

DEMOGRÁFICA DEL PACIENTE

FECHA: _____

¿Cómo podemos ayudarte hoy? Selecciona una de las siguientes opciones:

- Visita de Atención Primaria
 Atención Preventiva
 Pediatría
 Atención Especializada
 Salud Mental

- Seleccionar Centro de Salud
 Beaumont
 Orange
 Clínica Móvil

Nombre del paciente

Nombre		Apellido	Inicial de segundo nombre
Nombre preferido		Fecha de nacimiento	Número de seguro social
Dirección de correo		Ciudad	Estado/Código postal
Dirección física si es diferente a la anterior		Ciudad	Estado/Código postal
() Teléfono residencial	() Teléfono celular		() Teléfono alternativo
Dirección de correo electrónico			Contáctame: <input type="checkbox"/> teléfono <input type="checkbox"/> Correo electrónico <input type="checkbox"/> texto
En caso de emergencia, contactar a (Nombre/Apellido):			Teléfono de contacto:
Dirección:			Relación:

PARA MENORES DE EDAD:

Nombre de la madre: _____ **Número de contacto:** () _____
Nombre del padre: _____ **Número de contacto:** () _____
Nombre del tutor legal: _____ **Número de contacto:** () _____

- Seguro médico**
 Medicare
 Medicaid
 Seguro privado
 VA
 CHIP
 Ninguno/Pago por cuenta propia
 Otro: _____

- ¿Cómo te enteraste de nuestra práctica?**
 Amigo
 Pariente
 Radio
 Comercial de TV
 Internet
 Recomendación
 Evento
 Otro: _____

- ¿Tienes una farmacia preferida?**
 Sí: _____
 No

- ¿Tienes una declaración de voluntad anticipada?**
 Sí
 No
 NDA

En caso afirmativo, traer prueba/copia de la declaración para el archivo del paciente.

En caso afirmativo, marque todo lo que corresponda:

- Directiva al Médico
 Poder Notarial
 Fuera del DNR del Hospital

HISTORIA SOCIAL:

Por favor complete todo el documento y marque las casillas.

¿Es usted un veterano militar de los Estados Unidos?

Sí No

Idioma preferido: Inglés Español Otro _____

Estado civil Soltero Casado Unión Doméstico
 Divorciado Viuda/Viudo Otro

Género al nacer Masculino Femenino

Identificación de género Hombre Transgénero Hombre / Mujer a Hombre
 Mujer Transgénero Mujer / Hombre a Mujer
 Lenguaje no binario Otros Elijo no revelar

Orientación sexual Heterosexual Lesbiana o Gay Bisexual
 No lo sé Otro Elijo no revelar

Origen étnico Hispano No soy hispano Elijo no revelar

Raza (elige todas las que correspondan): Blanco Negro Alaska/Indio nativo
 Asiático Otros isleños del Pacífico
 Hawaiano nativo Elijo no revelar Otro _____

Trabajador temporal Sí No

Trabajador Migrante Sí No

Vivienda Pública Sí No

Sin Hogar Sí No

Ingresos anuales del hogar \$0 – 20,000 \$20,000 – 34,999 \$35,000 – 49,999
 \$50,000 – 74,999 \$75,000 – 99,999 \$100,000 – 149,999
 \$150,000 o más

Tamaño del hogar 1 2 3 4 5 o más

CONSENTIMIENTO GENERAL PARA EL TRATAMIENTO, *marque cada casilla, según corresponda.*

He presentado para atención médica y doy consentimiento para dicha atención médica y tratamiento, incluidos los procedimientos y pruebas de diagnóstico que el médico(s) y todos los proveedores de TAN Healthcare determinen que son necesarios. **Reconozco** que puedo recibir exámenes de detección de ETS, VIH y Hepatitis C como parte de los servicios de prevención y diagnóstico y que los resultados positivos para TB, VIH/SIDA y/o Sífilis deben ser reportados según lo requiera el Estado de Texas. **Reconozco** que no se ha hecho ni se hará ninguna garantía en cuanto al resultado de la cura o tratamiento. Tengo el **derecho legal de dar mi consentimiento para el tratamiento médico** porque soy el paciente, o soy el padre/guardián del paciente. Toda referencia a "paciente", "yo" y "mi" en este documento significa: _____

