



## Registracion del Paciente (Toda informacion es Confidencial)

**Nombre del Paciente:** \_\_\_\_\_  
(Apellido) (Primer Nombre) (Segundo Nombre)

**Fecha de Nacimiento:** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ **# de Seguro Social:** \_\_\_ - \_\_\_ - \_\_\_

**Sexo al Nacer:**  Hombre  Mujer **Orientacion Sexual:**  Heterosexual  Homosexual  Bisexual  Algo mas  
 No se  Decide no anotar (Si se deja en blanco, se marcara no se)

**Identidad de Genero:**  Hombre  Mujer  Transexual Hombre-Mujer a hombre  Transexual Mujer-Hombre a Mujer  Otra Indentidad  No se  Decide no anotar (Si se deja en blanco, se marcara "no se")

**Estado Matrimonial:**  Soltero  Casado  Separado  Divorciado  Viudo

**Raza:**  Asiatico  Am. Indian or Alaskan Native  African American  Native Hawaiian  Blanco  
 Negarse a Informar(Negarse a especificar)  Mas de una raza  Otro: \_\_\_\_\_

**Etnia:**  Hispano  No-Hispano

**Domicilio:** \_\_\_\_\_

(Ciudad) \_\_\_\_\_ (Estado) \_\_\_\_\_ (Codigo Postal) \_\_\_\_\_

**(Condado):**  Liberty  San Jacinto  Polk  Montgomery  Harris  Otro: \_\_\_\_\_

# De Telefono: \_\_\_\_\_ #de Trabajo: \_\_\_\_\_ #Telefono de Celular: \_\_\_\_\_

**Podemos dejar un mensaje detallado en casa/telef. celular?**  Si  No

**Correo Electronico:** \_\_\_\_\_ (ver consentimiento del portal)

**Direccion de Residencia si es diferente que direccion de correo:** \_\_\_\_\_

**Contacto de Emergencia- Nombre:** \_\_\_\_\_ **Telefono:** \_\_\_\_\_

**Relacion al paciente:** \_\_\_\_\_

**Es Ud veterano?**  Si  No **Es Ud un trabajador migrante?**  Si  No **Es Ud un trabajador de temporada?**  Si

No **Tiene alguna discapacidad visual o auditiva?**  Si  No Si es si, explique: \_\_\_\_\_

**Estado de hogar:**  Propetario  Rento  Vivo con alguien (vivienda doble)  Sin hogar

**Como escucho sobre nosotros?**  Paciente existente  Periodico  Billboard  Radio

Boletin/flyer  Postcard  Referencia de doctor  Internet (pagina de web, Facebook, google,etc  Otro: \_\_\_\_\_

**Esta usted empleado:**  Si  No, Ocupacion: \_\_\_\_\_

**Tiene usted seguro medico?**  Si  No

**NOTA:** Si **NO** esta solicitando el programa de descuento, ten en cuenta que estamos solicitando informacion UNICAMENTE para informar.

**Por favor proporcione el tamaño de su hogar (incluido usted mismo, su esposo(a) y sus dependientes menor de 18 años)** \_\_\_\_\_

**Proporcione los ingresos brutos de su hogar y circule la frecuencia:** \$ \_\_\_\_\_ **Diariamente/ Por Semana/Por Quincena/Mensual/Anual**

**Informacion del Garante (persona responsable por el pago):**

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Telefono: \_\_\_\_\_  
 (Apellido) (Primer Nombre)

**Informacion de Aseguransa:(Porfavor proporcione tarjeta de seguro)  Tarjeta Dada**

- 1) Aseguransa Principal: \_\_\_\_\_ # de Subscriptor \_\_\_\_\_  
 Nombre del Asegurado: \_\_\_\_\_ # de Grupo \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento del asegurado: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
 Relacion del paciente con asegurado:  Mismo  Conyuge  Hijo  Otro: \_\_\_\_\_
- 2) Aseguransa Secundaria: \_\_\_\_\_ # de Subscriptor \_\_\_\_\_  
 Nombre Del Asegurado: \_\_\_\_\_ # de Grupo \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento del asegurado: \_\_\_\_\_  
 Relacion del paciente con asegurado:  Mismo  Conyuge  Hijo  Otro: \_\_\_\_\_

