pagina antes de llenar el formulario.

Por favor de traer la siguiente documentacion requerida para registrarse.

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

Identificacion:

- Licencia de conducir
- Identificacion estatal
- Identificacion LUPE
- Matricula consular
- Credencial de Elector
- Pasaporte

**Identificacion debe estar vigente*

Comprobante de domicilio:

- Factura mas reciente de cualquier utilidad del hogar (luz, agua, internet, etc.)
- Contrato de renta

**La factura no tiene que estar a su nombre siempre y cuando la persona cuyo nombre esté en la factura viva en el mismo hogar*

Comprobante de ingreso:

- W2 o 1040
- Talones de cheque de los últimos 3 meses
- Documentación de beneficios de desempleo
- Carta de otorgo de SNAP/TANF mas reciente
- SSI/SSDI (SSA-1099 o carta de otorgo)

**Por favor traer comprobantes de todas las personas que trabajen y vivan en el mismo hogar ya que pedimos ingreso anual del hogar*

Residentes de McAllen, Mission, San Juan, Hidalgo:

¿Ud. o alguien en su hogar recibe estampillas, TANF, Medicaid, o Housing (Seccion 8)?

- Si – Traer carta de otorgo/documentacion
- No – Continuar a la siguiente pregunta

¿Ud. o alguien en su hogar tiene cuenta de cheques o ahorros?

- Si – Traer los ultimos 6 estados de cuenta
- No – No se require documentacion adicional

Horario de Inscripcion

Lunes	8a – 12p (Destiny, ext. 104) 1p – 4p (Mary, ext. 110)
Martes Miercoles Jueves	8a – 12p & 1p – 4p (Destiny, ext. 104)
Viernes	8a – 12p (Mary, ext. 110)

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. ❑ Sra.	❑ Senorita ❑ Elle	Estado Civil (circule uno) Soltero / Casado / Div / Sep / Viudo

Este es su nombre legal? ❑ Si ❑ No	Si no, ¿cuál es su nombre legal?	(Nombre Anterior):	Fecha de Nacieminto: / /	Edad:	Sexo: ❑ M ❑ H

Dirección:	Numero de Seguro Social:	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): ❑ Dr. ❑ Hospital

❑ Familia ❑ Amigo ❑ Cerca de casa /trabajo ❑ Redes Sociales ❑ 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) _____

INFORMACIÓN DEL HOGAR/INFORMACIÓN DE COBERTURA MÉDICA

Tiene Seguro Médico? ❑ Si ❑ No Tiene Medicaid /Medicare o Hidalgo County Indigent? ❑ Si ❑ No

		Ingreso Anual del Hogar: Número de Personas en el Hogar:	

Las fuentes de ingresos del hogar son: ❑ Desempleo ❑ TANF ❑ Seguro Social

SERVICIOS DE HOPE

¿Qué servicios le gustaría recibir? ❑Medico ❑ Consegeria

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

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 dia al paiciente 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* _____

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

*INFORMACIÓN DE CONTACTO DE EMERGENCIA

Por favor, nombre a una persona a quien HOPE pueda contactar en el caso de una Emergencia con respecto a sus servicios de salud. Tenga en cuenta que esta persona se puede cambiar.

NOMBRE: _____

DIRECCION: _____WORK TELÉFONO: _____

CITY_____ ST._____ZIP_____

RELACIÓN CON YOU_____

*En caso de emergencia esta persona será llamada y será notificada.

_____Inicial: No deseo incluir a una persona de contacto de emergencia.

ACUERDO DE MEDICACIÓN

Los pacientes de HOPE Family Health Center deben llevar TODOS LOS MEDICAMENTOS a cada visita con su proveedor médico. Los pacientes deben tener una lista de dosis precisas y cuántas veces se toman diariamente o deben poder explicarlo 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. 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/no estar dentro de su fecha de vencimiento. La firma a continuación reconoce el hecho de que no todos los medicamentos administrados como muestras están dentro de la fecha de vencimiento, sino que 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, seré reprogramado.

Firma de Paciente:_____ Fecha: _____

Testigo:_____ Fecha: _____

HOPE
Family Health Center

Derechos y Responsabilidades del Paciente

Nombre del paciente: _____ **Fecha:**_____

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 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.

Revised 02/02/2023

HOPE
Family Health Center

2332 Jordan Rd * McAllen Texas 78503* T: 956-994-3319 * F: 956-971-9377

*FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN DEL 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 se nos permite 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 divulgue a cualquier miembro de la familia, debe firmar este formulario.

