

FORMULARIO DE ADMISIÓN PARA CLIENTE PEDIATRICO

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?

--

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

NOMBRE LEGAL		NOMBRE DE PREFERENCIA (SI ES APLICABLE)	
DIRECCIÓN	CIUDAD/ESTADO	CÓDIGO POSTAL	CONDADO
NO. DE TEL. PRINCIPAL	NO. DE TELÉFONO ADICIONAL	FECHA DE NACIMIENTO	GÉNERO
			<input type="checkbox"/> Varón <input type="checkbox"/> Mujer
NO. DE SEGURO SOCIAL	ESTADO DE NACIMIENTO	IDIOMA PREFERIDO	
		<input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro: _____	
¿ESTÁ UD. SIN HOGAR?	ETNICIDAD	RAZA	
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No Hispano <input type="checkbox"/> Hispano	<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	

INFORMACIÓN DEL PADRE O MADRE/TUTOR LEGAL

NOMBRE		POR FAVOR MARQUE UNO	
		<input type="checkbox"/> Padre o Madre <input type="checkbox"/> Tutor Legal	
DIRECCION (SI DIFIERE DE LA DEL NIÑO)			
NO. DE TEL. PRINCIPAL	NO. DE TELÉFONO ADICIONAL	CORREO ELECTRÓNICO	
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"/> No Contactar <input type="checkbox"/>	
FECHA DE NACIMIENTO	GÉNERO	RELACIÓN CON EL PACIENTE	NO. DE SEGURO SOCIAL
	<input type="checkbox"/> Varón <input type="checkbox"/> Mujer		
TAMAÑO DE LA FAMILIA (# DE PERSONAS QUE VIVEN EN SU HOGAR)		INGRESOS TOTALES DE LA UNIDAD FAMILIAR	

CUIDADOR PRIMARIO (Persona responsable de proveer atención diaria para el paciente)

<input type="checkbox"/> Padre o madre/tutor legal	NOMBRE	RELACIÓN	NO. DE TELÉFONO

APODERADO PARA LA ASISTENCIA MEDICA (Persona nombrada para tomar decisiones de salud en lugar de un padre de familia/tutor legal.)

<input type="checkbox"/> Padre o madre/tutor legal	NOMBRE	RELACIÓN	NO. DE TELÉFONO

CONTACTO DE EMERGENCIA QUE NO VIVA CON EL NIÑO

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

INFORMACION MÉDICA

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

SEGURO

¿TIENE USTED, O ALGUIEN EN SU UNIDAD FAMILIAR, MEDICAID, MEDICARE, CHIP, V.A., O ALGUNA OTRA COBERTURA DE SEGUROS?
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si respondió sí, ¿quién? _____
¿CUÁL TIPO DE SEGURO MÉDICO TIENE USTED?
<input type="checkbox"/> Ninguno/Pago Propio <input type="checkbox"/> Militar/VA <input type="checkbox"/> Plan Medicare <input type="checkbox"/> Plan Medicaid <input type="checkbox"/> 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: ____ - ____ - _____
SEGURO SECUNDARIO (si lo hay)
<input type="checkbox"/> Ninguno/ Pago Propio <input type="checkbox"/> Militar/VA <input type="checkbox"/> Plan Medicare <input type="checkbox"/> Plan Medicaid <input type="checkbox"/> 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



Cuestionario de Historial Inicial Para Clientes Pediátricos

Fecha: ___/___/_____

NOMBRE: _____

Datos del Paciente

INFORMACION SOBRE LA UNIDAD FAMILIAR:

Por favor indique quiénes viven en el hogar del niño:

NOMBRE	Relación al Niño	Fecha de Nacimiento	Problemas de Salud

*Si hay otros miembros de la familia que vivan en el hogar del menor, por favor indíquelos en una hoja de papel separada.

Si la madre y el padre no viven juntos, o si el menor no vive con los padres, ¿cuál es la condición de custodia del niño?

Madre
 Custodial
 Padre
 Custodial
 Tutor
 Custodial
 Custodia Compartida
 Custodia Única

Si uno o ambos padres no viven en el hogar, ¿con qué frecuencia ve el niño al padre o madre/a sus padres que no están en el hogar?

HISTORIAL DE NACIMIENTO:

Peso al Nacer: _____ Parto Vaginal Parto por Cesárea

Si fue por cesárea, ¿por qué motivo?

