

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  Masculino  Femenino  
 N. ° de seguro social: \_\_\_\_\_ Estado civil:  Soltero  Casado  Divorciado  Viuda  
 Padre/Tutor: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_ N. ° depto.: \_\_\_\_\_  
 Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_  
 N. ° de teléfono - Hogar: \_\_\_\_\_ Alternativo: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_  
 Empleador: \_\_\_\_\_ Trabajo #: \_\_\_\_\_

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><b>¿Cuál es su raza? (Marque el casillero que corresponda)</b>  <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><b>¿Cuál es su etnia? (Marque el casillero que corresponda)</b>  <input type="checkbox"/> Latino  <input type="checkbox"/> No latino  <input type="checkbox"/> No informa _____          (Inicial del personal)</p>
<p><b>¿Es veterano de guerra de los Estados Unidos?</b>  <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <b>¿Es trabajador agrícola?</b> <input type="checkbox"/> Sí  <input type="checkbox"/> No          Si la respuesta es sí: <input type="checkbox"/> Migrante o <input type="checkbox"/> Temporario</p>	<p><b>¿Vive en una institución pública?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No  <b>¿Vive en la calle?</b> <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 align="center"><b>¿Cuál es su orientación sexual/identidad de género? Marque el casillero que corresponda.</b></p>	
<p><b>Orientación sexual:</b>  <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><b>Identidad de género:</b>  <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 FHC 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 información que he proporcionado es correcta. Yo entiendo que puede ser necesario proporcionar información y documentos adicionales con el propósito de determinar mi elegibilidad para el programa Sliding Fee Discount. Estoy de acuerdo en informar al FHC de cualquier cambio de condición o circunstancias que puedan afectar mi elegibilidad en el programa de descuento. También entiendo que soy responsable por un pago mínimo de \$30 al la hora de cada cita medica al menos que otros arreglos hayan sido hechos.

\_\_\_\_\_

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	\$12,490 or less	\$12,491 - \$18,859	\$18,860 - \$24,980	More than \$24,980
2	\$16,910 or less	\$16,911 - \$25,532	\$25,533 - \$33,820	More than \$33,820
3	\$21,330 or less	\$21,331 - \$32,206	\$32,207 - \$42,660	More than \$42,660
4	\$25,750 or less	\$25,751 - \$38,880	\$38,881 - \$51,500	More than \$51,500
5	\$30,170 or less	\$30,171 - \$45,554	\$45,555 - \$60,340	More than \$60,340
6	\$34,590 or less	\$34,591 - \$52,227	\$52,228 - \$69,180	More than \$69,180
7	\$39,010 or less	\$39,011 - \$58,901	\$58,902 - \$78,020	More than \$78,020
8	\$43,430 or less	\$43,431 - \$65,575	\$65,576 - \$86,860	More than \$86,860
9	\$47,850 or less	\$47,851 - \$72,249	\$72,250 - \$95,700	More than \$95,700
10	\$52,270 or less	\$52,271 - \$78,922	\$78,923 - \$104,540	More than \$104,540

Patient/Guardian Signature \_\_\_\_\_

Account Number: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_

Revised 03/19/2019



## 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.