* 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.) _____ Relación con el paciente: _____

2.) _____ Relación con el paciente: _____

3.) _____ Relación con el paciente: _____

Autorización con respecto a los mensajes (marque todas las 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 de la paciente (por favor imprima): _____

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

Hope Family Health Center
2332 Jordan Rd. McAllen, Texas 78503
Tel: 956.994.3319
Fax: 956.971.9377
Hope Family Health Center MID – VALLEY
522 S Texas Blvd, SUITE 108-A
Weslaco, TX 78596
Tel: 956.903.1149
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 Ramirez, LCSW-S, CCTP, CMHIMP, CLYL
Directora Ejecutiva
r.ramirez@hfhcenter.org

HOPE
Family Health Center

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, previsibles 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:

Aviso de prácticas de privacidad de privacidad del Departmento Estal de Servicios de Salud de Texas

ACUSE DE REVISIÓN

Fecha: _____

He revisado el Aviso de prácticas de privacidad de las agencias de Salud y Servicios Humanos (versión en vigor el 1 de septiembre de 2017), el cual explica el uso que se le dará a mi información médica y las formas en que está se revelará. Entiendo que tengo derecho a recibir una copia de este aviso al solicitarla.

_____ _____

Nombre del paciente (en letra de molde) Firma del paciente

Si quien ha completado el formulario ha sido el representante personal del paciente, el representante por favor ponga su nombre en letra de molde y firme en el siguiente espacio.

_____ _____

Representante personal (en letra de molde) Firma del representante personal

For Office Use Only

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 revelación electrónica de información de salud protegida

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

- su salud o condición física o mental pasada, presente o futura;
- la atención de salud a usted provista y
- los pagos pasados, presentes o futuros por su atención de salud.

El DSHS no puede revelar su PHI de forma electrónica sin su autorización a menos que la ley lo permita. Por ejemplo, el DSHS puede divulgar su PHI por medio de métodos electrónicos aprobados y seguros por motivos de tratamiento, pago de servicios de atención de salud u operaciones de atención de salud, como la administración de casos o la coordinación de atención. También es posible que el DSHS necesite divulgar su PHI de forma electrónica por motivos de salud pública, como por prevención y control de la propagación de enfermedades infecciosas o por ciertos esfuerzos de ayuda en caso de desastre. Para conocer la lista completa de las razones por las cuales la ley permite que el DSHS divulgue su PHI, consulte el aviso de privacidad del DSHS en http://www.dshs.state.tx.us/hipaa/privacynotices.shtm.

Si cree que el DSHS ha violado las obligaciones descritas en este aviso, tiene derecho a presentar una queja ante el DSHS Privacy Officer 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: hipaa.privacy@dshs.state.tx.us.

AVISO SOBRE LAS PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD DEL DEPARTAMENTO ESTATAL DE SERVICIOS DE SALUD

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PODRÍA USAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO PUEDE USTED ACCEDER A DICHA INFORMACIÓN. LEA ESTE AVISO ATENTAMENTE.

Cada vez que usted recibe un tratamiento o beneficios de cualquier centro o programa del Departamento Estatal de Servicios de Salud (DSHS), nosotros recibimos, creamos y guardamos información sobre su salud, tratamiento y pago de servicios. Nunca usaremos o divulgaremos su información sin su autorización (permiso) por escrito salvo en los casos que se describen en este aviso.

CÓMO PODRÍAMOS USAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA

Podríamos usar y divulgar su información médica sin su autorización con fines relacionados con el tratamiento, el pago y las operaciones de la atención médica. Entre otros ejemplos se incluyen:

- Usar o compartir su información médica con otros proveedores de salud que intervengan en su tratamiento o con la farmacia responsable de proporcionarle sus medicamentos con receta.
- Usar o compartir su información médica con su plan médico para obtener el pago correspondiente a los servicios o para determinar si califica para recibir beneficios gubernamentales en el marco de un plan médico.
- Usar o compartir su información médica para llevar a cabo nuestra actividad, evaluar el desempeño de los proveedores, educar a los profesionales de salud o desempeñar nuestras labores administrativas generales.

Podríamos compartir su información médica con nuestros socios comerciales, que necesitan esta información para prestar los servicios en nuestro nombre y se comprometen a proteger la privacidad y seguridad de su información médica siguiendo las normas del Departamento.

Podríamos usar o divulgar su información médica sin su autorización y de conformidad con la ley para incluirla en nuestro directorio de pacientes o para compartirla con los familiares o amigos responsables de su cuidado o con una agencia de asistencia en caso de desastre, con el fin de informar a sus familiares o amigos de su ubicación y estado en una situación de emergencia.

