

2882 Holly Rd., Corpus Christi, Texas 78415

www.cbwellness.org

Teléfono: (361) 814-2001 Fax: (877) 928-8238

#### EXPECTATIVAS DEL PACIENTE

- **LLAME PARA CANCELAR O REPROGAMAR CITAS:** Si no puede asistir a su cita programada, por favor llame al: (361) 814-2001 lo más pronto posible para CANCELAR o reprogramar su cita. Al no cancelar se desperdicia una cita que puede ser utilizada por otro paciente.
- **Póliza DE CANCELACIÓN POR NO CANCELAR SU CITA:** Nuestra póliza es que después de la 3<sup>ra</sup> vez que un paciente no llame para cancelar su cita, ya no se le permitirá hacer citas. Pueden venir sin cita previa y esperar a ser atendidos si el horario lo permite.
- **LLAMADA RECORDATORIA:** CBWF llama a pacientes para recordarles y confirmarles el día y la hora de la cita del paciente. Favor de asegurarse que tenemos el número de teléfono correcto en nuestros archivos y déjenos saber si **no** desea que dejemos mensajes en su contestador automático.
- **MEDICAMENTOS:** Por favor traiga sus medicamentos a cada visita e informe a la enfermera de algún relleno/renovación que necesite. Por favor note que nuestros Proveedores Médicos creen que hay múltiples maneras de tratar el Dolor y/o Ansiedad, por consiguiente, es la política de este Centro Médico no recetar narcóticos o sustancias controladas.

#### PAGO:

- ➤ Se espera el pago en cada visita. CBWF se esfuerza en proveer atención de calidad a un precio accesible y depende de su esfuerzo de buena fe para pagar los servicios que reciba. Si no puede pagar nuestra cuota, puede solicitar un Pago Proporcional a los Ingresos. Se puede organizar un plan de pago si es necesario.
- ➤ Se ofrecen servicios con descuento para el laboratorio en CPL y radiografías con Radiology Associates a pacientes calificados.
- **INFORMACIÓN DE CONTACTO:** Por favor informe al personal de recepción sobre algún cambio a su número de teléfono, dirección o seguro para poder procesar su pago y organizar referencias al especialista de manera rápida y correcta.

#### OTROS SERVICIOS DISPONIBLES

- ❖ Asesor Certificado de Aplicaciones (CAC): Solicite ver al CAC en nuestra oficina si necesita ayuda eligiendo un plan de seguro disponible a través del ACA Market Place, solicitando Medicare/Medicaid o para calificar para nuestro pago proporcional a los ingresos.
- ❖ Ayuda para Medicamentos: La ayuda para medicamento está disponible a pacientes elegibles. Nuestro personal administrativo le ayudará a obtener medicamentos gratis o de bajo costo cuando sea posible.
- Servicios de Salud Mental: Nuestro departamento de salud conductual ofrece consejería, servicios psiquiátricos y terápia para el abuso de sustancias.

X	
FIRMA DEL PACIENTE	FECHA
NOMBRE DEL PACIENTE (Letra de molde)	Número de Cuenta #

