

FECHA: _____

HISTORIAL SOCIAL Y DATOS DEMOGRÁFICOS



Información del paciente

Nombre		Inicial media	Apellido		
Nombre preferido		Fecha de nacimiento	SSN:		
Dirección postal		Ciudad	Estado/Código postal		
Dirección física si es diferente de la anterior		Ciudad	Estado/Código postal		
Teléfono residencial		Teléfono celular	Otro		
Dirección de correo electrónico			Método de contacto preferido (teléfono, texto, correo electrónico):		
En caso de emergencia, póngase en contacto con: <i>(Nombre y apellido)</i>			Número de contacto:		
Dirección:			Relación:		
Raza: _____ (Enumere todos los que correspondan) Blanco, Negro, Asiático, Nativo de Hawai, Alaska/Indio nativo, Isleño del Pacífico, Otro.		Origen étnico: _____ Hispano, no hispano o Elija no revelar. Si es hispano, especifique el origen: _____		Idioma preferido: _____ Inglés, Español, Hindi, Otro Si es otro, sírvase enumerar: _____	
Género: _____ <i>Hombre o mujer</i>					
Estado civil: _____		Tamaño del hogar: _____		Ingreso anual del hogar: _____	
¿Es usted un veterano militar de los Estados Unidos? _____		¿Eres un trabajador estacional? _____		¿Es usted un trabajador migrante? _____	
¿Recibes Vivienda Pública? _____			¿Está actualmente sin hogar? _____		
¿Tiene una directiva anticipada? (Directiva para el médico, poder notarial médico, DNR fuera del hospital)? _____ <i>En caso afirmativo, traiga prueba / copia de la directiva para el archivo del paciente.</i>					
¿Tiene seguro médico? _____ En caso afirmativo, indique el nombre del seguro (s): _____ (Medicare, Medicaid, Seguro privado, beneficios del VA, CHIP, ninguno/pago por cuenta propia)					
Nombre de la farmacia preferida: _____			Número de teléfono: _____		

PARA MENORES DE EDAD:

Nombre de la madre: _____ Número de contacto: _____

Nombre del padre: _____ Número de contacto: _____

Nombre del tutor: _____ Número de contacto: _____



CONSENTIMIENTO GENERAL PARA EL TRATAMIENTO

Por favor, escriba sus iniciales en cada línea, según corresponda.

_____ Me he presentado para recibir atención médica y doy mi consentimiento para dicha atención médica y tratamiento, incluyendo cualquier procedimiento de diagnóstico y pruebas que el médico (s), y todos los proveedores de TAN Healthcare determinen que son necesarios. **Reconozco** que puedo recibir pruebas de detección de ETS, VIH y Hepatitis C como parte de los servicios de prevención y diagnóstico, y que los resultados positivos de tuberculosis, VIH/SIDA y/o sífilis deben informarse según lo exige 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 consentir al tratamiento médico** porque soy el paciente, o soy el padre/tutor del paciente. Toda referencia a "paciente", "yo" y "mi" en este documento significa: _____

(NOMBRE DEL PACIENTE)

_____ **USO DE DATOS: Doy mi consentimiento para la toma de fotografías** relacionadas con la atención y el tratamiento y entiendo que dichas fotografías pueden formar parte del historial clínico y / o usarse para fines internos, como mejorar el rendimiento y 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 operaciones de atención médica, informes y comparaciones con otros proveedores. Los datos de rendimiento pueden agregarse e informarse por médico. Entiendo que TAN Healthcare hará todos los esfuerzos razonables para mantener el anonimato del paciente y del médico.

_____ **EXPEDIENTE 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 se comparta mi historial médico con otros proveedores.**

*Escriba sus iniciales sólo si **no desea que se compartan sus datos.***

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

_____ **AUTORIZACIÓN DE INFORMACIÓN FINANCIERA:** Acepto la divulgación de toda la información médica, incluidos 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 divulgar y obtener información es válido hasta que se revoque y puedo revocar este consentimiento por escrito en cualquier momento, excepto con respecto a las divulgaciones ya realizadas. Se cargará una copia de la Política financiera de TAN en su portal para pacientes de Healow, y tuve la oportunidad de hacer preguntas.

_____ **RECONOCIMIENTO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD:** Reconozco que me han ofrecido una copia **Aviso de prácticas de privacidad** ("Aviso"). El Aviso explica cómo TAN Healthcare puede usar y divulgar la información médica 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/tutor 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 médica protegida con respecto a mi atención médica y tratamiento. Esta información personal de salud (PHI) 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 PHI.