(nombre del paciente)

USO DE DATOS: Consiento **la toma de fotografías** relacionadas con el cuidado y tratamiento y entiendo que dichas fotografías pueden formar parte del historial médico y/o utilizarse para fines internos, como la mejora del rendimiento o la educación. Reconozco que la información demográfica y otros datos/información de salud que describen la atención, los servicios y los resultados del paciente se recopilan y utilizan para las operaciones de atención médica, los informes y las comparaciones con otros proveedores. Los datos de rendimiento pueden ser agregados e informados por médico. Entiendo que TAN Healthcare hará todos los esfuerzos razonables para mantener el anonimato de los pacientes y los médicos.

REGISTRO MÉDICO ELECTRÓNICO: TAN Healthcare comparte registros médicos electrónicamente con otros proveedores de atención médica para permitir y promover la continuidad de la atención entre los proveedores. **Entiendo** que, si visito a otro proveedor que también participa en un sistema de registro médico electrónico, TAN Healthcare puede tener acceso a mi registro médico.

No quiero que los registros médicos se compartan con otros proveedores.

PRESCRIPCIONES ELECTRÓNICAS (E-Prescripción): **Autorizo** la prescripción electrónica para prescripciones, lo que permite a los proveedores de atención médica transmitir electrónicamente las recetas a la farmacia de mi elección, revisar la información de beneficios de la farmacia y el historial de dispensación de medicamentos, siempre y cuando exista una relación médica/paciente.

RECONOCIMIENTO DE LA PÓLIZA FINANCIERA: **Acepto** la revelación de toda la información médica, incluso los resultados de las pruebas de VIH, y la información financiera necesaria para procesar este y cualquier reclamo futuro a mi aseguradora o pagador de beneficios de salud, **ya que puedo designar a esa persona o entidad de vez en cuando, por un período indefinido o hasta que presente una revocación por escrito de este comunicado.** Este consentimiento para revelar y obtener información es válido hasta que se revoque y puedo revocar este consentimiento por escrito en cualquier momento, excepto con respecto a las revelaciones ya realizadas. He recibido y leído la Póliza Financiera y he tenido la oportunidad de hacer preguntas.

RECONOCIMIENTO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD: Reconozco que se me ha ofrecido una copia **del Aviso de Prácticas de Privacidad ("Aviso").** El Aviso explica cómo TAN Healthcare puede usar y revelar la información de salud protegida del paciente para fines de tratamiento, pago y operaciones de atención médica. "Información de salud protegida" significa la información de salud personal del paciente que se encuentra en los registros médicos y de facturación del paciente. Si tiene preguntas sobre el Aviso, comuníquese con la Oficina de Privacidad al (409) 832-8338.

He leído y entiendo este formulario.

Nombre del paciente (impreso): _____

Fecha de nacimiento del paciente: _____

Nombre del padre/guardián si el paciente es menor de edad: _____

Firma: _____

Fecha: _____

DELEGACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

NOMBRE: _____

Fecha de nacimiento: _____

Por la presente, autorizo a una o todas las partes designadas a continuación a **solicitar, discutir y recibir** cualquier información de salud protegida con respecto a mi atención médica y tratamiento. Esta información personal de salud incluye mi información de tratamiento, facturación, pagos o cualquier información en mis registros médicos. Entiendo que la identidad de las personas designadas debe verificarse antes de la publicación de la información personal de salud.

Esta autorización permanecerá vigente desde la fecha firmada a continuación hasta su revocación. Usted tiene el derecho de revocar esta autorización por escrito.

Entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento y que tengo el derecho de inspeccionar o copiar la información de salud protegida para ser revelada. Entiendo que la información revelada a las personas designadas **ya no está protegida por la ley federal o estatal y puede estar sujeta a una nueva revelación por parte de la persona designada.**

Nombre completo	Relación	Número de teléfono
Nombre completo	Relación	Número de teléfono
Nombre completo	Relación	Número de teléfono

Para Menores:

Yo (NOSOTROS) entiendo que en caso de que yo (nosotros) no esté disponible para otorgar el consentimiento en nombre de mi hijo menor de edad, el consentimiento de la persona identificada anteriormente, a quien yo (nosotros) he otorgado autoridad para dar su consentimiento en nombre del niño menor, se considerará suficiente para el tratamiento médico(s) / procedimiento(s).

