

Date: _____
 Site: _____
 Client # _____
 New ___ Return ___

Matagorda Episcopal Health Outreach Program Inc.
 101 Ave F. North
 Bay City TX 77414
 Phone: (979) 245-2008 • Fax: (979) 245-0744

PAYMENT IS EXPECTED AS SERVICES ARE RENDERED

Thank you for choosing our office.
 In order to serve you properly we will need the following information.
 (PLEASE PRINT using black ink)

Patient Information	Patient Name Nombre del paciente	Last Apellido	First Nombre	MI	Birthdate Fecha de Nacimiento	Sex Sexo	Marital Status Estado Marital
	Address Domicilio	City Ciudad	State Estado	Zip Zona Postal	Home Phone Teléfono		
	Social Security # Seguro Social	Driver's License # Numero de licencia		e-Mail Address correo electrónico			
	If child, Parent or Guardian Name Si es menor de edad, que es el nombre de los padres		Parent/Guardian Social Security # Seguro Social		Parent/Guardian Birthdate Fecha de Nacimiento	Sex Sexo	Marital Status Estado Marital

Insurance	Name of employer/ occupation Nombre de empleador	Address Domicilio		Business Phone Teléfono		
	Do you have medical insurance? (Cuenta Ud. con aseguranza médica?)	If no, how do intend to pay? Si no, como piensa pagar?		Ins. Co. Name & Address Nombre y domicilio de aseguranza		
	Subscriber Name Nombre del suscriptor	Policy Number Numero de la póliza	Group Number Número de grupo	Is it through your employer? ¿Es a través de su empleador?		
	Name of Spouse Nombre de Esposo(a)	Spouse Birthdate Fecha de Nacimiento		Spouse Social Security Number Seguro Social		
	Is there secondary insurance, spouse 2nd carrier? ¿Hay secundaria empresa aseguradora, de 2 de cónyuge?	Name & address of spouse employer Nombre y dirección del empleador del cónyuge			Business Phone	
	Secondary insurance name & address Nombre de seguro secundarios & dirección	Policy # or I.D. Póliza # o identificación		Group Number Número de grupo		
	Medicaid Number Numero de Medicaid	Medicare Number Numero de Medicare				
	Person financially responsible for this account Quien es la persona responsable por esta cuenta	Address Domicilio			Relationship to Patient Que relacion tiene con el paciente?	

Demographics	Why are you here today? Porque esta aqui hoy?
	Attending School? Yes ___ No ___ Grade _____ Last Grade Completed: _____ Esta atendiendo escuela actualmente? Último grado de estudio
	Ethnicity: Etnicidad White ___ Black ___ Hispanic ___ Asian ___ Other? _____
	How did you find out about MEHOP? Como se enteró de MEHOP?
	Do you have a Church home? Yes ___ No ___ If yes, where? _____ Es usted miembro de una Iglesia? Si, indique donde?.
	Person to contact in case of an emergency? En caso de emergencia, a quien debemos notificar

Emergency	Name _____ Address _____ Nombre Domicilio
	Phone # () _____ - _____ Relationship to patient? _____ Teléfono Que relacion tiene con el paciente?

I authorize this office to release any information necessary to expedite insurance claims. I understand that I am responsible for all changes, regardless of insurance coverage. By signing below, I am indicating that the information above is accurate to the best of my knowledge. My signature acknowledges that I voluntarily consent to examination, testing procedures, and treatment by the Matagorda Episcopal Health Clinic. I am aware that information may be shared with other agencies for referral purposes or in delivering services.

Autorizo esta oficina a liberar cualquier información necesaria para facilitar reclamos al seguro. Entiendo que soy responsable de todo carga, a pesar de la seguridad. Cuando yo firme abajo, yo indico que la información es exacto al mejor de me conocimiento. Voluntariamente y con mi firma doy consentimiento a los exámenes y servicios que voy a tomar de el Matagorda Episcopal Health Clinica. Estoy enterado que la información puede ser compartida con otras agencias para referencias u otros servicios.

Signature (Parent or Guardian)
(Firma)

Date
(Fecha)

PATIENT RECORD OF DISCLOSURES

In general, the HIPAA privacy rule gives individuals the right to request a restriction on uses and disclosures of their protected health information (*PHI*). The individual is also provided the right to request confidential communications or that a communication of *PHI* be made by alternative means, such as sending correspondence to the individual's office instead of the individual's home.

