

Frontera Healthcare Network

Nombre _____ Fecha _____

Consentimiento para el Tratamiento

El paciente nombrado anteriormente por la presente autoriza y consiente a cualquier servicio, incluyendo pero no limitado a procedimientos de diagnóstico, procedimientos radiológicos, procedimientos de laboratorio, tratamientos quirúrgicos, servicios de salud dental y mental, telesalud y servicios virtuales; que se considere necesario y conveniente por los proveedores de atención y prestados al paciente bajo las instrucciones generales o especiales de dicho proveedor (es). Los establecimientos de salud no están equipados o diseñados para funcionar como una sala de emergencias.

Iniciales _____

Autorizacion del professional/Pactante de enfermeria

Por la presente autorizo al médico en Sanidad de Frontera para instruir a los centros médico, enfermera / o asistente médico para ayudar en ciertos aspectos de mi atención médica. Entiendo que un asistente de los médicos o enfermero no es un médico con licencia y puede no tratar o diagnosticar cualquier enfermedad, lesión o condición médica excepto bajo la supervisión y dirección de un médico con licencia. Es un profesional de la salud calificado por educación académica y clínica para proporcionar servicios médicos en el médico con licencia, aunque no es necesaria la presencia física de los médicos supervisores.

Iniciales _____

Declaracion de Confidencialidad

Toda la información incluida en esta entrevista y el registro es confidencial y será protegida bajo la regla de privacidad HIPAA. Nos estamos informando que podemos usar y divulgar su información protegida de (salud del comportamiento, dental, y medica) para llevar a cabo tratamiento, pago u operaciones de atención médica. Entiendo que para una descripción más completa de estos usos y divulgaciones que tengo el derecho a revisar el aviso de derechos de privacidad de cliente antes de firmar para dar su consentimiento. Entiendo que tengo derecho a solicitar restricciones de escritura cómo mi información de salud protegida es usada o divulgada para llevar a cabo tratamiento, pago u operaciones de atención médica. Entiendo que el centro tiene el derecho de revisar y rechazar la solicitud. Entiendo que puedo revocar este consentimiento en la escritura, excepto en la medida en que los centros de atención de Frontera han tomado medidas en dependencia al respect.

Iniciales _____

Seguro Asignacion

Por la presente autorizo el pago de beneficios de Medicare, Dental o otro caso contrario a pagar a mí, directamente a centros de atención de Frontera. También autorizo cualquier información relativa a cualquier reclamación por mí mismo o menor bajo mi tutela. Entiendo que soy responsable de todos los costos del tratamiento con cualquiera de los servicios no cubierto por mi seguro beneficios. La oficina hará una copia de su tarjeta de seguro para mantener en archive.

Iniciales _____

Consentimiento de Comunicacion

Por la present autorizo al médico en Sanidad de Frontera para contactarme por telefono, mensaje de texto or correo electronico(según corresponda) para enviarme recordatorios de citas, de salud pendiente y notificaiones de emergencia relacionadas con la clinica.

Iniciales _____

Estoy de acuerdo y entiendo el anterior consentimiento para tratamiento, declarion de confidencialidad, seguro asignacion, y consentimiento de comunicacion.

Firma Paciente / Padre/ Guarda legal

Fecha

Atestiguar

Frontera Healthcare Network

Paciente y clínica derechos y responsabilidades

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____ / _____ / _____

Bienvenido al centro. Nuestro objetivo es ofrecer atención médica de calidad a las personas en esta comunidad, independientemente de su capacidad de pago. Como paciente, usted tiene derechos y responsabilidades. El centro también tiene derechos y responsabilidades. Queremos que entienda estos derechos y responsabilidades, lo que nos puede ayudar a proporcionar mejor salud para usted. Leer y firmar esta declaración y nos preguntas que tengas.

Derechos humanos

Usted tiene el derecho a ser tratado con respeto, sin importar raza, color, estado civil, religión, sexo, origen nacional, ascendencia, incapacidad física o mental / discapacidad, edad, veteranía u otros motivos como leyes federales, del estado y las leyes locales o reglamentos.

Pago de servicios

- Usted es responsable para dar información precisa sobre su situación financiera actual y los cambios de personal en su estado financiero. El personal necesita esta información para decidir cuánto cobrar y / o así pueden facturar un seguro privado, Medicaid, Medicare u otros beneficios que usted puede ser elegible. Si su ingreso es menor que las pautas federales de pobreza, se cargan una tarifa con descuento.
- Usted tiene derecho a recibir explicaciones de la ley de los centros. Debe pagar, o hacer arreglos para pagar todas las cuotas acordadas para servicios médicos, con la excepción de servicios dentales, que se proporcionan en una base prepagada. Si usted no puede pagar inmediatamente, por favor infórmele personal que le pueden proporcionar cuidado para usted ahora y trabajo un plan de pago.
- La ley federal prohíbe el centro usted negando servicios de atención primaria que son médicamente necesarios únicamente porque usted no puede pagar por estos servicios.