Firma del paciente/padre/guardián

Fecha

Firma del testigo (miembro del personal de TAN si está firmado en la práctica)

Fecha



Por favor, lea este formulario completo antes de firmar y complete todas las secciones que se aplican a sus decisiones relacionadas con la divulgación de su información médica protegida. Las entidades cubiertas, tal como se define ese término en HIPAA y el Código de Salud y Seguridad de Texas § 181.001, deben obtener una autorización firmada del individuo o del representante legalmente autorizado del individuo para divulgar electrónicamente la información de salud protegida de esa persona. No se requiere autorización para divulgaciones relacionadas con el tratamiento, el pago, las operaciones de atención médica, la realización de ciertas funciones de seguro o, según sea de otra manera por ley. **Las entidades cubiertas pueden utilizar este formulario o cualquier otro formulario que cumple con HIPAA, la Ley de Privacidad Médica de Texas y otras leyes aplicables.** A las personas no se les puede negar el tratamiento por no firmar este formulario de autorización, y la negativa a firmar este formulario no afectará el pago, la inscripción o la elegibilidad para los beneficios.

NOMBRE DEL PACIENTE O INDIVIDUO

Apellido _____ Primer Nombre _____ Segundo Nombre _____

OTROS NOMBRES UTILIZADOS _____

FECHA DE NACIMIENTO Mes _____ Día _____ Año _____

DIRECCIÓN

CIUDAD _____ **ESTADO** _____ **ZIP** _____

TELEFONO () _____ **ALT. TELÉFONO ()** _____

DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO (Opcional) _____

AUTORIZO A LO SIGUIENTE A DIVULGAR LA INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA DEL INDIVIDUO:

Nombre del Proveedor: _____
 Dirección _____
 Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____
 Teléfono () _____ Fax () _____

¿QUIÉN PUEDE RECIBIR Y UTILIZAR LA INFORMACIÓN DE SALUD?

Persona/Nombre de la Organización: _____
 Dirección _____
 Ciudad _____
 Teléfono: _____ Fax: _____

MOTIVO DE LA DIVULGACIÓN (Elija solo una opción a continuación)

- Tratamiento/Atención médica continua
- Uso personal
- Facturación o reclamaciones
- Seguros
- Fines legales
- Determinación de discapacidad
- Escuela
- Empleo
- Otros _____

¿QUÉ INFORMACIÓN SE PUEDE DIVULGAR? Complete lo siguiente indicando los elementos que desea que se divulguen. Se requiere la firma de un paciente menor de edad para la liberación de algunos de estos artículos. Si se va a publicar toda la información de salud, marque solo la primera casilla.

- | | | | |
|--|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Toda la información de salud | <input type="checkbox"/> Historia/Examen físico | <input type="checkbox"/> Medicamentos pasados/presentes | <input type="checkbox"/> Resultados de laboratorio |
| <input type="checkbox"/> Órdenes del médico | <input type="checkbox"/> Alergias del paciente | <input type="checkbox"/> Informes de operación | <input type="checkbox"/> Informes de consulta |
| <input type="checkbox"/> Notas de progreso | <input type="checkbox"/> Resumen de alta | <input type="checkbox"/> Informes de pruebas de diagnóstico | <input type="checkbox"/> Informes de ECG / Cardiología |
| <input type="checkbox"/> Informes de patología | <input type="checkbox"/> Información de facturación | <input type="checkbox"/> Informes e imágenes de radiología | <input type="checkbox"/> Otros _____ |

Sus iniciales son necesarias para divulgar la siguiente información:

_____ Registros de salud mental (excluyendo notas de psicoterapia) _____ Información genética (incluidos los resultados de las pruebas genéticas)
 _____ Registros de abuso de drogas, alcohol o sustancias _____ Resultados de pruebas de VIH / SIDA / Tratamiento

PERÍODO DE TIEMPO EFECTIVO. Esta autorización es válida hasta la primera de la ocurrencia de la muerte del individuo; el individuo que alcanza la mayoría de edad; o se retira el permiso; o la siguiente fecha específica (opcional): Mes _____ Día _____ Año _____

DERECHO DE REVOCACIÓN: Entiendo que puedo retirar mi permiso en cualquier momento dando aviso por escrito indicando mi intención de revocar esta autorización a la persona u organización nombrada bajo "QUIÉN PUEDE RECIBIR Y USAR LA INFORMACIÓN DE SALUD". Entiendo que las acciones anteriores tomadas en base a esta autorización por parte de entidades que tenían permiso para acceder a mi información de salud no se verán afectadas.