¿Nació el bebé a término? Temprano Tarde Si fue temprano, ¿con cuántas semanas de gestación? _____

¿Tuvo algún problema su bebé justo después de nacer? Sí No

Si respondió sí, por favor explique:

Durante el embarazo, la madre: Fumó: Sí No ¿Bebió alcohol: Sí No

Usó drogas o medicamentos: Sí No

Si respondió sí, ¿qué?: _____ ¿Cuándo?: _____

La lactancia inicial fue: Pecho Biberón

¿Su bebé se fue a casa del hospital junto con la madre? Sí No Explique: _____

SALUD GENERAL

General	Sí	No	Comentarios
¿Su niño tiene o ha tenido alguna enfermedad o condición médica grave?			
¿Ha tenido su niño algún accidente de gravedad?			
¿Su niño ha tenido alguna cirugía?			
¿Alguna vez ha sido hospitalizado su niño?			
¿Es su niño alérgico a alguna droga o medicamento?			

SALUD DEL DESARROLLO

Desarrollo	Sí	No	Comentarios
¿Su niño tiene o ha tenido complicaciones físicas de desarrollo?			
¿Su niño tiene o ha tenido complicaciones mentales o emocionales de desarrollo?			
¿Su niño tiene o ha tenido complicaciones con su capacidad de atención?			
Si su niño está en la escuela:			
¿Su niño tiene o ha tenido complicaciones del comportamiento en la escuela?			
¿Ha fracasado su niño o repetido un grado en la escuela?			
¿Su niño tiene o ha tenido complicaciones académicas en la escuela?			
¿Participa su niño en la educación adaptativa?			

SALUD FÍSICA

Ojos:	Sí	No	Comentarios
¿Se ven bizcos los ojos?			
¿El niño usa anteojos? Si respondió sí, por favor note a qué edad comenzó a usar anteojos el niño en la sección de "Comentarios."			

Oídos (en los últimos 12 meses):	Sí	No	Comentarios
¿Algún problema de la audición?			
¿Tres o más infecciones de los oídos?			

Nariz (en los últimos 12 meses):	Sí	No	Comentarios
¿El niño tiene episodios frecuentes de estornudos, o de frotarse la nariz?			
¿Ha tenido el niño sangrado frecuente de la nariz?			
¿Su niño tiene problemas para respirar por la noche porque ronca?			

Garganta:	Sí	No	Comentarios
¿Su niño tiene tres o más infecciones de estreptococo en la garganta por año?			

Corazón:	Sí	No	Comentarios
¿Un soplo cardíaco?			
¿Presión arterial elevada?			
¿Defecto del corazón?			

Pulmones:	Sí	No	Comentarios
¿Bronquitis o neumonía?			
¿Asma/resuello?			
¿Tos crónica?			

Abdomen:	Sí	No	Comentarios
¿Estreñimiento?			
¿Sangre en los intestinos/las heces?			
¿Dolor abdominal frecuente?			
¿Vómito o diarrea frecuente?			
¿Dificultad al comer/masticar/tragar? Si respondió Sí, por favor explique en la sección de "Comentarios."			

Riñón:	Sí	No	Comentarios
¿Ha tenido su niño alguna vez una infección de las vías urinarias?			
¿Su niño va al baño solo?			
¿Alguna vez moja la cama su niño?			

Piel:	Sí	No	Comentarios
¿Alguna sensibilidad o alergia?			
¿Eccema o dermatitis atópica?			
¿Diagnostico de una condición de la piel?			

Neurológico:	Sí	No	Comentarios
¿Dolores de cabeza frecuentes?			
¿Convulsiones o ataques convulsivos?			
¿Mareos?			
¿Desmayos?			

Extremidades:	Sí	No	Comentarios
¿Debilidad o parálisis de los brazos o las piernas?			
¿Cojera persistente?			
¿Alguna vez ha usado zapatos o aparatos ortopédicos?			

Su niño recibe algún tipo de terapia:	Sí	No	Comentarios
Ocupacional			
Del Habla			
Física			
Del Comportamiento			

Preocupaciones:	Sí	No	Comentarios
¿Existe alguna preocupación por abuso físico, sexual o emocional?			

