



BIENVENIDOS A FAMILY HEALTH CENTER... ¡Su salud es nuestra principal prioridad!

Family Health Center se enorgullece de anunciar la adopción del modelo de atención médica "Hogar Médico". Este enfoque nuevo, innovador y en equipo para brindar atención médica se enfoca en la sociedad entre usted, el paciente, y el equipo de profesionales médicos del Centro. Trabajaremos juntos para coordinar los servicios que usted necesita y así brindarle la mejor atención posible.

HORARIO

Servicios médicos: <ul style="list-style-type: none">• Clínica• Sin turno	Lunes a viernes Lunes a viernes	8:00 a.m. a 5:00 p.m. 8:00 a.m. a 4:30 p.m.
Odontología: <ul style="list-style-type: none">• Clínica• Sin turno	Lunes a viernes Lunes a viernes	8:00 a.m. a 5:00 p.m. 8:00 a.m. a 4:30 p.m.

MENORES

Los pacientes menores de 18 años deben estar acompañados por un padre o tutor legal para poder recibir tratamiento de rutina. Los tutores legales deben traer pruebas de la tutoría.

SERVICIOS y PERSONAL

Ofrecemos los siguientes servicios: atención médica primaria, atención odontológica primaria, atención pediátrica, laboratorio, análisis de detección, vacunas y asistencia de elegibilidad.

PAGO POR LOS SERVICIOS RECIBIDOS

Las tarifas cobradas se encuentran en escala progresiva basada en los ingresos de su hogar y el tamaño de su familia. El pago debe hacerse al momento del servicio. Family Health Center acepta Medicaid, Medicare, CHIP, TRICARE, seguros, efectivo, cheques y tarjetas de crédito.

FUERA DEL HORARIO DE ATENCIÓN

Si tiene una **afección médica** que no puede esperar hasta que Family Health Center abra, puede llamar al Centro al 214-618-5600 y hablar con el servicio de enfermería que trabaja "fuera del horario de atención". Lo asesorarán sobre cómo manejar su afección médica. Este servicio no debe usarse para resurtido de medicamentos o problemas con la programación de citas.

RECETAS

Los resurtidos no planificados requieren un **mínimo de 48 horas para completarse**. Se programará una cita de seguimiento cada tres meses para el mantenimiento de las recetas. Contamos con varias maneras para ayudar a nuestros pacientes con los costos de las recetas. Pregunte a su proveedor sobre estos servicios.

PRÓXIMAS VISITAS: ES IMPORTANTE QUE ASISTA A SUS CITAS

Recuerde traer sus medicamentos en cada visita. En caso de que haya algún cambio en su situación laboral, cobertura de seguro o dirección, es su responsabilidad informarnos dicho cambio. **Si sabe que no podrá asistir a una cita, intente por todos los medios cancelarla el día anterior. Esto nos permitirá ayudar a otro paciente.**

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____ Masculino Femenino
 Padre/Tutor: _____ Fecha de nacimiento: _____
 Dirección: _____ N. ° depto.: _____
 Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____
 N. ° de teléfono - Hogar: _____ Alternativo: _____ Trabajo: _____
 N. ° de seguro social: _____ Correo electrónico: _____

Contacto de emergencia: _____

Vínculo con el paciente: _____ N. ° de teléfono: _____

Compañía de seguros: _____ Titular de la póliza: _____

Fecha de nacimiento del titular de la póliza: _____ N. ° de identificación: _____ N. ° de grupo: _____

Para cumplir con los nuevos requisitos para acceder a nuestras fuentes de financiación, necesitamos la siguiente información de cada paciente. ¡Gracias por su ayuda!

