

# Solicitud de Servicios

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

**Nombre Preferido** (si tiene alguno): \_\_\_\_\_

**Nombre del Padre/Tutor** (si aplica): \_\_\_\_\_ **Relación al paciente:** \_\_\_\_\_

**Sexo:**  M  F **Fecha de nacimiento:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ **Seguro Social:** \_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_  Ninguno  
 (mes) (dia) (año)

**Dirección:** \_\_\_\_\_  Ninguno  
 Calle Ciudad Estado Código Postal

**Teléfono:** (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ **Celular:** (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ **Trabajo:** (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

**Correo Electrónico:** \_\_\_\_\_  Ninguno

**Preferencia de contacto** (*por favor escoge uno*):  Teléfono de casa  Teléfono de trabajo  Celular  Correo electrónico

**Le das consentimiento de contactarte?**  Si  No **Le das consentimiento de mandarte un texto?**  Si  No

**Lenguaje Preferido:**  English  Español  Otro \_\_\_\_\_ **Necesita Traducción:**  Si  No

**Raza:**  Indio Americano  Asiático  Indio Asiático  Afroamericano  Europeo  Filipino  Japonés  Coreano  
 Hawaiano Nativo o Isleno Pacífico  Blanco  Declino a responder

**Etnia:**  Centro Americano  Cubano  Dominicano  Hispano o Latino/Español  Mexicano  No Hispano o Latino  
 Puerto Riqueno  Sur Americano  Español  Declino a responder

**Estado Civil:**  Casado  Soltero  Divorciado  Separado  Viudo(a)  Pareja

**Como escuchaste de la Clínica Hope?**  Publicidad  Otro Doctor  Recomendación  Paciente de Clínica Hope  
 Hospital  Iglesia  Otro: \_\_\_\_\_

**Nombre Contacto de Emergencia:** \_\_\_\_\_ **Relación** \_\_\_\_\_

**Teléfono Contacto de Emergencia:** (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ **Celular:** (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

**Que describe mejor tu estado de empleo ahora?**  Empleado  Desempleado  Trabajador Independiente  Retirado  Otro

Por favor pon el nombre de tu empleador: \_\_\_\_\_ **Industria:** \_\_\_\_\_

**Tienes seguro médico o participas en algún programa de asistencia médica?**  Si  No

**Si marcaste si, que tipo?**  Medicaid  Medicare  Seguro Médico Privado  CHIP  Otro: \_\_\_\_\_

**Cual es/o son las razones de tu visita?** \_\_\_\_\_

**Si no hubieras venido a la Clínica Hope hoy, a donde hubieras ido a recibir servicio médico?**  Emergencias  
 Clínica de Urgencias  Oficina de Doctor  Otra clínica gratuita  No hubiera recibido servicio médico

Todos los records médicos están guardados electrónicamente. Los pacientes pueden acceder sus records médicos, mandar mensajes a los proveedores, solicitar recargas de recetas, y ver los resultados de exámenes y más por medio de su cuenta en el portal virtual. El portal virtual para los pacientes es gratis y puede ser accesado por medio de la página web de la Clínica Hope [www.hopeclinicmckinney.org](http://www.hopeclinicmckinney.org). Te gustaría que algún miembro del personal de la Clínica Hope te ayude a crear una cuenta en línea?  Si  No

# Permiso para Tratar al Paciente

Hope Clínica de McKinney es una agencia que no es gubernamental y es sin fines de lucro. Ha sido diseñada para proveer cuidado médico a familias de McKinney que no tienen ningún otro medio de asistencia médica. Para servirte mejor, te pedimos tu cooperación en seguir las pólizas escritas debajo. Si no te es posible seguir las normas, o no las encuentras aceptables, otro proveedor de salud podrá satisfacer sus necesidades. Esta polica aplica para citas en persona y por telemedicina. **POR FAVOR LEEA Y PONGA SUS INICIALES AL LADO DE CADA DECLARACION.**