I wish to be contacted in the following manner (check all that apply):

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Home Telephone _____
<input type="checkbox"/> O.K. to leave message with detailed information
<input type="checkbox"/> Leave message with a call-back number and name only
<input type="checkbox"/> Work Telephone _____
<input type="checkbox"/> O.K. to leave message with detailed information
<input type="checkbox"/> Leave message with call-back number and name only
<input type="checkbox"/> Cell Phone _____
<input type="checkbox"/> O.K. to leave message with detailed information
<input type="checkbox"/> Leave message with call-back number and name only | <input type="checkbox"/> Written Communication
<input type="checkbox"/> O.K. to mail to my home address
<input type="checkbox"/> O.K. to mail to my work address
<input type="checkbox"/> O.K. to fax to this number _____
<input type="checkbox"/> Other _____ |
|---|---|

Patient Signature

Date

Print Name

Birthdate

The Privacy Rule generally requires healthcare providers to take reasonable steps to limit the use or disclosure of, and requests for *PHI* to the minimum necessary to accomplish the intended purpose. These provisions do not apply to uses or disclosures made pursuant to an authorization requested by the individual.

Healthcare entities must keep records of *PHI* disclosures. Information provided below will constitute and adequate record. Uses and Disclosures for treatment, payment and healthcare operations may be permitted without prior consent in an emergency.

Record of Disclosures of Protected Health Information

Date	Disclosed to Whom Address or Fax Number	(1)	Description of Disclosure / Purpose of Disclosure	By Whom Disclosed	(2)	(3)

(1) check this box if the disclosure is authorized

(2) Type Code: T=Treatment Records P=Payment Information O=healthcare Operations

(3) Enter how disclosure was made: F=Fax P=Phone E=Email M=Mail O=Other

**PROGRAMA DE EXTENSIÓN DE SALUD EPISCOPAL DE MATAGORDA
LOS DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DEL CENTRO Y LOS PACIENTES**

Bienvenido a el PROGRAMA DE EXTENSIÓN DE SALUD EPISCOPAL DE MATAGORDA (MEHOP). Nuestro objetivo es proporcionar atención médica de calidad a personas calificadas en esta comunidad. Independientemente de su capacidad para pagar. Como paciente, usted tiene derechos y responsabilidades. MEHOP también tiene derechos y responsabilidades. Queremos que usted entienda estos derechos y obligaciones, por lo que usted nos puede ayudar a proporcionar atención de la salud para usted. Por favor, lea esta declaración y pídanos cualquier pregunta que tenga acerca de nuestra Agencia.

Derechos humanos

1. Usted tiene derecho a ser tratado con respeto y dignidad, independientemente de la raza, estado civil, religión, sexo, origen nacional, ascendencia, discapacidad física o mental o discapacidad, edad (más de 40), condición de veterano de Vietnam era, u otros motivos no permitidas por las leyes federales, estatales y locales aplicables o reglamentos.

Pago de servicios

2. Usted es responsable de que nos de información precisa acerca de su situación financiera actual y de cualquier cambio en su situación financiera. Necesitamos esta información para establecer su cuota y/o por lo tanto podemos colector pago de su seguro privado, Medicaid, Medicare o otros beneficios para los cuales puede ser elegible. Si su ingreso es menor que las directrices de la pobreza federal 200%, se le cobrará una tarifa con descuento.
3. Usted tiene derecho a recibir una explicación de la factura que reciba para los servicios. Debe pagar o arreglar pagar todas las tarifas acordadas para servicios médicos, con la excepción de los servicios dentales, que se suministran sobre una base prepagada. Planes de pago se ponen a disposición para circunstancias específicas.
4. Ley Federal prohíbe MEHOP negar los servicios de atención primaria, que son médicamente necesarios, únicamente debido a su incapacidad para pagar estos servicios. Sin embargo, es necesario actuar de buena fe y hacer los pagos por servicios.

Asignación de beneficios de seguro para el proveedor

5. Por la presente solicito pago y asigno cualquier beneficios debido a mi bajo los términos de cualquier política o políticas o bajo el título XV111 de la Ley de seguro social que puede cubrir servicios profesionales prestados al nombre de arriba mencionado cesionario.

