

FORMULARIO DE ADMISIÓN PARA CLIENTE ADULTO

Coastal Bend Wellness Foundation es un Centro de Salud Comunitario y toda la información solicitada es para propósitos estadísticos. Toda la información es estrictamente confidencial en la medida que lo permita la ley. No se revelará ninguna información de identidad sin su consentimiento. La información solicitada le permite a la CBWF evaluar la elegibilidad de cada cliente para nuestros programas; por lo tanto, le pedimos que llene este documento completamente.

Razón de la visita/¿Cuál tipo de tratamiento médico está buscando (diabetes, presión alta, etc.)?

NOMBRE LEGAL		NOMBRE DE PREFERENCIA (SI ES APLICABLE)		
DIRECCIÓN	CIUDAD/ESTADO	CÓDIGO POSTAL	CONDADO	
NO. DE TELÉFONO PRINCIPAL	CORREO ELECTRÓNICO		FECHA DE NACIMIENTO	
MÉTODO DE CONTACTO PREFERIDO				
Teléfono: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Dejar Mensaje: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Correo <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> No Contactar
ESTADO CIVIL		ORIENTACIÓN SEXUAL – Se identifica como:		
<input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Vive con Pareja Doméstica <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Otro : _____		<input type="checkbox"/> Heterosexual <input type="checkbox"/> Homosexual (Gay/Lesbiana) <input type="checkbox"/> Bisexual (Ambos) <input type="checkbox"/> Me niego a responder		
GÉNERO AL NACER	TRANSGÉNERO	SEGURO SOCIAL	ESTADO/PAIS DE ORIGEN	NO. DE LICENCIA DE MANEJO
<input type="checkbox"/> Varón <input type="checkbox"/> Mujer	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> M a F <input type="checkbox"/> F a M			
IDIOMA PREFERIDO		RAZA		
<input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro _____		<input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Negro/Afro-Americano <input type="checkbox"/> Multirracial <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Indígena Hawaiano <input type="checkbox"/> De Otra Isla del Pacífico <input type="checkbox"/> Indígena de EE.UU./Alaska <input type="checkbox"/> Desconocido/Prefiero No Indicar		
ETNICIDAD	SIN HOGAR	AGRICULTOR	VETERANO MILITAR EE.UU.	
<input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> No Hispano	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
TAMAÑO DE LA FAMILIA (# DE PERSONAS QUE VIVEN EN SU HOGAR)		INGRESOS TOTALES DE LA UNIDAD FAMILIAR		
¿Su familia es militar (incluye al cónyuge, padre o madre, o hijo de un Veterano)?				
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				

Por favor proporcione la información de su contacto de emergencia a continuación.

NOMBRE	RELACIÓN	NO. DE TELÉFONO	DIRECCIÓN
¿Sabe esta persona que usted es paciente de Coastal Bend Wellness Foundation?			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Autoriza a Coastal Bend Wellness Foundation a divulgarle toda información a esta persona?			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Cuidador Primario

(Persona responsable de proveer atención diaria para el paciente. Se deberá proporcionar documentación adecuada.)

<input type="checkbox"/> N/A, No tengo cuidador primario <input type="checkbox"/> Igual que el contacto de emergencia	NOMBRE	RELACIÓN	NO. DE TELÉFONO

Tutor Legal

(Persona nombrada por un juez para tomar decisiones de la atención médica de un paciente. Deberá proporcionarse documentación apropiada.)

<input type="checkbox"/> N/A, No tengo cuidador primario <input type="checkbox"/> Igual que el contacto de emergencia	NOMBRE	RELACIÓN	NO. DE TELÉFONO

Apoderado Para la Asistencia Médica

(Persona que nombra el paciente para tomar decisiones de atención médica en su lugar. Deberá proporcionarse documentación apropiada.)