**Para pacientes con Medicare solamente( porfavor ponga sus iniciales en cada parrafo):**

\_\_\_\_\_ Autorizo cualquier sostenedor de medico o otra informacion sobre mi ser dada a la administracion de Seguridad Socioal y administracion de las finanzas del cuidado medico o sus intermediarios o portadores que cualquier informacion necesitada para esto o una demanda relacionada de Seguro de enfermedad. Permito una copia de estra autorizacion de ser utilizada en lugar de la original, y solicito el pago de las ventajas del seguro medico a mi o al partido que acepta asignaciones. Entiendo que es obligatorio notificar al proveedor del cuidado medico de cualquier otro partido que puede ser responsable de pagar mi tratamiento. (seccion 1128B del acto de la Seguridad Social y de 31 U.S.C. 3801-3812 propociona las penas para retener esta informacion.) Las regulaciones referente a la asignacion de Seguro de enfermedad de la ventaja tambien se aplican.

\_\_\_\_\_ Autorizo cualquier sostenedor de la informacion medica u otra sobre mi que ser dada para procesar esta demanda de Medigap. Permito una copia de esta autorizacion de ser demandado en lugar de la original y solicito el pago de las ventajas del seguro medico a mi o al partido que acepta asignaciones.

**POLIZA FINANCIERA:**

- 1.) Soy responsable **en el momento de servicio** para pagar cualquier requirió co-pago, coseguro, y/o deducible. Comprendo y concuerdo que soy últimamente responsable del balance en mi cuenta para algún servicio profesional rendido.
- 2.) Comprendo si fallo de pagar cantidades debidas, el dispensario tiene el derecho de asegurar una agencia exterior de colección y/o a abogado para reunir la deuda y reportar la deuda a una agencia crédito-reportando. Comprendo aún más que seré responsable de cualquier carga u honorarios contrajo para tales esfuerzos de colección.
- 3.) Reconozco que firmando esta forma, yo permito que la liberación de datos médicos para yo mismo y/o mis dependientes a otras organizaciones adjudiquen cualquier reclamo para el reembolso.
- 4.) Toda la información presentada al Centro de Salud del sudeste es correcta y exacta. Notificaré al Centro de cualquier cambio como ocurran. Información falsa me descalificará de elegibilidad del programa de ayuda y tiene como resultado devolución en lleno para todos los servicios rendidos.

**POLIZA DE NO PRESENTARSE:** Soy consciente de que si mi historial medico registra tres no presentaciones, ya no sere elegible para programar una cita. Es posible que todavia me atiendan por enfermedades agudas, pero solo me pueden atender sin cita previa.

**He leído y he comprendido que la Política Financiera del Centro y concuerdo en respetarla.**

---

**FIRMA DEL PACIENTE**


---

**FECHA**



## Autorizacion y Consentimiento para Tratamiento de Atencion Medica y Reconocimiento General

### Informacion del Paciente:

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ # de SS \_\_\_\_\_

¿Tiene usted una directiva anticipada, o un testamento vital? Si su respuesta es Si, Escriba el tipo: \_\_\_\_\_

¿Esta visita esta relacionada o es resultado de un accidente?  Si  No

Si su respuesta es Si, Indique el tipo: Automovil/ Compensacion de trabajadores / Otro: \_\_\_\_\_

Medico de cabecera: \_\_\_\_\_

Medico remidente(si esto aplica): \_\_\_\_\_

### Autorizacion y consentimiento para tratamiento de atencion medica en Health Center of Southeast Texas

- 1.) Reconozco que existe una condicion que requiere atencion medica/quirurgica y voluntariamente consiento y autorizo dicha atencion medica/ quirurgica, tratamiento y procedimientos de diagnostico proporcionados por el Centro y su personal medico y profesional, empleados y agentes segun se considere necesario.
- 2.) Soy consciente de que el ejercicio de la medicina, la cirugia y la administracion de cuidados medicos no son ciencias exactas. Reconozco que no se han hecho garantias en cuanto al resultado de los procedimientos de diagnostico, procedimientos quirurgicos, procedimientos medicos, tratamientos, exámenes o cuidados realizados en el Centro.
- 3.) Durante el curso de mi atencion medica, si un trabajador de la salud se expone a mi sangre, doy mi consentimiento para que se analice una muestra de mi sangre para detectar anticuerpos contra el VIH/ hepatitis y se me notificara el resultado.

