

## Lista de documentos necesarios para inscribirse

Debe tener toda la documentación para poder inscribirse

---

IDENTIFICACIÓN CON FOTO

COMPROBANTE DE DOMICILIO

Elija uno:

\_\_\_\_\_ Dirección en la identificación

\_\_\_\_\_ Factura de servicios públicos o contrato de alquiler

\_\_\_\_\_ Autodeclaración

COMPROBANTE DE INGRESO

Elija uno:

\_\_\_\_\_ talones de cheques / Estados de cuenta bancarios / Carta de empleo/ etc

\_\_\_\_\_ enviar copias digitales por correo electrónico a **jenny@hopeclinicmckinney.org**

\*No se puede completar el proceso de inscripción si la clínica no ha recibido un correo electrónico

\_\_\_\_\_ Autodeclaración\*\*

\*\*No se aceptarán autodeclaraciones fuera de Hope Clinic

(es decir, imágenes, asistencia de RX, etc. se pagarán por cuenta propia)

PAQUETE DE INSCRIPCIÓN COMPLETO

---

OFFICE USE ONLY:

Applicant # \_\_\_\_\_

\*No applications taken after 12:00PM

\*No se aceptan solicitudes después de las 12:00 p.m.

# Formulario de Registro

PT# \_\_\_\_\_

Apellido \_\_\_\_\_

Sexo - M / F

Nombre \_\_\_\_\_

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

Nombre Preferido \_\_\_\_\_

SSN \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_  Ninguno

Segundo Nombre \_\_\_\_\_

Direccion \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_

Estado \_\_\_\_\_

Codigo Postal \_\_\_\_\_

Teléfono de casa # \_\_\_\_\_

Celular # \_\_\_\_\_

**Consentimiento para Texto Si/ No    Consentimiento para Llamar Si / No**

Correo Electronico \_\_\_\_\_

**Preferencia de contacto** (*por favor  
escoja uno*)

**Home      work**

**Mobile      Mail**

**Contacto de Emergencia**

**Nombre** \_\_\_\_\_

**Numero** \_\_\_\_\_

**Relacion** \_\_\_\_\_

Lenguaje: \_\_ English \_\_ Español Otro \_\_\_\_\_ Necesita Traducción: Si/No

**Raza:** American Indian -Asian -Asian Indian -Black or African American -European -Filipino -  
Japanese Korean -Native Hawaiian or Other Pacific Islander -White -Decline to answer

**Etnia:** -Central American -Cuban -Dominican -Hispanic or Latino/Spanish -Mexican -Not Hispanic or  
Latino -Puerto Rican -South American -Spaniard -Decline to answer

**Estado civil:** \_\_ Casado \_\_ Soltero \_\_ Divorciado \_\_ Separado \_\_ Viudo \_\_ Pareja

Todos los récords médicos están guardados electrónicamente. Los pacientes pueden acceder a sus récords 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 accedido 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

¿Como escuchaste de la Clínica Hope?  Publicidad  Otro Doctor  Recomendación  Paciente de Clínica Hope  Hospital  Iglesia

Otro: \_\_\_\_\_

¿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 medico

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

Si marcastesi, ¿qué tipo?  Medicaid  Medicare  Seguro Médico Privado  CHIP

Otro: \_\_\_\_\_

Cuales/ o son las razones de tu visita? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## 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

	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 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.		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.		<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 contará 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 tal vez 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.
	Yo estoy de acuerdo que uno de los requisitos consiste en re-aplicar cada año con mi información financiera más reciente.		Yo entiendo que la Clínica Hope no prescribe narcóticos.

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 \_\_\_\_\_

## 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)

## Acto Federal de Demandas por Agravio de Parte de la Clínica 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 \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

## Comunicaciones de Información de Salud

### Comunicaciones con el paciente

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

Cell Phone	Si / No	Home Phone	Si / No
Hope Clínic puede dejar un mensaje <u>detallado con información</u>		Hope Clínic puede dejar un mensaje <u>detallado con información</u>	
Hope Clinic <u>Solo</u> puede dejar un mensaje con un numero de para regresar la llamada		Hope Clinic <u>solo</u> 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

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)

## Patient Rights and Responsibilities

En Hope Clinic creemos en el cuidado de la salud en equipo. Eso significa que nosotros, como proveedores de atención médica, tenemos un papel activo y usted, como paciente, tiene un papel activo.