<input type="checkbox"/> N/A, No tengo apoderado para asistencia médica <input type="checkbox"/> Igual que el contacto de emergencia	NOMBRE	RELACIÓN	NO. DE TELÉFONO

Información Médica

NOMBRE DEL PROVEEDOR DE ATENCIÓN PRIMARIA	DIRECCIÓN	NO. DE TELÉFONO
NOMBRE DE LA FARMACIA DE PREFERENCIA	DIRECCIÓN	NO. DE TELÉFONO

¿TIENE ALGUNA DECLARACIÓN DE VOLUNTAD ANTICIPADA?
 No Sí No Resucitar Poder Legal Médico Testamento Vital
SOLAMENTE PARA PACIENTES DE MATERNIDAD
 N/A Para su embarazo actual, ¿en qué mes de su embarazo recibió atención por primera vez? _____
 ¿Recibió esta atención de la CBWF? Sí No
Complete las preguntas de seguro a continuación.**¿TIENE USTED, O ALGUIEN EN SU UNIDAD FAMILIAR, MEDICAID, MEDICARE, CHIP, V.A., O ALGUNA OTRA COBERTURA DE SEGUROS?**
 Sí No Si respondió sí, ¿quién? _____
¿CUÁL TIPO DE SEGURO MÉDICO TIENE USTED?
 Ninguno/Pago Propio Militar/VA Plan Medicare Plan Medicaid Seguro Privado

No. de Plan: _____ No. de Grupo: _____

Compañía de Seguros Privada: _____

Proveedor PCP si es Póliza HMO: _____

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____

No. de Seguro Social: _____-_____-_____

SECONDARY INSURANCE (IF ANY)
 Ninguno/Pago Propio Militar/VA Plan Medicare Plan Medicaid Seguro Privado

No. de Plan: _____ No. de Grupo: _____

Compañía de Seguros Privada: _____

Proveedor PCP si es Póliza HMO: _____

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____

No. de Seguro Social: _____-_____-_____

INFORMACIÓN DEL LUGAR DE EMPLEO DEL ASEGURADO

Nombre: _____ Dirección: _____

Teléfono: (_____) _____ - _____

Publicidad**¿CÓMO SE ENTERÓ ACERCA DE NUESTROS SERVICIOS?** Amigo/Pariente Impreso Radio/TV Internet Referencia Evento Comunitario Otro medio

Al firmar este formulario, doy fe que todas las declaraciones que he hecho, incluyendo mis respuestas a todas las preguntas, son verdaderas y correctas según mi leal saber y entender. Acepto darle al personal de elegibilidad toda la información necesaria para comprobar las declaraciones sobre mi elegibilidad. Comprendo que brindar información falsa podría resultar en una descalificación o una devolución de pago. Si cambiaran mis ingresos o el número de personas en mi familia, se lo informaré al personal de elegibilidad.

Firma del Cliente o Padre/Madre/Tutor o Apoderado Legal_____
Fecha_____
Firma de la Persona Que Ayudó a Completar Este Formulario_____
Fecha



CONSENTIMIENTO Y RECONOCIMIENTO DE PACIENTE ADULTO PARA SERVICIOS

Nombre: _____

Es necesario completar este consentimiento para ofrecerle servicios al paciente. Algunas preguntas no aplicarán a su situación actual; sin embargo, para proporcionarle atención integral durante esta visita y para visitas en el futuro, le pedimos que complete este consentimiento en su totalidad. Tiene el privilegio de revocar este consentimiento, proporcionando notificación por escrito, en cualquier momento.

CONSENTIMIENTO PARA PRUEBAS Y TRATAMIENTO

Al poner mis iniciales, por la presente le concedo permiso a Coastal Bend Wellness Foundation para efectuar las pruebas, tratamientos, y procedimientos que ordene el personal médico para propósitos diagnósticos y/o terapéuticos. Como parte del proceso de pruebas y el tratamiento, podré recibir servicios de prevención, educación, y reducción de riesgo de enfermedades específicas. La ley estatal le requiere a Coastal Bend Wellness Foundation a reportar mi nombre, dirección, tratamiento y otra información al Departamento Estatal de Servicios de Salud y/o al Distrito de Salud Pública de Corpus Christi-Condado de Nueces para personas conocidas que tengan resultados positivos en pruebas para una enfermedad infecciosa. Las personas con resultados positivos de prueba podrán ser contactados por un Especialista en Intervención de Enfermedades para asegurar que hayan recibido tratamiento exitosamente y aquellos que puedan estar bajo riesgo de tener la enfermedad hayan sido notificados acerca del riesgo potencial.

