



Formulario de Registro de Pacientes

| | | | |
|--|--|--|--|
| Nombre del paciente (Apellido, Primero): _____ | | Fecha de nacimiento: ____/____/____ | |
| Dirección de envío _____ Calle or P.O. Box _____ Ciudad Estado Codigo Postal | | Sexo <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Hombre | |
| Dirección Física <input type="checkbox"/> Igual que el envío _____ Calle _____ Ciudad Estado Codigo Postal | | Estado Civil <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo | |
| Números de Teléfono Celular _____ Casa _____ Trabajo _____ | | Identidad de género <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Hombre Otro _____ <input type="checkbox"/> Mujer Transgénero <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hombre Transgénero <input type="checkbox"/> Decido no declarar | |
| Correo Electrónico _____ | | Orientación Sexual <input type="checkbox"/> Heterosexual <input type="checkbox"/> Gay / Homosexual <input type="checkbox"/> Bisexual Otro _____ <input type="checkbox"/> Decido no declarar | |
| Idioma preferido <input type="checkbox"/> English <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Tiếng Việt <input type="checkbox"/> Other _____ | | Raza (Marque todo lo que corresponda) <input type="checkbox"/> Caucásico <input type="checkbox"/> Afroamericano <input type="checkbox"/> Asian <input type="checkbox"/> American Indian or Alaska Native <input type="checkbox"/> Native Hawaiian <input type="checkbox"/> Decido no declarar | |
| Persona responsable (Para paciente menor) Nombre _____ Teléfono _____ Relación _____ | | Ethnicity / Etnicidad <input type="checkbox"/> No Hispano/Latino <input type="checkbox"/> Hispano o Latino <input type="checkbox"/> Decido no declarar | |
| Información del seguro | | Veterano | |
| | | Discapacidad | |
| Seguro Primario: | | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | |
| ID# _____ | | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | |
| Nombre del Asegurado: _____ | | Grupo #: | |
| Fecha de nacimiento del asegurado: ____/____/____ | | Relación: | |
| Seguro Secundario: | | Nombre | |
| ID# _____ | | Teléfono | |
| Nombre del Asegurado: _____ | | Contacto de Emergencia | |
| Fecha de nacimiento del asegurado: ____/____/____ | | Nombre _____ | |
| Relación: | | Teléfono _____ | |

Historial de Salud del Paciente

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Marque si tiene o ha tenido alguna de estas condiciones, o marcar ninguno.

Historial Médico

___ Ninguno

| | | | | |
|------------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------------|---------------------------|---------------------------------------|
| ___ Acné / Problemas de la piel | ___ Infección en la Vejiga | ___ Enfermedad del Corazón | ___ Problemas tiroides | ___ Problemas de estómago |
| ___ Asma / Enfermedades del Pulmón | ___ Ataque al Corazón | ___ Alta presión | ___ Problemas de la vista | ___ Escoliosis / Problemas de espalda |
| ___ Apnea del sueño / Insomnio | ___ Dolor de Cabeza / Migrañas | ___ Accidente cerebrovascular | ___ Problemas con el oído | ___ Problemas de embarazo |
| ___ Enfermedad del Hígado | ___ Epilepsia / Convulsiones | ___ Enfermedad de transmisión sexual | ___ Anemia Drepanocítica | ___ Transfusiones de sangre |
| ___ Hepatitis | ___ Cáncer | ___ Diabetes | ___ Anemia | ___ Tuberculosis |

Please list other health conditions or concerns / Liste otra condición de salud o preocupaciones:

Historial Familiar

___ Ninguno

Marque si alguien en su familia tiene o ha tenido alguna de las siguientes condiciones:

| | Cancer | Diabetes | Alta presión | Problemas tiroides | Ataque del Corazon | Accidente cerebrovascular | Abuso de drogas | Problemas de aprender | Problemas mentales | Otro: |
|-----------------|--------|----------|--------------|--------------------|--------------------|---------------------------|-----------------|-----------------------|--------------------|-------|
| Madre | | | | | | | | | | |
| Padre | | | | | | | | | | |
| Hermano/Hermana | | | | | | | | | | |
| Otro _____ | | | | | | | | | | |
| Otro _____ | | | | | | | | | | |

