Wellstone
HEALTH PARTNERS

PATIENT INFORMATION

Apellido de paciente: Primera: Media:	☐ Mr. ☐ Mrs.	☐ Miss ☐ Ms.	Estado civil (un circulo) Single / Mar / Div / Sep / Wid	
Etnicidad: ☐ Rechazada ☐ Hispana o Latino ☐ Non-Hispana o Latino ☐ Desconocida	Raza(optional): ☐ Rechazada ☐ India americana / Nativa de Asiàtica (o) ☐ Asiàtica (o) ☐ Blanca (o) ☐ Other ☐ Negra o afroamericana ☐ Nativo de Hawai/Isleno del pacìco ☐ Desconocida	Seguridad social #	Fecha de nacimiento: / /	La edad: / Sexo: ☐ M ☐ F
Idioma principal hablado: _____		Lengua secundaria: _____		
Direccìon:		Telèfono de casa # ( )	Celular# ( )	
Ciudad:	Estado:	Còdigo postal:	Direccòn de correo electrònico:	
Ocupaciòn:	Empleadora (Empleador):		Telèfono del trabjo # ( )	
Remitido a la clìnica por: (por favor marque una casilla)	☐ Dr.	☐ Insurance Plan	☐ Hospital	
☐ Familia	☐ Amigo (a)	☐ Cerca de casa/trabjo	☐ Pàginas Amarillas	☐ Other
Otros miembros de la familia que se ven aqui:				

Farmacia preferida (Por favor incluya nombre y direcciòn)

☐ Farmacia Local: _____

☐ Pedido por correo: _____

INSURANCE INFORMATION

Compania de seguros primaria:	*Quien es la asegurada (o)?*	*Relaciòn con la asegurada (o):*
Identificaciòn de meembro #	*Nùmero de grupo:*	*Fecha de nacimiento:*
Transportista secundaria (o):	*Quien es la asegurada (o)?*	*Relaciòn con la asegurada (o):*
Identificaciòn de meembro #	*Nùmero de grupo:*	*Fecha de nacimiento:*

GUARANTOR / RESPONSIBLE PARTY

Nombre y direccìon:	DOB: SS#:	Telèfono de casa: Telèfono del trabajo:

IN CASE OF EMERGENCY

Nombre de amigo o familiar:	Relacìon con la (el) paciente :	Telèfono de casa: Work Phone:

*Esta informaciòn es verdadera a mi leal saber y entender. Autorizo que los beneficios de mi seguro se paguen directamente al medico. Entiendo que soy finaciermenter responsible de cualquier saldo. Tambièn autorizo a **Wellstone Health** Partners oa mi companìa de seguros a divulger cualquier informaciòn requwerida para procesar mis reclamos.*

Firma de la (del) paciente/tutor Fecha:

Wellstone
HEALTH PARTNERS

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN CONFIDENCIAL

Nombre del paciente: _____

Direcciòn:_____ Fecha de cumpleanos:_Nùmero de seguridad social:_____

Autoriza a Wellstone Health Partners a divulgar la siguiente información médica a:
Nombre de la persona (familiar, cuidador, etc.) _____

Direcciòn:_____

Ciudad/Estado/Còdigo postal_____Nùmero de telèfono:_____

Hablar oralmente con la (s) persona (s) enumeradas a continuación sobre mis condiciones médicas: (familiar, cuidador, etc.)

Nombre de la persona: _____

Podemos comunicarnos con usted en el trabajo y/ o dejar un mensaje? ☐ Yes ☐ No

Podemos comunicarnis con usted en su casa y/ o dejar un mensaje con respecto a las citas? ☐ Yes ☐ No

Esta autorizaciòn serà vàlida a partir de la fecha de la firma. El paciente puede revocar esta autorizaciòn por escrito en cualquier momento.

El paciente acepta que una fotocopia de esta autorizacìon *puede considerarse vàlida.* ☐ Yes ☐ No

_____ _____

Firma de la (del) paciente o representante Relaciòn con la paciente

_____ _____

Fecha de firma Firma de testigo

AVISO DE RECONOCIMIENTO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

La información de salud protegida puede usarse y divulgarse para realizar operaciones de tratamiento, pago o atención médica. Consulte el Aviso de précticas de privacidad para ver una descripción completa de los usos y divulgaciones. Certifico haber recibido un Aviso de précticas de privacidad por escrito.

Mediante mi firma abajo, certifico que he recibido una copia del Aviso de prácticas de privacidad de y acepto los usos y divulgaciones que figuran en el Aviso de précticas de privacidad en la sección: Cémo podemos usar y divulgar su información médica.