_____ (Iniciales)

MEDICAMENTOS

Al poner sus iniciales, reconoce que necesita traer a cada cita todo y cualquier medicamento que esté tomando actualmente. Todo nuevo surtido de recete deberá ordenarse por teléfono de 7-14 días antes de que se acabe el medicamento. Si necesita un nuevo surtido de receta que haya proporcionado nuestro consultorio en el pasado, por favor comuníquese con su farmacia para pedir que le vuelvan a surtir la receta. Cuando se comunique con Coastal Bend Wellness Foundation, por favor permita hasta 3 días de aviso para una respuesta. Nuestro consultorio se comunicará con usted si su niño requiere seguimiento antes de que se pueda volver a surtir un medicamento.

_____ (Iniciales)

CONSENTIMIENTO DE USO DE FOTOGRAFÍAS

Al poner mis iniciales, consiento a que se me tomen fotografías médicas. Comprendo que la información se podrá usar en mi expediente médico. Si me rehúso a consentir a las fotografías, esto no afectará de ninguna manera la atención médica que recibiré. Si tengo preguntas o deseo retirar mi consentimiento en el futuro, me comunicaré con: Shereen López, Guía Hospitalaria.

_____ (Iniciales)

CONSENTIMIENTO PARA RECORDATORIOS DE CITA

Al poner mis iniciales, reconozco que Coastal Bend Wellness Foundation le enviará llamadas de voz automatizadas y mensajes de texto a los pacientes como recordatorios de cualquier cita futura. De acuerdo con los reglamentos de HIPPA, su información demográfica permanecerá completamente confidencial y no se la proporcionaremos a ninguna otra parte. Si en cualquier momento decide dejar de recibir recordatorios automatizados, tendrá la opción de retirarse.

_____ (Iniciales)

ACUSO DE RECIBO

Al poner mis iniciales, reconozco que Coastal Bend Wellness Foundation me ha proporcionado lo siguiente: su Notificación de Prácticas de Privacidad, la cual explica como se manejará mi información en varias situaciones; los Derechos y Responsabilidades del Cliente, las cuales acepto cumplir; la Política de Agravios, para presentar quejas, y la Hoja de Información Para Recetas Electrónicas.

_____ (Iniciales)

RESPONSABILIDAD FINANCIERA

Al poner mis iniciales a continuación, comprendo que si tengo seguro, soy plenamente responsable de pagar todo co-pago, según lo determine mi compañía de seguros. Comprendo que si no tengo seguro, y califico económicamente para el descuento por escala móvil de Coastal Bend Wellness Foundation, es mi responsabilidad proporcionar documentación adecuada para completar el Formulario de Elegibilidad Para La Escala Móvil, y si mis ingresos cambian, es mi responsabilidad proporcionarle información actualizada a la clínica. Comprendo que se espera que pague una tarifa única económica al momento que se brinden los servicios. Comprendo además que las tarifas pagadas a esta clínica no cubren los servicios ancilares, tales como la atención farmacéutica, de laboratorio, o de atención de especialidad bajo recomendación, y que soy responsable del pago de aquellos que proporcionen estos servicios.

_____(Iniciales)

MEDICAID / MEDICARE / THIRD PARTY INSURANCE

Al poner mis iniciales a continuación, si califico para Medicaid, Medicare y/o un seguro de terceros, siendo un cliente de Coastal Bend Wellness Foundation, autorizo a Coastal Bend Wellness Foundation para proporcionarle a Medicaid y/o Medicare y/o un seguro de terceros de toda la información médica necesaria, incluyendo mi condición de VIH, para tramitar mi reclamo.

_____ (Iniciales)

Al poner mis iniciales a continuación, por la presente le asigno a Coastal Bend Wellness Foundation todos los pagos de Medicaid, Medicare y/o cualquier otro seguro de terceros por los servicios médicos proporcionados. Comprendo que soy responsable por el costo de los servicios proporcionados, no cubiertos por mi seguro. Comprendo además que podría ser responsable por el co-pago que se pagará antes de que un proveedor de atención médica me atienda.

_____ (Iniciales)

CONSENTIMIENTO PARA LA COMUNICACIÓN CON UN INDIVIDUO DELEGADO

Al poner mis iniciales, autorizo a la Coastal Bend Wellness Foundation a comunicarse con el siguiente individuo acerca de mi atención médica, lo cual puede incluir información acerca de mi diagnóstico médico, condición de elegibilidad, y citas.

