



REGISTRO DE PACIENTES

Nombre _____ Fecha de Nacimiento _____ Edad _____

Calle _____ Apt. _____ Ciudad _____ Estado _____ CODIGO POSTAL _____ CONDADO _____
Telefono de Casa _____ Telefono de Celular _____
Contacto de Emergencia _____ Telefono _____

Seguro Social # _____	Es usted? Ciudadano de E.U.A. <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> O
Sexo: <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujere	Residente de E.U.A. <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Marital Status: <input type="checkbox"/> Soltero/a <input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Divorciado/a	Empleo de Paciente: <input type="checkbox"/> FT <input type="checkbox"/> PT <input type="checkbox"/> Desempleado
<input type="checkbox"/> Viudo/a	<input type="checkbox"/> Desabilitado <input type="checkbox"/> Estudiante
Race: <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Negro/African-Amer. <input type="checkbox"/> Asiano	Nombre del Empleador: _____
<input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> No declarada/se nego a reporter	Primer idioma: <input type="checkbox"/> Ingles <input type="checkbox"/> Espanol
Ethnicity: <input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> No Hispano/Latino	<input type="checkbox"/> Otro _____
<input type="checkbox"/> No declarada/se nego a reporter	

Cómo se enteró de la Christ Clinic?	Referido Por:	
<input type="checkbox"/> Familia/amigo/compañero de trabajo)	<input type="checkbox"/> Attack Poverty	<input type="checkbox"/> Katy Cares
<input type="checkbox"/> Internet	<input type="checkbox"/> Ballard House	<input type="checkbox"/> Methodist Hospital
<input type="checkbox"/> Hospital _____	<input type="checkbox"/> Clothed by Faith	<input type="checkbox"/> Memorial Herrman
<input type="checkbox"/> Iglesia	<input type="checkbox"/> Compassion Katy	<input type="checkbox"/> Texas Children's
<input type="checkbox"/> Empleador	<input type="checkbox"/> Hope Impacts	<input type="checkbox"/> UTMB
<input type="checkbox"/> Otro _____	<input type="checkbox"/> KCM	<input type="checkbox"/> YMCA

INGRESOS MENSUALES Y INFORMACION DE VIVIENDA		
Ingresos totales recibidos al mes en la casa		Casa:
Fuentes de Ingresos \$ _____	Seguro Social \$ _____	<input type="checkbox"/> Propietario <input type="checkbox"/> Renta <input type="checkbox"/> Vive con familia/amigos
Desempleo \$ _____	Manutencion de los hijos \$ _____	<input type="checkbox"/> Casa Hogar <input type="checkbox"/> Otro _____
Comp. de Trabajo \$ _____	Otro \$ _____	Numero de ADULTOS en el domicilio _____
Descapacidad \$ _____	Ingreso Total de Vivienda por mes \$ _____	Numero de MENORES en el domicilio _____

INFORMACION DE COBERTURA DEL PACIENTE (Tienes o recibes?)	
Seguro: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Nombre de la compañía de seguros _____
Medicare: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
Medicaid: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
CHIP: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
Tarjeta Dorada: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	

Firma del paciente _____ Nombre Impreso del Paciente _____ Fecha _____

APROVACION PARA PROVEER AYUDA

Yo, _____, reconozco que los doctores y el personal de voluntarios de la Christ Clinic no ofrecen su tiempo y conocimiento esperando pago o recompensa. Yo reconozco también que los doctores, voluntarios y personal de la Christ Clinic son inmutables de responsabilidad en demandas civiles por cualquier acto u omisión que resulte en muerte, daño, o herida, siempre y cuando el voluntario actué en Buena Fe y en los límites y responsabilidades de su trabajo ejerciendo sus servicios médicos.

FIRMA DEL PACIENTE/GUARDIAN

Fecha

AGRADECIMIENTOS

He recibido y revisado la siguiente Christ Clinic (por favor marque):

- Pacientes Derechos y Responsabilidades
- Aviso de Derechos de Privacidad

Con la firma de este, soy plenamente consciente de ambos documentos y estoy de acuerdo con la información proporcionada en cada uno.

FIRMA DEL PACIENTE/GUARDIAN

FECHA

DESIGNACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA CONFIDENCIAL

Algunos pacientes prefieren que otros individuos, especialmente miembros de la familia, puedan acceder a su información médica privada. De acuerdo a las reglas sobre privacidad establecidas por el Gobierno Federal, una autorización por escrito se requiere para que otra persona tenga acceso a su récord médico. Este autorización da permiso que el individual o los individuales puestos abajo puedan: hacer o confirmar sus citas, tener acceso a sus rayos x y sus estudios de sangre, recoger sus medicamentos, saber su diagnóstico, pronóstico, plan de tratamiento y ser su contacto de emergencia.