# COASTAL BEND MEDICAL AND WELLNESS FORMULARIO DE REGISTRO

Fecha:					Razón de la	visita:		
INFORMACIÓN DEL PACIENTE								
Apellido del paciente:	Non	ibre:	Ini	cial del s	egundo nombre	:	Número de seguro social:	
Dirección:		Apartamen	nto:	Ciudad	l, Estado:		Código Postal:	
Fecha de Nacimiento:	Géner	o al Nacer:	Núm	ero de T	eléfono del	Número de	e celular:	
/ /	Hombr	re 🗆 🗆 Mujo				( )	-	
Dirección de Correo Electrónic			(	) -	Nombre Pref	Comi do s		
Estado Civil:	0:	Empleo:			Empleador:	erido:	Número de teléfono del	
☐ Soltero ☐ Casado ☐ Dive	orciado	☐ Desemp	oleado		Zimpicudor.		empleador:	
☐ Viudo ☐ Unión libre		☐ Medio t					( ) -	
		☐ Tiempo	completo					
Raza:   Blanco	☐ Negro	/Afroameric	ano		Asiático	Etni		
☐ Multirracial		del pacífico			Hawaiano		Iispana/Latino Io Hispana/Latino	
		-			ia waiano		Otro	
☐ Nativo estadounide			,			Lenc	guaje Preferido:	
Orientación Sexual:		ntidad de Gé	enero:					
<ul><li>☐ Heterosexual</li><li>☐ Homosexual (Lesbiana o Gay)</li></ul>		ombre				□Es	pañol	
☐ Bisexual		ombre transg	énero/ Mi	ıier → Ho	ombre	Ot	ro	
□ Otro								
	□ Otro □ Mujer transgénero/ Hombre → Mujer							
Por favor marque todos los que	correspo	ndan:				<u>'</u>		
☐ Agricultor migrante ☐	Sin techo			□ Vet	erano			
☐ Agricultor estacional ☐	Viviendo	en vivienda į	pública	□ Estı	ıdiante			
Escuela:								
Tipo de Servicio: Atencio		Psiqui	atría		¿Necesita un	plan de pag	o proporcional a los ingresos?	
(Por favor marque todos los que correspondan.)  Médica					1		encia de ingresos del hogar	
que correspondan.) Consej	ería	_	os del	del requeridos)				
Escriba cualquier otro miembro o	le la famil	seno ia visto aquí:	:					
INFORMACIÓN SOBRE LA	COBER	TURA DEI	SEGUR	O (Por fa	vor presente su	Tarieta de S	Leguro a la Oficina Principal)	
INFORMACIÓN SOBRE LA COBERTURA DEL SEGURO (Por favor presente su Tarjeta de Seguro a la Oficina Principal)  Nombre de Seguro:  Número de Identificación:  Número Grupal:								
Nombre de la persona asegurada					Número de segi			
					persona asegura		/ la persona asegurada:	
D: :/ 1.1				N.T.	1 1/6	1 1	/	
Dirección de la persona asegurada:  Número de teléfono de la persona asegurada:  ( ) -								
Relación del paciente a persona asegurada: Mismo Cónyuge Hijo/a Otro (Especifique):								
Amigo local /pariente (no vivie	ndo en su	_	Relación	con el		de teléfono		
		] ]	paciente:		del hoga	ı <b>r:</b> -	( ) -	
La información precedente es ver	dadera a ı	mi leal saber.	. Autorizo	que mis l	beneficios de se	eguro se pag	uen directamente a CBWF.	
Entiendo que soy responsable económicamente de mi saldo. También autorizo al CBWF o mi seguro a divulgar información								
necesaria para tramitar mis reclar <b>Sí No</b>	naciones.	Doy permis	o a CBW	F para de	ejar mensajes 1	telefónicos s	obre mi cuidado:	

La importancia del documento legal, Advance Directive, se me ha explicado como: un documente diseñado para					
ayudarme a comunicar mis deseos sobre mi tratamiento médico en algún tiempo en el futuro cuando no sea capaz de					
comunicar mis deseos debido a enfermedad o lesión. Se me ha ofrecido un Advance Directive y yo voluntariamente:					
□ Acepto □ Rechazo					
Firma del Paciente: X	Fecha:				



www.cbwellness.org

Phone: (361) 814-2001 Fax: (877) 928-8238

## Encuesta Sobre Ingresos del Hogar y Tamaño de Familia

La Administración de Recursos y Servicios de Salud requiere que se informe sobre los Ingresos del Hogar y el tamaño de familia para ayudar a comprender mejor a la comunidad a la que servimos, así como la necesidad de proveedores de la red de seguridad como los centros de salud comunitarios y los programas de vacunación de la red de seguridad.

Por favor conteste honestamente, su información de ingresos nunca será compartida o reportada individualmente.

□ \$0 - \$5,000	□\$50,000 - \$54,999	□\$100,000 - \$104,999	□\$150,000 - \$154,999
□ \$5,000 - \$9,999	□\$55,000 - \$59,999	□\$105,000 - \$109,999	□\$155,000 - \$159,999
□\$10,000 - \$14,999	□\$60,000 - \$64,999	□\$110,000 - \$114,999	□\$160,000 - \$164,999
□\$15,000 - \$19,999	□\$65,000 - \$69,999	□\$115,000 - \$119,999	□\$165,000 - \$169,999
□\$20,000 - \$24,999	□\$70,000 - \$74,999	□\$120,000 - \$124,999	□\$170,000 - \$174,999
□\$25,000 - \$29,999	□\$75,000 - \$79,999	□\$125,000 - \$129,999	□\$175,000 - \$179,999
□\$30,000 - \$34,999	□\$80,000 - \$84,999	□\$130,000 - \$134,999	□\$180,000 - \$184,999
□\$35,000 - \$39,999	□\$85,000 - \$89,999	□\$135,000 - \$139,999	□\$185,000 - \$189,999
□\$40,000 - \$44,999	□\$90,000 - \$94,999	□\$140,000 - \$144,999	□\$190,000 - \$194,999
□\$45,000 - \$49,999	□\$95,000 - \$99,999	□\$145,000 - \$149,999	□\$195,000 - \$199,999

Número de personas en su hogar:

Para determinar el número de personas en su hogar, por favor incluya lo siguiente:

- Cónyuge/Pareja/Compañero de vida
- Hijos dependientes que se puedan reclamar en su declaración fiscal
- Padres dependientes o parientes que se puedan reclamar en su declaración fiscal.