Nombre

Apellido

Relación

_____ (Iniciales)

TÉRMINOS DE CONSENTIMIENTO

Al firmar a continuación, acepto los términos y la información anterior. Estoy dando este consentimiento de mi propia libre voluntad. Exonero de responsabilidad completamente a Coastal Bend Wellness Foundation, al igual que a sus Oficiales, Directores, Miembros de Junta, empleados y agentes (o sea, voluntarios, estudiantes) de todo y cualquier daño y perjuicio, pérdidas, responsabilidades legales (conjuntas o separadas), pagos, obligaciones, penalidades, reclamos, litigios, exigencias, defensas, fallos, demandas, procesos, costos, desembolsos o gastos (incluyendo, sin limitación, tarifas, desembolsos y gastos de abogados, y de otros consejeros profesionales y de testigos periciales y costos de investigación y preparación) de cualquier tipo o índole alguna que resulten de, que se relacionen con, o que surjan de mi recibo de servicios.

He tenido la oportunidad de hacer preguntas, y de que se me respondan, en un idioma que yo entienda. Acepto además hacer preguntas y que se me respondan en el idioma que yo entienda. Aceptó además cumplir los términos de este consentimiento. Comprendo que este documento permanece vigente hasta que revoque mi consentimiento por escrito. Comprendo además que tengo la libertad de revocar mi consentimiento en todo momento.

Nombre del Cliente en Letra de Imprenta

Fecha

Firma del Cliente o Padre/Madre/Tutor o Apoderado Legal

Fecha

Firma de Testigo

Fecha

FORMULARIO DE HISTORIAL MÉDICO PARA ADULTOS A COMPLETARSE POR EL PACIENTE

Nombre: _____ **Fecha de Hoy:** _____ **Fecha de Nacimiento:** _____ **Edad:** _____

**Por favor marque N/A para cualquier pregunta que no se aplique a usted. **

MEDICAMENTOS ACTUALES (Incluya drogas recetadas y no recetadas, píldoras anticonceptivas, yerbas, suplementos)

ALERGIAS Y REACCIONES (Medicamentos y alimentos)

¿Está bajo la atención de un médico en la actualidad? (Indique el nombre y tipo de doctor)

ATENCIÓN PREVENTIVA (Escriba la fecha de su más reciente)

_____ Vacuna antitetánica de refuerzo	_____ Vacuna contra la influenza	_____ Examen de la vista
_____ Vacuna contra la Hepatitis A	_____ Prueba cutánea de TB	_____ Examen dental
_____ Vacuna contra la Hepatitis B	_____ Prueba VIH	
_____ Vacuna contra la neumonía	_____ Prueba de sífilis RPR	

HISTORIAL FAMILIAR (Incluye Madre [M], Padre [F], Hermano [HO], Hermana [HA], Abuela [AA], Abuelo [AO])

_____ Cáncer	_____ Ataque del corazón	_____ Osteoporosis
_____ Diabetes (insulina/ control con dieta)	_____ Presión arterial elevada	_____ Enfermedad mental
_____ Problema genético/defecto congénito	_____ Colesterol elevado	_____ Otro: _____

HISTORIAL MÉDICO PERSONAL (Marque todo lo que aplique)

___ Dolor de pecho	___ Vista doble
___ Dificultad para respirar	___ Alergias/irritación de la piel
___ Dolores de cabeza frecuentes o severos	___ Trastorno convulsivo
___ Adormecimiento de los brazos o las piernas	___ Hinchazón de las piernas/tobillos
___ Piernas enrojecidas	___ Aumento de sed
___ Dolor en las piernas	___ Aumento de orina
___ Problemas estomacales	___ Llagas que no sanan
___ Problemas intestinales	___ Cáncer - Tipo: _____
___ Enfermedad de los riñones	___ Defectos congénitos
___ Enfermedad de la vejiga	___ Dolor o infección abdominal
___ Rasgo de enfermedad de célula falciforme	___ Dolor o infección de la pelvis
___ Transfusiones de sangre	___ Sangrado vaginal fuera de lo normal
___ Anemia	___ Flujo vaginal fuera de lo normal
___ Colesterol elevado	___ Fibroma o tumor uterino
___ Presión arterial elevada	___ Secreción/protuberancia del seno
___ Derrame	___ Secreción del pene
___ Soplo/problema cardíaco	___ Hepatitis - Tipo: _____
___ Vista borrosa	___ Problemas del hígado

HISTORIAL MÉDICO PERSONAL CONT.