FIRMA DEL PACIENTE O REPRESENTANTE PERSONAL

FECHA

Relación con el paciente:

○ Patient ○ Parent of Minor ○ Guardian ○ Power of Attorney

AVISO DE LAS PRÁCTICAS REFERENTES A LA PPRIVACIDAD DE LA INFORMACIÓN SOBRE LA SALUD

EN LA PRESENTE NOTIFICACIÓN SE DESCRIBE LA FORMA EN QUE SE PUEDE UTILIZAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA Y LA FORMA EN QUE USTED PUEDE ACCEDER A DICHA INFORMACIÓN.

REVÍSELA CON ATENCIÓN

La información protegida sobre la salud se guarda electrónicamente y está sujeta a la divulgación electrónica.

Si tiene preguntas sobre este aviso, favor de llamar al encargado de privacidad de ( ) al .

La presente notificación describe nuestras prácticas y las prácticas de las siguientes partes:

- cualquier miembro del personal médico y cualquier profesional de atención médica que participe en su atención;
- cualquier voluntario que cuente con nuestro permiso para ayudarlo mientras usted esté aquí; y
- todos los empleados de cualquier hospital, clínica, laboratorio u otro centro afiliado a . Todas estas personas siguen las condiciones de la presente notificación. Dichas personas también podrán compartir unas con otras información médica que lo identifique a usted (también denominada "información médica protegida") para operaciones de tratamiento, pago o atención médica, como se describe en la presente notificación.

Todas estas personas cumplen los términos de este aviso. Además pueden divulgar la información sobre la salud que le identifica a usted (que también se denomina "la información protegida sobre la salud") entre ellos para fines de tratamientos, pagos o las operaciones de cuidados de salud según se describen en este aviso.

Nuestro compromiso en relación con la información médica:

Entendemos que la información médica concerniente a usted y a su salud es personal. Estamos comprometidos con la protección de su información médica. La presente notificación detalla las formas en que podremos utilizar y divulgar su información médica. Esta notificación también describe sus derechos y ciertas obligaciones que nosotros tenemos respecto de la utilización y la divulgación de la información médica protegida. Se nos exige cumplir con toda ley estatal que ofrezca a un paciente/afiliado a un plan una protección adicional de su privacidad.

La ley exige que cumplamos con las siguiente obligaciones:

- proteger la privacidad de toda información médica que lo identifique;
- suministrarles a usted y a otras personas la presente notificación sobre nuestras obligaciones legales y nuestras prácticas de privacidad respecto de la información médica protegida;
- respetar las condiciones de la notificación que se encuentra en vigor actualmente; y
- notificar a las personas afectadas en el caso de una infracción relacionada con la falta de seguridad de la información médica protegida.

Formas en las que podemos utilizar y divulgar su información médica:

- **Para el tratamiento**. Podremos utilizar y divulgar su información médica para brindarle tratamiento o servicios médicos y para coordinar la atención que recibe. Por ejemplo, un proveedor de atención médica, como un médico, enfermero u otra persona que brinde servicios médicos, podrá accede a su información médica para comprender sus afecciones y sus antecedentes médicos. Para ayudar con la coordinación de su tratamiento y de su atención, podremos compartir su información con otros proveedores y con las Organizaciones Responsables de la Atención Médica (ACO, Accountable Care Organizations) en las que usted participe, lo cual incluye notificarles que nosotros le hemos brindado atención.

- **Para el pago**. Podremos utilizar y divulgar su información médica a fin de recibir el pago por el tratamiento y los servicios que usted reciba. Por ejemplo, podremos divulgar su información a los planes de atención médica o a otras entidades de pago para determinar si usted está inscrito en dichas entidades o si reúne los requisitos de elegibilidad para recibir beneficios médicos o para presentar reclamos de pago. La información de nuestras facturas podrá contener información que incluya su identidad, su diagnóstico y el tratamiento o los suministros utilizados durante el tratamiento. Podremos suministrar información médica a las entidades que nos ayudan a enviar facturas y a cobrar los montos adeudados, como las agencias de cobro

- **Para las operaciones relacionadas con la atención médica**. Podremos utilizar y divulgar su información con fines operativos. Los miembros del personal médico, el personal de mejora de la calidad o de riesgos y otras personas pueden acceder a su información médica para evaluar el desempeño de nuestro personal, para controlar la calidad de la atención y los resultados de su caso y de otros casos similares, para aprender cómo mejorar nuestros centros y nuestros servicios, para capacitar al personal, para hacer arreglos relacionados con servicios legales o de gestión de riesgos y para determiner cómo mejorar en forma constante la calidad y la eficacia de la atención médica que brindamos.
- **Guía del centro.** A menos que usted se oponga, lo incluiremos en la guía del centro. Esta información podrá incluir su nombre, su ubicación dentro del centro, su condición general (p. ej., buena, estable, etc.) y su afiliación religiosa. Podremos proporcionar la información que aparece en la guía sobre usted, con excepción de su información de afiliación religiosa, a las personas que pregunten por usted por su nombre. A menos que usted se oponga, podremos divulgar su información de afiliación religiosa y otra información de la guía a miembros del clero, incluso si no nos preguntan por usted por su nombre.