Podríamos usar y divulgar su información médica sin su autorización para ponernos en contacto con usted para las siguientes actividades, de conformidad con la ley y las normas de la agencia: enviarle recordatorios de sus citas; describir o recomendar tratamientos alternativos; informarle acerca de los beneficios y servicios médicos que puedan ser de su interés; recaudar fondos.

Además, podríamos usar y divulgar su información médica sin su autorización para los siguientes fines:

- Para actividades de salud pública tales como informar sobre enfermedades, lesiones, nacimientos o fallecimientos a las autoridades sanitarias públicas aprobadas para recibir este tipo de información, o para informar a la FDA sobre problemas relacionados con dispositivos médicos;
- Para cumplir con las leyes sobre indemnización laboral y programas similares;
- Para alertar a las autoridades competentes sobre víctimas de abuso, maltrato, descuido o violencia doméstica; si la agencia tiene motivos razonables para creer que usted es una víctima de abuso, maltrato, descuido o violencia doméstica, haremos todo lo posible por obtener su permiso, si bien en algunos casos podríamos vernos obligados a informar a las autoridades o recibir autorización para ello;
- Para actividades de vigilancia de la salud como auditorías, investigaciones e inspecciones de los centros del DSHS;
- Para llevar a cabo investigaciones aprobadas por una Junta de Revisión Institucional o junta de privacidad; para prepararse para trabajos de investigación (por ejemplo, redactar una propuesta de investigación); o para la investigación sobre información de personas fallecidas;
- para crear o compartir información médica que no contenga ningún dato identificativo o solo algunos datos identificativos (conjuntos de datos limitados);
- Para procedimientos judiciales y administrativos como las respuestas a una citación o a otra orden judicial;
- Para colaborar con los agentes de la ley en la identificación o localización de un sospechoso o una persona desaparecida;

- Para colaborar con forenses, examinadores médicos o directores de funerarias en el desempeño de sus obligaciones laborales;
- Para colaborar con las organizaciones que gestionan la donación, la obtención o el trasplante de órganos, ojos o tejidos;
- Para prevenir graves amenazas a la salud o la seguridad públicas;
- Para funciones especializadas del gobierno tales como actividades de militares y veteranos, seguridad nacional e inteligencia, y otras situaciones de detención policial;
- Para divulgaciones accidentales, como cuando se escucha información en una sala de espera a pesar de haberse hecho todo lo posible para proteger su confidencialidad; y
- tal y como requiera o autorice la ley local, estatal o federal.

Las protecciones de privacidad adicionales bajo la ley estatal o federal se aplican a la información sobre el abuso de sustancias, información de 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 de manera expresa. No usaremos ni divulgaremos información genética para aseguradoras.

Siempre le pediremos permiso para usar o compartir su información con fines de marketing, para usar o compartir las notas de sus sesiones de psicoterapia, cuando haya pagos por parte de un tercero, o con cualquier otro fin no descrito en este aviso ni requerido por la ley. Tiene el derecho a cancelar su autorización, salvo en aquellos casos en que ya hayamos actuado con base en ella. Puede cancelar su autorización enviando su petición por escrito al funcionario responsable de la privacidad según se indica a continuación.

SU DERECHO A LA PRIVACIDAD

Aunque su expediente médico es propiedad del DSHS, usted tiene derecho a:

- Inspeccionar y copiar su información médica, incluidos sus informes de laboratorio, previa petición por escrito y con algunas excepciones. Podríamos cobrarle una tarifa razonable y con base en el costo por proporcionarle estos documentos según lo dispuesto en la ley.
- Recibir comunicaciones confidenciales sobre su información médica (por ejemplo, pedir que nos pongamos en contacto con usted en cierta dirección o número de teléfono). Podríamos pedirle que presente su petición por escrito con una declaración o explicación del motivo de su solicitud.
- Solicitar la enmienda de la información médica sobre usted que consta en nuestros archivos. Todas las solicitudes para enmendar la información médica deben realizarse por escrito e incluir el motivo de la solicitud.
- Solicitar un recuento (una lista) de ciertas divulgaciones de su información médica que podríamos hacer sin su autorización. Tiene derecho a recibir una lista gratis en cualquier periodo de doce meses.
- Solicitar que limitemos la forma en que usemos y divulguemos su información médica para tratamientos, pagos y actividades médicas, o a sus familiares y amigos. No estamos obligados a aceptar su petición, excepto cuando nos pida que no compartamos información con su plan médico sobre los servicios que usted haya pagado íntegramente con su propio dinero.
- Obtener una copia en papel de este aviso previa petición.