___ VIH

___Gonorrea

___Herpes

___ Clamidia

___ Sífilis

___ Verrugas

¿Cree que está embarazada actualmente? ___ Sí ___ No

No. de embarazos: ___ No. de partos vivos: ___

Fecha del último ciclo menstrual: ___ N/A – Menopáusica

Historial quirúrgico (haga una lista):

Problemas emocionales/depresión (haga una lista):

He contestado todas las preguntas sobre mi historial médico y mi condición física actual plena y verazmente. Le he dicho a los doctores o a otro miembro del personal designado del centro de salud acerca de cualquier condición que pudiera tener, la cual pueda afectar atención médica general. Es mi responsabilidad informarle a mi proveedor si acaso cambiara esta información en el futuro. Al firmar abajo, confirmo que he revisado y contestado el documento entero de cuatro páginas. Cualquier espacio que haya dejado en blanco no se aplica a mí.

Firma del Paciente

Fecha

Firma del Proveedor de Revisión***

Fecha

***Al firmar arriba, confirmo que he revisado el documento entero de dos páginas y he obtenido aclaración del paciente según fuera necesario. Cualquier espacio en blanco en este historial se debe marcar por el paciente y el proveedor de revisión deberá poner sus iniciales para identificar que no se aplica al paciente. ***



CONSENTIMIENTO Y RECONOCIMIENTO PARA OBTENER HISTORIAL PARA RECETAS ELECTRÓNICAS

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

ACUSO DE RECIBO DE HOJA DE INFORMACION PARA RECETAS ELECTRÓNICAS

Al poner mis iniciales, reconozco que Coastal Bend Wellness Foundation me ha proporcionado su Hoja de Información para Recetas Electrónicas, la cual explica el propósito y los detalles de cómo se manejarán electrónicamente mis recetas médicas y mi historial de nuevos surtidos de recetas.

_____ (Iniciales)

TÉRMINOS DE CONSENTIMIENTO

Comprendo que proporcionar a Coastal Bend Wellness Foundation el historial de mis recetas actuales y anteriores ayudará a la agencia a confirmar la seguridad de mis recetas y reducirá las interacciones peligrosas con cualquier otro medicamento que esté tomando.

Por la presente le concedo a Coastal Bend Wellness Foundation permiso para obtener este historial de medicamentos electrónicamente de otras organizaciones de atención de salud, incluyendo, pero no limitándose a, las farmacias.

Deniego la opción de proporcionar a Coastal Bend Wellness Foundation un historial de mis recetas actuales y anteriores.

Al firmar abajo, acepto que estoy completando este consentimiento de mi propia libre voluntad para consentir, según consta en mis iniciales anteriores. Exonero completamente a Coastal Bend Wellness Foundation, sus empleados, miembros de la Junta Directiva, y agentes (o sea: voluntarios, estudiantes) de cualquier y todo daño y perjuicio, pérdida, responsabilidad legal (conjunta o única), pagos, reclamos, litigios, demandas, procesos, de cualquier tipo o índole, que resulten de mi recibo de este servicio.

Comprendo que este consentimiento permanecerá activo hasta que retire mi consentimiento por escrito en cualquier momento.

Nombre del Cliente En Letra de Imprenta

Iniciales

Firma del Cliente/Padre o Madre/Tutor o Apoderado Legal

Fecha

Firma del Testigo

Fecha



CONSENTIMIENTO DE REVISIÓN DE EXPEDIENTES PARA LA INVESTIGACIÓN

Coastal Bend Wellness Foundation participa en estudios de investigación, los cuales involucran tratamientos comprobados o experimentales. El personal de Coastal Bend Wellness Foundation desea revisar sus expedientes para determinar si califica para participar en estudios actuales o futuros.

