

APROVACION PARA PROVEER AYUDA

Yo, _____, reconozco que los doctores, voluntarios y personal de Christ Clinic son inmunes 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

RECONOCIMIENTO

He recibido y revisado las siguientes formas de Christ Clinic (por favor marque):

- Derechos y Responsabilidades de Pacientes
- 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 con 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. Esta 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, pronosis, plan de tratamiento y ser su contacto de emergencia.

No doy permiso para que alguien más sea contactado aparte de mí.

Doy permiso para contactar a las siguientes personas:



Nombre	Teléfono	Relación al Paciente	Marque su selección:	
			Recoger medicinas	
			Hacer citas	
			Recibir información médica	
			Recoger medicinas	
			Hacer citas	
			Recibir información médica	

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 el contestador automático de su teléfono de casa o de su celular.

Contestador Automático de Casa: Si No Contestador Automático de Celular: Si No

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

Firma del paciente/ Guardian

Fecha



HISTORIAL DE SALUD DEL PACIENTE

Sus respuestas en este formulario ayudarán a su proveedor de atención médica, a entender mejor sus preocupaciones y condiciones médicas. Por favor, complete todas las secciones y agregue las notas que considere importantes.

TODA LA INFORMACION PROPORCIONADA SE MANTENDRA ESTRICTAMENTE CONFIDENCIAL

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Alergias: Por favor, escriba todas las alergias a los medicamentos

Sin alergias

Medicación:	Tipo de reacción

Medicamentos actuales: Por favor escriba TODOS los medicamentos que está tomando actualmente

No tomo ningún medicamento

Nombre y dosis del medicamento	¿Cuántas veces al día?	Razón de los medicamentos

Problemas médicos actuales: Por favor, seleccione cualquier problema médico que tenga actualmente o esté siendo tratado.

Ninguno

<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Enfermedad cardíaca	<input type="checkbox"/> Presión arterial alta	<input type="checkbox"/> Convulsiones
<input type="checkbox"/> Ansiedad	<input type="checkbox"/> DVT	<input type="checkbox"/> Colesterol alto	<input type="checkbox"/> Embolia
<input type="checkbox"/> Depresión	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Hepatitis	<input type="checkbox"/> Enfermedad tiroidea
<input type="checkbox"/> COPD	<input type="checkbox"/> Gota	<input type="checkbox"/> Enfermedad renal	<input type="checkbox"/> Otro
<input type="checkbox"/> cáncer	<input type="checkbox"/> Infarto de Miocardio	<input type="checkbox"/> Enfermedad hepática	

Historia Social: Por favor responda a todas las preguntas

Cigarrillos:	<input checked="" type="checkbox"/> Nunca <input checked="" type="checkbox"/> Anterior <input checked="" type="checkbox"/> Actual # de cigarrillos por día: # años fumando:
--------------	---



REGISTRO DE PACIENTES

Nombre _____ Fecha de Nacimiento _____

Calle _____ Apt. _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____ Condado _____

Teléfono: _____ Correo electrónico: _____

Contacto preferido: Llamada Mensaje de texto Correo electrónico Portal de Paciente

de Seguro Social o ITIN: _____

Sexo: Hombre Mujer

Raza: Blanco Negro/Afroamericano Asiático
 Otro No declarar/ reportar

Etnia: Hispano/Latino No Hispano/Latino
 No declarar/ reportar

¿Es usted? Ciudadano de E.U.A. Si No
Residente de E.U.A. Si No

¿Cómo se enteró de Christ Clinic?	Referido Por:	
<input type="checkbox"/> Familia/amigo/compañero de trabajo <input type="checkbox"/> Internet <input type="checkbox"/> Hospital _____ <input type="checkbox"/> Iglesia <input type="checkbox"/> Empleador <input type="checkbox"/> Otro _____	<input type="checkbox"/> Attack Poverty <input type="checkbox"/> Ballard House <input type="checkbox"/> Clothed by Faith <input type="checkbox"/> Compassion Katy <input type="checkbox"/> Hope Impacts <input type="checkbox"/> Katy Christian Ministries	<input type="checkbox"/> Katy Cares <input type="checkbox"/> Methodist Hospital <input type="checkbox"/> Memorial Hermann <input type="checkbox"/> Texas Children's <input type="checkbox"/> UTMB <input type="checkbox"/> YMCA
Si Christ Clinic no estuviera disponible para usted hoy, ¿tendría que ir al cuarto de emergencia? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		

Firma del paciente/ Guardián

Nombre impreso del paciente/ Guardián

Fecha



Christ Clinic
25722 Kingsland Blvd. Ste. 111
Katy, TX 77494
(281) 391-0190
www.christclinickaty.org

Mejorar la calidad de vida a través de una atención primaria asequible

Propósito del consentimiento: Al firmar este formulario, usted da su consentimiento para permitir que Christ Clinic use su fotografía a través de varios materiales de marketing, incluido el sitio web, correo electrónico, impresos y otros materiales y marketing. Si en algún momento, desea quitar su fotografía para uso futuro, puede hacerlo comunicándose con Christ Clinic.

CONSENTIMIENTO PARA LIBERAR

Por lo presente autorizo a Christ Clinic a utilizar mi fotografía y cualquier información contenida en sus esfuerzos de relaciones públicas. Entiendo y apruebo la divulgación de mi fotografía a los medios de comunicación y a otras personas y entidades que puedan estar involucradas en los esfuerzos de relaciones públicas de Christ Clinic.