**Hope Clinic es responsable de:**

- Brindar servicios de atención primaria basados en evidencia.
- Proporcionar atención considerada y respetuosa.
- Explicar todos los procedimientos y resultados de las pruebas en las citas con los pacientes.
- Dar respuestas razonables a las preguntas en las citas.
- Mantener toda la información médica privada.

**Usted, como paciente, es responsable de:**

- -Llegar a tiempo a las citas. Si debe cancelar o reprogramar, debe llamarnos al (469) 712-4246 al menos 24 horas antes de la hora de la cita. Dejar un mensaje de voz constituirá contacto. Si pierde tres citas en un año sin llamar para cancelar o reprogramar, Hope Clinic puede suspender la atención.
- En la medida de lo posible, haga una donación de cualquier cantidad en cada visita para ayudar a cubrir los costos asociados con la atención brindada al siguiente paciente.
- Obtener cualquier prueba de laboratorio o imagen que ordene su médico antes de su próxima cita.
- Informar a Hope Clinic dentro de los 30 días de cualquier cambio en su estado de seguro, ingresos o información de contacto. El no hacerlo puede dar lugar a un tratamiento retrasado.
- Entrega oportuna de documentos actualizados de inscripción de pacientes (prueba de residencia e ingresos) cada año.
- -Ser un socio activo en el manejo de su salud.

---

Nombre de Paciente

---

Firma de Paciente



Si cree que tiene una emergencia médica mientras espera su cita, llame al 911 o vaya a la sala de emergencias más cercana de inmediato. No se le puede dar ningún consejo médico hasta que lo vean en su primera cita médica.

Razón de cita:

---

---

Farmacia preferida

Nombre/dirección \_\_\_\_\_

Alergias	Medicamentos
----------	--------------

Medicamentos a los que es alérgico:

Indique el medicamento y la dosis.

---

---

---

---

Alérgico al látex: Si / No

---

Vacunas: Indique Sí o No y proporcione las fechas.

Tétano Si/No fecha: \_\_\_\_\_ Neumonía Si/No fecha: \_\_\_\_\_

Gripe Si/No fecha: \_\_\_\_\_ COVID-19 Si/No fechas: \_\_\_\_\_

Historial medico: ¿Tienes diabetes, enfermedades del corazón, hipertensión, cáncer? etc.

---

---

---

Antecedentes familiares: Materno/Paterno: ¿Diabetes, hipertensión, caner? Etc

---

---

---

Historia social

¿Fumas? ¿Si o no \_\_\_\_\_ ¿Ex fumador? Sí o no \_\_\_\_\_

¿Con qué frecuencia? \_\_\_\_\_ ¿Cuándo dejaste de fumar? \_\_\_\_\_

¿Cuántos años? \_\_\_\_\_

¿Te has hecho una tomografía pulmonar? Si o no \_\_\_\_\_ cuando? \_\_\_\_\_

¿Bebes alcohol? Si o no \_\_\_\_\_

¿cuántas bebidas al día o con qué frecuencia? \_\_\_\_\_

¿Has usado drogas ilícitas? Si o No \_\_\_\_\_

Si es así, ¿cuándo fue la última vez que lo usó? \_\_\_\_\_

drogas intravenosas? Si o no \_\_\_\_\_

¿Qué tipo de drogas ha usado? \_\_\_\_\_

Cirugías

Cirugías pasadas: sí o no Listar cirugías con fechas

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Screening

¿Se ha realizado una colonoscopia o alguna otra forma de prueba de detección de cáncer de colon? Si o no \_\_\_\_\_

Resultado \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_ tipo de prueba \_\_\_\_\_

¿Te has hecho la prueba de la hepatitis C? Si o no \_\_\_\_\_

Resultado \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Mujer
Fecha de su último:
Papanicolaou: _____ Anormal S o No
Mamografía _____ Anormal S o No

Hombre
Fecha de su último:
Examen de próstata/ análisis de sangre
_____
Resultado: _____