<p>¿Cuál es su raza? (Marque el casillero que corresponda)</p> <p><input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Afroamericano <input type="checkbox"/> Indígena americano <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái <input type="checkbox"/> Islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Más de una raza <input type="checkbox"/> No informa _____ (inicial del personal)</p>	<p>¿Cuál es su etnia? (Marque el casillero que corresponda)</p> <p><input type="checkbox"/> Latino <input type="checkbox"/> No latino <input type="checkbox"/> No informa _____ (Inicial del personal)</p>
<p>¿Es veterano de guerra de los Estados Unidos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Es trabajador agrícola? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es sí: <input type="checkbox"/> Migrante o <input type="checkbox"/> Temporario</p>	<p>¿Vive en una institución pública? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Vive en la calle? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es sí, marque la descripción correcta: <input type="checkbox"/> Refugio <input type="checkbox"/> Transicional <input type="checkbox"/> Vivienda compartida <input type="checkbox"/> Calle</p>
<p>¿Cuál es su orientación sexual/identidad de género? Marque el casillero que corresponda.</p>	
<p>Orientación sexual:</p> <p><input type="checkbox"/> Heterosexual <input type="checkbox"/> Homosexual <input type="checkbox"/> Lesbiana <input type="checkbox"/> Bisexual <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/> Se niega a responder _____ (inicial del personal)</p>	<p>Identidad de género:</p> <p><input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Transexual masculino (de mujer a hombre) <input type="checkbox"/> Transexual femenino (de hombre a mujer) <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/> Ni mujer ni hombre exclusivamente <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Se niega a responder _____ (inicial del personal)</p>

Aviso de prácticas de privacidad:

He recibido el Aviso de prácticas de privacidad del Centro Comunitario de Atención Médica.

Derechos y responsabilidades:

He recibido el Aviso de derechos y responsabilidades del Centro Comunitario de Atención Médica.

Firma del paciente

Fecha

Padre/Tutor

Fecha

FAMILY HEALTH CENTER AT VIRGINIA PARKWAY
FIRMA EN ARCHIVO

Solicito que Family Health Center at Virginia Parkway reciba el pago de los beneficios autorizados de Medicare, Medicaid u otros seguros a mi nombre por cualquier servicio que me brinde el proveedor o suministrador indicado en la lista. Autorizo a cualquier poseedor de información médica sobre mi persona a divulgar a la Administración para el Financiamiento de Servicios de Salud y a sus agentes cualquier información necesaria para determinar dichos beneficios o los beneficios pagaderos por servicios relacionados.

Entiendo que por medio de mi firma solicito realizar el pago y autorizo la divulgación de la información médica necesaria para pagar la reclamación. Si en el punto 9 del formulario HCFA-1500 se ha indicado "Otro seguro médico", o bien en otro lugar de otros formularios de reclamaciones aprobados o presentados electrónicamente, mi firma autoriza la divulgación de la información a la aseguradora o agencia indicada. En los casos asignados de Medicare, el proveedor o suministrador acuerda aceptar el cargo fijado por la compañía de seguros de Medicare como cargo total, y el paciente es responsable únicamente de los deducibles, del coseguro y de los servicios no cubiertos. El coseguro y el deducible se basan en el cargo fijado por la compañía de seguros de Medicare.

Firma: _____ Fecha: _____

Medicare: No. _____

Medicaid: No. _____

Compañía de seguros: _____ Póliza: No. _____

AVISO RESPECTO A POSIBLES QUEJAS: Las quejas acerca de médicos, así como otros licenciarios y registrantes de la Junta Estatal de Examinadores Médicos de Texas, incluidos los asistentes médicos y acupunturistas, pueden ser reportadas para su investigación a la siguiente dirección: Texas State Board of Medical Examiners, Attention: Investigations, 1812 Center Creek Drive, Suite 300, P.O. Box 149134, Austin, Texas 78714-9134

Si necesita asistencia para presentar una queja, llame al 1-800-201-9353.

Family Health Center At Virginia Parkway
NOTIFICACIÓN Y CONSENTIMIENTO GENERAL

La información contenida en este formulario de consentimiento se le ofrece para que usted esté mejor informado sobre los servicios de cuidado de la salud que recibirá. Una vez que esté seguro de haber comprendido la información que se le brindará sobre los servicios, y si está de acuerdo con recibirlos, deberá firmar este formulario para indicar que los comprende y que otorga su consentimiento para recibirlos.