Esta autorización permanecerá vigente desde la fecha firmada a continuación hasta que sea revocada. Usted tiene derecho a 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 que se divulgará. Entiendo que la información divulgada a las personas designadas ya no estará protegida por la ley federal o estatal y podría estar sujeta a una nueva divulgación por parte de la persona designada.

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

Para menores de edad:

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

FIRMA DEL PACIENTE/PADRE/TUTOR

FECHA

FORMULARIO DE ELEGIBILIDAD DE TARIFA VARIABLE

Es necesario que les hagamos preguntas personales para ofrecerle un descuento en sus gastos médicos. Esta información se mantendrá en estricta confidencialidad. Sus ingresos anuales se utilizarán para calcular su pago por los servicios médicos. Debes verificar tus ingresos ANUALMENTE a partir de la fecha en que comiences a usar el centro médico. A cada paciente se le asignara un periodo de gracia de 10 días a partir de la fecha de su primer día de Servicio para completar la lista de documentos requeridos. Después de **10 días** se le colocará automáticamente en nuestro programa de autopago, esto significa que será responsable de pagar el precio total de todas sus visitas, análisis de laboratorio y cualquier otro servicio que recibas de TAN Health care.

Lo siguientes documentos son necesarios para que usted sea elegible para nuestro

PROGRAMA DE DESCUENTOS DE AUTOPAGO:

- IDENTIFICACION CON FOTO
- COMPROBANTE DE DOMICILIO
- COMPROBANTE DE INGRESOS DEL HOGAR
 - DOCUMENTOS DE DECLARACION DE IMPUESTOS ACTUALES
 - ULTIMOS DOS TALONES DE CHEQUE DEL MES ACTUAL
 - CARTA DE JUBILACION O BENEFICIO DEL SEGURO SOCIAL
 - CARTA DE SUBSIDIO DE DESEMPLEO
 - CARTA DE APOYO

Nombre:	Fecha de nacimiento:	Phone Number:
Dirección:	Ciudad:	Estado/código postal:
Person con responsabilidad financiera:	Estado civil:	Correo electrónico:
Vive con alguien, alquila o es Dueño de su casa?		Numero de personas que viven en su casa:
Tienes algún tipo de seguro médico que cubra la totalidad o una parte de tus gastos médico?		Si tienes seguro médico, por favor indique el nombre:

Elige una de las siguientes:

	Estoy trabajando tiempo completo/parcial
	No estoy trabajando/recibo apoyo financiero
	No estoy trabajando/estoy recibiendo beneficios
	Actualmente trabajo por cuenta propia

CANTIDAD DE INGRESOS MENSUALES DEL HOGAR

Usted mismo	Esposo(a)	Ninos	Otra persona	Total de ingresos mensuales
\$	\$	\$	\$	\$

Por favor indique los nombres y fechas de nacimiento de TODOS los que viven en el hogar:

Nombre	Fecha de Nacimiento

Declaro que la información anterior es verdadera y he autorizado a TAN Health care a 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 estrictamente confidencial. Entiendo que, si no proporciona la documentación requerida, puedo seguir recibiendo servicios en esta oficina. Pero tendré que pagar el 100% de mi factura médica.

Al firmar este formulario, elija participar el programa de descuentos de autopago y entiendo mis derechos.

FIRMA:	FECHA:	Income Category – If Eligible (Office Only):
--------	--------	--

DECLARACIÓN DE APOYO

Si un aplicante no tiene ingresos o no puede proporcionar ninguna documentación que muestre cómo se mantiene, este formulario se puede utilizar como documentación. Este formulario debe ser completado y firmado por la persona que brinda apoyo; No **debe** ser llenado por el aplicante.

Yo, _____, certifico que actualmente apoyo a
(Nombre impreso de la persona que da apoyo)

_____, que reside en la siguiente

(Nombre impreso del aplicante)

dirección: _____.
(Dirección, ciudad, estado y código postal de la persona que apoyas)

Lo he apoyado desde _____ . Mi relación con el solicitante
(fecha)

es _____ .
(Ejemplos: padre, cónyuge, compañero de cuarto, amigo, hermana, etc.)

El tipo de soporte que proporciono es (marque todo lo que corresponda):

Cuarto Comida/Ropa Alquiler/Hipoteca

Facturas servicios públicos

Asistencia en efectivo por un monto de \$ _____ por mes

Explicación adicional (si es necesario):

Me pueden contactar para verificar esta información al: _____.
(Número de teléfono)

Al firmar este formulario, afirmo que la información anterior es una declaración precisa de asistencia que se proporciona al solicitante. Entiendo que si deliberadamente omito o doy información falsa, el solicitante puede ser eliminado del programa y / o procesado penalmente.

X.