Individuos en el hogar que puedan presentar su propia declaración fiscal no se deben incluir para determinar el tamaño de familia.



www.cbwellness.org

Phone: (361) 814-2001 Fax: (877) 928-8238

## Autorización para la divulgación de información protegida de salud

Al firmar este formulario, autorizo que Coastal Bend Medical and Wellness use y divulgue mi información protegida de salud para tratamiento, pagos u operaciones de cuidado médico.

Mi "información protegida de salud" es la información médica, incluyendo mi información demográfica, obtenida por mí y creada o recibida por mi médico, otro proveedor médico, seguro médico, mi empleador o un centro de información médica. La información protegida de salud se relaciona a mi salud mental o condición del pasado, presente o futuro y me identifica, o hay una base razonable para creer que la información pueda identificarme.

Comprendo que tengo el derecho a revocar esta autorización, por escrito, en cualquier momento enviando una notificación al siguiente consultorio: Coastal Bend Wellness Foundation: Attn: Medical Records: 2882 Holly Road, Corpus Christi, Texas 78415.

Comprendo que una revocación no es efectiva en la medida en que el consultorio haya basado sus acciones en esta autorización. Además, la revocación no es efectiva si la autorización se obtuvo como condición para obtener cobertura de seguro, ya que otra ley otorga al asegurador el derecho a impugnar una reclamación en virtud de la póliza o la póliza en sí.

Comprendo que la información utilizada o divulgada en virtud de esta autorización puede ser objeto de una nueva divulgación por parte del destinario y puede dejar de estar protegida por la normativa federal de privacidad HIPAA.

He recibido y revisado el Aviso de Prácticas de Privacidad de este consultorio, que explica cómo se utilizará y divulgará mi información médica. Este consultorio se reserva el derecho de cambiar las prácticas de privacidad que describe el Aviso de Prácticas de Privacidad. Podré obtener una notificación revisada en el consultorio. El consultorio no condicionará mi tratamiento, pagos y matriculación en un plan de salud o la elegibilidad para recibir beneficios a que yo dé mi autorización para el uso o la divulgación solicitados. Puedo negarme a dar consentimiento para el uso o divulgación de mi información médica, pero esto debe hacerse por escrito. En virtud de la ley, tenemos derecho a negar tratamiento si usted decide negarse a revelar su información médica (PHI).

Autorizo a Coastal Bend Wellness Foundation a divulgar mi información de salud protegida a los siguientes representantes personales:				
X				
Firma del Paciente	 Fecha			



www.cbwellness.org

Phone: (361) 814-2001 Fax: (877) 928-8238

#### DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DEL PACIENTE Y CONSULTORIO

Bienvenido a **Coastal Bend Wellness and Medical.** Nuestra meta es proveer atención médica de calidad a gente de la comunidad que califique, sin importar su capacidad de pago. Si estamos registrando a nuevos pacientes, usted puede ser elegible. Como nuestro paciente, tiene derechos y responsabilidades, tal y como nosotros. Queremos que usted entienda estos derechos y responsabilidades para que pueda ayudarnos a proveerle con mejor atención médica. Por favor lea esta declaración y pregúntenos cualquier duda que tenga.

#### **Derechos Humanos:**

1. Tiene el derecho a ser tratado con respeto y dignidad independiente de raza, religión, sexo, nacionalidad, orientación sexual, afiliación política o posibilidad para pagar por nuestros servicios.

## Pago de Servicios:

- 2. Usted es responsable de darnos información correcta sobre su estado financiero actual y algún cambio en su estado financiero. Necesitamos esta información para decidir cuánto cobrarle y/o facturar su seguro privado, Medicaid, Medicare, u otros beneficios a los que califica. Si sus ingresos son menores que las puatas federales de pobreza, recibirá una tarifa reducida.
- 3. Tiene el derecho a recibir explicaciones de su factura. Debe pagar, o planear su pago, todos los honorarios acordados por los servicios médicos o los servicios dentales, según lo dispuesto en nuestras pólizas. Si no puede pagar de inmediato, por favor déjenos saber para proporcionarle atención y elaborar un plan de pagos.
- 4. La ley federal nos prohíbe negarle los servicios de atención primaria, que son médicamente necesarios, únicamente porque usted no puede pagarlos.