Privacidad

Usted tiene derecho a tener sus entrevistas, exámenes y tratamiento en la intimidad. Sus registros médicos son también privados. Sólo las personas legalmente autorizadas podrán ver sus expedientes médicos a menos que usted solicite por escrito para que nosotros mostrarles a, o copiar de alguien. En determinadas circunstancias, el centro deberá informar al Departamento de estado servicios de salud sobre su estado de enfermedad o condición de salud. Una discusión completa de sus derechos de privacidad es dado a usted junto con este documento y se llama aviso de prácticas de privacidad del centro. Personal podrá que usted reconoce el recibo de nuestro aviso de prácticas de privacidad. El aviso de prácticas de privacidad establece las formas en que sus expedientes médicos son usados o divulgados por el centro y los derechos concedidos a usted bajo el Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA).

Paciente y clínica derechos y responsabilidades

Cuidado de la salud

- Usted es responsable de proporcionar el centro completa y actualizada información sobre su salud o enfermedad, así que podemos proporcionar atención médica adecuada. Usted tiene derecho y se animan a participar en las decisiones sobre su tratamiento.
- Tienes derecho a la información y explicaciones en el idioma que usted habla normalmente y en palabras que entienda. Usted tiene el derecho a la información sobre su salud o enfermedad, plan de tratamiento, incluyendo la naturaleza de su tratamiento; los beneficios esperados; sus riesgos y peligros y las consecuencias de rechazar el tratamiento; las alternativas razonables, si cualquier (y sus riesgos y beneficios; y el resultado esperado, si se conoce. Esta información se llama obteniendo su consentimiento informado.
- Usted tiene el derecho a recibir información sobre "Directivas anticipadas". Si usted no desea recibir esta información, o si no es médicamente aconsejable para compartir esa información con usted, le ofrecemos a su representante legalmente autorizado.
- Usted es responsable de un uso adecuado de los servicios del centro, que incluye las siguientes instrucciones de personal, hacer y mantener citas programadas y solicitando una cita de "andar en" sólo cuando esté enfermo. Profesionales de centro no pueden ser capaces de verlos a menos que tengas una cita. Si eres incapaz de seguir las instrucciones del personal, por favor Dile para que te ayuden.
- Si usted es un adulto, usted tiene el derecho a rechazar el tratamiento o procedimientos en la medida permitida por la legislación aplicable. En este sentido, usted tiene el derecho a ser informados de los riesgos, peligros y consecuencias de su tratamiento o procedimientos rehusando. Recibo de esta información es necesaria para que su denegación será "informado". Usted es responsable de las consecuencias y los resultados de tratamiento o procedimientos. Si se niegan el tratamiento o procedimientos que los proveedores de salud que está en su mejor interés, se le pedirá que firme la negativa de permiso de tratamiento médico o servicios de forma o contra Consejo médico (según corresponda).
- Usted tiene el derecho a la salud y tratamiento que es responsable de su condición y dentro de nuestra capacidad, sin embargo, el centro no es un centro de atención de emergencia. Usted tiene derecho a ser transferido o referido a otra institución de servicios que el centro no puede ofrecer. El centro no paga para los servicios que reciban de otro proveedor de atención médica.
- Si usted está en dolor, usted tiene derecho a recibir una adecuada evaluación y manejo del dolor, según sea necesario.

Normas de centro

- Usted tiene derecho recibir información sobre como utilizar adecuadamente los servicios del centro. Usted es responsable de utilizar los servicios del centro de forma adecuada. Si usted tiene alguna pregunta, por favor pregúntenos.
- Usted es responsable de acudir a sus citas programadas. Citas programadas faltados causan retraso en el tratamiento de otros pacientes. Si no acudir a citas programadas, puede ser sujeto a acción disciplinaria conforme a las políticas y procedimientos del centro.

Paciente y clínica derechos y responsabilidades

Quejas

- Si no estás satisfecho con nuestros servicios, por favor díganos. Queremos sugerencias para que podamos mejorar nuestros servicios. Personal le dirá cómo presentar quejas. Si usted no está satisfecho con cómo el personal maneja su queja, usted puede quejarse a los centros de Consejo de administración.
- Si usted presenta una queja, ningún representante del centro castigar, discriminar o tomar represalias contra usted por presentar una queja, y el centro continuará brindar sus servicios.

Terminación

Si el centro decide que debemos dejar de tratarle como paciente, usted tiene el derecho a notificación escrita explicando la razón de la decisión de avanzar, y tendrá treinta 30 días para encontrar otros servicios de salud. Sin embargo, el centro puede decidir detener el tratamiento inmediatamente y sin notificación por escrito, si ha creado una amenaza para la seguridad del personal o de otros pacientes. Usted tiene derecho a recibir una copia de la terminación del centro de la paciente y centro de relación política y procedimiento.

Razones para que podamos parar ver incluyen:

- Incumplimiento de las normas de centro y políticas tales como mantener citas programadas;
- Falta intencional de informe con exactitud su estado financiero;
- Falta intencional información precisa con respecto a su salud o enfermedad;
- Intencional incumplimiento de programa de salud, las instrucciones dadas acerca de tomar sus medicamentos, las prácticas de salud personales o seguimiento de citas, según lo recomendado por su proveedor de atención médica, o
- Creando una amenaza para la seguridad del personal o de otros pacientes.