- **Otras personas involucradas en su atención.** Podremos divulgar información médica relevante a un integrante de su familia, a un amigo o a cualquier otra persona que usted designe para que dicha persona esté involucrada en su atención o en los pagos relacionados con su atención. También podremos divulgar información médica a quienes brindan asistencia de socorro en casos de catástrofe, para que estos puedan notificar a otras personas acerca de su afección, su estado y su ubicación.
- **Colecta de fondos.** Podremos utilizar y divulgar su información médica para comunicarnos con usted por asuntos relacionados con la colecta de fondos, de conformidad con los requisitos legales. Usted tiene derecho a elegir no recibir estos comunicados.
- **Requerido por ley.** Podremos utilizar y divulgar información sobre usted según lo requiera la ley. Por ejemplo, podremos divulgar información para denunciar heridas de bala, sospechas de abuso o negligencia o lesiones y eventos similares.
- **Salud pública.** Podremos utilizar o divulgar su información médica para actividades de salud pública, como asistir a las autoridades de salud pública o a otras autoridades legales (p. ej., los departamentos de salud estatales, el Centro para el Control de las Enfermedades, etc.) en la prevención o el control de enfermedades, lesiones o discapacidad, o en otras actividades de salud pública. Las leyes de Texas contienen ciertos requisitos de notificación, incluida la notificación de actividades basadas en la población que estén relacionadas con la mejora de la salud o la reducción de los costos de la atención médica.
- **Para el mantenimiento del orden público.** Podremos divulgar, con sujeción a ciertas restricciones, aquella información que necesiten o que requieran las fuerzas del orden público.
- **Procedimientos judiciales y administrativos.** Podremos divulgar información en respuesta a una citación, un pedido de presentación de pruebas o una orden judicial apropiada.
- **Actividades de supervisión de la salud.** Podremos divulgar su información médica a una agencia de supervisión de la salud para actividades autorizadas por la ley, como auditorías, investigaciones e inspecciones dirigidas a controlar el sistema de atención médica.
- **Personas fallecidas.** Podremos divulgar información médica a directores de funerarias, médicos forenses o jueces de instrucción para permitirles llevar a cabo sus funciones legales.
- **Donación de órganos o tejidos**. Podremos utilizar o divulgar su información médica con fines de donación cadavérica de órganos ojos o tejidos.
- **Investigación.** Podremos utilizar o divulgar su información médica con fines de investigación después de recibir su autorización o si una junta de revisión institucional (IRB, institutional review board) o una junta de privacidad ha dispensado el requisito de autorización luego de una revisión de la propuesta de investigación y ha establecido protocolos para garantizar la privacidad de su información médica. También podremos revisar su información médica para contribuir a la preparación de un estudio de investigación.
- **Salud y seguridad.** Podremos divulgar su información médica para evitar una amenaza grave a su salud y seguridad o a la salud y seguridad de cualquier otra persona, de conformidad con las leyes aplicables.
- **Funciones del gobierno.** Podremos divulgar su información médica para funciones especializadas del gobierno, como la protección de funcionarios públicos o la notificación a las diversas ramas de las fuerzas armadas.
- **Indemnización por accidentes laborales.** Podremos utilizar o divulgar su información médica a fin de cumplir con las leyes y las normas relacionadas con la indemnización por accidents laborales.
- **Socios comerciales.** Podremos divulgar su información médica a nuestros socios comerciales (personas o entidades que realizan funciones en nuestro nombre), siempre y cuando ellos acuerden proteger la información.
- **Otras formas de utilización y divulgación.** Podremos comunicarnos con usted para recordarle sus citas o para realizar cobros de servicios facturados, para lo cual podremos dejar mensajes en su máquina contestadora, enviarle mensajes a su buzón de voz o utilizar otros métodos. Podremos divulgar su información médica por medio de Intercambios de Información de Salud (HIE, Health Information Exchanges) en los que participemos a fines del tratamiento, del pago o con otros objetivos según se describió anteriormente, en la medida permitida por la ley. Un HIE es un sistema de información basado en computadoras que ayuda a los proveedores a compartir información médica en forma segura a los fines permitidos por la ley, como la coordinación de la atención. Los pacientes generalmente está incluidos en el HIE a menos que ellos elijan no ser incluidos. Para elegir no ser incluido en las futuras divulgaciones mediante HIE en las que participemos, comuníquese con nuestro responsable de privacidad a la dirección que se incluye al final de la presente notificación, para poder completar el formulario de no inclusión en HIE.