Al firmar este formulario, únicamente está indicando que está dispuesto a compartir la información ubicada en su expediente de paciente con el personal de investigación de Coastal Bend Wellness Foundation. El único propósito de esta información es para determinar si califica para un estudio de investigación. **No está aceptando estar en un estudio de investigación al firmar este formulario.**

Este consentimiento puede revocarse en cualquier momento, excepto al grado que ya se haya tomado acción basándose en el mismo.

Nombre del Cliente en Letra de Imprenta

Iniciales

Firma del Cliente o Padre o Madre / Tutor o Apoderado

Fecha

Firma de Testigo

Fecha

DERECHOS DEL PACIENTE

- Recibir atención médica y servicios de salud del comportamiento de calidad, sin importar su edad, sexo, religión, nacionalidad de origen, preferencia sexual, discapacidad, condición de salud, o capacidad de pago.
- Ser tratado con respeto por el Centro de Salud de Coastal Bend Wellness Foundation.
- A la información que se contenga en su expediente médico. Tiene además el derecho de participar en las decisiones con respecto a su atención de salud.
- A la privacidad personal. Toda plática, consulta, examen y/o tratamiento con respecto a su atención se hará discretamente.
- A la confidencialidad de su expediente médico y otra información relacionada a su condición médica.
- A ser atendido en un ambiente seguro y limpio.
- A que se cumplan sus necesidades especiales, tales como un intérprete para ayudarle con la comunicación.
- De nombrar a una persona que tome decisiones de salud a su favor en el caso de que pierda usted la capacidad para hacerlo.
- De hacer declaraciones de voluntad anticipadas con respecto a su atención médica y que se honren.
- De presentar una queja acerca de su atención sin temor a penalidades, a que se revise su queja y a que, cuando sea posible, se resuelva.

Sus responsabilidades como Paciente son:

- Proporcionar, según su leal saber y entender, información completa acerca de sus síntomas, enfermedades anteriores, medicamentos y otros asuntos relacionados a su plan de atención.
- Fijar y guardar las citas con el médico/dentista, o llamar para cancelar su cita si no puede acudir a la misma.
- Notificarle a la Red cualquier cambio de dirección, miembros de la familia, o cobertura de seguros (proporcione una copia actual de su tarjeta de seguros).
- Hacer preguntas cuando no entienda las explicaciones sobre su atención y servicios.
- Ser responsable de sus acciones si rehúsa tratamiento o si no sigue las instrucciones de su médico/dentista.
- Seguir las políticas de la organización.
- Ser cortés y considerado con el personal de Coastal Bend Wellness Foundation y con otros pacientes.

Firma del Paciente

Fecha

Firma del Personal de la Clínica

Fecha

DEPARTAMENTO ESTATAL DE SERVICIOS DE SALUD DE TEXAS
REGISTRO DE INMUNIZACIÓN (ImmTrac)
 (RECIÉN NACIDO) FORMULARIO DE REGISTRO



(Favor de escribir claramente con letra de molde)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Apellido del Niño(a)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Nombre del Niño(a)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Segundo Nombre del Niño(a)

		/			/						
--	--	---	--	--	---	--	--	--	--	--	--

Fecha de Nacimiento del Niño(a)

*Solo recién nacidos.

Género: Masculino Femenino

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Nombre de la Madre

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Apellido de Soltera de la Madre

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Dirección de la Madre, Calle

--	--	--	--	--	--	--	--

Apartamento #

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Teléfono

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Ciudad

--	--	--	--

Estado

--	--	--	--	--	--

Código Postal

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Municipio

El registro de inmunización (ImmTrac) de Texas, es un servicio gratis que proporciona el Departamento Estatal de Servicios de Salud (DSHS). El registro de inmunización es un servicio seguro y confidencial que consolida y guarda el récord de inmunizaciones de su niño(a) (menor de 18 años de edad). Con su consentimiento, la información de la inmunización de su niño(a) será incluida en ImmTrac. Los doctores, departamentos de salud pública, escuelas y otros profesionales autorizados pueden tener acceso al historial de inmunización de su niño(a) para asegurar que las vacunas importantes no le falten.

El Departamento Estatal de Servicios de Salud le anima a participar voluntariamente en el registro de inmunización de Texas.

