

## Lista de Verificación de Inscripción de Pacientes Nuevos y Establecidos

Toda la documentación debe estar presente para inscribirse/volver a inscribirse. El documento **Preferido** para cada sección está resaltado.

### Prueba de identificación

Elija **UN** elemento con viñetas a continuación:

- Licencia de conducir
- pasaporte
- Tarjeta del Consulado
- Documento INS

### Prueba de residencia

Elija **UN** elemento con viñetas a continuación.

- Factura de servicios públicos (con fecha de los últimos 30 días y a nombre del paciente)
- Contrato de Arrendamiento (fechado en el último año y con el nombre del paciente)
- Si los elementos anteriores no están en el nombre del paciente:

Cualquiera de los anteriores-Y-3 piezas de correo dirigidas al paciente-Y-carta de apoyo (pídenos este formulario)

### Comprobante de ingresos

Elija **UN** elemento con viñetas a continuación:

- Declaración de impuestos sobre los ingresos: la más reciente y firmada.
- Talones de cheque de pago: el último mes más reciente

\*Los siguientes documentos se pueden considerar como prueba de ingresos, pero los pacientes que proporcionen solo estos documentos no serán elegibles para los servicios completos. Los pacientes que traigan solo estos documentos pueden ser atendidos ÚNICAMENTE para visitas a Hope Clinic y no son elegibles para radiología, atención especializada, fisioterapia y otros recursos importantes.

Si se paga en EFECTIVO: Carta del empleador en PAPEL MEMBRETE que indique todo lo siguiente:

- Su nombre
- Confirmación de que se le paga en efectivo
- Monto en dólares de ingresos por semana
- Número de horas por semana
- Formulario de Declaración de No Renta (solicítanos este formulario)

### Otros Documentos Requeridos:

Traiga **TODOS** los que correspondan.

- Prueba de manutención infantil-SNAP-TANF-Vivienda pública

### Paquete de Registro Completo



## Bienvenidos a Hope Clinic

Hope Clinic of Garland es una clínica cristiana financiada 100% por donaciones y subvenciones. Cuenta con muchos proveedores de atención médica voluntarios que donan su tiempo para servirle. Como su nuevo hogar médico, esperamos trabajar con usted para brindarle la mejor atención física, mental y espiritual. Lea cómo puede asociarse con nosotros.

Te pedimos que:

- Trate a nuestro equipo con cortesía y respeto.
- Sea honesto acerca de su salud e información de inscripción
- Complete todas las pruebas y tratamientos recomendados por su médico, incluidos los procedimientos de salud preventivos, como pruebas de Papanicolaou y vacunas. Esto le da la mejor oportunidad para una buena salud.
- Llegue 15 minutos antes de la hora de su cita.
- Lleve TODOS sus frascos de medicamentos a CADA cita
- Llame a la clínica con al menos 24 horas de anticipación si no puede asistir a su cita. Esto permitirá ver a otro paciente. Si pierde 3 citas sin llamarnos, es posible que lo despidan de la clínica.
- Estas mismas expectativas se aplican a cualquier cita para un especialista o radiografía a la que lo remitimos. Trátelos con cortesía, llegue temprano a sus citas y llame si no podrá asistir a su cita.
- Infórmenos de cualquier cambio en su información de contacto, incluido su nombre, dirección, número de teléfono o estado del seguro, dentro de los 30 días.
- Inscribáse en la aplicación MYBSWHealth para que podamos compartir su información de salud con usted de manera confidencial.
- Llame a la clínica o envíe un mensaje a través de la aplicación MYBSWHEALTH con cualquier problema, pregunta o necesidad de medicamentos. Llame temprano en el día para que podamos tratar de abordar la inquietud el mismo día. Vuelva a llamar si no ha tenido noticias nuestras dentro de las 24 horas. Para recargas de medicamentos, comuníquese con su farmacia.
- Cuando pueda, considere apoyar a Hope Clinic con una donación, para que podamos continuar sirviendo a nuestra comunidad.