AUTORIZACIÓN DE FIRMA: He leído este formulario y acepto los usos y divulgaciones de la información como se describe. Entiendo que negarse a firmar este formulario no detiene la divulgación de información de salud que haya ocurrido antes de la revocación o que esté permitida por la ley sin mi autorización o permiso específico, incluidas las divulgaciones a las entidades cubiertas según lo dispuesto por el Código de Salud y Seguridad de Texas § 181.154 (c) y / o 45 C.F.R. § 164.502(a)(1). Entiendo que la información divulgada a raíz de esta autorización puede estar sujeta a una nueva divulgación por parte del destinatario y ya no puede estar protegida por el gobierno federal o estatal. leyes de privacidad.

FIRMA X _____
Firma del Representante Legalmente Autorizado del Individuo o Individuo

FECHA

Nombre del representante legalmente autorizado en letra de imprenta(si corresponde): _____
 Si es representante, especifique la relación con el individuo: Padre del menor Guardian Otro _____

Se requiere la firma de una persona menor de edad para la divulgación de ciertos tipos de información, incluyendo, por ejemplo, la divulgación de información relacionada con determinados tipos de atención reproductiva, enfermedades de transmisión sexual y abuso de drogas, alcohol o sustancias, y salud mental. tratamiento (Véase, por ejemplo, Tex. Código Familiar § 32.003).

FIRMA X _____
Firma de la fecha individual menor de edad

Fecha

Fecha de hoy: _____

Formulario de elegibilidad para Tarifa Variable de Pago

Es necesario que hagamos preguntas personales para darle un descuento en sus gastos médicos. Esta información se mantendrá archivada en nuestro Departamento de Facturación en estricta confidencialidad. Debe verificar sus ingresos ANUALMENTE desde el día en que comienza a usar el centro de salud. La prueba de ingresos incluye declaración de impuestos, talones de cheques o cartas de adjudicación. Sus ingresos anuales se utilizarán para calcular su pago por los servicios del centro de salud.

Nombre:	Fecha de nacimiento:	Últimos cuatro de SSN:
Dirección:	Ciudad:	Estado/Código postal:
Número de teléfono:	Teléfono celular:	

(iniciales) Estoy eligiendo participar en el Programa de Tarifa Variable de Pago y entiendo mis derechos.

(iniciales) He sido informado del Programa de Tarifa Variable de Pago de TAN Healthcare y entiendo completamente mi derechos, sin embargo, estoy eligiendo NO participar. *Puede omitir la siguiente sección y completarla con la firma.*

Número de personas que viven en su casa: _____

¿Cuál es su estado civil? Soltero/a Casado/a Divorciado/a Separado(s) Viudo/a

¿Alquila o es dueño de su casa? Alquilar Alquilar Dueño Vivir con alguien

Cantidad de ingresos mensuales del hogar

Tú mismo	Esposo	Niños	Otra persona	Ingresos totales
\$	\$	\$	\$	\$

¿Tiene algún tipo de seguro que cubra la totalidad o una parte de sus gastos médicos? Sí No

En caso afirmativo, escriba el nombre del seguro y el número de identificación - _____

Por favor, proporcione los nombres y la fecha de nacimiento de TODOS los que viven en el hogar:

Nombre	Fecha de nacimiento

Declaro que la información anterior es verdadera y le he dado permiso a TAN Healthcare para verificar toda la información proporcionada en esta solicitud. También entiendo que, si mis ingresos cambian, debo notificar a la recepción o al departamento de facturación. Entiendo que toda mi información se mantendrá en estricta confidencialidad.