Privacidad

6. Usted tiene un derecho a tener sus entrevistas, exámenes y tratamiento en privacidad. Sus registros patient también (abuso de sustancias de salud médica, dental, comportamiento, VIH) son privadas. Solo las personas legalmente autorizadas podrán ver sus registros a menos que usted solicite por escrito para que nosotros mostrar a, o copiarlos para otra persona. Una explicación completa de sus derechos de privacidad se le dará a usted junto con este documento y es nombrada aviso de prácticas de privacidad del MEHOP. Le pedimos que usted reconozca su recibo de nuestro aviso de las prácticas y de privacidad. La notificación de prácticas de privacidad establece las maneras en que sus registros paciente pueden ser utilizadas o divulgados por MEHOP y los derechos concedidos a usted en virtud de la Health Insurance Portability and Accountability Act ("HIPAA"). Si tiene seguro privado o están asegurados bajo Medicare o Medicaid, el asegurador tiene derecho a solicitar registros médicos relativos a un servicio que se facturó a ellos por nosotros.

Cuidado de la salud

7. Usted es responsable de proporcionarnos información precisa, completa y actual acerca de su salud, por lo que podemos darle la atención adecuada de la salud. Usted tiene derecho y son alentados a participar en las decisiones sobre su tratamiento.
8. Usted tiene el derecho a la información y explicaciones en el idioma que habla normalmente y en las palabras que usted entiende. Usted tiene derecho a obtener información acerca de su salud o la enfermedad, el plan de tratamiento, incluyendo la naturaleza de su tratamiento; sus beneficios esperados; sus riesgos inherentes y los peligros (y las consecuencias de la denegación de tratamiento; el alternativas razonable, si cualquier (y sus riesgos y beneficios; y el resultado esperado, si se conoce. Esta información se le llama obtener su consentimiento informado.
9. Usted tiene derecho a recibir información acerca de "Directivas por adelantado". (Una instrucción anticipada en instrucciones dadas por individuos especificando qué medidas deben tomarse para su salud en caso de que ya no son capaces de tomar decisiones debido a enfermedad o incapacidad y nombra a una persona para tomar tales decisiones en su nombre). Si no desea recibir esta información, o si no es médicamente aconsejable para compartir esta información con usted, lo proporcionaremos a su representante legalmente autorizado. En este momento ¿le gustaría obtener información acerca de directivas por adelantado? Si No
10. En caso afirmativo, se proporcionará información adicional para usted. Si usted decide que no, usted puede solicitar información en otro momento.
11. Usted tiene derecho a recibir información sobre cómo utilizar adecuadamente los servicios de MEHOP. Usted es responsable para utilizar servicios de MEHOP de manera adecuada, lo que incluye siguiendo instrucciones de nuestro personal, hacer y cumplir con citas de mantenimiento programado, y solicitar una cita de "entrada sin cita" sólo cuando está enfermo. Profesionales de MEHOP no pueden ser capaces de verlo a menos que tenga una cita. Si no puede seguir las instrucciones del personal, por favor díganos por lo que podemos ayudarle. El incumplimiento por usted para seguir consejos médicos puede ocasionar a la terminación de la relación de médico y cliente. Si estás terminado de uso de MEHOP, se le notificará. Puede disputar esta terminación siguiendo el proceso de apelación. Si tienes alguna pregunta, por favor pregunte.
12. Si eres un adulto, usted tiene derecho a rechazar el tratamiento o procedimientos en la medida permitida por la ley aplicable y los reglamentos. En este sentido, usted tiene derecho a ser informado de los riesgos, peligros y consecuencias de negarse a dicho tratamiento o procedimientos. Su recibo de esta información es necesaria para que su negativa será "informado". Usted es responsable de las consecuencias y el resultado de rechazar el tratamiento recomendado o procedimientos. Si se negó tratamiento o procedimientos que los proveedores de cuidado de la salud creen que está en su mejor interés, se le pedirá a firmar una negativa del formulario de permiso de tratamiento médico o servicios o contra Aviso Medico (según corresponda).
13. Usted tiene el derecho a la atención de la salud y el tratamiento que es razonable para su condición y dentro de nuestra capacidad, sin embargo, MEHOP no es un establecimiento de atención médica de emergencia. Usted tiene derecho a ser transferido o que se refiere a otro centro para los servicios que no podemos proporcionar. MEHOP no paga por los servicios que usted recibe de otro proveedor de atención médica. Usted es responsable de los arreglos de pago por servicios prestados por otro proveedor o entidad fuera de MEHOP.
14. Si está en dolor, usted tiene derecho a recibir una evaluación adecuada y el tratamiento del dolor, como sea necesario.