Entiendo que estoy proporcionando mi fotografía a Christ Clinic y que mi proveedor de atención médica tratante no proporcionará ninguna información protegida a los medios de comunicación o al público, incluida la información de salud privada en mis registros médicos, cuya confidencialidad puede estar protegida por el gobierno federal y estatutos y regulaciones estatales, incluida la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud (HIPAA).

Renuncio al derecho de aprobación previa y por la presente libero a Christ Clinic de todos y cada uno de los reclamos por daños de cualquier tipo basados en el uso de mi fotografía. Al firmar a continuación, acepto y reconozco que he leído y comprendido el descargo anterior y estoy de acuerdo con todos los términos descritos. Soy mayor de edad y firmo libremente este Consentimiento para divulgar mi testimonio de paciente.

Firma

Fecha

Nombre Impreso del Paciente

Por favor, facilite su información de contacto:

Dirección

Teléfono

Correo electrónico

¡Gracias!



Autorización del paciente para Healthconnect en Greater Houston

_____ [NOMBRE DEL PARTICIPANTE] miembro de Healthconnect, una organización sin fines de lucro que provee una red electrónica segura para que sus miembros, entre los que se cuentan consultorios médicos, hospitales, laboratorios, centros de radiología y pagadores de reclamos de salud tales como las compañías aseguradoras, puedan compartir su Información Médica Protegida (PHI) de manera confiable. La página www.ghhconnect.org contiene una lista actualizada de los miembros de Healthconnect. Cuando usted se hace miembro de Healthconnect, los médicos pueden acceder a su PHI por medios electrónicos y utilizarla mientras usted está en tratamiento. Healthconnect no determina quien tiene acceso a sus registros pero permite que su información sea compartida de otra forma. Todos los miembros de Healthconnect deben proteger la privacidad de su información según las leyes estatales y federales.

Si usted decide no afiliarse a Healthconnect, su tratamiento y elegibilidad para los beneficios no se verán afectados.

Al firmar esta autorización, usted está de acuerdo con que Healthconnect y sus miembros actuales y futuros utilicen y divulguen de manera electrónica su Información Médica Protegida **solo en casos de actividades relacionadas con tratamientos, pagos y atención médica**. Usted entiende que Healthconnect puede conectarse con otros miembros para intercambiar Información Médica en Tejas y el resto del país los cuales también deben proteger la privacidad de su información según las leyes estatales y federales. Usted también autoriza a Healthconnect para que comparta su información con otros miembros con los mismos fines limitados.

Esta autorización es válida hasta que usted la cancele. Puede cancelarla en cualquier momento notificándolo por escrito a cualquiera de los proveedores de salud miembros de Healthconnect. La cancelación tendrá efecto a los tres (3) días de su notificación. Usted entiende que esta cancelación no altera ninguna Información Médica Protegida previamente intercambiada mientras su autorización estaba vigente.

Nombre del paciente: _____

Firma de la persona autorizada: _____ Fecha: _____

Nombre (si no es el paciente): _____ Parentesco con el paciente: _____

Escriba sus iniciales si usted NO desea que sus proveedores vean sus registros a través de Healthconnect. _____



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 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 el servicio a cualquier persona que actúe de una manera inapropiada.
- Proporcionar información de contacto actualizada (teléfono, dirección y correo electrónico) para todas las comunicaciones entre el proveedor y el paciente.
- Cumplir con las recomendaciones médicas. El incumplimiento de una recomendación o prescripción médicas dará lugar a la liberación de la atención de su proveedor y de Christ Clinic. Se considerará 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 10 minutos tarde a su cita programada, será necesario reprogramar su cita para otra fecha. Si usted no puede asistir a su cita, por favor llame lo más pronto posible, para proveer esa cita para otro paciente.
- 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 Dorada (Harris Health) u otro tipo de seguro.
- **Proporcionar prueba de ingresos del hogar por lo menos una vez al año o cuando se requiera.** Por ejemplo, se requieren 2 meses de talones de cheque recientes y/o una copia de sus impuestos del año más reciente. Para acceder a los servicios terceros (por ejemplo, asistencia con medicamentos y servicios especializados), se requiere una copia de la declaración de impuestos del año reciente. Si no puede proporcionar ninguna de las opciones, su visita en persona comenzará a \$ 50.00 o la telemedicina a \$35.00- sin incluir exámenes adicionales, ordenes de laboratorio o recetas.
- *Aceptamos efectivo, tarjeta de crédito y débito.**
- Respetar la privacidad de otros pacientes, mientras que este en la Clínica. Mantenga los teléfonos celulares apagados. Debido a las guías de COVID-19, solo permitimos que el paciente con una cita venga al área de espera.

- Supervisar a sus hijos en todo momento. Los menores no acompañados no son permitidos en la sala de espera. Usted es responsable de la seguridad y protección de sus hijos durante su visita a Christ Clinic.

* Con el uso de una tarjeta de débito / crédito, se agregará una tarifa de \$ 1.00 por el servicio.

Terminación:

Si decidimos que la relación proveedor-paciente ha llegado a su fin, usted tiene derecho a recibir un aviso previo que explique el motivo de la decisión. Se le dará 30 días para encontrar otro proveedor de atención médica. Si se hace una amenaza a Christ Clinic o su personal, esta decisión puede hacerse efectiva de inmediato. Las razones por las cuales podemos terminar la relación proveedor-paciente incluyen, pero no se limitan a:

- 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
--- UTILIZADA Y REVELADA Y COMO USTED PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN



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