Con la excepción de las formas de utilización y divulgación descritas anteriormente, solo utilizaremos y divulgaremos su información médica si usted nos autoriza a ello por escrito. Con sujeción al cumplimiento con excepciones limitadas, a menos que usted haya firmado una autorización, no utilizaremos ni divulgaremos notas de psicoterapia; no utilizaremos ni divulgaremos su información médica con fines comerciales; y tampoco venderemos su información médica. Usted puede revocar una autorización enviándonos una notificación por escrito, con excepción de aquellas acciones que ya hayamos realizado de conformidad con su autorización.

Sus derechos respecto de su información médica:

Usted tiene derecho a lo siguiente:

- obtener, a pedido, una copia en papel de la presente notificación de prácticas de información, incluso si antes había aceptado recibir esta notificación por vía electrónica;
- revisar y obtener una copia de su información médica que nosotros conservemos;
- solicitar una enmienda a su información médica en ciertas circunstancias;
- solicitar un comunicado confidencial de su información médica por medios alternativos o a direcciones alternativas. Tenga en cuenta

que dicha solicitud de medios alternativos o direcciones alternativas para la comunicación se aplica solamente a este proveedor o ubicación;

- recibir un resumen de ciertas divulgaciones de su información médica que se hayan realizado; y
- solicitar una restricción a ciertas formas de utilización y divulgación de su información. No estamos obligados a aceptar dicha restricción solicitada por usted, con excepción de las solicitudes de limitación de divulgación a su plan de salud con fines de operaciones de pago o de atención médica si usted ya ha abonado por cuenta propia y en su totalidad el element o servicio cubierto por la solicitud y cuando las formas de utilización o divulgación no sean exigidas por ley.

Para ejercer alguno de estos derechos, comuníquese con nuestro responsable de privacidad a la dirección que se presenta al final de esta notificación.

Este documento informa a los pacientes que el programa de Recolección de Información de Atención Médica de Texas (THCIC, Texas Healthcare Information Collection), del Departamento Estatal de Servicios de Salud de Texas, recibe datos de reclamos de los pacientes respecto de los servicios brindados por el proveedor que aquí se menciona. Los datos de los reclamos realizados por los pacientes se utilizan para mejorar la salud en Texas, por medio de diversos métodos de investigación y análisis. La confidencialidad del paciente está protegida de acuerdo con los más elevados estándares y no se encuentra sujeta a la divulgación pública. El programa THCIC sigue estrictas pautas internas y externas, como se explica en el Capítulo 108 del Código de Salud y Seguridad de Texas y en la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud (HIPAA, Health Insurance Portability and Accountability Act).

Para obtener información adicional relacionada con los datos que se recolectan, envíe todas sus consultas a:

Chris Aker
THCIC
Dept. of State Health Services
Center for Health Statistics, MC 1898
PO Box 149347
Austin, Texas 78714-9347

Ubicación:
Moreton Building, M-660
1100 West 49th Street
Austin, Texas 78756
Teléfono: 512-776-7261
Fax: 512-776-7740
Correo electrónico: thcichelp@dshs.state.tx.us

Modificaciones a la presente notificación:

Nos reservamos el derecho de modificar las condiciones de la presente notificación y a hacer efectivas las nuevas condiciones para toda la información médica protegida que almacena . Publicaremos una copia de la notificación actual en nuestro establecimiento y en nuestro sitio web: . También puede obtener una copia de la notificación actual comunicándose con nuestro responsable de privacidad a la dirección que se presenta al final de esta notificación. La fecha de entrada en vigor de la presente notificación se encuentra en la esquina derecha superior de la página.

Quejas:

Si considera que sus derechos de privacidad han sido violados, puede presentar una queja ante o ante el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. Para presentar una queja ante , envíe su queja por escrito a nuestro responsable de privacidad a la dirección que se presenta al final de esta notificación. No será sancionado por presentar una queja.