Apelaciones de

Si el centro ha dado usted aviso de terminación de la paciente y centro de relación, usted tiene el derecho a apelar la decisión ante la Junta. A menos que tenga una emergencia médica, no seguiremos a verle como paciente mientras está apelando la decisión.

Firma: Fecha: _____

Nombre: _____

Si firma para un menor de edad, imprimir nombre del menor: _____

Frontera Healthcare Network

Forma De Registro Paciente

Informacion de Paciente

Nombre _____ Fecha de Nacimiento _____

Domicilio _____ Correo electronico _____

Cuidad _____ Estado _____ Codigo postal _____

Telefono de la casa _____ Telefono Cellular _____ religion _____

Seguro Social _____ Estado Civil _____ Genero: F M

Veterano: Si / No Estudiante: Si / No Empleado: Si / No Retirado: Si / No

Hispano/Latino: Si / No Nacionalidad: _____ Idioma preferida: _____

Doctor Primario _____ **Numero de telefono** _____

Jefe de Hogar

Nombre _____ Fecha de Nacimiento _____

Domicilio _____

Cuidad _____ Estado _____ Codigo postal _____

Telefono de la casa _____ Telefono del trabajo _____ Telefono Cellular _____

Farmacia: _____ Numero de telefono _____

Contacto de Emergencia

Nombre _____ Relacion _____

Numero de Telefono _____

Por la presente autorizo a las siguientes personas para dar su consentimiento al tratamiento o los servicios y a verbalmente dar y recibir información protegida de salud acerca de cualquier tratamiento o servicios prestados en los centros de salud de Frontera Healthcare. Si los cambios se producen a esta autorización será mi responsabilidad notificar a que centros de Frontera Healthcare. Individuos a continuación deben ser mayores de 18 años de edad y tener identificación con foto.

1. _____ 3. _____

2. _____ 4. _____

Certifico la información anterior es verdadera y correcta, si cualquier información es falsificada, será responsable del pago del servicio.

Firma Paciente / Padre / Guarda legal

Fecha

Atestiguar

HISTORIA MEDICA DEL PACIENTE

NOMBRE: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____ FECHA: _____

HISTORIA DE PACIENTE	SI	NO	HISTORIA DE LA FAMILIA	SI	NO
Asma			Asma		
Cancer			Cancer		
Enfermedad pulmonar obstructiva Cronica /Bronquitis cronica			Enfermedad pulmonar obstructiva Cronica/ Bronquitis cronica		
Diabetes			Diabetes		
Problema Digestivos			Problema Digestivos		
Problemas auditivos / orejas			Problemas auditivos / orejas		
Epilepsia / convulsiones			Epilepsia / convulsiones		
Poblemas de memoria			Poblemas de memoria		
Problemas musculoesqueleticos			Problemas musculoesqueleticos		
Problemas de la vision			Problemas de la vision		
Enfermedad del Corazon			Enfermedad del Corazon		
Alta presion			Alta presion		
Enfermedad del rinon			Enfermedad del rinon		
Derrame cerebral			Derrame cerebral		
Cirugias			Cirugias		
Problemas tiroides			Problemas tiroides		
Cambios de peso			Cambios de peso		
Hospitalizacion			Hospitalizacion		

Por favor explique si contesto "si"

Medicamentos

Alergias

Historia Social

Fecha de la ultima:

Fumas	Si	NO
Bebes bedidas alcoholicas		
Usas o has usado drogas		
Vives Solo		
Principales factores estresores de la vida		

Analisis de sangre	Si	NO
Colonoscopia		
Vacuna contra la gripa		
Mamograma		
Vacuna contra la neumonia		
Tetanos		
Examen de la vista		
Examen dental		
Vacuna contra la Hepatitis B		
Papanicolaou		
Examen de prostata		
Prueba de tuberculosis		

Frontera Healthcare Network

Nombre _____ Fecha de nacimiento _____ Fecha _____

Certificado de Ingresos

Entiendo que el centro de salud determinará mi elegibilidad en base a estas figuras. Entiendo además que si me declaran haber dado información inexacta, será motivo para el centro de salud al no permitir mi descuento y me cobran para algún descuento recibido basado en la información falsa.

Firma _____

Personas Viviendo en el Hogar

Nombre	Fecha de nacimiento)	Genero	Relacion)
_____	____-____-____	_____	_____
_____	____-____-____	_____	_____
_____	____-____-____	_____	_____
_____	____-____-____	_____	_____

Fuente de ingresos

Los ingresos

La Cantidad anual _____ Numero de personas en el hogar _____ Code _____

Firma de personal de la oficina _____ Fecha _____ Fecha de vencimiento _____

Registro Federal /11 de Enero, 2019

Horario de descuento basado en 2019 limites de ingreso federal de pobreza de HHS

Nota: Ningún paciente se negará servicios basan en la incapacidad documentada a pagar

_____ Mediante la firma de esta línea, se niegan a proporcionar información financiera y que soy consciente de que no soy elegible para descuentos.