Iniciales	
	Yo entiendo que los exámenes y tratamientos médicos que se me provean a mi (o mi hijo(a) menor de edad) este día, serán por un médico, asistente médico o una enfermera practicante de medicina.
	Yo autorizo a cualquier profesional de cuidados médicos asociado con Clínica Hope a revelar cualquier información personal, evaluación e información del tratamiento a otros proveedores profesionales para continuar mis cuidados médicos o con el propósito de obtener información de otros lugares cuando sea médicamente necesario.
	Yo entiendo que la Clínica Hope no prescribe narcóticos.
	Si soy referido a otra agencia para asistencia, doy permiso para que la información pertinente sea liberada a esa agencia. Si la Clínica Hope me provee con referencias, Yo estoy de acuerdo que no tiene responsabilidad legal por los servicios proveídos por otras agencias.
	Entiendo que yo soy responsable por el seguimiento de pruebas y tratamientos ordenados por la Clínica Hope. Yo entiendo que si fallo en seguir las órdenes del médico o enfermeras, mi tratamiento va a ser en vano.
	Yo entiendo que mis records médicos están disponibles si los solicito firmando una forma de liberación de records médicos durante las horas hábiles de la oficina o por el portal Athena Patient.
	Toda la información es tratada con estricta confidencialidad, excepto si es requerido por la ley o por las siguiente circunstancias: (1) cuando hay una razón de sospecho de abuso infantil, ya sea que el paciente es la víctima o el abusador, o cuando hay una amenaza de daño a una tercera persona; (2) cuando hay una amenaza de daño auto infligido; (3) cuando hay una razón de sospecho de violencia intima por parte de la pareja; (4) cuando hay una amenaza contra la clínica.
	Yo estoy de acuerdo de informar a la Clínica Hope con 30 días de anticipación si hay algún cambio a mi nombre, dirección, número de teléfono, ingresos del hogar, o si califico para algún seguro médico, llamando al (469) 712-4246.
	Yo estoy de acuerdo que uno de los requisitos consiste en re-aplicar cada año con mi información financiera más reciente.
	<b>Yo entiendo que si falto a 3 citas en un año, no seré elegible para recibir cuidado médico de la clínica Hope. Si llamo para cancelar mi cita con 24 horas de anticipación esto no contara en contra de mi porque le dará el tiempo al personal de llenar mi espacio de cita con otro paciente. Yo entiendo que puedo dejar un mensaje de voz al (469) 712-4246 para cancelar o reprogramar mi cita. Entiendo que si llego más de 5 minutos tarde a mi cita, la clínica no garantiza que el doctor me pueda recibir y talvez tenga que reprogramar mi cita.</b>
	Yo entiendo que el tomar video o grabar audio de cualquier porción de mi visita, con cualquier método o aparato, incluyendo celulares, es estrictamente prohibido. Yo entiendo que la Clínica Hope y sus representantes (pagados o voluntarios) no dan su consentimiento para ser grabados.
	Yo entiendo que si no coopero, si tengo una actitud abusiva, verbal o física, si estoy intoxicado, o tengo un comportamiento inapropiado, no seré elegible para recibir servicios en la Clínica Hope.

He leído, entendido y estoy de acuerdo con las reglas de Hope Clinic de McKinney. Yo entiendo que se me pueden negar los servicios de Hope Clinic de McKinney si he dado información falsa.

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

Firma del Padre/Tutor Legal (si aplica): \_\_\_\_\_



# Aviso de Privacidad en la Practica

*Una copia laminada del Aviso de Privacidad en la práctica, la puedes encontrar al final de tu paquete de registraci3n.*

Yo, \_\_\_\_\_, he leído el Aviso de Privacidad de la Clínica Hope de McKinney. Yo entiendo que si tengo alguna pregunta puedo contactar a la Directora Ejecutiva, quien está actuando como el Oficial Privado al (469) 712-4246. Yo entiendo que puedo recibir una copia de este Aviso si lo solicito.

\_\_\_\_\_  
Nombre del Paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha (mes/día/año)

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente

\_\_\_\_\_  
Firma Padre/Tutor (si aplica)

**FOR OFFICE USE ONLY**

We attempted to obtain written acknowledgement of the above stated legal notices, but acknowledgement could not be obtained because:

- |                          |   |
|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | individual refused to sign the acknowledgement.                 |
| <input type="checkbox"/> | communication barriers prevented obtaining the acknowledgement. |
| <input type="checkbox"/> | an emergency situation prevented obtaining the acknowledgement. |
| <input type="checkbox"/> | Other (please specify):   |

Staff Signature \_\_\_\_\_ Printed Name \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_



## Acto Federal de Demandas por Agravio de Parte de la Clinica Gratuita (FTCA) Notificación de Seguro Limitado para el Paciente