Consentimiento Para Registrar al Menor y Dar a Conocer los Documentos de Inmunización a las Entidades Autorizadas

Entiendo que, con mi consentimiento a continuación, autorizó que se dé a conocer la información de inmunización del menor al DSHS, y además entiendo que el DSHS incluirá esta información en el registro central de inmunización del estado ("ImmTrac"). Una vez que la información del menor esté en ImmTrac, por ley la puede acceder:

- el distrito de salud pública o el departamento de salud local, para propósitos de salud pública dentro de sus áreas de jurisdicción;
- el médico, o algún otro médico o proveedor de atención de salud legalmente autorizado para administrar vacunas, en el tratamiento del menor como paciente;
- la agencia estatal que tenga la custodia legal del menor;
- la escuela o la guardería de Texas en que el menor esté inscrito;
- el pagador, actualmente autorizado por el Departamento del Seguro de Texas para operar en Texas, con respecto a la cobertura del menor.

Entiendo que puedo retirar este consentimiento para incluir información sobre el menor en el Registro de ImmTrac y mi consentimiento para dar a conocer la información del registro en cualquier momento mediante comunicación escrita a Texas Department of State Health Services, ImmTrac Group – MC 1946, P.O. Box 149347, Austin, Texas 78714-9347.

Favor de marcar la caja indicando la selección de su preferencia.

- YO **AUTORIZO** el consentimiento para registrarlo. Deseo **INCLUIR** la información de mi niño(a) en el registro de inmunización de Texas.
- YO **NIEGO** el consentimiento para registrarlo. Deseo **EXCLUIR** la información de mi niño(a) del registro de inmunización de Texas.

Alguno de los padres, tutor legal o administrador de bienes:

_____ **Escriba con letra de molde**

_____ **Fecha**

_____ **Firma**

Notificación Sobre Privacidad: Tan solo por unas cuantas excepciones, usted tiene el derecho de solicitar y de ser informado sobre la información que el Estado de Texas reúne sobre usted. A usted se le debe conceder el derecho de recibir y revisar la información al requerirla. Usted también tiene el derecho de pedir que la agencia estatal corrija cualquier información que se ha determinado sea incorrecta. Diríjase a <http://www.dshs.state.tx.us> para más información sobre la Notificación sobre privacidad. (Referencia: *Government Code*, sección 552.021, 552.023, 559.003 y 559.004)

¿Tiene preguntas? (800) 252-9152 • (512) 458-7284 • www.ImmTrac.com

ImmTrac NB-2S Stock No. F11-11936

Texas Department of State Health Services • ImmTrac Group – MC 1946 • P.O. Box 149347 • Austin, TX 78714-9347

Revised 07/22/08



REGISTROS DE NACIMIENTO – Por favor ingrese la información del cliente recién nacido en el Texas Electronic Registrar y **afirme** que se ha concedido el consentimiento. **NO lo mande por fax a DSHS. Guarde este formulario con el acta de nacimiento del cliente.**



ARTICULOS REQUERIDOS PARA CALIFICAR PARA UN DESCUENTO

Para solicitar un descuento en su tarifa de servicios, por favor proporcione lo siguiente:

Identificación con fotografía

Uno de los siguientes:

- Licencia de conducir expedida por el Estado
- Documento del USCIS
- Identificación extranjera
- Pasaporte

Comprobante de sus ingresos familiares

Uno de los siguientes:

- Talones de cheque salarial para el mes actual (los últimos cuatro talones de cheque salarial; los dos últimos talones de cheque salarial quincenales)
- Declaración de impuestos actual (Todos los formularios)
- Carta de beneficio de desempleo (Detalle de Sueldo de Worksource (si está desempleado)
- Carta de beneficio de jubilación o de Seguro Social
- Carta de pago de manutención de menores
- Declaración Propia de No Devengar Ingresos/Declaración de Manutención

Comprobante de ser el padre, la madre o el tutor legal de todos los menores en su unidad familiar (Tamaño de la Familia)

Uno de los siguientes:

- Acta de nacimiento para cada niño
- Documentos de tutoría legal
- Tarjetas de Seguro Social
- Documentos de adopción/Cualquier documento judicial aplicable

Comprobante de estado civil

Uno de los siguientes:

