



# Admission Application

Fecha \_\_\_\_\_ Numero Social# \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_ - \_\_ - \_\_ Referido por \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_

Cuidad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ ZipCode \_\_\_\_\_

Telefono de Casa \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_

H o m b r e    Mujer    Idioma \_\_\_\_\_

Casado    Soltero

Raza Etnica:

Hispano    Blanco    Asiatico    Negro Americano    Medio Este  
Indio Americano    Otro \_\_\_\_\_

En caso de emergencia contacte a: Nombre \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_

Recibe asistencia federal o estatal? Si\_\_ No\_\_ Cual? \_\_\_\_\_

Tiene aseguranza medica, Medicaid o Medicare? Si\_\_ No\_\_ Cual? \_\_\_\_\_

Estas empleado? Si\_\_ No\_\_ Pago mensua\$ \_\_\_\_\_

Donde?: \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Esta empleado tuesposo(a)? Si \_\_\_\_\_ Pagomensual\$ \_\_\_\_\_

Donde?: \_\_\_\_\_ (incluidos los nifios).

Numero de personas en tu hogar **Paciente/Encargado**

Nombre \_\_\_\_\_ Relacional paciente \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_

Cuidad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ ZipCode \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_

## Noticia

No aceptamos pacientes que son eligible para Medicaid o Medicare. No aceptamos pacientes que estan en el programa Indigeno del Condado de Collin, ni de ProjectAccess, ni de ningun otro programa que provee ayuda medicaincluyendo companias que tienen su propio medico para empleados.

Al firmar abajo, certifico que a lo mejor de mi conocimiento toda la informaci6n que he equipado en este formulario es completa, verdadera y exacta.

Firma \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

## Consentimiento del Paciente para Divulgar su Información de Salud Protegida (PHI siglas en ingles)

Muchos de nuestros pacientes permiten a sus miembros de familia como su conyugue, padres u otros de Hamar y/o solicitar resultados de exámenes, registros de procedimientos, citas, y de poder recoger prescripciones/muestras. De acuerdo a los requisitos de la Ley de Privacidad de Salud (HIPPA), nosotros no estamos autorizados a divulgar esta información a nadie sin la explícita autorización por escrito del paciente. Si usted desea que su Información de Salud Protegida (PHI) sea divulgada alguna persona aparte de usted, usted debera completar esta planilla. Esta planilla solamente tendra vigencia hasta que se reciba una notificación por escrito SOLAMENTE de USTED.

Yo, \_\_\_\_\_, doy mi consentimiento a la clínica **Community Health Clinic** de divulgar mi Información de Salud protegida (PHI) incluyendo **resultados de laboratorios, medicamentos, prescripciones, muestras, citas, notas del medico proveedor, etc.** Ala(s) siguiente(s) persona(s) ya sea por telefono o en persona:

_____ Nombre	_____ Relacion	_____ # de Telefono (si es diferente del paciente)
_____ Nombre	_____ Relacion	_____ # de Telefono (si es diferente del paciente)
_____ Nombre	_____ Relacion	_____ # de Telefono (si es diferente del paciente)

### Autorizacion para dejar mi Informacion Personal por medios alternativos:

Por favor marcar a todos los que apliquen: **(mensajes detallados puede que incluyan resultados de laboratorios/exámenes)**

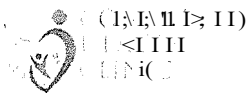
- Puede dejar un mensaje detallado por correo de voz al # de telefono de la casa: \_\_\_\_\_
- Puede dejar un mensaje detallado por correo de voz al # de telefono del celular: \_\_\_\_\_
- Puede dejar un mensaje detallado por correo de voz al # de telefono del trabajo: \_\_\_\_\_
- Puede dejar información con el/la esposo(a) (nombre): \_\_\_\_\_
- Puede dejar información con otro miembro de familia (nombre/relación): \_\_\_\_\_
- NO DEJAR ninguna información detallada a ningun numero de telefono.**
- SOLAMENTE** puede dejar información solamente sobre recordatorios de citas.