### Pacientes del programa de deteccion de cancer de mama y cuello uterino (BCCS):

- 4.) Autorizo a mi medico a ingresar o ver datos en la base de datos confidencial estatal (Med-IT) y realizar la administracion de casos a en mi caso si surgiera una anomalia.

### Consentimiento ERX:

- 5.) Soy consiente de que el Centro de Southeast texas esta utilizando "recetas electronicas", que son recetas generadas por computadora y enviadas por mi proveedor directamente a la farmacia. Al firmar esto, acepto que mi proveedor reciba informacion sobre mi historial de recetas de otros proveedores de atencion medica/farmacias o terceros pagadores de beneficios de farmacia sobre que medicamentos estan cubiertos.

**Al firmar este formulario, reconozco que he leído, entiendo y estoy de acuerdo con toda la informacion anterior**

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente o representante autorizado

\_\_\_\_\_  
Fecha

# Avisos y Reconocimientos de HIPAA

## Reconocimiento de las prácticas de información de atención médica:

El "Aviso de Prácticas de Privacidad" del Health Center of Southeast Texas proporciona información sobre cómo se puede usar y divulgar mi información médica. La "Declaración de derechos y responsabilidades" proporciona información para promover los intereses y el bienestar de los pacientes y promover una mejor comunicación entre el paciente y el proveedor de atención médica. Se imprimirá una copia de los avisos a mi solicitud. Entiendo que los términos del Aviso pueden cambiar y que se publicará una copia del Aviso revisado en el vestíbulo de la oficina. (Iniciales) \_\_\_\_\_ Se me ha brindado la oportunidad de revisar el Aviso de prácticas de privacidad.

## Divulgación de mi información médica / de salud mental

**(Excluyendo las notas de psicoterapia -45 CFR § 164.508) "Las notas de psicoterapia no incluyen ninguna información sobre medicamentos, prescripción y monitoreo, horas de inicio y finalización de sesiones de asesoramiento, modalidades y frecuencias del tratamiento proporcionado o resultados de pruebas clínicas; tampoco incluyen resúmenes de diagnóstico, estado funcional, plan de tratamiento, síntomas, pronóstico y progreso hasta la fecha".**

Autorizo a HCSET a comunicarse con las siguientes personas sobre mis condiciones médicas / de salud mental, diagnósticos, tratamientos, citas (pasadas y futuras), acceder a mis registros médicos / de salud mental y obligaciones financieras. Entiendo que mi información médica / mental se puede ocultar a las personas, incluidos los miembros de la familia, a menos que los enumere por nombre a continuación.

Nombre : \_\_\_\_\_ Relacion: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Relacion : \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Relacion: \_\_\_\_\_

Registros seleccionados como se indica: Todos: \_\_\_\_\_ Solo Medico: \_\_\_\_\_ Solo Mental: \_\_\_\_\_

Describe el período de tiempo que permites para las divulgaciones: \_\_\_\_\_

Otras Notas: \_\_\_\_\_

No deseo dar permiso para que otros miembros de la familia, parientes o amigos personales cercanos tengan acceso a cualquier información relacionada con mis condiciones médicas / mentales.

(Iniciales) \_\_\_\_\_

Tiene un poder notarial médico? \_\_\_\_\_ (En caso de Si - proporcione una copia a recepción)

***Al firmar este documento, reconozco que he leído, entiendo y estoy de acuerdo con toda la información anterior.***

***Firma del paciente / representante autorizado \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_***

Este documento se expira después de 3 años y debe renovarse. Los cambios deben realizarse por escrito.



## Health Center of Southeast Texas

### Autorización del Paciente para Intercambio de Información Electrónica



Health Center of Southeast Texas es miembro de Healthconnect, una organización sin fines de lucro que provee una red electrónica segura para que sus miembros, entre los que se cuentan consultorios médicos, hospitales, laboratorios, centros de radiología y pagadores de reclamos de salud tales como las compañías aseguradoras, puedan compartir su Información Médica Protegida (PHI) de manera confiable. La página [www.ghhconnect.org](http://www.ghhconnect.org) contiene una lista actualizada de los miembros de Healthconnect. Cuando Ud. se hace miembro de Healthconnect, los médicos pueden acceder a su PHI por medios electrónicos y utilizarla mientras Usted. está en tratamiento. Healthconnect no determina quien tiene acceso a sus registros pero permite que su información sea compartida de otra forma. Todos los miembros de Healthconnect deben proteger la privacidad de su información según las leyes estatales y federales. Si Ud. decide no afiliarse a Healthconnect, su tratamiento y elegibilidad para los beneficios no se verán afectados.