¿Ha sido ingresado su niño al hospital por algún motivo?
 Por favor explique: _____

¿Ha visto su niño a algún especialista? Por favor explique a continuación:

Especialista	Hospital
_____	_____
_____	_____

¿Le han hecho a su niño estudios de imágenes alguna vez?
 Rayos X _____ Ultrasonido _____

IRM _____ Tomografía Computarizada _____

Otros _____

¿Desea platicar acerca de alguna otra preocupación? _____

Historial Familiar: _____



Consentimiento y Reconocimiento Para Servicios Para Paciente Pediátrico

Nombre del Cliente: _____

CONSENTIMIENTO PARA PRUEBAS Y TRATAMIENTO

Autorizo y consiento voluntariamente a la atención médica, tratamiento y pruebas diagnosticas que Coastal Bend Wellness Foundation crea que sean necesarias para este paciente. Comprendo que, al firmar este formulario, le doy permiso a los doctores, enfermeras, asociados médicos, y otros proveedores de atención médica en este consultorio, a proporcionarle tratamiento a este niño mientras este niño sea paciente en este consultorio, o hasta que yo retire mi consentimiento.

Reconozco que la ley estatal le requiere a Coastal Bend Wellness Foundation reportar información sobre aquellos pacientes que hayan sido diagnosticados con una enfermedad infecciosa. Esto es para asegurar que el paciente y aquellos alrededor del paciente, hayan recibido el tratamiento apropiado para estas enfermedades . Este informe se le entrega al Departamento Estatal de Servicios de Salud y/o al Distrito de Salud Pública de Corpus Christi-Condado de Nueces. El padre/madre/tutor podrá ser contactado por empleados del Departamento de Salud y Servicios Humanos para mayores preguntas relacionadas al tratamiento de dicha enfermedad. Si tiene preguntas al respecto, por favor pida hablar con un miembro de nuestro personal médico antes de firmar este formulario y someterse a pruebas. ____ (Iniciales)

MEDICAMENTOS

Al poner sus iniciales, reconoce que necesita traer a cada cita todo y cualquier medicamento que esté tomando el paciente actualmente. Todo nuevo surtido de recete deberá ordenarse por teléfono de 7-14 días antes de que se acabe el medicamento. Si su niño 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 CBWF, 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 le tomen fotografías médicas a mi niño. Comprendo que la información se podrá usar en su expediente médico. Si me rehúso a consentir a las fotografías, esto no afectará de ninguna manera la atención médica que recibirá mi niño. Si tengo preguntas o deseo retirar mi consentimiento en el futuro, me comunicaré con: Shereen López, Guía Hospitalaria.

____ (Iniciales)

RECORDATORIOS AUTOMATIZADOS

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 / SEGUROS DE TERCEROS

Al poner mis iniciales a continuación, comprendo que si este niño califica 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 con el diagnóstico de mi niño, incluyendo pero no limitándose a su condición de VIH para tramitar su reclamo.

____ (Iniciales)

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 el seguro de mi niño. Comprendo además que podría ser responsable por el co-pago que se pagará antes de que un proveedor de atención médica atienda a mi niño.

____ (Iniciales)

DELEGACIÓN DE CONSENTIMIENTO

Por la presente autorizo (cuando no esté disponible para dar consentimiento) al (a los) siguiente(s) individuo(s), _____ cuya relación con el niño es de _____, a que consienta a todo y cada cuidado y atención para este niño que se juzgue necesaria y apropiada por un proveedor de atención médica con licencia en el estado de Texas. Este consentimiento incluye, pero no se limita a, la intervención médica y quirúrgica, y la atención electiva al igual que la de emergencia. Esta delegación será válida hasta que yo retire la delegación de consentimiento.

____ (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



Consentimiento y Reconocimiento Para Obtener Historial Para Recetas Electrónicas

Nombre del Cliente: _____ 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 proporcionarle 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 proporcionarle 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

(Favor de escribir claramente con letra de molde)

For Clinic/Office Use

Apellido del Niño(a)

Segundo Nombre del Niño(a)

 / /

*Solo recién nacidos.

Género:

Masculino

Femenino

Fecha de Nacimiento del Niño(a)

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, autorizo 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 StockNo.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.

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 la 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 la Coastal Bend Wellness Foundation y con otros pacientes.

Firma del Paciente

Fecha

Firma del Personal de la Clínica

Fecha

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>)**



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: Medicare Medicaid Seguro Privado No Asegurado
Si el paciente tiene Medicaid o está asegurado al 100%, no son responsables de ningún co-pago.

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:
 \$ _____ *Su porción de pago se basa sobre su nivel de pobreza federal.*

Firma del Paciente: _____ Fecha: _____