- NO doy permiso para que alguien más se contratarán aparte de mí
- Doy permiso para contactar a las siguientes personas:

Nombre	Teléfono	Relación al Paciente	Marque su selección:	
			Recoger medicinas	<input type="checkbox"/>
			Hacer citas	<input type="checkbox"/>
			Recibir información médica	<input type="checkbox"/>
			Recoger medicinas	<input type="checkbox"/>
			Hacer citas	<input type="checkbox"/>
			Recibir información médica	<input type="checkbox"/>

Mensajes en el Contestador automático de su Teléfono

Hay ocasiones cuando nuestra Oficina no puede contactarlo a Usted telefónicamente. Si Usted nos da su permiso, la Clínica podría dejarle mensajes en su casa o en el Contestador automático de su Teléfono.

Contestador automático de Casa: Sí No Contestador automático del Celular: Sí No

Ningún mensaje le será dejado en su Contestador si la grabación no incluye su nombre o el número de su teléfono registrado.

FIRMA DEL PACIENTE/GUARDIAN

FECHA



CHRIST CLINIC DERECHOS Y RESPONSABILIDADES

Usted tiene derecho a:

- Ser tratado con el mayor respeto y dignidad sin importar su origen étnico, sexo, religión o ingresos.
- Para el cuidado de la salud y el tratamiento que es razonable para su condición y dentro de nuestra capacidad.
- Para tomar decisiones sobre su atención médica, mientras que discutirlo con su proveedor.
- Para rechazar el tratamiento, la atención y los servicios permitidos por la ley, mientras que la comprensión de los riesgos que pueden ocurrir con esta denegación.
- Para la intimidad personal y la confidencialidad durante las entrevistas, exámenes y tratamiento. Por favor revise el "Aviso de Derechos de Privacidad" para obtener más información acerca de este derecho.
- Para tener acceso a sus registros médicos.
- Para hablar con alguien en el equipo de administración si tiene alguna queja.

Usted es responsable de:

- Tratar al personal de Christ Clinic con el mismo respeto y dignidad que se les ha concedido. Directora de Christ Clinic General y/o Director de la Clínica reserva el derecho de rechazar prestar el servicio a cualquier persona que actúe de una manera inapropiada.
- Cumplir con las recomendaciones médicas. El incumplimiento de una recomendación médica o prescripción médica dará lugar a la liberación de la atención de su proveedor y de Christ Clinic. Se considerara incumplimiento si no adhieren a las órdenes de sus medicamentos, análisis de laboratorio y/o seguimiento.
- **Mantener y llegar a tiempo a su cita(s). Cualquiera que llegue tarde a su cita programada será necesario volver a programar en una fecha posterior.** Si usted no puede asistir a su cita, por favor llame a la brevedad posible, así podemos adaptar a otros pacientes.
- Proporcionar Christ Clinic con información precisa acerca de su estado y de los recursos financieros, así como los cambios que pueden ocurrir. Esto incluye tener Medicaid, Medicare, CHIP, Tarjeta de Oro u otro tipo de seguro.
- Para que la prueba de ingresos de los hogares, al menos una vez al año. Se requieren tres talonarios de pago recientes y/o una copia de su última declaración del impuesto sobre la renta. Si los talones de pago no está disponible, usted debe proporcionar prueba de ingresos o asistencia en el pago de sus cuentas.
- Contribuir \$25 dólares en su primera visita y \$15 dólares por cada visita después.
Aceptamos dinero en efectivo solamente.
- Se cobra \$36(existentes) o \$46(nuevo) para el examen del Papanicolaou que se tiene que pagar adelantado antes de recibir servicio.
- Para dar el pago de cualquier prueba de diagnóstico se debe en el momento del servicio programado. Tiene que ponerse al tanto de las cuotas exactas en el momento en que se establezca su cita. Aceptamos dinero en efectivo solamente.
- Proporcionar a los números de Seguro Social validos en la hoja de información del paciente. Este número se utiliza solo con el propósito de adquirir el medicamento recetado para el paciente a través de las compañías farmacéuticas.
- Respetar la privacidad de otros pacientes, mientras que este en la Clínica. Por favor, mantenga fuera delos teléfonos celulares y su familia y los visitantes que vienen con usted a un mínimo.
- Supervisar a sus hijos en todo momento. Los menores no acompañados no son permitido en la sala de espera. Usted es responsable de su seguridad y protección durante su visita a Christ Clinic.