Reglas de centro

15. Usted es responsable de la supervisión y la seguridad de los niños que traiga con usted a MEHOP. Usted es responsable de la seguridad de sus niños y la protección de otros pacientes y nuestra propiedad. No somos responsables de los niños que dejó desatendidos. Si cualquier daño ocurre, usted puede ser responsable de reembolso de gastos para reparar o reemplazar.
16. Usted tiene la responsabilidad de mantener las citas programadas. Citas perdidas causan retraso en el tratamiento de otros pacientes. Si no mantiene citas programadas, se le preguntará para reunirse con el director General de MEHOP para determinar el motivo de sus citas perdidas y si puede continuar como un paciente de MEHOP.

Quejas

17. Si no está satisfecho con nuestros servicios, por favor díganos. Queremos sugerencias por lo que podemos mejorar nuestros servicios. Usted puede solicitar un formulario de sugerencia/reclamación de cliente para documentar sus preocupaciones. Usted recibirá una respuesta de MEHOP por correo o por teléfono sobre el resultado de su queja o sugerencia. Si no está satisfecho con la manera de gestionar la queja, puede presentar su queja a la administración de junta de MEHOP.
18. Usted no puede ser castigado por la presentación de una denuncia, y continuaremos a verlo a usted como un paciente.

Terminación

19. Si decidimos poner fin a nuestra relación con usted, usted tiene derecho a aviso que explica las razones de la decisión por adelantado, y se le dará treinta (30) días para encontrar otros servicios de atención de la salud. Sin embargo, MEHOP puede decidir detener tratandolo inmediatamente y sin aviso por escrito, si ha creado una amenaza para la seguridad del personal y/o de otros pacientes. Usted tiene derecho a recibir una copia de la terminación del MEHOP del paciente y centro de relación política y procedimiento. Razones para terminar pueden incluir: (1) si no obedezca las reglas de MEHOP, (2) intencionalmente no informar sobre información financiera precisa, (3) intencionalmente no proporcionar información de salud precisa y (4) intencionalmente falla seguir consejos médicos.
20. Si decidimos parar tratándolo como paciente, usted tiene derecho a apelar la decisión a la Junta Directiva o a través de los tribunales. A menos que exista una situación de emergencia, no seguiremos verlo como un paciente mientras usted está apelando la decisión.

Apelaciones

21. Si MEHOP le ha dado el aviso de terminación del paciente y de centro relación, usted tiene el derecho a apelar la decisión a la Junta Directiva. A menos que tenga una emergencia médica, no seguiremos verlo como un paciente mientras usted está apelando la decisión.

Firma _____

Fecha _____

ACUSE DE RECIBO DE LA NOTIFICACIÓN DE PRIVACIDAD PRÁCTICAS

Aviso a los pacientes:

MEHOP se requiere que proporcione usted una copia de nuestro aviso de prácticas de privacidad, que establece cómo podemos utilizar, o divulgar su información de salud. Por favor firmar este formulario para reconocer recepción de la comunicación. Usted puede negarse a firmar esta confirmación, si usted desea.

Reconozco que tengo recibido una copia del aviso de prácticas de privacidad de MEHOP.

Imprima su nombre aquí

Firma

Fecha

SÓLO CON FINES DE OFICINA

Tenemos hizo todo lo posible para obtener confirmación escrita a partir de la recepción de nuestro aviso de privacidad de este paciente, pero no se pudo obtener porque:

El paciente se negó a firmar.

Vencimiento a una situación de emergencia, no fue posible obtener un acuse de recibo.

Nos no podían comunicarse con el paciente.