#### Privacidad:

5. Tiene el derecho a tener sus entrevistas, exámenes y tratamientos en privado. Su expediente médico también es privado. Solo personas legalmente autorizadas pueden ver su expediente, a menos que solicite por escrito que se lo enseñemos a alguien más. Una descripción completa de sus derechos de privacidad está adjunta como "Notice of Center Privacy Practices". Al firmar este documento, usted indica que ha recibido esta notificación. La notificación detalla los derechos que le otorga la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico.

## Atención Médica:

- 6. Usted es responsable de proporcionarnos con información completa y actual sobre su salud o enfermedad, para poder otorgarle atención médica apropiada. Tiene el derecho y se le anima a participar en las decisiones sobre su tratamiento.
- 7. Tiene derecho a recibir información y explicaciones en su idioma nativo y con palabras que entienda. Tiene derecho a recibir información sobre su salud o enfermedad, el plan de tratamiento (incluyendo riesgos) y el resultado previsto, si se conoce, así como información sobre las Voluntades Anticipadas. Si no desea recibir esta información, o si no es médicamente aconsejable compartir esa información con usted, se la proporcionaremos a una persona legalmente autorizada.
- 8. Usted es responsable de usar nuestros servicios adecuadamente, lo cual incluye seguir las instrucciones de nuestro personal, planificar y mantener las citas programadas y sólo venir sin cita previa cuando esté enfermo. Es posible que no podamos atenderle sin cita. Si no entiende o no puede seguir las instrucciones del personal, díganoslo para poder ayudarle.
- 9. Si es un adulto, tiene el derecho a rechazar tratamiento en la medida en que lo permita la ley y a ser informado sobre **riesgos asociados con el rechazo de atención. Usted es responsable del resultado de rechazar el tratamiento**.
- 10. Tiene el derecho a recibir atención médica y tratamiento que sean razonables para su condición y estén dentro CBWF Intake Packet Rev. 03/08/2022



www.cbwellness.org

Phone: (361) 814-2001 Fax: (877) 928-8238

de nuestras responsabilidades. Tiene derecho a que le trasladen o remitan a otro centro para los servicios que no podamos prestarle. Sin embargo, no pagamos por servicios que usted reciba en otro lugar. **Nota: Coastal Bend Wellness Foundation no es un centro de urgencias.** 

### Reglas del Consultorio:

- 11. Tiene el derecho a recibir información sobre cómo usar nuestros servicios apropiadamente. Usted es responsable de usar nuestros servicios apropiadamente. Si tiene preguntas sobre el uso de nuestros servicios, por favor pregúntenos.
- 12. Usted es responsable por la supervisión de niños que traiga al centro. Usted es responsable por su seguridad y la protección de otros clientes y nuestra propiedad.
- 13. Usted tiene la responsabilidad de mantener sus citas. No asistir a sus citas causa retraso para tratar a otros pacientes. Si no acude a las citas programadas tres (3) veces consecutivas, se le pedirá que se reúna con el Director General o el personal designado para determinar la razón de sus citas perdidas y si puede continuar como paciente de **Coastal Bend Wellness Foundation.**

#### **Denuncias:**

- 14. Si no está satisfecho con nuestros servicios, por favor déjenos saber. Aceptamos sugerencias para mejorar nuestros servicios. Le dejaremos saber cómo presentar una queja. Si no está satisfecho con la forma en que manejamos su queja, puede presentar una queja ante el Consejo de Administración.
- 15. No le castigaremos por presentar una queja y seguiremos atendiéndole como paciente.