Firma:	Fecha:	Categoría de ingresos: si es elegible (solo en la oficina):
---------------	--------	---

DOCUMENTOS REQUERIDOS PARA LA ELEGIBILIDAD DE TARIFA VARIABLE DE PAGO

Los siguientes elementos son necesarios para que usted sea elegible como paciente de TAN Healthcare para participar en nuestro PROGRAMA TARIFA VARIABLE DE PAGO

A cada paciente se le asignará un **período de gracia de 10 días** a partir de la fecha de su primer día de servicio para completar esta lista de documentos requeridos.

Después de 10 días, se le colocará automáticamente en nuestro PROGRAMA DE AUTOPAGO, lo que significa que será responsable de pagar el precio total de todas sus visitas, laboratorios, imágenes y cualquier otro servicio que reciba de TAN Healthcare.

Para convertirse en un paciente establecido con TAN Healthcare, debe proporcionar a nuestra oficina lo siguiente:

- IDENTIFICACIÓN CON FOTO**

- COMPROBANTE DE DOMICILIO**

- COMPROBANTE DE INGRESOS DEL HOGAR**
 - _____ **ÚLTIMOS DOS TALONES DE CHEQUES DEL MES ACTUAL**
 - _____ **CARTA DE JUBILACIÓN O BENEFICIOS DEL SEGURO SOCIAL**
 - _____ **CARTA DE PRESTACIONES POR DESEMPLEO**
 - _____ **CARTA DE PAGO DE MANUTENCIÓN INFANTIL**
 - _____ **CARTA DE PREMIO SNAP**
 - _____ **DOCUMENTOS DE DECLARACIÓN DE IMPUESTOS ACTUALES**
 - _____ **CARTA DE APOYO**

- SOLICITUD DE TARIFA VARIABLE DE PAGO**

- FORMULARIO DE AUTODECLARACIÓN**

Al firmar este documento, usted está declarando que comprende los requisitos de nuestro PROGRAMA DE DESCUENTO DE TARIFA DESLIZANTE. También reconoce que después de su período de gracia de 10 días, sus tarifas con TAN Healthcare revertirán automáticamente de tarifa deslizante a pago por cuenta propia si todos sus documentos no han sido recibidos por nuestra oficina.

Nombre en escrito

Fecha

FIRMA

Fecha de nacimiento

Formulario de Autodeclaración del Paciente

Información del paciente

Nombre	Fecha de nacimiento:	Últimos cuatro de SSN:
Número de teléfono:	Dirección de correo electrónico:	

Declaración de Trabajo por Cuenta Propia/Desempleo:

Declaro que mi empleo principal es en la siguiente industria, _____ y que actualmente:

Estoy trabajando (a tiempo completo o parcial)
 Actualmente no estoy trabajando
 Actualmente trabajo por cuenta propia

Desempleado:

Recibo ayuda de la familia, beneficios de desempleo y / o asistencia del gobierno para cubrir las facturas. El siguiente miembro _____ de la familia proporciona apoyo de \$ _____ cada mes y se puede contactar al siguiente número _____ para verificar el apoyo.

Declaración de Ingresos y Tamaño de la Familia:

Declaro que mi ingreso familiar para el año pasado fue de \$ _____ y que mi ingreso familiar mensual actual es de \$ _____. También certifico que un total de _____ personas viven en mi hogar.

Certifico que la información que proporcioné es correcta y autorizo al centro de salud a utilizarla. Entiendo que esta información se utilizará para determinar la elegibilidad para una escala de pago, y si soy elegible, recibiré un descuento para los servicios de salud durante un año a partir de la aprobación.

Entiendo que, si no proporciono la documentación requerida, puedo continuar recibiendo mis servicios de atención médica en este centro, pero tendré que pagar el 100% de mi factura médica.

Firma del solicitante: _____ **Fecha:** _____

Declaración de soporte

Yo, proporciono _____ apoyo a _____
(Nombre del partidario) (Nombre del paciente)

Con los siguientes servicios: (Marque todos los que correspondan)
 Alimentarios
 Financieros
 Vivienda

Creo que el valor monetario mensual de estos servicios es aproximadamente: \$ _____.

Dirección del partidario:

Dirección:	Ciudad:	Estado/Zip
Teléfono:	Correo electrónico:	Relación con el paciente:

Firma del partidario: _____ Fecha: _____