FIRMA DE LA PERSONA QUE DA EL APOYO (por favor imprima y firme)

Fecha

Tenga en cuenta: Si hay circunstancias especiales en torno a la situación de su hogar que necesiten ser explicadas o verificadas por un trabajador social, administrador de casos o enfermera de salud pública, pídeles que proporcionen una declaración de apoyo detallada en su nombre y la adjunten a su solicitud cuando soliciten asistencia.

CONSENTIMIENTO PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD



INFORMACIÓN SOBRE EL PACIENTE PARA EL QUE SE OTORGA LA AUTORIZACIÓN:

NOMBRE: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____
 DIRECCIÓN: _____ NÚMERO DE TELÉFONO: _____
 CIUDAD: _____ ESTADO: _____ CÓDIGO POSTAL: _____ CORREO ELECTRÓNICO: _____

POR FAVOR, ENVÍE LA INFORMACIÓN SOLICITADA A:

Coloque una "X" por su selección

TAN Healthcare - Orange 3727 N 16th ST Orange, TX 77632 PH: 409-920-4223 Fax: 888-910-2061	TAN Healthcare - Beaumont 1495 N 7ª ST Beaumont, TX 77702 Tel: 409-832-3377 Fax: 877-547-8271	TAN Healthcare- Unidad móvil 1495 N 7ª ST Beaumont, TX 77702 Tel: 409-550-1067 Fax: 855-287-7680
---	--	---

AUTORIZO A LO SIGUIENTE A DIVULGAR LA INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA DEL INDIVIDUO:

NOMBRE: _____ TELÉFONO: _____
 DIRECCIÓN: _____ FAX: _____
 CIUDAD: _____ ESTADO: _____ CÓDIGO POSTAL: _____

INFORMACIÓN ESPECÍFICA QUE DEBE DIVULGARSE:

Coloque una "X" por su selección

<input type="checkbox"/> Toda la información de salud (incluye todo lo enumerado)	<input type="checkbox"/> Alergias del paciente	<input type="checkbox"/> Informes de radiología y resultados de laboratorio de imágenes
<input type="checkbox"/> Órdenes del médico	<input type="checkbox"/> Resumen de la aprobación de la gestión	<input type="checkbox"/> Informes de consulta
<input type="checkbox"/> Notas de progreso	<input type="checkbox"/> Medicamentos pasados/presentes	<input type="checkbox"/> EKG/Informes de cardiología
<input type="checkbox"/> Informes de patología	<input type="checkbox"/> Informes de operación	<input type="checkbox"/> Otro: _____
<input type="checkbox"/> Antecedentes/examen físico	<input type="checkbox"/> Informes de pruebas de diagnóstico	

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 la prueba de VIH/SIDA / Tratamiento

Publicar registro médico de _____ Para _____
 (insertar fecha) (insertar fecha)

PERÍODO DE VIGENCIA: Esta autorización es válida hasta que ocurra la muerte de la persona que ocurra primero; la mayoría de edad de la persona; o se retira el permiso; o la siguiente fecha específica (opcional): Mes _____ Día _____ Año _____

DERECHO A REVOCAR: Entiendo que puedo retirar mi permiso en cualquier momento mediante notificación por escrito indicando mi intención de revocar esta autorización a la persona u organización nombrada en "QUIÉN PUEDE RECIBIR Y USAR LA INFORMACIÓN DE SALUD". Entiendo que las acciones anteriores tomadas en dependencia de esta autorización por 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 impide 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 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 de conformidad con esta autorización puede estar sujeta a una nueva divulgación por parte del destinatario y ya no puede estar protegida por las leyes de privacidad federales o estatales.

FIRMAS:

PACIENTE/REPRESENTANTE LEGAL: _____ FECHA: _____

SI ES REPRESENTANTE LEGAL, RELACIÓN CON EL PACIENTE: _____

Se requiere la firma de un menor de edad para la divulgación de ciertos tipos de información, incluyendo, por ejemplo, la divulgación de información relacionada con ciertos tipos de atención reproductiva, enfermedades de transmisión sexual y abuso de drogas, alcohol o sustancias, y tratamiento de salud mental.

FIRMA DEL MENOR (SI PROCEDE): _____ FECHA: _____

PÓLIZA FINANCIERA



NOSOTROS en Triangle Area Network (TAN Healthcare) estamos comprometidos a brindarle a usted y a su familia la más alta calidad de atención, y nos complace discutir nuestros honorarios profesionales con usted en cualquier momento. Su clara comprensión de nuestra política financiera es importante para nuestra relación profesional. Por favor, pregunte si tiene alguna pregunta sobre esta política financiera.

Usted es personalmente responsable del pago en el momento del servicio por todos los cargos que resulten de la atención proporcionada por TAN Healthcare.

