



Healthy Families. Healthy Community.

Visítenos en cualquiera de nuestras 8 ubicaciones

Clínica Hillendahl

1615 Hillendahl Blvd., Suite 100
Houston, TX 77055
(713) 462-6565

Horario

Lunes-Miércoles: 7am-7pm
Jueves-Viernes: 8am-5pm

Clínica WholeLife

1905 Jacquelyn Drive, Suite 101
Houston, TX 77055
(713) 462-6565
*Estacionamiento: 1838 Johanna Dr,
Houston TX 77055*

Horario

Lunes-Viernes: 8am-5pm

Clínica Pitner

8575 Pitner Road
Houston, TX 77080
(713) 462-6545

Horario

Lunes-Viernes: 8am-5pm
Sábado: 8am-12pm

Clínica West Houston

19333 Clay Road
Katy, TX 77449
(713) 462-6555

Horario

Lunes-Viernes: 8am-5pm

Clínica Katy

5502 1st Street
Katy, TX 77493
(713) 231-5757

Horario

Lunes-Viernes: 8am-5pm

Clínica Cy-Fair

7777 Westgreen Blvd
Cypress, TX 77433
(713) 387-7180

Horario

Lunes-Viernes: 8am-5pm

Clínica NAM

15555 Kuykendahl Rd, Suite 319
Houston, TX 77090
(281) 885-4630

Horario

Lunes-Viernes: 8am – 5 pm

Contacta con nosotros en:

www.sbchc.net

Comparta su experiencia en:



Clínica Memorial

902 Frostwood Dr, Suite 108
Houston, Tx 77024
(713) 827-4744

Horario

Lunes-Viernes: 8am – 5pm

Fax Médico: (346) 299-5173 // Fax Salud Mental: (346) 330-2518 // Fax Dental: (346) 299-5193

Fax de Vivienda: (346) 299-1785 // Fax Administrativo: (832) 831-5369

CENTRO DE SALUD COMUNITARIO DE SPRING BRANCH SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA



Programa de Asistencia Financiera

El programa de Asistencia Financiera es una ayuda especial de SBCHC que puede asistir a los pacientes con dificultad para pagar por servicios de salud. Si usted no califica para seguro médico y tiene escasos recursos, puede aplicar al programa de descuento. Para dicha aplicación necesita presentar lo siguiente:

PRUEBA DE IDENTIFICACIÓN

Usted necesitará una prueba de **identificación personal y de cada miembro de su familia**. Documentos aceptados incluyen: Licencia de manejar de Texas; identificación personal de Texas; pasaporte con fotografía; identificación estudiantil con fotografía; identificación de consulado extranjero; certificado de nacimiento; documentos de inmigración con fotografía; tarjeta para votar de los Estados Unidos; certificado de naturalización.

COMPROBANTE DE DOMICILIO

Usted necesitará una prueba de domicilio, que puede incluir cualquiera de los siguientes:

- Con fecha de los últimos 60 días: cobro de servicios públicos; cobro de tarjeta de crédito; cobro de hipoteca; formulario de verificación del propietario de su casa; correo comercial a su nombre o de su cónyuge; documentos o cheques de beneficio de la Comisión de la Fuerza Laboral de Texas.
- Con fecha de los últimos 12 meses: contrato de renta; documentos escolares de los menores; documentos del DMV; comprobantes de seguro/registro de automóvil; declaración de impuestos de propiedad/salarial; carta del IRS o Seguro Social; certificación para estampillas de comida; Medicaid/CHIP; carta de servicios sociales; tarjeta para votar de los Estados Unidos; comprobantes de la oficina postal.

COMPROBANTE DE COMPOSICIÓN DEL HOGAR

Usted necesitará una prueba de cada uno de los miembros de su familia y familiares que viven en su hogar. Documentos aceptados incluyen: Acta de nacimiento/defunción; forma 1040 del IRS; carta de Seguro Social para dependientes; comprobantes de seguro o de inmigración a los Estados Unidos; decreto de divorcio; identificación del hospital para bebés en los primeros 60 días; inscripción escolar para estudiantes de 18-23 años de edad.