Información de contacto para preguntas o presentación de quejas:
Si tiene alguna pregunta acerca de la presente notificación, si desea ejercer uno de los derechos que aquí se describen o si desea presentar una queja, comuníquese con el responsable de privacidad de

a:

Wellstone
HEALTH PARTNERS

MEDICAL / FINANCIAL CONSENT - SPANISH
AHS0009-TX (Rev 12/2020)

REGISTRO DE ADMISIÓN Y ACUERDO FINANCIERO

El paciente, o la parte responsable que firma por el paciente, consiente todos los exámenes y procedimientos médicos, quirúrgicos y diagnósticos que puedan ser considerados aconsejables o necesarios por los médicos del paciente que forman parte del personal médico y odontológico de (a veces llamado). Se acuerda que el paciente deberá permanecer en hasta que los médicos del paciente recomienden el alta.

Se reconoce y se acepta que algunos de los MÉDICOS implicados en el cuidado del paciente y en la prestación de los servicios al paciente, son contratistas independientes y no son empleados ni agentes de .

Entiendo que mis registros médicos serán guardados en el sistema Epic Electronic Health Records ("EHR"). Así mismo, entiendo y acepto que mis datos pueden ser accedidos por otro centro o proveedor participante en el sistema EHR a efectos de llevar a cabo mi tratamiento, las operaciones y la administración del sistema, y la evaluación y mejora del cuidado del paciente.

ASIGNACIÓN AL SISTEMA DE SALUD

En consideración de los servicios prestados o por prestar, el paciente, o la persona que firma por el paciente (el "representante"), por la presente asigna y transfiere irrevocablemente a todos los beneficios a pagar al paciente por los seguros de hospitalización, enfermedad, salud, responsabilidad civil o accidentes, así como cualquier otro seguro o cobertura de atención médica, incluidos los principales beneficios médicos, los beneficios ERISA, los beneficios de cualquier organización de mantenimiento de la salud u organización de proveedores participantes, o cualquier plan de reembolso o prepago de atención médica destinado al pago de los servicios prestados. Esta asignación irrevocable incluye los beneficios de la cobertura de conductor sin seguro o con seguro insuficiente y de PIP. El paciente/representante que firma también asigna irrevocablemente a un interés indiviso en cualquier reclamación legal, por negligencia, por agravio o de otro tipo, incluyendo las reclamaciones de ERISA y de seguros, que el paciente pueda presentar contra cualquier entidad como resultado de la enfermedad para la que se busca o se proporciona tratamiento. Estas asignaciones autorizan pero no obligan a a presentar o procesar demandas, reclamaciones o apelaciones de ERISA y de seguros. El paciente/representante también asigna irrevocablemente a los médicos los beneficios de los seguros y otros beneficios de salud pagaderos por los servicios que presten durante su estancia.

ASIGNACIÓN Y AUTORIZACIÓN DE MEDICARE

El paciente, o la parte responsable que firma por el paciente, certifica que la información facilitada en la solicitud de pago bajo el Título XVIII de la Ley de Seguridad Social es correcta. Además, autoriza a cualquier poseedor de información médica o de otra índole a comunicar a la Administración de la Seguridad Social, a los Centros de Salud de Medicare y Medicaid (CMS), o a sus intermediarios o agentes, cualquier información necesaria para ésta o cualquier otra reclamación relacionada con Medicare. Así mismo, autoriza que el pago de los beneficios autorizados se haga en nombre del paciente.

AUTORIZACIÓN/CERTIFICACIÓN PREVIA

El paciente, o la parte responsable que firma por el paciente, reconoce que la póliza de seguros individual o colectiva del paciente puede requerir certificación o autorización previa, segundas opiniones, o cualquier otro tipo de función de revisión de la utilización. El paciente, o la parte responsable que firma por el paciente, comprende la responsabilidad de cumplir estos y todos los demás términos de los requisitos de la póliza individual o colectiva del paciente. El hecho de que no obtenga la certificación o autorización previa, no exime al paciente o a la parte responsable de la responsabilidad primaria de pagar la factura hospitalaria contraída por el paciente y/o la factura de un proveedor afiliado a .

AUTORIZACIÓN PARA APELAR

Por la presente, el paciente/representante autoriza irrevocablemente (pero no exige) a para que apele en nombre del paciente cualquier reclamación que retrase o deniegue el pago de la reclamación. Además, autoriza a cualquier pagador, incluyendo a los citados, a entregar toda la información solicitada y/o relacionada con la reclamación a y/o sus abogados. Cualquier apelación presentada por será tratada como si fuera presentada por el paciente personalmente.