*Debe proveérsele al paciente antes de practicarle cualquier servicio de salud con la excepción en casos de emergencia cuando ésta puede ser entregada después de haberse atendido dicha emergencia o dársele también a los padres o guardián legal en caso de que el paciente carezca de responsabilidad legal para su cuidado bajo la ley del estado.*

### Notificación al Paciente

Esto es para notificarle a usted que bajo la ley Federal y en relación al funcionamiento de las clínicas gratuitas la FTCA (Ver 28 U.S.C. § 1356(b), 271-80) le provee una cobertura exclusiva, por los daños personales incluyendo muerte como resultado por negligencia médica, cirugía, tratamiento dental o acciones ejecutadas por cualquier practicante voluntario de cuidados de salud de la clínica, a quien el Departamento de Salud y Servicios Humanos ha considerado como empleado del Servicio de Salud Pública. La responsabilidad legal de la persona considerada está limitada de conformidad con el artículo 224(o) de la Ley del Servicio de Salud Pública, 42 U.S.C. 233(o). Esta cobertura de FTCA por negligencia incluye a los practicantes voluntarios de cuidados de salud de la clínica que han comprobado autorización para sus servicios bajo el Título XIX de la ley del Seguro Social (Programa Medicaid) directamente a la clínica, por otros medios, programas o eventos de la misma (Ver 42 U.S.C. §§ 233(a),(o)).

La ley Federal mencionada incluye a algunos profesionales de la clínica que provean servicios de cuidado de salud a los pacientes.

### Consentimiento de Cuidado Caritativo

Yo, \_\_\_\_\_, entiendo que los médicos de Hope Clinic de McKinney son voluntarios proveedores de cuidados médicos que practican estos cuidados sin el propósito de ser remunerados financieramente.

También entiendo que la responsabilidad civil tanto la organización caritativa como la de los empleados de la misma está limitada. Estos límites que aplican a empleados y organización por separado, no son límites combinados.

Nombre del Paciente en Letra Molde: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del Paciente:

Firma Padre/Tutor Legal (si aplica): \_\_\_\_\_

## Comunicaciones de Informacion de Salud

### Comunicación con el paciente

Por favor escoge uno de cada uno de las siguientes métodos de comunicación:

#### Teléfono de Casa:

Δ Hope Clinic puede dejar un mensaje detallado con información.

Δ Hope Clinic puede dejar un mensaje con un numero de para regresar la llamada solamente.

#### Teléfono Celular:

Δ Hope Clinic puede dejar un mensaje detallado con información.

Δ Hope Clinic puede dejar un mensaje con un numero de para regresar la llamada solamente.

### Comunicación con otros

Yo autorizó al personal de Hope Clinic de McKinney divulgar cualquier información o detalles sobre mi condición/es con los siguientes familiares o amigos:

Nombre	Relación	Número de Teléfono

Nombre	Relación	Número de Teléfono

Nombre	Relación	Número de Teléfono

Δ No deseo divulgar cualquier información con alguien mas.

La duración de esta autorizacion sen válida indefinidamente a menos que sea revocada por escrito. Yo entiendo que cualquier otra persona que no esté en la lista necesitara una autorización previa antes de recibir cualquier información medica.

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del Padre/Tutor Legal (si aplica)



# Forma de Recursos para la Comunidad

Nos gustaría saber si además de sus necesidades médicas, existen otros problemas que actualmente estén afectando a usted o a su familia. Nuestros voluntarios podrán revisar esta forma con usted para referirlo a alguna organización en nuestra comunidad que pueda ayudarlo. Toda la información que usted nos brinde es estrictamente confidencial y podrá ser compartida solamente con las organizaciones pertinentes. Por favor checa las opciones debajo y dinos si gustarías hablar con alguien de nuestro equipo:

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Ansiedad/Depresión/Estrés | <input type="checkbox"/> Muerte reciente o pérdida     | <input type="checkbox"/> Necesita ayuda con comida/ropa/ Estampillas de comida          |
| <input type="checkbox"/> Dentista                  | <input type="checkbox"/> Visión                        | <input type="checkbox"/> Necesita saber en qué lugar lo ayudan con renta u otros gastos |
| <input type="checkbox"/> Vivienda                  | <input type="checkbox"/> Inmigración/Asuntos Legales   | <input type="checkbox"/> Entrenamiento para trabajo/ Educación /GED                     |
| <input type="checkbox"/> Mamografía /Papanicolaou  | <input type="checkbox"/> Medicaid/Aplicación para CHIP | <input type="checkbox"/> Nutrición/Ejercicio  |
| <input type="checkbox"/> Fumar/Drogas/Alcohol      | <input type="checkbox"/> Transporte                    | <input type="checkbox"/> Sobre cómo ser mejor padre/madre                               |
| <input type="checkbox"/> Violencia/Abuso           | <input type="checkbox"/> Aprender Ingles               | <input type="checkbox"/> Otros  |

*Favor de contestar las siguientes preguntas en la forma más conveniente:*

- |  |                          |        |                          |                          |                          |
|--|--------------------------|--------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Nos hemos preocupado si se nos acabara la comida antes de conseguir dinero para comprar más en los últimos 12 meses. | A                        | menudo | Hay                      | Veces                    | Nunca                    |
|  | <input type="checkbox"/> |        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| La comida que compramos no duro, y no teníamos más dinero para comprar más en los últimos 12 meses.                  | A                        | menudo | Hay                      | Veces                    | Nunca                    |
|  | <input type="checkbox"/> |        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Te gustaría que alguien de nuestro equipo ore por ti mientras estas aquí en la clínica?     Si    No

Si estas de acuerdo, por favor escribe tu peticion debajo. Esta informacion es confidencial y no sera compartida con nadie afuera de nuestro equipo de oracion.

---



---



---



---



## Autorización Para Divulgar Información Médica

Nombre de Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Proporcionar de: \_\_\_\_\_

Proporcionar a: Hope Clinic, PO Box 2543 McKinney, TX 75070, (p) 469.712.4246

1. **INFORMACION PARA SER PROPORCIONADA:** (Compruebe todos aplicables)

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Toda La Informacion                       | <input type="checkbox"/> Todas Las Notas De Progreso              |
| <input type="checkbox"/> Expedientes de Laboratorio                | <input type="checkbox"/> Expedientes de Radiografia               |
| <input type="checkbox"/> Electrocardiograma (ECG)                  | <input type="checkbox"/> Expedientes de Alergia                   |
| <input type="checkbox"/> Expedientes de las Inmunizaciones         | <input type="checkbox"/> Other: _____                             |
| <input type="checkbox"/> Resumen de Alta                           | <input type="checkbox"/> Las mas recientes pruebas de laboratorio |
| <input type="checkbox"/> Informes Quirurgicos                      | <input type="checkbox"/> Imágenes Medicas (2 años)                |
| <input type="checkbox"/> Las Notas de Progreso de la visita pasada |   |

**Autorización Especial:** Compruebe cada caja applicable y firme en la linea inmediata con mi firma a continuar, autorizo a la oficina para que proporcione toda mi informacion con respecto a:

- Alcohol    Drogas    Salud Mental    Enfermedad de Transmisión Sexual    HIV    Sida

**Note:** If this release pertains to alcohol, drug, or mental health information, please note that this information has been disclosed to you from records protected by federal confidentiality rules (42 CFR part 2). The federal rules prohibit you from making any further disclosure of this information unless additional further disclosure is expressly permitted by written consent of the person to whom it pertains or as otherwise permitted by 42 CFR part 2. A general authorization for the release of medical or other information is not sufficient for this purpose. The federal rules restrict any use of the information to criminally investigate or prosecute any alcohol or drug abuse patient.

Firma de Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

2. **Expediente del Periodo:** \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ **hasta** \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

3. **Proposito de Acceso:** (Compruebe todos aplicables)

- |  |   |                                |
|--|---|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Asistencia Médica | <input type="checkbox"/> Pago de el Caso con la Asegurancia             | <input type="checkbox"/> Legal |
| <input type="checkbox"/> Personal          | <input type="checkbox"/> Demanda de la Remuneración de los Trabajadores |                                |
| <input type="checkbox"/> Otro: _____       |   |                                |

4. Entiendo que esta autorización será válida por cinco años. Entiendo que puedo revocar este consentimiento en cualquier momento a menos que hasta el punto de la acción ya se haya tomado.

5. El solicitante puede ser proporcionado una copia de esta autorización.

Firma de Paciente/Guarda: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**FOR OFFICE USE ONLY**

Sending Staff Member Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_ Pt. # \_\_\_\_\_