NOTIFICACIÓN: Family Health Center at Virginia Parkway (en adelante denominado el “Centro”) alienta a las personas a elegir un médico personal para sus exámenes periódicos de salud y para el tratamiento de sus problemas de salud. Los servicios del Centro están dirigidos principalmente a prevenir problemas de salud en quienes no pueden acceder a un médico. El Centro no puede hacerse responsable de pagar por cuidado médico recibido o realizado fuera del Centro, tal como nacimientos de bebés, exámenes de laboratorio con fines de referencia u otro tipo de diagnósticos, etc., aunque dichos cuidados sean solicitados por proveedores del Centro, a menos que ya hayan sido autorizados por la Administración del Centro.

LIMITACIÓN DE RESPONSABILIDAD: Entre sus servicios, el Centro utiliza exámenes de detección y ciertos análisis de sangre como métodos para identificar a personas que están en riesgo de desarrollar diversos problemas médicos comunes. Los exámenes de detección cumplen un valioso servicio porque ayudan a identificar ciertas enfermedades al comienzo de su desarrollo. Sin embargo, esos exámenes de detección no cubren todas las enfermedades, y es posible que en algunos casos no detecten enfermedades que deberían identificar. No son exámenes de diagnóstico y no constituyen un examen completo.

CONSENTIMIENTO GENERAL: Otorgo mi permiso al Centro, a su personal designado y a otro personal médico que preste servicios bajo su supervisión a realizar evaluaciones o exámenes físicos, hacer análisis de laboratorio u otras pruebas, aplicar inyecciones, administrar medicamentos, brindar otros tratamientos y prestar otros servicios de salud al paciente identificado en este formulario. No es necesario el consentimiento de los padres para el cuidado prenatal de pacientes que todavía son menores de edad.

ENTENDIMIENTO INFORMADO: Entiendo que no se me ha dado ninguna garantía respecto a los resultados de la curación derivada del cuidado y el tratamiento provistos.

DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN: Asimismo, entiendo que todos los registros médicos y de servicios sociales podrán ser entregados a un representante del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos y a representantes de programas o proyectos financiados por dicho Departamento y por otras fuentes de financiamiento, para determinar si el contrato cumple las leyes y reglamentaciones federales y estatales. Family Health Center at Virginia Parkway utiliza el sistema MED-IT para los servicios de cáncer cervical y cáncer de mama (BCCS) y el sistema IMMTRAC para las inmunizaciones.

FARMACIAS BAJO CONTRATO: Entiendo que Family Health Center at Virginia Parkway ofrece servicios a través de farmacias bajo contrato o de otros proveedores. Por este motivo, la información personal sobre mi salud puede ser compartida con esas farmacias o proveedores para ofrecerme un mejor acceso a medicamentos o atención médica.

CENTRO DE ENSEÑANZA: Entiendo y reconozco que Family Health Center at Virginia Parkway es un centro de enseñanza, y mi cuidado o el de los pacientes de quienes soy tutor puede ser proporcionado por personal clínico, tal como estudiantes de medicina, médicos residentes o dentistas residentes, como parte de un programa de capacitación clínica. Asimismo, entiendo y reconozco que los métodos de enseñanza (tales como la observación directa realizada por otros médicos o estudiantes de medicina, las discusiones de casos, o las imágenes fotográficas o de video de las actividades de mi cuidado médico o de mis dependientes) están autorizados para tal fin.

PREGUNTAS: Certifico que este formulario me ha sido completamente explicado, que se han llenado todas las líneas en blanco y que todas mis preguntas sobre el servicio han sido respondidas a mi entera satisfacción. Certifico además que he leído o que me han leído* los *Derechos y responsabilidades del cliente y del Centro* y que acepto lo establecido en ese documento.

FIRMAS: Si alguna respuesta no es aplicable, indique "N/A".