COMPROBANTE DE INGRESOS DEL HOGAR

Usted necesitará un comprobante reciente de los últimos 30 días para cada uno de los miembros del hogar que trabajan. Documentos válidos incluyen: talones de cheque; carta de verificación salarial; forma 1040 (trabajador independiente); cheque de pensión; manutención; Seguro Social; desempleo; retiro; jubilación o compensación de trabajador. Si no tiene comprobantes de ingreso, necesitará comprobantes de ayuda financiera.

COMPROBANTE DE COBERTURA MÉDICA

Usted necesitará comprobante de otros seguros de salud. Documentos válidos incluyen: tarjeta de identificación de seguro **www.sbchc.net** médico (Medicaid, Medicare, CHIP, CHIP Perinatal), póliza de seguro; documentos de la corte u otros documentos legales.

Portal del paciente: Online and FREE in the App Store

NÚMERO DE TELÉFONO VÁLIDO

Usted deberá proporcionar un número de teléfono donde se le pueda localizar. Ejemplos: casa, trabajo, móvil, contacto de emergencia o familiar con quien se le pueda dejar mensaje.



AVISO: Si reúne los requisitos para Asistencia Financiera y posteriormente se determina que la información o comprobantes presentados son falsos, podrá perder su asistencia financiera y SBCHC puede solicitar el pago total por los servicios brindados. Así mismo, se le puede responsabilizar de cargos criminales y/o pena civil

FORMA DE REGISTRO

INFORMACION DE PACIENTE

Apellido(s):		Nombre:		Segundo Nombre:		Lista de Nombres Usados:	
Dirección:				No. Apt:	Ciudad:	Estado:	Zona Postal:
Género al nacer: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Fecha de Nacimiento: / /	Correo Electrónico:		Teléfono: ()	Estado Civil: <input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Otro		
Pacientes mayores de 18 años de edad, favor de contestar la siguiente pregunta: Orientación Sexual¹: <input type="checkbox"/> Sexo Opuesto <input type="checkbox"/> Lesbiana/Homosexual <input type="checkbox"/> Bisexual <input type="checkbox"/> Otra opción <input type="checkbox"/> Prefiere no decir <input type="checkbox"/> No sabe							
Idioma Preferido: <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Vietnamés <input type="checkbox"/> Árabe <input type="checkbox"/> Otro: _____				¿Es Usted veterano de las Fuerzas Armadas de los EE.UU.? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Ascendencia Latina/Hispana: <input type="checkbox"/> Mexicano(a)/Mexicano(a) Americano(a)/Chicano(a) <input type="checkbox"/> Puertorriqueño(a) <input type="checkbox"/> Cubano(a) <input type="checkbox"/> Otro origen Hispano(a)/Latino(a) <i>Por favor especifica:</i> _____ <input type="checkbox"/> No Hispano <input type="checkbox"/> Prefiere no decir				Raza: <i>Seleccione todos los que correspondan</i> <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Afro-Americano <input type="checkbox"/> India Asiático <input type="checkbox"/> Chino <input type="checkbox"/> Filipino <input type="checkbox"/> Japonesa <input type="checkbox"/> Coreana <input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> Otro Asiático <input type="checkbox"/> Hawaiano Nativo <input type="checkbox"/> Otro Isleño Pacífico <input type="checkbox"/> Samoano <input type="checkbox"/> Guameño o Chamorro <input type="checkbox"/> Indio Americano/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Prefiere no decir			
¿Cómo escuchó de nuestra clínica y servicios? <input type="checkbox"/> Familia/Amigo <input type="checkbox"/> Escuela <input type="checkbox"/> Hospital <input type="checkbox"/> Iglesia <input type="checkbox"/> TV <input type="checkbox"/> M.A.M. <input type="checkbox"/> Internet <input type="checkbox"/> Revista <input type="checkbox"/> Periódico <input type="checkbox"/> Radio <input type="checkbox"/> Feria Salud <input type="checkbox"/> Correo/volante <input type="checkbox"/> Otra: _____							

1: **Orientación Sexual** es el término usado para describir a que género(s) se siente uno atraído sexual y emocionalmente.