\_\_\_\_\_  
Nombre del Paciente (por favorescribir imprenta)

\_\_\_\_\_  
Relacion

\_\_\_\_\_  
Nombre del Paciente (firma)

\_\_\_\_\_  
Fecha



## El Contrato del Paciente

Community Health Clinic es una agencia no del gobierno, sin ganancia y para dar *las* servicios saludosos a las familias en el condado de Dallas que no tienen ninguna otra manera de obtener *las* auxilios medicos. Nuestra clinica usa solamente las medicos y las enfermeras voluntarios-los que no reciben ningun dinero para *las* servicios.

Para servirle a usted mejor, le pedimos su cooperacion en seguir las reglas nombradas abajo. Si no puede seguir estas reglas, o si las encuentran no aceptables, otra agencia medica pueda satisfacer sus necesitos.

Comprendo y estoy de acuerdo de hacer siguientes:

1. Informo a CHC si mi domicilio, numero de telefono, ingreso o seguro cambia dentro de 30 dias del cambio.
2. Dare a CHC la noticia de 24 horas si no pueda mantener la cita con el doctor, la enfermera o el laboratorio.
3. Pacientes deben llegar 15 minutos antes de su cita. Si llegan tarde para la cita, deben arreglar otra cita.
4. Si falto 3 citas sin notificar a CHC, comprendo que sea posible que no puedo recibir nada mas los servicios de CHC.
5. Autorizo a la persona medica que me sirve en CHC que comparta la informacion medica con *las* otros medicos cuando sea necesario para mi salud.
6. Autorizo al personal administrativo de CHC a divulgar mi informacion de registro y deteccion con el fin de obtener servicios gratuitos en otra instalacion.
7. Comprendo que tengo toda la responsabilidad para conseguir las pruebas y los tratamientos segun las ordenes de *las* medicos en CHC. Comprendo si no sigo las ordenes del medico, mi tratamiento pueda ser en vano.
8. Entiendo que puedo ser responsable de cualquier costo asociado con *las* servicios de imagenes.
9. Comprendo si no soy cooperador, si soy abusivo verbal, intoxicado, o comportarme de ningun manera inoperatuna, es posible que no sea idoneo para *las* servicios de CHC.
10. Siempre guardo mis niños conmigo.

He recibido una explicacion completa de los servicios de CHC y comprendo y estoy de acuerdo con todas arriba. Comprendo que puedo ser terminado de CHC como paciente si he dado mala informacion o si no obedezco las reglas arriba.

La firma del paciente \_\_\_\_\_

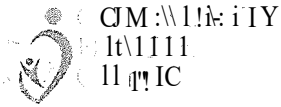
Fecha \_\_\_\_\_

### Privacidad:

Usted tiene derecho a tener sus entrevistas, exámenes y tratamientos en un entorno que proporciona privacidad razonable. Solo personas autorizadas legalmente pueden acceder a sus archivos, a menos que usted pida por escrito que se *las* enseñemos a otra persona. Una explicación completa de sus derechos de privacidad, "Aviso de Derechos de Privacidad de *las* Clientes," se agrega a este documento. Al firmar este documento, usted indica que ha leído este Aviso. Este Aviso explica en detalle *las* derechos que usted tiene por el *Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA)*.

La firma del paciente \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_



## La Autorizacion de Usar Y Revelar la Informacion Medica Confidencial

La clinica de Community Health Clinic es una clinica benefica que provide los servicios medicos a las personas que viven en la area designada. Para mejorar los servicios medicos a las personas sin seguridades, para veeer los obstaculos y para facilitar la sistema de administracion de las enfermedades de cada persona es posible que la clinica pueda necesitar compartir la informacion medica con otros medicos o laboratorios. No podemos compartir ninguna informacion sin la firma de cada paciente. Si nos da permiso de compartir su informacion medica y confidencial como se dice esta forma, favor de firmar abajo.

Yo \_\_\_\_\_ le doy el permiso a CHC y a los administradores medicos que son parte de CHC usar, enviar y reveler mi informacion medica a todos que nos ayudan en dar el servicio medico.