Nos comprometemos a:

- Tratarle con cortesía y compasión.
- Respetar tu privacidad.
- Cuidar de usted lo mejor que podamos.
- Explicar enfermedades, tratamientos y resultados de una manera fácil de entender.
- Escucharlo y ayudarlo a tomar decisiones sobre su atención.
- Proporcionar medicamentos asequibles cuando sea posible.
- Esforzarse por llegar a tiempo a las citas.
- Orar por y con usted.

Firma del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_



## Información e Historial del Paciente

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

Dirección: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ Seguro Social: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

Preferencia de Género: Hombre \_\_\_ Mujer \_\_\_ Otro \_\_\_

Estado civil: Casado \_\_\_ Separado \_\_\_ Divorciado \_\_\_ Soltero \_\_\_ Viuda \_\_\_

Raza: Hispano \_\_\_ Afro-Americano/a \_\_\_ Caucásico/a \_\_\_ Asiática / Pacífico \_\_\_ Otro \_\_\_

Idioma preferido: Inglés \_\_\_ Español \_\_\_ Otro \_\_\_

Asistencia: ¿Tienes seguro médico? Sí \_\_\_ No \_\_\_

Estoy inscrito en:  Seguro a través de mi empleo  Medicaid  Medicare Parte A  Medicare Parte B  Medicare Parte C  Medicare Parte D  Programa de Mujeres Saludables de Texas

Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio/Obamacare  Otro: \_\_\_\_\_

Asistencia adicional que recibo:  Seguro Social Discapacidad  Ingresos del Seguro Social

SNAP (Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria)  Vivienda  TANF  Manutención de niños

Historia de la atención médica de Parkland:

¿Cuándo fue la última vez que lo vieron en un centro de salud de Parkland (¿cualquier clínica, sala de emergencias, hospital de Parkland?) Mes/año aproximado: \_\_\_\_\_ ¿Cobertura actual de Parkland Health Plus? Sí o no

¿Cuál describe mejor su situación laboral actual?

Empleado \_\_\_ Desempleado \_\_\_ Autónomo Jubilado \_\_\_ Discapacitado \_\_\_ Otro \_\_\_

Nombre del empleador: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_

¿Quién lo refirió a la Clínica Hope? (Nombre del hospital, individuo, etc....) \_\_\_\_\_



### Preferencias de comunicación del paciente

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

Como nuestro paciente, necesitamos comunicarnos con usted sobre citas, medicamentos, resultados y más. Puede actualizar esta información por escrito en cualquier momento. Indique sus preferencias de comunicación a continuación.

**DOY PERMISO PARA SER CONTACTADO DE LA SIGUIENTE MANERA:**

Teléfono móvil: \_\_\_\_\_

- Ok para dejar un mensaje con información detallada
- Deje un mensaje solo con el número de devolución de llamada

Otro número: \_\_\_\_\_

- Ok para dejar un mensaje con información detallada
- Dejar mensaje con números de devolución de llamada solamente

Comunicación escrita

- Envíe todo el correo a la dirección de mi casa registrada

Texto

- Puede enviar recordatorios de citas por mensaje de texto, recordatorios de reinscripción, actualizaciones de clínicas (como cierres, distribución de alimentos, etc.) y otros avisos breves al teléfono celular anterior

**DOY PERMISO PARA QUE EL PERSONAL DE LA CLÍNICA HOPE SE CONTACTE Y DIVULGUE MI INFORMACIÓN MÉDICA A:**

Nombre	Relación	Teléfono

**\*\*Importante:** Nuestros médicos deben poder comunicarse con usted. Proporcione al menos dos contactos de confianza a los que podamos comunicarnos en caso de emergencia o cuando no podamos comunicarnos con usted. Asegúrese de que su correo de voz esté configurado para recibir mensajes y no esté lleno.