Puede presentar por escrito cualquiera de las peticiones señaladas anteriormente al funcionario del DSHS responsable de privacidad o a la oficina de privacidad de su proveedor del DSHS. Puede comunicarse con el DSHS llamando al (512) 776-7111 o al (888) 963-7111, o enviando un correo electrónico a hipaa.privacy@dshs.texas.gov. Para pedir los resultados de las pruebas de laboratorio realizadas por el laboratorio del DSHS, llame al (512) 776-7318 o visite http://www.dshs.state.tx.us/lab/patientresults.aspx.

NUESTRAS OBLIGACIONES

Estamos obligados a notificarle nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad en lo que respecta a su información médica. Debemos proteger la privacidad de cualquier información que le identifique a usted y avisarle en caso de que su información médica se use o divulgue de manera que ponga en riesgo la privacidad de dicha información.

AVISO SOBRE LAS PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD DEL DEPARTAMENTO ESTATAL DE SERVICIOS DE SALUD

Estamos obligados a cumplir los términos de este aviso. Nos reservamos el derecho a cambiar los términos de este aviso y a hacer que el aviso revisado sea válido para toda la información médica que obra en nuestro poder. Publicaremos todos los avisos revisados en nuestro sitio web público en www.dshs.texas.gov y en las salas de espera. Puede solicitar una copia del aviso revisado en su próxima visita.

QUEJAS

Si cree que se ha vulnerado su derecho a la privacidad, puede presentar una queja de la siguiente manera: Por correo postal a **DSHS Consumer Services and Rights Protection/Ombudsman Office**, Mail Code 2019, P.O. Box 149347 Austin, TX 78714-9347; o por teléfono al (512) 206-5760 o al (800) 252-8154 (número gratuito); y por correo postal a **Office for Civil Rights, Region VI, U.S. Department of Health and Human Services**, 1301 Young St., Suite 1169, Dallas, Texas 75202; o por teléfono al (800) 368-1019, (214) 767-0432 (fax), o al (800) 537-7697 (TDD).

Para presentar una queja relacionada con la violación de su derecho a la privacidad 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 ninguna represalia contra usted por presentar una queja.

HOPE
Family Health Center

HOPE FAMILY HEALTH CENTER 2019 ESCALA DE DONACION

Basados por la "Federal Poverty Tax Guideline"

Tamaño de Familia	Medida de Ingreso	Categoria A 0%- 100% $5 de Donacion por vicita	Categoria B 100.01%-174.99% $10 de Donacion por vicita	Categoria C 175% + $15 de Donacion Por vicita
1	Annual	$0-$12,140	$12,141-21,244	$21,245+
	Monthly	$0-$1,012	$1,013-$1,771	$1,772+
2	Annual	$0-$22,600	$22,601-$36,200	36201+
	Monthly	$0-$1,883.33	$1883.34-$3,016.67	$3,016.68+
3	Annual	$0-$24,450	$24,451 - $40,700	$40,701+
	Monthly	$0-$2,037.50	$2,037.51-$3,391.66	$3,391.67+
4	Annual	$0-28,250	$28,251-$45,200	45201+
	Monthly	$0-$2,354.17	$2,354.18-$3,766.67	$3,766.68+
5	Annual	$0-$30,550	$30,551-$48,850	$48,850+
	Monthly	$0-$2,545.83	$2,545.84-$4,070.83	$4,070.84+
6	Annual	$0-$32,800	$32,801-$52,450	$52,451+
	Monthly	$0-$2,733	$2,734-$4,370.83	$4,370.84+
7	Annual	$0-$35,050	$35,051-$56,050	$56,051+
	Monthly	$0-$2,920.83	$2,920.84+$4,670.83	$4,670.84+
8	Annual	$0-$37,301	$37,301-$59,700	$59,701+
	Monthly	$0-$3,108.36	$3,108.37-$4,975	$4,976+

La Donacion excluye los costos adicionales por:

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

Firma del Paciente _____ Fecha

NOTA: Los Pacientes de HOPE Family Health Center son responsables por los costos de cualquier examen de diagnosis, examenes 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.

HOPE
Family Health Center

Todos los pacientes de HOPE Family Health Center tendran que participar en una junta donde se les explicara la cuota de donacion basada en la escala de ingresos anuales.