Yo comprendo que la informacion medica y confidencial incluye los diagnosticas, los resultados de las pruebas del laboratorio y las drogas que me han dado y tambien incluyen la informacion de contacto con mi nombre, direccion, el numero de seguros social, el numero de telefono, etc. Tambien pueda incluir la informacion del genero, la raza, la edad, etc. que esta en mis documentos en CHC.

Yo comprendo que la informacion que esta compartido pueda incluir la salud mental, el abuso de las drogas, y el estado de HIV/SIDA y todas los archivos. **SI NO QUIERO COMPARTIR ESTA INFORMACION, TENGO LA OPCION DE NO FIRMAR ESTA FORMA.** Si firmo esta autorizacion, tal informacion sera usada como la ley federal nos autoriza.

Yo comprendo que esta es una autorizacion limita. Solo doy la autorizacion de mandar la informacion de la salud que incluye los diagnosticos, las pruebas y los resultados de las pruebas y los resultados de los laboratorios, y la lista de las drogas que me han dado. Tambiein incluye la informacion de contacto y la informacion demografica que esta en los archivos de CHC.

Nombre \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_

Firma del Paciente \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_



## El Consentimiento Para Tratamiento Por Voluntaries

Entiendo que los servicios que recibire de CHC podiesen ser por un voluntario que me estara suministrando atencion, y que no b administrara con expectativas de pago de dinero.

Ademas, entiendo que la ley de Texas impone limites en el recobro de los danos de cualquier voluntario en cambio por recibir cuidado en los servicios medicos. Esos limites incluyen la inmunidad de las responsabilidades civiles por cualquier acto de omission resultando en la muerte o en el dano al paciente si:

1. El voluntario estaba acutando de buena fe en el transcurso y alcance de sus deberes o funciones dentro de la organizacion.
2. El voluntario comete el acto u omission en el transcurso de suministrar los servicios de salud al paciente.
3. Los servicios suministrados estan dentro del alcance de la licencia del voluntario, y antes de que el voluntario suministre los servicios de cuidado de salud, el paciente, o si acaso el paciente es menor de edad, ode otra manera legalmente incompletente, los padres del paciente, tutor administrativo/legal, o cualquier otra persona con la responsabilidad legal del cuidado del paciente, firma una declaracion escrita que admite:
  - a. Que el voluntario de los servicios sin ninguna expectative de recibir ningun dinero; y
  - b. Los limites del recobro de los danos del voluntario en cambio por recibir los servicios del cuidado de salud.

Yo reconozco que los suministradores de los servicios de salud, como voluntarios, estan facilitandome con atencion sin ninguna expectative de remuneracion, yen el cambio por recibir los servicios de cuidado de salud, el recobro por dano esta limitado.

( ) Yo mismo

( ) La siguiente persona por quien soy legalmente responsable \_\_\_\_\_

Firma del pacieinte \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_



### Telemedicina / Telefono Consultar Consentimiento informado

Los servicios de telemedicina/consulta telefónica implican el uso de equipos y dispositivos de videoconferencia interactivos seguros y por telefono que peimiten a los proveedores de atención medica brindar servicios de atención medica a Los pacientes cuando se encuentrn en difrentes sitios.

1. Entiendo que el mismo nivel de atención se aplica a una consulta de telemedicina / consulta telefónica que a una visita en persona.
2. Entiendo que no estare ffsicamente en la misma habitación que mi proveedor de atención medica. Se me notificara y se obtendra mi consentimiento para cualquier persona que no sea *mi* proveedor de atención medica presente en la sala.
3. Entiendo que existen riesgos potenciales para el uso de la tecnologia, incluidas las interrupciones del servicio, la intercepcion y las dificultades tecnicas.
  - a) Si se determina que el equipo y / o la conexión de videoconferencia no son adecuados, entiendo que mi proveedor de atención medica o yo podemos interrumpir la visita de telemedicina y hacer otros arreglos para continuar la visita.
4. Entiendo que tengo el derecho de negarme a participar o decidir dejar de participar en una consulta de telemedicina / consulta telefónica, y que mi negativa se documentara en mi historia medica. Tambien entiendo que mi negativa no afectara mi derecho a atención o tratamiento futuros.
  - a) Puedo revocar mi derecho en cualquier momento comunicandome con Community Health Clinic al 972-547-0606.
5. Entiendo que las leyes que protegen la privacidad y la confidencialidad de la información de atención medica se aplican a los servicios de telemedicina.
6. Entiendo que mi información de atención medica puede compartirse con otras personas.
7. Al firmar este formulario, certifico que (1) lo he leído personalmente (o me lo han explicado) y entiendo y acepto completamente su contenido; (2) me han respondido satisfactoriamente mis preguntas y los riesgos, beneficios y alternativas a las visitas de telemedicina se han compartido conmigo en un idioma que entiendo; y (3) estoy ubicado en el estado de Texas y estare en Texas durante mi (s) visita (s) de telemedicina.