**NO DIVULGUE NINGUNA INFORMACIÓN MÉDICA A NADIE QUE NO SEA MÍ.**

Hope Clinic respeta su derecho a la privacidad y seguirá las pautas de HIPAA al proteger su información de salud. Entiendo que el correo electrónico y los mensajes de texto estándar no son formas confidenciales de comunicación y pueden no ser seguros. También puede haber cargos asociados con estos métodos de comunicación por los cuales nuestra clínica no es responsable. Entiendo que la aplicación MYBSW es la forma más segura de comunicarse con la clínica.



## Consentimientos y avisos del paciente

**Consentimiento general-** Doy mi consentimiento para permitir que Hope Clinic of Garland me brinde el servicio médico, la evaluación, el diagnóstico, el tratamiento y la atención necesarios (colectivamente, "atención"). Mi consentimiento incluye exámenes, imágenes, pruebas de laboratorio (incluidas, entre otras, pruebas de VIH), medicamentos, tratamiento médico y/u otros servicios prestados por médicos, profesionales de práctica avanzada, asistentes técnicos, sus asociados y otros proveedores de atención médica. incluyendo enfermeras y otro personal de Hope Clinic (colectivamente, "proveedores"), que son recomendables durante el curso de mi evaluación, diagnóstico, atención y tratamiento. Este consentimiento es de naturaleza continua durante todo el curso de mi atención, a menos que yo lo revoque específicamente.

**Telemedicina-** Doy mi consentimiento para recibir atención a través de telemedicina o mediante el uso de comunicaciones electrónicas, como video o comunicaciones virtuales, con proveedores que se encuentran en un sitio diferente.

**Control sobre las decisiones-** Acepto y comprendo que tengo derecho a tomar decisiones sobre mi atención y que mis proveedores y yo discutiremos y acordaremos sobre mi atención.

**Pruebas después de una exposición accidental- Acepto** y comprendo que la ley de Texas establece que, si algún proveedor o trabajador de la salud está expuesto a la sangre u otro fluido corporal de un paciente, Hope Clinic puede realizar pruebas en la sangre u otro cuerpo del paciente para determinar la presencia de cualquier enfermedad contagiosa. Doy mi consentimiento para la prueba de enfermedades transmisibles, en caso de una exposición accidental a un proveedor, trabajador de la salud u otra persona.

**Requisitos de informes estatales-** Acepto y comprendo que la ley exige que Hope Clinic of Garland o el proveedor informen ciertas enfermedades infecciosas, como el VIH y la tuberculosis, al departamento de salud estatal o a los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades. Además, entiendo que la ley exige que Hope Clinic informe ciertas actividades, incluido el abuso y la negligencia.

**Liberación de información-** Acepto y entiendo que Hope Clinic of Garland puede divulgar mi información de atención médica para cualquier propósito permitido por la ley y puede divulgar mi información a otros proveedores para mi atención continua.

**Comunicación-** Autorizo a los proveedores de Hope Clinic of Garland a comunicarse conmigo a mi teléfono celular y/o teléfono de casa o por correo electrónico, mensajes de texto o cualquier otra forma de comunicación electrónica.

**Retención de registros-** Acepto y comprendo que Hope Clinic of Garland conservará mis registros médicos durante el período de conservación requerido. Reconozco que Hope Clinic puede autorizar la eliminación de registros médicos al final de este período de retención.

**Aviso de Prácticas de Privacidad-** Reconozco que se me ha dado la oportunidad de leer una copia del "Aviso de prácticas de privacidad" de Hope Clinic of Garland. Reconozco que puedo obtener una copia adicional del "Aviso de prácticas de privacidad" en el sitio web de nuestra clínica.

**Fotografía-** Doy mi consentimiento para fotografiarme a mí mismo y/o parte(s) de mi cuerpo involucrado en mi atención con el propósito de mi atención médica.