Otros (Sírvese proporcionar detalles específicos)

Empleado firma fecha

Confirmación de la recepción de HIPAA el aviso de las prácticas de privacidad

CONSENTIMIENTO AL TRATAMIENTO

I (para) suscribió a paciente, consiente por este medio voluntariamente a tal cuidado médico que implicará procedimientos de diagnóstico rutinarios y el tratamiento médico/ dental por mi médico/dentista que atendía, sus ayudantes o sus designees. Estoy enterado que la práctica de la medicina/de la odontología y de la cirugía no es una ciencia exacta y reconozco que no se ha hecho ningunas garantías yo referente a los resultados de ningún tratamiento o exámenes que se rendirán durante este episodio del cuidado. Entiendo que el médico/el dentista que atienden puede no ser un agente del Matagorda que la salud episcopal excede el programa (MEHOP), y pudo haber sido concedido privilegios por MEHOP a la medicina/a la odontología de la práctica y utilizar las instalaciones de MEHOP. Entiendo más lejos que las enfermeras/el higienista y el otro personal técnico en MEHOP no practican la medicina/la odontología, pero realizo las órdenes de médicos/de dentistas licenciados independiente al proporcionar el tratamiento a los pacientes en MEHOP.

ASISTENCIA MÉDICA

Contratistas independientes, suministro de servicios al paciente, incluyendo el radiólogo, patólogo, anestesiólogo, sala de emergencias los médicos y otros pueden facturar directamente por sus servicios. MEHOP proporciona sólo los cuidados de enfermería de obligación general a menos que el médico ordena al paciente ser. proporciona atención de enfermería más intensiva. Si la condición del paciente requiere el servicio de una enfermera especial deber o sitter, este servicio debe ser arreglado por el paciente o representante del paciente ya que MEHOP no proporciona esta especial atención. Cuando rieles laterales de protección se coloca en la cama del paciente y criados para la protección del paciente o cuando se ordenaron restricciones protectoras, el paciente asume todos los riesgos de lesiones o daños si el paciente se niega a permitir planteado rieles laterales o restricciones.

CONSENTIMIENTO A FOTOGRAFÍA

MEHOP está permitido para tomar fotografías de los médicos o progreso quirúrgico con el paciente y utilizar el mismo para científicos, educativos o con fines de investigación.

Cuando el paciente es UNABLE dar su consentimiento o es un MINOR, completar lo siguiente:

Paciente es un MINOR (_____) años de edad, o no puede dar su consentimiento porque:

(Impresión razón paciente es incapaz de dar su consentimiento)

Firma de paciente o firma autorizado

Fecha

Relación con el paciente

Testigo, donde el paciente es incapaz de dar su consentimiento

MATAGORDA EPISCOPAL HEALTH OUTREACH PROGRAM (MEHOP)
CUESTIONARIO DE SALUD

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Telefono: _____

Por favor, incluya cualquier alergia: _____

Cisugias de el Pasado: _____

Medicinas y dosis actuales: _____

Usted fuma: € Sí € No Cuanto: _____

Consumen alcohol: € Sí € No Cuanto: _____

Uso de drogas recreativas: € Sí € No Cuanto: _____

Violencia domestica: € Sí € No Describe: _____

Describir su trabajo actual: _____

Explique a continuación si tienen algún síntoma en las siguientes áreas:

- | | | | |
|--|--|---------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> de la Piel | <input type="checkbox"/> Pecho/Corazon | Cambios Nuevos Recientes: | |
| <input type="checkbox"/> Cabeza/Cuello | <input type="checkbox"/> Espalda | | <input type="checkbox"/> Peso |
| <input type="checkbox"/> Oidos | <input type="checkbox"/> Vesicula | | <input type="checkbox"/> Nivel Energetico |
| <input type="checkbox"/> Nariz | <input type="checkbox"/> Intestinos | | <input type="checkbox"/> Capacidad de Dormir |
| <input type="checkbox"/> Garganta | <input type="checkbox"/> Circulación | | <input type="checkbox"/> Otro Dolor/Molestia |
| <input type="checkbox"/> Pulmones | | | |

Favor de explica síntomas: _____

Historia Medica: (por ejemplo, diabetes, enfermedades del corazón, presión alta, asthma, etc.) _____

Historia Medica de familia: (por ejemplo, diabetes, enfermedades del corazón, presión alta, etc.)

Madre: _____

Padre: _____

Hermanas/Hermanos: _____

Ninos: _____

Mantenimiento de la salud -- Cuando fue su última:

Papanicolau: _____ Inyeccion de Tetano: _____

Mamograma: _____ Inyeccion de Pneumovax: _____

Colonoscopia: _____ La Densida de los Huesos: _____

Examen de próstata: _____

¿Usted Tiene un testamento? _____ Firma paciente / fecha: _____