Historia Social y de Comportamiento

___ Ninguno

| | | | | |
|--|--------------------------|---------------------------------------|---------------------------|-----------------------------------|
| ___ Desorden hiperactivo y deficit de atencion | ___ Bajo autoestima | ___ Ansiedad / Depresión | ___ Abuso de drogas | ___ Trastornos de la alimentación |
| ___ Autismo | ___ Intentos de suicidio | ___ Problemas de vivienda/Financieros | ___ Estresores familiares | ___ Abuso fisico / emocional |
| ___ OCD / trastorno obsesivo compulsivo | ___ Enfermedad mental | ___ Problemas de aprendizaje | | |

___ Beber alcohol:
Frecuencia _____

___ Fumar / Tabaco:
Tipe _____ Frecuencia _____

Cirugías / Hospitalizaciones

___ Ninguno

| Edad | Razón | Hospital |
|------|-------|----------|
| | | |
| | | |
| | | |

Medicamentos Acutales

___ Ninguno

| Receta / Vitamina / Suplemento / Sin Receta | Cantidad / Dosis | Frecuencia |
|---|------------------|------------|
| | | |
| | | |
| | | |

Alergias/Interolerancias Medicamentosas

Reacción

___ Ninguno

| | |
|--|--|
| | |
| | |

Médico primario anterior o actual

Teléfono

| | |
|--|--|
| | |
|--|--|

Farmacia Preferida

Teléfono

| | |
|--|--|
| | |
|--|--|



Documentos de información para el paciente y consentimientos

Mi firma a continuación reconoce que se me ha proporcionado un Paquete de información para el paciente, que incluye:

Consentimiento para el tratamiento, las pruebas y los procedimientos

Doy mi consentimiento para todas las pruebas, tratamientos y procedimientos ordenados por los proveedores de Coastal Gateway Health Center (CGHC), incluidas, entre otras, las pruebas de enfermedades transmisibles o transmitidas por la sangre, como las enfermedades de transmisión sexual, el virus de inmunodeficiencia humana (VIH), el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) y la hepatitis. Como parte de mis pruebas y tratamiento, puedo recibir servicios de prevención, educación y reducción de riesgos específicos de la enfermedad. Entiendo que CGHC está obligado por la ley estatal a reportar información al Departamento de Salud del Condado de Chambers y / o al Departamento de Salud y Servicios Humanos (DSHS) para las personas que dan positivo para ciertas enfermedades (conocidas como "enfermedades de notificación obligatoria") incluyendo, pero no limitado a, tuberculosis, VIH / SIDA y sífilis. Si doy positivo para una enfermedad de notificación obligatoria, entiendo que seré contactado por un especialista en intervención de enfermedades autorizado por el estado para promover el tratamiento exitoso y la notificación de cualquier pareja sexual, si corresponde, que pueda estar en riesgo de contraer la enfermedad. También entiendo que si un trabajador de la salud de CGHC se expone accidentalmente a mi sangre o fluidos corporales (por ejemplo, mediante un pinchazo de aguja o un instrumento afilado), CGHC puede extraer y / o usar sangre extraída de mí para fines de prueba.

Consentimiento del asistente médico/enfermero practicante

CGHC tiene personal, asistentes médicos y / o enfermeras practicantes, para brindar atención médica. Un asistente médico y / o enfermera practicante es un graduado de un programa de capacitación certificado y tiene licencia de una Junta Estatal. Bajo la supervisión de un médico, un asistente médico y / o enfermera practicante puede diagnosticar, tratar y monitorear enfermedades agudas y crónicas comunes, así como proporcionar atención de mantenimiento de la salud. La "supervisión" no requiere la presencia física constante del médico supervisor, sino más bien supervisar las actividades y aceptar la responsabilidad de los servicios médicos prestados. He leído lo anterior, y al firmar a continuación por la presente, doy mi consentimiento para los servicios de un asistente médico y / o enfermera practicante para mis necesidades de atención médica. Entiendo que en cualquier momento puedo negarme a ver al asistente médico y / o enfermera practicante y solicitar ver a un médico.

Aviso de prácticas de privacidad

Reconozco que he recibido una copia del aviso de prácticas de privacidad (NOPP) para CGHC. Autorizo el uso y la divulgación de mi información médica protegida para llevar a cabo tratamientos, realizar actividades de pago y para operaciones generales de atención médica.