Health Center of Southeast Texas participa en Prisma, un servicio de recuperación de registros médicos que proporciona un método automático para recuperar registros electrónicos, incluidos todos los consultorios médicos, hospitales, laboratorios, farmacias y centros de radiología participantes. Prisma es una solución segura y confiable para obtener el cuadro de miembro actual/histórico que reside dentro del sistema de Registros Electrónicos de Salud (HER) de un proveedor.

Al firmar esta autorización, Ud. está de acuerdo con que Healthconnect/Prisma y sus miembros actuales y futuros utilicen y divulguen de manera electrónica su Información Médica Protegida solo en casos de actividades relacionadas con tratamientos, pagos y atención médica. Usted entiende que Healthconnect/Prisma puede conectarse con otros miembros para intercambiar Información Médica en Tejas y el resto del país los cuales también deben proteger la privacidad de su información según las leyes estatales y federales. Ud. también autoriza a Healthconnect/Prisma para que comparta su información con otros miembros con los mismos fines limitados

Esta autorización es válida hasta que Ud. la cancele. Puede cancelarla en cualquier momento notificándolo por escrito a cualquiera de los proveedores de salud miembros de Healthconnect/Prisma. La cancelación tendrá efecto a los tres (3) días de su notificación. Ud. entiende que esta cancelación no altera ninguna Información Médica Protegida previamente intercambiada mientras su autorización estaba vigente.

Greater Healthconnect

Prisma

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Firma de la persona autorizada: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre (si no es el paciente): \_\_\_\_\_ Parentesco con el paciente: \_\_\_\_\_

Escriba sus iniciales si Ud. no desea que sus proveedores vean sus registros a través de Healthconnect. \_\_\_\_

Escriba sus iniciales si Ud. no desea que sus proveedores vean sus registros a través de Prisma. \_\_\_\_



**HEALTH CENTER OF SOUTHEAST TEXAS**  
**Autorización para el PORTAL Del Paciente/e MESSENGER**

Por favor proporcione la siguiente información a la Clínica para poder procesar su solicitud. Una vez que usted esté de acuerdo y firme la solicitud, su cuenta será activada por internet y usted será notificado por correo electrónico con un nombre de usuario y contraseña.

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Nombre de el guardia (si el paciente es un menor): \_\_\_\_\_

# del telephone preferido para texto o llamada:  Dado anteriormente  Otro: \_\_\_\_\_

Correo electronico personal para la invitacion:  Dado anteriormente  Otro: \_\_\_\_\_

**Nota: Porfavor escoja DOS opciones:**

Si es un **SI**, ponga sus iniciales abajo:

Yo entiendo que en activar el Portal del Paciente, yo puedo comunicarme con Health Center of Southeast Texas vía portal.

Yo entiendo y estoy de acuerdo del uso de e Messenger. Yo entiendo los riesgos, y estoy de acuerdo de seguir las instrucciones que fueron descritas.

Si es un **NO**, ponga sus iniciales abajo:

Yo declino acceso al Portal del Paciente.

Yo declino acceso/uso de e Messenger (no recibirá llamadas recordatorias para sus citas)

**Acuerdo y Reconocimiento del Paciente:**

Reconozco que he leído y entiendo las políticas y procedimientos del Portal del Paciente/e Messenger en Health Center of Southeast Texas. Yo entiendo el riesgo asociado con la comunicación por internet y conmigo y la oficina y consentimiento a las condiciones descritas anteriormente. Yo estoy de acuerdo con las siguientes instrucciones en el presente, y también cualquier otras instrucciones que el Centro De Salud Southeast Tejas pueda imponer a través del internet. Yo he estado proactivo en preguntar las preguntas y todas mis preguntas han sido contestadas con claridad. Yo entiendo y estoy de acuerdo con toda la información presente.

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_