SECCIÓN I:

Nombre del paciente _____ Firma _____
Persona autorizada para otorgar el consentimiento (si no es el paciente) _____
Parentesco _____ Firma _____ Fecha _____

SECCIÓN II:

Firma del testigo _____
Fecha _____

* Traducido al: _____ / Me

ha sido leído por _____

Firma de la persona que traduce o lee el consentimiento al paciente:

Fecha: _____

Cliente No.: _____

Aplicación para CHC Sliding Fee

Apellido _____

Nombre _____

Fecha de Nacimiento _____

Numero de Teléfono _____

Trabaja? Si No _____

Nombre de Empleador _____

Recibe Usted: Seguro Social Desempleo

Pro favor anote a su cónyuge y a los dependientes que viven en el hogar:

Nombre	Fecha de Nacimiento	Relación
Nombre _____	Fecha de Nacimiento _____	Relación _____
Nombre _____	Fecha de Nacimiento _____	Relación _____
Nombre _____	Fecha de Nacimiento _____	Relación _____
Nombre _____	Fecha de Nacimiento _____	Relación _____
Nombre _____	Fecha de Nacimiento _____	Relación _____
Nombre _____	Fecha de Nacimiento _____	Relación _____

Al firmar abajo yo atestiguo que la infomación que he proporcionado es correcta. Yo entiendo que puede ser necesario porporcionar información y documentos adicionales con el proposito de determinar mi elegibilidad para el programa Siding Fee Discount. Estoy de acuerdo en informar al CHC de cualquier cambio de condición or circunstancias que puedan afectar mi elegibilidad en el programa de descuento. Tambien entiendo que se require un minimo de \$30 para ver al doctor.

Firma de Paciente/Tutor Fecha

PARA USO DE LA OFICINA

Household Income: \$ _____	Family Size _____	Account # _____
Percentage of Discount: _____ %	Expiration Date: _____	
Staff Signature _____	PM System Update: YES NO	

Family Health Center at Virginia Parkway

Please circle the letter over the column that represents your Family Size and Household Income.

Annual Family Income				
Family Size	A 100% & Below	B 101-150%	C 151-200%	D Over 200%
1	\$12,060 or less	\$12,061 - \$18,090	\$18,091 - \$24,120	More than \$24,120
2	\$16,240 or less	\$16,241 - \$24,360	\$24,361 - \$32,480	More than \$32,480
3	\$20,420 or less	\$20,421 - \$30,630	\$30,631 - \$40,840	More than \$40,840
4	\$24,600 or less	\$24,601 - \$36,900	\$36,901 - \$49,200	More than \$49,200
5	\$28,780 or less	\$28,781 - \$43,170	\$43,171 - \$57,560	More than \$57,560
6	\$32,960 or less	\$32,961 - \$49,440	\$49,441 - \$65,920	More than \$65,920
7	\$37,140 or less	\$37,141 - \$55,710	\$55,711 - \$74,280	More than \$74,280
8	\$41,320 or less	\$41,321 - \$61,980	\$61,981 - \$82,640	More than \$82,640
9	\$45,500 or less	\$45,501 - \$68,250	\$68,251 - \$91,000	More than \$91,000
10	\$49,680 or less	\$49,681 - \$74,520	\$74,521 - \$99,360	More than \$99,360

Patient/Guardian Signature _____

Account Number: _____

Date: _____

Revised 12/07/2017



Consentimiento para Divulgar Informacion

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Por favor anote a cualquier persona a quien nos da permiso de hablar sobre su información medica que es protegida. Esta información incluye: diagnosticos, resultados de estudios, visitas medicas, solicitudes medicas, información de sus citas programadas, e información sobre su cuenta o seguro medico.

Yo autorizo que mi información de salud personal se le comuniqua a las siguientes personas:

Nombre _____ Relación _____ Fecha de Nacimiento _____

Nombre _____ Relación _____ Fecha de Nacimiento _____

Esta autorización continuara en efecto hasta que yo lo revoque por escrito.

Firma

Fecha

Testigo

Fecha

Esto no autoriza que copias de su información medica sea dada en persona, mandada por correo o fax a la personas listadas. Para obtener copias de su información medica que esta protegida se necesita una forma de HIPAA valida.