Terminación:

- Si decidimos que el proveedor – relación entre el paciente ha llegado a su fin, usted tiene derecho presentar aviso que explica la razón de la decisión. Se le dará 30 días para encontrar otro proveedor de atención de salud. Si se hace una amenaza a Christ Clinic o de su personal, esta decisión se hará efectiva inmediatamente. Razones por las que podemos acabar con el proveedor – relación paciente incluye pero no limitado:
- El cumplimiento de las responsabilidades mencionadas anteriormente, tales como acudir a las citas programadas.
- Falta intencional reportar financiera precisa y el estado de los seguros.
- Omisión intencional de proporcionar información exacta sobre su salud o enfermedad.
- No seguir intencionalmente las instrucciones de su proveedor acerca de los medicamentos, las citas de seguimiento, la practicas de salud.
- Hacer una amenaza en contra Christ Clinic del personal/voluntarios o pacientes.



CHRIST CLINIC AVISO DE DERECHOS DE PRIVACIDAD

THIS NOTICE ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO LA INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED PUEDE SER UTILIZADA Y REVELADA Y COMO USTED PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN
POR FAVOR LEA CUIDADOSAMENTE.

El Seguro de Salud de Portabilidad y Responsabilidad de 1996 ("HIPPA") es un programa federal que requiere que todos los expedientes médicos y otra información personal identificable de salud protegida (PHI) utilizada o revelada por nosotros en cualquier forma, ya sea electrónica, en papel o por vía oral, debe mantenerse confidencial. Usted tiene derecho a entender y controlar como se utiliza su información de salud. Estamos obligados a mantener la privacidad de su información de salud protegida ya proporcionaré aviso de nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad con respecto a PHI.

Podemos utilizar y divulgar su historia clínica sin autorización únicamente para los siguientes propósitos:

- **Tratamiento:** proporcionar, coordinar o administrar la atención médica y servicios relacionados por uno o más profesionales de la salud. Podemos revelar su información a médicos, enfermeras y otro personal de salud que participan en su cuidado.
- **Operaciones de Atención Médica:** para citas y recordatorios paciente recuperación. También incluye los aspectos del negocio de la gestión de nuestra práctica, tales como la realización de actividades de la clínica de mejor, capacitación de los empleados, las funciones de auditoría, análisis, gestión de costes y servicio al cliente. Un ejemplo podría ser un examen interno de evaluación de cálida.
- **Cuando así se lo Requiera la Ley Federal, Estatal o Local esto puede incluir lo siguiente:** 1. Socios de negocios, 2 para evitar una amenaza grave de salud o la seguridad, 3. Los riesgos de salud pública 4. Las actividades de supervisión de la salud, 5. los procedimientos judiciales y administrativos, 6. Funciones específicas del gobierno, 7. La investigación y la donación de órganos, 8. Médicos forenses y directores de funerarias, y 9. De comunicación con los cuidadores y familiares.
- **Cualquier otro uso o Divulgación se harán solo con su Autorización por escrito.** Usted puede revocar dicha autorización por escrito, y estamos obligados a honrar y cumplir con esa petición por escrito, salvo en la medida en que ya hemos tomado medidas que dependen de su autorización.

Usted tiene los siguientes derechos con respecto a su información protegida de la salud, que se puede ejercer mediante la presentación de una solicitud por escrito al equipo de gestión.

- El derecho a solicitar restricciones sobre ciertos usos y divulgaciones de información médica protegida, incluidos los relacionados con la divulgación a miembros de la familia, otros parientes amigos cercanos, o cualquier otra persona identificada por usted.
- El derecho a las solicitudes razonables para recibir comunicaciones confidenciales de información médica confidencial de nosotros por medios alternativos o en lugares alternativos.
- El derecho a inspeccionar y copiar su información de salud protegida. Se requiere solicitud por escrito.
- El derecho de enmendar su información de salud protegida.
- El derecho a recibir una lista de como su información de salud protegida se dio a conocer que no sea el tratamiento, u operaciones de atención médica, como se indica más arriba.

Usted tiene el derecho a presentar queja por escrito a nuestra oficina, o con el Departamento de Salud y Servicios Humanos, Oficina de Derechos Civiles. No tomaremos represalias contra usted por presentar una queja. Si usted tiene alguna pregunta o para hacer una solicitud relativa a los derechos descritos anteriormente, por favor póngase en contacto con:

Christ Clinic
Management Team
25722Kingsland Blvd Ste111
(281) 391-0190

Para obtener más información sobre HIPPA o para presentar una queja:

El Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE.UU.

Oficina de Derechos Civiles
200 Independence Avenue, S.W.
Washington, DC 20201

(202) 619-0257 o al número gratuito: 1-877-696-6775