Responsabilidad financiera

Entiendo que si califico para servicios a través de un programa financiado por una subvención (es decir, Programa de descuento de tarifa móvil), estos recursos son pagadores de último recurso. Como



pagadores de último recurso, los programas financiados por subvenciones pueden no continuar con mi elegibilidad si actualmente, o en el futuro, tengo cobertura de Medicare, Medicaid y / o seguro de terceros. Por lo tanto, acepto informar inmediatamente cualquier cambio en mi estado financiero y / o cobertura de seguro al Secretario de Elegibilidad. Si no informo adecuadamente los cambios en mi estado financiero y / o cobertura de seguro, y si esos cambios resultan en mi inelegibilidad para servicios bajo un programa financiado por una subvención, entiendo que soy totalmente responsable del costo de los servicios prestados por CGHC.

Asignación de seguros

Al firmar a continuación, si soy elegible para Medicaid, Medicare y / o cobertura de seguro de terceros mientras soy cliente de CGHC, autorizo a CGHC a proporcionar a Medicaid, Medicare y / o cobertura de seguro de terceros toda la información necesaria, incluido mi estado de VIH, para procesar mi reclamo. Por la presente, también asigno a CGHC todos los pagos recibidos de Medicaid, Medicare y / o una aseguradora externa por los servicios y tratamientos que me brinda CGHC. Entiendo que puedo ser responsable de pagar los copagos requeridos antes de ser visto por un proveedor de atención médica. También entiendo que soy responsable del costo de los servicios y tratamientos que me brindan que no están cubiertos por mi seguro.

Prescripción electrónica

Las recetas electrónicas, e-Rx o recetas electrónicas, son recetas generadas por computadora creadas por su proveedor y enviadas directamente a su farmacia. CGHC participa en la prescripción electrónica porque nos preocupamos por su salud y bienestar y la prescripción electrónica tiene múltiples beneficios. Al dar su consentimiento, CGHC también puede acceder a un historial de mis recetas actuales y pasadas. Esta información crítica ayuda a CGHC a confirmar la seguridad de mis recetas y minimizar las interacciones peligrosas con mis otros medicamentos.

Comunicaciones

Entiendo que mi dirección de correo electrónico y otra información de contacto que he proporcionado serán utilizadas por CGHC, y otros terceros autorizados que actúen en nombre de CGHC, para diversos fines, incluidos, entre otros, encuestas de pacientes, mensajes de marketing, recordatorios de citas, recordatorios de resurgido de medicamentos recetados y registro para CGHC a través del portal del paciente a través del Registro Médico Electrónico (EMR). El portal seguro para pacientes de CGHC permite a los pacientes comunicarse con sus proveedores de atención médica y acceder a cierta información en sus registros médicos, como listas de medicamentos, ciertos resultados de laboratorio y registros de vacunación, sin embargo, estas características pueden cambiar de vez en cuando. Entiendo que CGHC utilizará mi dirección de correo electrónico para crear una cuenta de portal segura para mí, pero que se me pedirá que establezca mi información de inicio de sesión para acceder al portal. El portal del paciente para el centro de salud se conoce como Healow. Entiendo que CGHC, o terceros autorizados, no compartirán mi número de teléfono móvil con terceros, que la frecuencia de los mensajes de texto (o SMS) puede variar y que pueden aplicarse tarifas de mensajes y datos.

Greater Houston Healthconnect



CGHC participa en Greater Houston Healthconnect (GHHC), una organización sin fines de lucro que proporciona una red electrónica segura para los participantes de GHHC. Una lista de los participantes actuales de GHHC está disponible en www.ghhconnect.org. La participación de GHHC con otros en GHHC, como laboratorios, farmacias, centros de radiología, consultorios médicos, hospitales y aseguradoras de salud, permite a CGHC acceder y utilizar para brindarle atención cualquier información de salud electrónica disponible relacionada con usted. Todos los participantes de GHHC deben proteger su privacidad de acuerdo con las leyes estatales y federales. Su tratamiento y elegibilidad para los beneficios no se verán afectados. Al firmar a continuación, acepto que GHHC y sus participantes actuales y futuros, incluido CGHC, pueden usar y divulgar mi información médica protegida electrónicamente para fines limitados de tratamiento, pago y operaciones de atención médica. Entiendo que GHHC puede conectarse a otros intercambios de información de salud en Texas y en todo el país que también deben proteger mi información médica protegida de acuerdo con las leyes estatales y federales, y autorizo a GHHC a compartir mi información con esos intercambios para los mismos propósitos limitados de tratamiento, pago y operaciones de atención médica. Esta autorización permanece vigente a menos que y hasta que la revoque. Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento mediante notificación por escrito a cualquier proveedor de atención médica que participe en GHHC y mi revocación será efectiva dentro de los tres (3) días. También entiendo que revocar esta autorización no afecta la información previamente compartida cuando mi autorización estaba vigente.