OBJETOS DE VALOR DEL PACIENTE

Se aconseja a todas las partes no guardar los objetos de valor en su respectiva habitación de ni en las áreas de tratamiento. ofrece espacios adecuados y seguros para los objetos de valor. NO SE HACE RESPONSABLE DE LOS OBJETOS DE VALOR, QUE NO ESTÉN DEBIDAMENTE REGISTRADOS. no puede responsabilizarse de las pertenencias personales y le recomienda encarecidamente que no guarde ningún objeto personal de valor en su habitación ni en las áreas de tratamiento.

COMUNICADO DE CONSENTIMIENTO DE LA LEY DE PROTECCIÓN AL CONSUMIDOR TELEFÓNICO

Consentimiento para recibir correos electrónicos, llamadas telefónicas y mensajes de texto para recordatorios de citas, información sobre atención médica, instrucciones de alta, comunicaciones sobre cuentas y facturación, y otras

comunicaciones.

Al facilitar mi número de teléfono (fijo o móvil) y/o mi dirección de correo electrónico a , consiento expresamente que y sus empleados y agentes puedan contactar conmigo mediante teléfono, mensajes de texto cortos (SMS) u otros mensajes de texto encualquier número de teléfono (fijo o móvil) que haya facilitado a , o en cualquier número desviado o transferido desde ese número, en relación con cualquier asunto relativo a mi tratamiento, mi cuenta y/o los servicios de , incluyendo, entre otros:

mi hospitalización o tratamiento, mi estado y mi plan de atención médica, los servicios prestados, las encuestas a los pacientes, las instrucciones de alta, las comunicaciones relativas a mi cuenta o mis obligaciones financieras relacionadas, incluyendo, entre otras, notificaciones de pago, notificaciones de morosidad, instrucciones y enlaces a la información de facturación de los pacientes, y otras comunicaciones de atención médica, incluyendo, entre otras, notificaciones y recordatorios de citas, notificaciones y recordatorios de que ciertos medicamentos están listos para ser recogidos, información sobre programas o servicios que podrían ser de mi interés, información sobre la cobertura/elegibilidad de mi seguro, información sobre referencias, e información sobre opciones de tratamiento disponibles

Estas comunicaciones pueden ser transmitidas por o ser hechas en nombre de y sus empleados y agentes usando mensajes de voz pregrabados/automatizados, dispositivos de marcación automática u otras tecnologías. Entiendo que dar mi consentimiento previo, expreso y por escrito para recibir dichas comunicaciones no es una condición para recibir servicios o cuidados por parte de . Entiendo que podré cambiar mi preferencia en cualquier momento a través de mi cuenta MyChart accediendo al menú y luego, en ajustes de contabilidad, en el apartado de información personal, o bien contactando con el acceso/registro de pacientes del consultorio médico.

RESPONSABILIDAD FINANCIERA DEL PACIENTE

El paciente, o la parte responsable de firmar por el paciente, acepta pagar a sus honorarios estándar en concepto de hospitalización, exámenes, procedimientos médicos, quirúrgicos y diagnósticos, tratamiento y suministros, que puedan ser considerados aconsejables o necesarios por los médicos del paciente. Todos los cargos efectuados en la cuenta del paciente deberán pagarse en los 30 días posteriores al alta de , a menos que se hayan hecho acuerdos de pago previos.

En el caso de que el paciente esté cubierto por Medicare, una organización de proveedores preferente, una organización de mantenimiento de la salud, una póliza o plan de seguro médico, un seguro de indemnización laboral y/u otro contrato de beneficios médicos que esté aceptado por y que limite la responsabilidad del paciente por dichos cargos, facturará de acuerdo con dicho contrato.

Si el paciente no está sujeto a dicho contrato, o si dicho contrato no se aplica a la admisión del paciente, el importe total de los cargos facturados al paciente deberá ser pagado por el paciente, o por la parte responsable que firma por el paciente. Los cargos facturados al paciente deberán pagarse sin descuento a excepción del descuento por pronto pago de las Políticas de Ayuda Financiera/Cuidado Caritativo No Compensado de , o en referencia a otras fuentes de pago no disponibles para el paciente. La decisión por parte de de aplicar una o más formas de cobro, no constituirá una renuncia a su derecho de aplicar otras formas de cobro que considere aconsejables o necesarias. Todos estos recursos serán de naturaleza acumulativa. La jurisdicción para el cobro será el condado de Potter, en Texas. Este acuerdo no requerirá el pago, por parte de ninguna persona, si ello contraviene cualquier estatuto, norma o reglamento estatal o federal.