**Garantía- Estoy** de acuerdo y entiendo que las prácticas de la medicina no son una ciencia exacta y reconozco que no se han hecho garantías sobre los resultados de mi atención brindada por Hope Clinic of Garland o proveedores.

**Aviso de responsabilidad limitada-** Esto es para notificarle que bajo la ley federal relacionada con la operación de clínicas gratuitas, la Ley Federal de Reclamos por Agravio (FTCA), (Ver 28 U.S.C.1346 (b), 2671-80) proporciona el remedio exclusivo para daños por lesiones personales, incluyendo muerte, como resultado del desempeño de funciones médicas, quirúrgicas, dentales o relacionadas por parte de cualquier médico voluntario de clínica gratuita, miembro de la junta, empleado de oficina o contratista independiente que el Departamento de Salud y Servicios Humanos haya considerado empleado del Servicio de Salud Pública. Esta cobertura de mala praxis médica de la FTCA se aplica a profesionales de la salud voluntarios, miembros de la junta, funcionarios, empleados o contratistas independientes que se consideren gratuitos y que hayan brindado un servicio requerido o autorizado según el Título XIX de la Ley del Seguro Social (es decir, el Programa de Medicaid) en un sitio de la clínica gratuita o a través de programas o eventos fuera del sitio llevados a cabo por la clínica gratuita (consulte 42 U.S.C.233 (a), (0). La ley federal anterior y otras leyes estatales y federales, incluida la Ley Federal de Protección de Voluntarios de 1997, pueden cubrir ciertas clínicas gratuitas. profesionales de la salud que brindan servicios de atención médica a los pacientes en esta clínica gratuita.

Firma del paciente: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

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



### Formulario de referencia de la comunidad

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

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Código Postal: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Nos gustaría saber si hay otras dificultades, además de sus necesidades médicas que usted o su familia estén experimentando actualmente.

¿Desea información sobre alguno de los siguientes?

- 1. Ansiedad/Depresión/Estrés
- 2. Despensa de alimentos/Cupones para alimentos
- 3. Asistencia Financiera/Alquiler/Utilidades
- 4. Vivienda/Ropa
- 5. Inmigración/Legal
- 6. Capacitación laboral/Educación/GED
- 7. Crianza de los hijos
- 8. Muerte reciente/Pérdida/Duelo
- 9. Tabaquismo/Drogas/Alcohol
- 10. Violencia/Abuso

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**\*\*\* Si tiene pensamientos de querer morir, lastimarse a sí mismo o a otros, o si se encuentra en una situación en la que ha sido o podría estar físicamente lastimado, llame al 911 para obtener ayuda\*\*\***

**Cualquier información que proporcione es confidencial y solo se compartirá con la organización pertinente.**

Firma del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_



### Formulario de verificación de ingresos

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

#### Enumere todas las personas en el hogar, incluido el paciente

Nombre	Relación	Edad	Solo uso de oficina. Ingresos documentados	Solo uso de oficina. Ingresos anuales
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				

**Total=**

Para calcular el ingreso bruto anual total proyectado: Semanal x 52, bimensual x 26, mensual x 12

(Si los ingresos varían, utilice el promedio)

**Raza:** (elija uno) Caucásico\_\_\_\_, Negro o Afro-Americano\_\_\_\_, Asiático\_\_\_\_, Nativo Americano de Alaska\_\_\_\_, Hawaiano u otra Isla del Pacífico\_\_\_\_, Multirracial\_\_\_\_, Otro \_\_\_\_\_

**Etnica:** Hispano o latino \_\_\_\_\_ No hispano o latino \_\_\_\_\_

---

### Solo para uso de la oficina

#### Nivel Federal de Pobreza (200%)

Circulé qué categoría de ingresos refleja el tamaño de la casa: EXT.BAJO, MUY BAJO, BAJO

Fecha de verificación de ingresos: \_\_\_\_\_ Persona de admisión \_\_\_\_\_ Distrito del consejo \_\_\_\_\_