COASTAL GATEWAY HEALTH CENTER

Formulario de Registro de Pacientes

Nombre del paciente (Apellido, Primero):

Fecha de nacimiento: _____/_____/_____

Dirección de envio

_____
Calle or P.O. Box

_____
Ciudad **Estado** **Codigo Postal**

Dirección Física ___**Ingual que el envio**

_____
Calle

_____
Ciudad **Estado** **Codigo Postal**

Números de Teléfono

Celular _____

Casa _____

Trabajo _____

Correo Electrónico

_____

Idioma preferido

____ English ____ Español ____ Tiếng Việt ____ Other_____

Sexo _____Mujer _____Hombre

Estado Civil

_____Soltero _____Casado/a
_____Divorciado _____ Viudo

Identidad de género

___Mujer ___ Hombre Otro_____
___ Mujer Transgénero ___
___Hombre Transgénero ___Decido no declarar

Orientación Sexual

___Heterosexual ___Gay / Homosexual ___Bisexual
Otro_____
___ Decido no declarar

Raza (Marque todo lo que corresponda)

___Caucásico ___ Afroamericano ___Asian
___American Indian or Alaska Native ___Native Hawaiian
___Decido no declarar

Ethnicity / Etnicidad

___No Hispano/Latino
___Hispano o Latino ___Decido no declarar

Veterano	**Discapacidad**
___ Si	____Si
____No	____No

Persona responsible **(Para paciente menor)**

Nombre

Teléfono_____ Relación_____

Contacto de Emergencia

Nombre

Teléfono

Información del seguro

Seguro Primario:

ID# Grupo #:

Nombre del Asegurado:

Fecha de nacimiento del asegurado:_____/_____/_____ Relación:

Seguro Secundario:

ID# Grupo #:

Nombre del Asegurado:

Fecha de nacimiento del asegurado:_____/_____/_____ Relación:

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 se 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 presion	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_____

Cirugias / 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

Consentimiento para el uso y la divulgación de información médica protegida

Nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad proporciona información sobre cómo podemos usar y divulgar información de salud protegida sobre usted. Tiene derecho a revisar nuestro aviso antes de firmar este consentimiento. Según lo dispuesto en nuestro aviso, los términos de nuestro aviso pueden cambiar. Si cambiamos nuestro aviso, puede obtener una copia revisada comunicándose con la Oficina de Negocios de CGHC.

Usted tiene derecho a solicitar que restrinjamos la forma en que se usa o divulga la información médica protegida sobre usted para el tratamiento y el pago de operaciones de atención médica. No estamos obligados a aceptar esta restricción, pero si lo hacemos, estamos obligados por nuestro acuerdo.

Al firmar este formulario, usted da su consentimiento para que usemos y divulguemos nuestra información médica protegida sobre usted para tratamiento, pago y operaciones de atención médica. Tiene derecho a revocar este consentimiento por escrito, excepto cuando ya hayamos realizado divulgaciones sobre la base de su consentimiento.

Nombre: _____Expediente Médico #: _____

Dirección: _____Teléfono: _____

_____Correo electrónico: _____

También autorizo a la(s) siguiente(s) persona(s) a recibir mi información de salud personal, en mi ausencia. Entiendo que este formulario continuará archivado en el Departamento de Registro, y si solicito eliminar a las personas enumeradas de mi lista de autorización, presentaré una solicitud por escrito para eliminarlas de la lista autorizada.

_____ _____
(Nombre) (Relación)

_____ _____
(Nombre) (Relación)

Firma: _____ Fecha: _____

Si este consentimiento está firmado por un representante personal en nombre del paciente:

Firma: _____ Relación: _____

Testigo: _____

Departamento:_____

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 abuja 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 resurtido 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**