Fotografías

Entiendo y autorizo a CGHC a tomar y/o usar fotografías o imágenes electrónicas con el propósito de verificar su identidad y/o mi atención médica. Todas las imágenes fotográficas se tomarán utilizando dispositivos aprobados por CGHC. El proveedor de CGHC y / o los miembros del personal no usarán dispositivos personales / teléfonos celulares para capturar estas imágenes.

Información importante que necesita saber sobre telesalud/telemedicina

Limitaciones de la telemedicina/telesalud

Como paciente de CGHC que recibe servicios a través de telemedicina / telesalud, su proveedor debe proporcionar un aviso (una explicación) con respecto a los servicios de telemedicina / telesalud, incluidos los riesgos y beneficios de ser tratado a través de telemedicina / telesalud, cómo recibir atención de seguimiento o asistencia en caso de una reacción adversa al tratamiento o en caso de incapacidad para comunicarse como resultado de una falla tecnológica o de equipo.

Necesidad de evaluación en persona

Como paciente de CGHC que recibe servicios a través de telemedicina / telesalud, su proveedor debe informarle antes de la conclusión del encuentro, si no puede proporcionar toda la información clínica pertinente que un proveedor de atención médica que ejerce habilidades y atención ordinarias consideraría razonablemente necesaria para la práctica de la medicina o los servicios de salud a un nivel aceptable de seguridad y calidad en el contexto de ese encuentro médico en particular. Si eso ocurre, su proveedor debe aconsejarle que obtenga una evaluación médica adicional razonablemente capaz de satisfacer sus necesidades.



Derechos y responsabilidades, grabación de citas de telemedicina

Entiendo que al aceptar participar en los servicios de telemedicina / telesalud de CGHC, no grabaré audio y / o audio / video del proveedor o miembro del personal de CGHC sin su permiso expreso obtenido antes de cualquier grabación. Una violación de esta limitación de grabación puede resultar en que CGHC solicite que destruya la grabación, incluidas las publicaciones de los materiales que se han compartido y también puede resultar en que CGHC suspenda los servicios de telemedicina / telesalud para mí.

Quejas a la Junta

Como paciente de CGHC que recibe servicios, si desea presentar una queja o queja ante la Junta de Medicina de Texas o el Oficial de Cumplimiento de CGHC, comuníquese con CGHC por correo electrónico a admin@coastalgatewayhc.org, o por teléfono al 409.296.4444, o por correo postal a P.O. Box 2264, Winnie, Texas 77665. No será penalizado por presentar una queja.

Términos de consentimiento

Entiendo que mi consentimiento es necesario para que CGHC me ofrezca servicios y que algunos elementos pueden no aplicarse a mi situación actual. También entiendo que, para brindar atención integral durante esta y futuras visitas, y para evaluar mi elegibilidad para los programas, se requiere mi firma a continuación que indique mi acuerdo con este documento en su totalidad. Al firmar este formulario, reconozco y acepto los términos, la información y las obligaciones contenidas en este documento. Estoy dando este consentimiento por mi propia voluntad. He tenido la oportunidad de leer y hacer cualquier pregunta sobre la información en este paquete, incluyendo específicamente, pero no limitado a, las disposiciones de obligaciones financieras y las disposiciones de asignación de beneficios. Reconozco que no tengo preguntas o que mis preguntas han sido respondidas a mi satisfacción en un idioma que entiendo. Firmo este documento libremente y acepto cumplir con sus términos. Entiendo que este documento permanece vigente hasta que revoque mi consentimiento, en cualquier momento, por escrito. También entiendo que la revocación de esta autorización no afecta a las acciones tomadas previamente en base a este consentimiento.

Al firmar este formulario, doy fe de que todas las declaraciones que he hecho, incluidas mis respuestas a todas las preguntas, son verdaderas y correctas. a mi leal saber y entender. Estoy de acuerdo en dar al personal de elegibilidad de CGHC cualquier información necesaria para confirmar las declaraciones sobre mi elegibilidad. Entiendo que dar información falsa podría resultar en la descalificación de elegibilidad y una posible obligación de reembolso. También acepto informar al personal de elegibilidad si mis ingresos o el número de personas en mi familia cambian.

Firma del paciente y/o padre/tutor

Fecha

Firma de la persona que ayudó a completar el formulario

Fecha