El paciente entiende y acepta que cualquier reclamación o acción civil contra y/o contra un proveedor afiliado a por el tratamiento médico y/u otros servicios relacionados prestados en el hospital de y/o por un proveedor afiliado a , se regirán y se aplicarán de conformidad con las leyes del estado de Texas. Así mismo, el paciente acepta someterse a la jurisdicción del condado de Potter, Texas, ante cualquier proceso que pueda surgir entre y el paciente en relación con el tratamiento médico del paciente en el hospital de y/o por un proveedor afiliado a .

Entiendo que soy financieramente responsable de los deducibles, coaseguros y todos los servicios no cubiertos por los beneficios y/o los derechos del seguro. Entiendo que si o cualquiera de sus afiliados no pertenece a la misma red de mi seguro médico, entonces mi responsabilidad financiera puede incluir: (1) importes de coaseguros y deducibles más altos; y (2) los honorarios totales de , incluyendo importes que superan los cargos permitidos por los proveedores preferentes pertenecientes a la red.

PRESCRIPCIÓN ELECTRÓNICA

Nuestro centro participa en la Prescripción Electrónica y le solicitará su farmacia preferida para presentar las recetas necesarias cuando le den de alta. Para agilizar este proceso, facilitaremos el número de teléfono y la dirección de su historial a su farmacia preferida.

He leído la información anterior y/o me la han explicado y la entiendo y acepto.

Firma del paciente o representante personal **Fecha / Hora**

Paciente **Padre o madre d un menor** **Tutor** **Poder legal**

Wellstone
HEALTH PARTNERS

Polìticas de oficina

Nombre del paciente:_____**Fecha de cumpleanos:** _____

Como paciente de Wellstone Health Partners, entiendo que las siguientes polìticas estàn actualmenete en vigor:

- Se aplicará una tarifa de $ 30.00 a todos los cheques devueltos. Los cheques devueltos deberán pagarse en efectivo dentro de los 10 días posteriores a la notificación. También entiendo que si el cheque pendiente no se resuelve dentro del límite de 10 días, puedo ser despedido de la práctica.
- Se aplicará un NO SHOW a sus registros por cualquier cita perdida que no cancele con más de 24 horas de anticipación. También reconoce que las ausencias continuas y consecutivas darán lugar a la terminación de su atención por parte del proveedor.
- Entiendo que el pago vence en el momento en que se prestan los servicios, a menos que se hayan hecho arreglos de pago previos con la oficina. Esto incluye cualquier monto de deducible, copago o coseguro. Cualquier saldo no pagado por mi compañía de seguros es mi responsabilidad de resolverlo. Además, entiendo que los saldos adeudados deben pagarse de manera oportuna para evitar más acciones de cobro. Entiendo que si mi cuenta es reenviada a una agencia de cobranza, puedo ser despedido de la práctica, mi saldo pendiente puede ser informado a la agencia de crédito y mi saldo puede cargarse con una tasa de interés del 18% por año hasta que se resuelva el saldo.
- Entiendo que si llego más de 15 minutos tarde a mi cita programada, se le puede pedir que lo reprograme para otro día
- **Finalmente, entiendo que debo permitir al menos 48 horas para reabastecer mis recetas.**

Mi firma confirma que he leído y entendido las políticas de la oficina anteriores y he tenido la oportunidad de hacer preguntas sobre cualquier inquietud que pueda tener sobre estas políticas.

_____ _____

Patient Signature **Date**

Wellstone
HEALTH PARTNERS

WELLSTONE FAMILY MEDICINE
800 West Central Texas Expressway, Suite 125
Harker Heights, TX 76548
(p) 254.618.1050 (f) 254.618.1058

Cuestionario de historia de salud

Nombre del paciente:_____Fecha:_____

Con què problema podemos qyudar hoy? _____

HISTORIA MEDICA PASADA			
☐ **Sin problemas mèdicos**			
Problemas	**Type/Comment**	**Problem**	**Type/Comment**
☐ Reflujo àcido/ERGE		☐ Enfermedad del corazòn	
☐ Anemia		☐ Hepatitis C	
☐ Ansiedad		☐ HIV	
☐ Asma		☐ Colesterol alto	
☐ Desorden sangrante		☐ Hipertensiòn	
☐ Càncer		☐ Enfermedad del rinon	
☐ COPD		☐ Enfermedad del higado	
☐ Depresiòn		☐ Migranas	
☐ Diabetes		☐ Apena del sueno	
☐ Fiebre del heno (Allergies)		☐ Enfer,edad de tiroides	
☐ Other _____			

PAST SURGICAL HISTORY		
☐ **NO HAY CIRUGIAS ANTERIORES**		
Ano	**Tipo de cirugìa**	**Hospital/Doctor**