---

Nombre impreso del paciente/padre/tutor

---

Firma del paciente / padre / tutor

---

Consentimiento verbal dado  
(voluntario / fuma del personal)

---

Fecha

Clínica de salud comunitaria de McKinney  
Exención de exención de responsabilidad de COVID-19

La Organización Mundial de la Salud ha declarado que el nuevo Coronavirus (COVID-19) es una pandemia mundial. Debido a su capacidad de transmitir de persona a persona a través de gotitas respiratorias, el gobierno ha establecido recomendaciones, pautas y algunas prohibiciones que la Clínica de Salud Comunitaria de McKinney (la "Organización") cumple.

En consideración a mi participación en lo anterior, *las* abajo firmantes reconocen y aceptan lo siguiente que en cualquier momento entro en la clínica:

No he experimentado síntomas como fiebre, fatiga, dificultad para respirar, tos seca o cualquier otro síntoma relacionado con COVID-19 o alguna enfermedad transmisible en los últimos 14 días.

No he viajado por mar o por aire, ni ningún miembro de mi hogar, internacionalmente en los últimos 30 días.

No visite, ni ningún miembro de mi hogar, ningún área dentro de /os Estados Unidos que haya sido altamente afectada por COVID-19 en *las* últimos 30 días.

No he sido, ni ninguno de los miembros de mi hogar, diagnosticados de estar infectados con el virus COVID-19 en los últimos 30 días.

Siguiendo los pronunciamientos anteriores, declare *lo* siguiente:

Soy total y personalmente responsable de mi propia seguridad y acciones mientras y durante mi participación y reconozco que, en cualquier caso, puedo estar en riesgo de contraer COVID-19.

Con pleno conocimiento de los riesgos involucrados, libero, renuncio, descargo a la Organización, su junta directiva, funcionarios, contratistas independientes, voluntarios, afiliados, empleados, representantes, sucesores y cesionarios de todas y cada una de las responsabilidades, reclamos, demandas, acciones, y causas de acción de cualquier tipo, directa o indirectamente que surjan o estén relacionadas con cualquier pérdida, daño, lesión o muerte, que pueda sufrir por *mi* en relación con COVID-19 mientras participo en cualquier actividad dentro, dentro o alrededor de las instalaciones o al usar las instalaciones que pueden provocar una exposición involuntaria o daños debido a COVID-19.

Estoy de acuerdo en indemnizar, defender y mantener indemne a la Organización de y contra todos y cada uno de los costos, gastos, daños, demandas y / o responsabilidades o reclamos que surjan directa o indirectamente de o relacionados con cualquiera y todos los reclamos hechos por o contra cualquier de la parte liberada debido a una lesión, pérdida o muerte por o relacionada con COVID-19.

Al firmar a continuación, reconozco que he leído la exención de exención de responsabilidad anterior y entiendo su contenido; que tengo al menos dieciocho (18) años y que soy completamente competente para dar mi consentimiento; que he sido suficientemente informado de los riesgos involucrados y que doy mi consentimiento voluntario para firmarlo *como* mi propio acto libre y hecho; que doy mi consentimiento voluntario al firmar esta exención de exención de responsabilidad como mi propio acto libre y hecho con plena intención de estar obligado por el mismo, y libre de cualquier incentivo o representación.

Esta exención seguirá vigente hasta que se levanten las leyes y mandatos relevantes para COVID-19.

\_\_\_\_\_

firma

\_\_\_\_\_

Fecha

\_\_\_\_\_

fombre impresso