Para ayudarnos a establecer su cuenta financiera de TAN Healthcare, por favor:

- Proporcione toda la información para la facturación precisa de su reclamo de seguro, incluida su tarjeta de seguro e información demográfica.
- Satisfacer todos los copagos, deducibles y servicios no cubiertos por su plan de salud el día en que se prestan los servicios.
- Proporcione a su compañía de seguros y a TAN Healthcare cualquier información adicional solicitada para completar el procesamiento de las reclamaciones presentadas en su nombre.
- Acepte informar inmediatamente cualquier cambio en su estado financiero y / o cobertura de seguro.

MENORES NO ACOMPAÑADOS:

Los menores deben tener una autorización para el tratamiento médico firmada por sus padres / tutores. El padre/tutor del menor es responsable de proporcionar la información actual del seguro. Tenga en cuenta que los copagos y / o deducibles se esperan en el momento del servicio.

CON RESPECTO A LOS PLANES DE SALUD Y SEGUROS:

Para cada visita a TAN Healthcare, es su responsabilidad asegurarse de que TAN Healthcare esté actualmente bajo contrato con su plan de seguro. Es posible que se requiera la verificación de su cobertura y beneficios. A menudo, esta verificación requiere que compartamos el motivo de su visita con su compañía de seguros.

Si no tenemos contrato con su plan de salud, es posible que requeramos el pago completo en el momento del servicio. Le proporcionaremos una copia de su estado de cuenta detallado para que pueda solicitar el reembolso de su plan de salud. Si su plan de salud requiere una descripción más detallada de los servicios, haga que su plan de salud lo solicite por escrito.

Tenga en cuenta que si califica para servicios a través de un programa financiado por una subvención o del Departamento de Planificación Familiar del Servicio de Salud del Estado (Título X), estos recursos son pagadores de último recurso. Lo que significa que, si actualmente o en el futuro tiene Medicare, Medicaid o seguro de terceros, es posible que no sea elegible para recibir servicios bajo estas subvenciones.

Si dichos cambios no se han informado adecuadamente y esos cambios en su estado resultan en la inelegibilidad para los servicios bajo un programa financiado por TAN Healthcare, usted será totalmente responsable del costo de los servicios prestados por TAN Healthcare.

La asistencia financiera está disponible para todos los pacientes, independientemente del seguro; Por favor, hable con nosotros para ver si califica.

ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS:

Usted da fe de lo siguiente:

En consideración de los servicios prestados o que prestará TAN Healthcare, por la presente cedo, transfiero y transfiero irrevocablemente a TAN Healthcare todos los derechos, títulos e intereses en todos los beneficios pagaderos por la atención médica prestada por TAN Healthcare al paciente (s) nombrado (s) a continuación, qué beneficios se proporcionan en todas y cada una de las pólizas de seguro, planes de beneficios para empleados, contrato de reaseguro/stop-loss y/o acciones de terceros contra cualquier otra persona o entidad, para quien mi cónyuge, dependientes o yo tenemos derecho a recuperar.

- Por la presente, también cedo, transfiero y dedico irrevocablemente a TAN Healthcare todos los derechos, títulos e intereses en todos y cada uno de los reclamos, apelaciones administrativas y causas de acción contra todas las compañías de seguros, planes de beneficios para empleados, compañías de reaseguro / stop-loss, administradores externos y / u otras personas o entidades responsables del pago de los beneficios del seguro de salud.
- Autorizo al administrador del plan de mi aseguradora a divulgar a TAN Healthcare todas y cada una de las pólizas de seguro, documentos del plan, descripciones resumidas del plan y/o información de liquidación previa solicitud por escrito de TAN Healthcare para reclamar dichos beneficios médicos.
- Autorizo que el pago se realice directamente a TAN Healthcare o a mi médico tratante.

DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN

Acepto la divulgación de toda la información médica, incluidos 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 divulgar y obtener información es válido hasta que se revoque y puedo revocar este consentimiento por escrito en cualquier momento, excepto sobre divulgaciones ya realizadas.

- Como un servicio gratuito de TAN Healthcare para nuestros pacientes, TAN Healthcare, o un tercero con quien TAN Healthcare tiene contratos, proporciona llamadas de recordatorio de citas de cortesía y posiblemente otras llamadas importantes relacionadas con notificaciones relacionadas con la atención médica, como recordatorios de verificación y recordatorios de vacunas. Dichas llamadas o mensajes de texto pueden realizarse utilizando un sistema de mensajería automática pregrabado al número de teléfono proporcionado a TAN Healthcare.
- He leído y entiendo que soy personalmente responsable del pago.