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 receividos (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 By Date

Otro:

___Precinto 2 ____Precinto 3_____McAllen

___Hidalgo County Indigent___Homeless

_____

___IBH_____Med_____Counseling___DSRIP

Recommendaciones de Grupos:_____NA

_____

o _____

RGVHIE

Reconocimiento de Aviso de Prácticas de Privacidad

[Proveedor] participa en el Intercambio de Información de Salud del Valle del Rio 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]

RGVHIE

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**

RGVHIE

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**

v1.2 5/5/17

Hope Family Health Center
2332 W. Jordan Rd. McAllen, Texas 78503-7822
Telephone: (956) 994-3319 Fax: (956) 971-9377
Email: hopefamilyhealthcenter@hfhcenter.org

SOLICITUD Y AUTORIZACION PARA DIVULGAR INFORMACION

Yo autorizo _____
(Nombre Del Programa Que Divulga)
Para divulgar informacion de los registros de _____, nacido el_____
(Nombre Del Cliente)
A la siguiente persona o agencia _____.
(Nombre y direccion de la persona, titulo y programa)
Se solicita que la siguiente informacion sea compartida/liberada:

[ ] Informacion Medica
[ ] Informacion de Consejeria
[ ] Historia del desarrollo y/o social
[ ] Registros Educativos [ ] Notas De Progreso
[ ] Visita con los maestros / información compartida del maestro / permiso para observar
[ ] Resumenes de ARD/IEP
[ ] Permiso para asistir a las reuniones de ARD/IEP
[ ] Otra _____

Estos registros se publicarán a _____
(Nombre, dirección y número de teléfono de la organización/proveedor a lo/as que se debe hacer la divulgación)
para el (los) propósito (s) de:

[ ] Evaluación, tratamiento o atención adicional de salud mental/psicológica/psiquiátrica
[ ] Desarrollo o servicios de programas de rehabilitación
[ ] Planificación del tratamiento
[ ] Investigación
[ ] Otra _____

Estos registros se refieren al tiempo entre _____ y _____ o en _____ 20_____.
NOTA:
La información relacionada con el VIH y la información sobre drogas y alcohol contenida en estos registros se divulgarán bajo el consentimiento a menos que se indique aquí.
[ ] Do not release.

Entiendo completamente esta autorización y solicitud para referir u obtener registros e información de mis registros, incluida la naturaleza de los registros, su contenido y las consecuencias e implicaciones de su divulgación. Esta solicitud es totalmente voluntaria por mi parte.

Entiendo que puedo revocar este consentimiento en cualquier momento dentro de los 90 días, excepto en la medida en que se hayan tomado medidas basadas en este consentimiento. Este consentimiento expirará automáticamente después de 90 días a partir de la fecha en que se firme, o al cumplir con el propósito anterior.

_____ _____
Firma del cliente/padre/tutor (si corresponde) Fecha:

_____ _____
Firma Del Testigo Fecha:
* Soy testigo de que la persona entendió la naturaleza de esta liberación y dio libremente su consentimiento, pero fue físicamente incapaz de proporcionar la firma.

HOPE
Family Health Center

2332 Jordan Rd * McAllen Texas 78503* T: 956-994-3319 * F: 956-971-9377

Patient Information Update Form

Name/*Nombre*: _____ **Date of Birth/*Fecha de Nacimiento*:** _____

Address/*Direccíon*: _____ **City/*Cuidad*:** _____

Zip Code/*Codigo postal*: _____

Telephone:/*Telefono*:

Home/*Casa*: _____

Mobile/*Celular*: _____

Work/*Trabajo*: _____

Other/*Otro*: _____

Marital Status/*Estatu Civil*:

☐ Single/*Soltero/a* ☐ Married/*Casado/a*

☐ Separated/*Separado/a*

☐ Widow/*Viudo/a*

☐ Divorced/*Divorciado/a*

Number of persons in the household/*Numero de personas que viven en el hogar*: _____

Do you have any form of medical insurance (Including Medicaid/Medicare or Hidalgo County)? /*Tiene algún tipo de seguro médico (Incluyendo Medicaid/Medicare o Hidalgo County)?* _____**YES** _____ **NO**

What is your household source of income? /*¿Cuál es la fuente de ingreso de Ud. o su familia?*

☐ Job/*Trabajo* ☐ SSI ☐ Unemployment/*Desempleo*

☐ Social Security/*Seguro Social* ☐ Government Program/*Programa de Gobierno*

Monthly Household Income/ *Ingresos Mensual del Hogar*: _____

Annual Household Income/ *Ingresos Anual del Hogar*: _____

Non Discrimination Clause: No person will be discriminated against because of age, race, color, religion, gender, sexual orientation, disability or national origin.

Revised 01/26/2023