HOSPITALIZATIONS		
☐ **SIN HOSPITALIZACIONES ANTERIORES**		
Ano	**Tipo de hospitalizacones**	**Hospital/Doctor**

HISTORIA FAMILIAR

	Madre	Padre	Hermana/o	otra		Madre	Padre	Hermana/o	Otra
☐ Alergias	☐	☐	☐	☐	☐ Hipertensiòn	☐	☐	☐	☐
☐ Asma	☐	☐	☐	☐	☐ Migraines	☐	☐	☐	☐
☐ Desorden sangrante	☐	☐	☐	☐	☐ Convulsiones	☐	☐	☐	☐
☐ Càncer: _____	☐	☐	☐	☐	☐ Carrera	☐	☐	☐	☐
☐ Depresiòn/ansiedad	☐	☐	☐	☐	☐ Problemas tiroideos	☐	☐	☐	☐
☐ Diabetes	☐	☐	☐	☐	☐ Otra:	☐	☐	☐	☐
☐ Enfermedad del corazòn	☐	☐	☐	☐					

MEDICAMENTOS PRESCRITOS, MEDICAMENTOS DE VENTA LIBRE, HIERBAS,Y SUPLEMENTOS

Nombre de la medicaciòn	Fuerza	Frecuencia tomada

MEDICAMENTOS Y ALERGIAS ALIMENTARIAS

☐ **Sin alergias a medicamentos** ☐ Alergia al latex ☐ Yodo (Mariscos) Alergia

Medicamentos/Alimentos	Tipo de reaccion	Medicamentos/Alimentos	Tipo de reaccion

HISTORIA SOCIAL

Ocupaciòn	Què hiciste/ hiciste para el trabajo? Estas jubilada (o)? ☐ Yes ☐ No
Alcohol	Bebes alcohol? ☐ Yes ☐ No Si es asi, de que tipo(s)?
	Cuantas por semana? Alguien ha estado preocupado port u forma de beber? ☐ Yes ☐ No
	Consumiste/consumiste tabaco?☐ Yes ☐ No Exposiciòn al humo de segunda mano?☐ Yes ☐ No

Tobaco	Cigarrilos-paquetes/dia:	Numero de anos:	Ano para dejar de fumar:
Otra	Utiliza actualmente drogas recreativas o ilegales? ☐ Yes ☐ No		

SINTOMAS ACTUALES (POR FAVOR MARQUE) OR ☐ SIN SINTOMAS			
Constitutional/General	Secreciòn del pezòn	Indigestiòn	**Endocrina (o)**
Fatiga	**Cardiovascular**	**Genitourinaria (o)**	Intolerancia al calor
Fiebre	Dolor de pecho	Ardor al orinar	Intolerancia al frìo
escalofrìos	Desmayo	Sangre en la orina	Sed excesiva
Pèrdida de peso	Palpitaciones	Pèrdida de orina	Crecimiento excesivo del cabello
Aumento de peso	Despertar sin aliento	Orinar con frecuencia	**Psicològica**
Pèrdida de apetito	**Respiratoria (o)**	Dolor al orinar	Ansiedad
Ojos	Tos	**Piel**	Depresòn
Visòn doble	Didicultad para respirar en reposo	Sarpullido	Ideaciòn homicida
Dolor de ojo	Dificultad de respiraciòn-ejercicio	Picor	Ideaciòn suicida
Visiòn borrosa	Esputo	Nuevas lesions cutàneas	**Hematològico/Linfàtico**
Cambio de visiòn	Sibilancias	**Neurològica (o)**	Sangrado fàcil
Oreja, Nariz, Boca, Garganta	**Gastrointestinal**	Convulsiones	Moretones con facilidad
Congestiòn nasal	Nàusea	Caìdas frecuentes	Agrandamiento de los ganglios lìnfàticos
Nariz que moquea	Vòmitos	Mareo	Masticar hielo
Zumbido en el oìdo	Diarrea	Dolores de cabeza	**Alèrgica/Inmunològica (o)**
Dificultad al tragar	Estrenimiento	**Musculoesquelètico**	Dermatitis alèrgica
Dolor de garganta	Acidez	Dolor en las articulaciones	Enfermedades frecuentes
Dolor de oìdo	Sangre en las heces	Inflamaciòn de articulaciones	Sìntomas de alergia a los senos nadales
Pechos	Taburetes negros	Inflamaciòn de articulaciones	
Bultos	Dolor Abdominal	Dolor de espalda	

Solo para uso de oficina

Revisado por _____ **Fecha**_____