- Copia del acta de matrimonio
- Copia de declaración de impuestos conjunta

Centro de Salud Coastal Bend Wellness Foundation

Tabla de Escala Móvil Para Visitas Médicas

INGRESO BRUTO FAMILIAR: # EN LA FAMILIA	INGRESOS:	<100% FPL	101-150%		151-200%		>200%
1	MES	990.00	990.01	1,485.00	1,485.01	1,980.00	1,980.01
	AÑO	11,880.00	11,880.01	17,820.00	17,820.01	23,760.00	23,760.01
2	MES	1,335.00	1,335.01	2,002.50	2,002.51	2,670.00	2,670.01
	AÑO	16,020.00	16,020.01	24,030.00	24,030.01	32,040.00	32,040.01
3	MES	1,680.00	1,680.01	2,520.00	2,520.01	3,360.00	3,360.01
	AÑO	20,160.00	20,160.01	30,240.00	30,240.01	40,320.00	40,320.01
4	MES	2,025.00	2,025.01	3,037.50	3,037.51	4,050.00	4,050.01
	AÑO	24,300.00	24,300.01	36,450.00	36,450.01	48,600.00	48,600.01
5	MES	2,370.00	2,370.01	3,555.00	3,555.01	4,740.00	4,740.01
	AÑO	28,440.00	28,440.01	42,660.00	42,660.01	56,880.00	56,880.01
6	MES	2,715.00	2,715.01	4,072.50	4,072.51	5,430.00	5,430.01
	AÑO	32,580.00	32,580.01	48,870.00	48,870.01	65,160.00	65,160.01
7	MES	3,060.83	3,060.84	4,591.25	4,591.26	6,121.67	6,121.68
	AÑO	36,730.00	36,730.01	55,095.00	55,095.01	73,460.00	73,460.01
8	MES	3,407.50	3,407.51	5,111.25	5,111.26	6,815.00	6,815.01
	AÑO	40,890.00	40,890.01	61,335.00	61,335.01	81,780.00	81,780.01
CUOTAS NOMINALES							
Visita Médica Inicial		\$25	\$40.00	\$50.00	\$200.00		
Visita Médica de Seguimiento		\$20	\$35.00	\$45.00	\$134.00		
DESCUENTO de Co-Pagos de Asegurados		100.00%	75.00%	50.00%	0.00%		

Para unidades familiares con más de 8 miembros, agregue \$346 mensuales o \$4160 anuales para cada miembro adicional.

Se le cobra una cuota nominal a todo paciente.

Los pacientes asegurados pagan la cantidad menor entre la cuota nominal y la cuota descontada, si los ingresos son menores de 200% del FPL.

***Basado en el Nivel Federal de Pobreza [FPL] del 2016 (<https://aspe.hhs.gov/poverty-guidelines>)



FORMULARIO DE ELEGIBILIDAD DE DESCUENTO PARA PACIENTES

Este formulario determinará su elegibilidad para recibir un descuento para la atención médica. Debe proporcionar los documentos requeridos para asegurar la exactitud del proceso y para calificar. No se le ofrecen descuentos a aquellos pacientes que ganen más del 200% del Nivel de Pobreza Federal.

Nombre del Paciente:				
Seguro: <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Seguro Privado <input type="checkbox"/> No Asegurado <i>Si el paciente tiene Medicaid o está asegurado al 100%, no son responsables de ningún co-pago.</i>				
Determinar la Cantidad Justa para las Cuotas del Paciente:				
Tamaño de la Familia	Ingresos Anuales	Dividir Por	% del Nivel de Pobreza Federal (FPL)	
1		118.8		
2		160.2		
3		201.6		
4		243.0		
5		284.4		
6		325.8		
7		367.3		
FPL	<100%	101-150%	151-200%	Más del 200%
Cuota de Visita Inicial	\$25	\$40	\$50	\$200
Cuota de Visita de Seguimiento	\$20	\$35	\$45	\$134
Descuento para pacientes asegurados. Los pacientes pagan la cantidad menor entre la cuota nominal y la cuota descontada.	100%	75%	50%	0%
Cantidad adeudada de copago/cuota de escala móvil para su visita médica:				
\$ _____ <i>Su porción de pago se basa sobre su nivel de pobreza federal.</i>				

Firma del Paciente: _____ Fecha: _____