#### Finalización:

- 16. Podemos decidir dejar de tratarle como paciente. Si dejamos de tratarle como paciente, tiene el derecho a que se le notifique por adelantado el motivo de la decisión y se le darán 30 días para intentar encontrar otros servicios médicos. Después del aviso de finalización, solo le proporcionaremos atención urgente por 30 días mientras busca un nuevo proveedor. Podemos decidir dejar su tratamiento inmediatamente y sin aviso, si determinamos que ha creado una amenaza a la seguridad de nuestro personal y/u otros clientes. También tiene el derecho a recibir una copia de nuestro aviso de finalización. Otras razones por las que podemos dejar de atenderle son:
  - a. Incumplimiento de nuestras normas,
  - b. No acudir a las citas programadas tres (3) veces,
  - c. No comunicar intencionalmente información precisa sobre su salud,
  - d. Incumplimiento intencionado del programa de atención sanitaria, como las instrucciones sobre la toma de medicamentos, las prácticas de salud personal o las citas de seguimiento, según las recomendaciones de su médico,
  - e. Crear una amenaza a la seguridad del personal y/o de otros clientes y/o un fuerte abuso verbal o físico o acoso al personal del consultorio, y
  - f. No informar intencionalmente su situación financiera.
- 17. Si le entregamos un aviso de finalización, tiene derecho a apelar a la recisión ante el Consejo de Administración.

X		
Firma del Paciente	Fecha	



Firma de Persona Dando Consentimiento

www.cbwellness.org

Phone: (361) 814-2001 Fax: (877) 928-8238

		Consentimi	iento para (	el tratamiento		
Nombre del paciente: Fecha de nacimiento: Edad: _ Nombre de persona dando consentimiento, si es diferente al paciente:		Edad:				
Nom	bre de persona dando con	nsentimiento, si es dif	erente al paci	ente:		
Rela	ción al paciente:	Mismo	Padre	Guardián	Otro:	
	de este Centro de Salud, procedimientos de diagn incluye, pero no se limita de radiografías, monitore	en sus lugares de serv óstico de rutina, los e a a, análisis rutinarios eo cardiaco, administr or el personal médico os de asesoramiento n regulación federal. Co	vicio y doy co xámenes y el de laboratori ración de med (médicos, pro necesarios par omprendo que	nsentimiento para la stratamiento dental, si o (como sangre, orina icamentos, procedimi veedores de nivel me a recibir servicios de no se me ofrecen gar	corresponde. Esto a y otros estudios), toma ientos, exámenes y dio), y el personal dental, planificación familiar	
2.	•					
3.	3. Divulgación de información: Autorizo a este Centro Médico para divulgar mi información médica (información dental si aplica) a seguros de terceros con el fin de presentar reclamaciones al seguro relacionadas con la atención médica (y dental si aplica).					
4.						
5.	5. He leído o me han leído los Derechos y Responsabilidades de los Clientes y del Centro y acepto dicho documento. Certifico que este formulario me ha sido explicado en su totalidad, que lo he leído o me lo han leído, que los espacios en blanco han sido rellenados con tinta y que entiendo su contenido.					
	Entiendo que este formu Centro de Salud. Se me l centro y creo que tengo s	na dado la oportunida	d de hacer pre	eguntas sobre los serv	ricios que va a prestar este	
<b>X</b>						
Firma	a del Paciente		Fed	ha		
	Paciente tiene 17 años o me	enos o no puede dar con	asentimiento, co	omplete lo siguiente: El	l Paciente no puede dar su	

Relación

Fecha



www.cbwellness.org

Phone: (361) 814-2001 Fax: (877) 928-8238

# Autorización para divulgar información confidencial relacionada con la salud

en 2882 Ho	ly Rd., Corpus Christi, 1	Гехаs 78415 a usar y di	vulgar la informaci	ón médica protegida descrita a continuacio	ón.
	$\square$ para $\square$ de	Proveedor:			
		Dirección:			
		Teléfono:	Fax:		
	_	-		ndo historiales relacionados a atención de e abuso de alcohol y drogas).	
☐ Auto	orizo la divulgación de	mi expediente médico	completo con la ex	cepción de la siguiente información:	
	Registros de salud	mental			
	☐ Enfermedades con	tagiosas (incluyendo V	TH/SIDA)		
	☐ Tratamiento de ab	uso de Alcohol/Drogas	i		
	Otro (Por favor esp	pecifique):			
	Esta autorización p	para la divulgación de i	nformación cubre e	el período de atención médica desde:	
	Desde:	Hasta:			
	☐ Todos los período	os pasados, presentes y	/ futuros		
reclamacio escrito, en	nes o para otros propó cualquier momento. Er	ósitos según lo indicado ntiendo que una revoca e mi autorización o si n	o. Entiendo que ter ación no es efectiva	siones médicas, la facturación o el pago de go derecho a revocar esta autorización, po en la medida en que una persona o entid btuvo como condición para obtener una	or
	Firma del Paciente:			Fecha:	