PERSONA RESPONSABLE DE LOS CARGOS

Nombre Completo:	Relación con el Paciente:	Dirección:	Teléfono: ()
------------------	---------------------------	------------	------------------

CONTACTO DE EMERGENCIA

Nombre Completo:	Relación con el Paciente:	Dirección:	Teléfono: ()
------------------	---------------------------	------------	------------------

INFORMACIÓN DE PHARMACIA

Nombre Completo:	Dirección:	Teléfono: ()
------------------	------------	------------------

INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA

¿Usted renta o es dueño de su casa o apartamento? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si contestó NO a la pregunta anterior, ¿Cómo describiría su situación de vivienda en el último año? <input type="checkbox"/> Albergue <input type="checkbox"/> Viviendo con familiar/conocido <input type="checkbox"/> Vivienda Temporal <input type="checkbox"/> En la calle <input type="checkbox"/> Vivienda Subsidiada	
En los últimos 2 años, ¿Usted o alguien en su familia ha trabajado en algo relacionado a la agricultura/granja? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si respondió SI, ¿Estableció hogar/vivienda temporal? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Usted o su familia se preocupan por si se les acabará la comida y no podrán obtener más? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Estás preocupado por perder tu vivienda? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Actualmente tiene problemas en su hogar para pagar sus servicios públicos, como la calefacción, la electricidad, el gas natural o el agua? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿La falta de transporte le ha impedido asistir a citas médicas, ir al trabajo o conseguir cosas que necesita para la vida diaria? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Esta preocupado de que alguien pueda lastimarlo a usted o a su familia? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	



Autorizo al individuo(s) presente consentir para tratamiento o servicios y para dar y recibir verbalmente información privilegiada sobre su salud relacionado con SBCHC. Si cualquier cambio ocurre a esta autorización será mi responsabilidad notificar SBCHC. Las personas enumeradas abajo deben tener 18 años de edad o más y poseer identificación con fotografía.

Nombre	Fecha de Nacimiento	Relación con el Paciente

INFORMACIÓN DE SU SEGURO MÉDICO

¿El paciente tiene seguro médico? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <i>(Si respondió NO, pase a la siguiente sección)</i>				
¿Cuál es su seguro medico? <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> CHIP <input type="checkbox"/> CHIP Perinatal principal				
<input type="checkbox"/> Seguro Privado: _____		<input type="checkbox"/> Otro(s): _____		
Persona responsable de los pagos	Fecha de Nacimiento: / /	Dirección (si es diferente):		Teléfono: ()
Número ID del subscriptor:	Nombre del Grupo:	Número del Grupo:	Número de Póliza:	Co-Pago: \$
¿Qué relación tiene con el asegurado? <input type="checkbox"/> Usted Mismo <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Hijo(a)/Menor <input type="checkbox"/> Otro: _____				
¿Tiene el paciente seguro médico adicional/secundario? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				

CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO

Acepto el cuidado médico proporcionado por los proveedores de salud de Spring Branch Community Health Center y sus instrucciones respecto a citas y exámenes que puedan ser requeridos. Entiendo el Centro y sus empleados no son responsables de ningún efecto inusual resultado de su cuidado médico o tratamiento.

El paciente nombrado anteriormente autoriza y consiente a cualquier servicio, incluyendo pero no limitado a los procedimientos de diagnóstico, procedimientos de radiología, procedimientos de laboratorio, anestesia, tratamientos médicos o quirúrgicos, salud dental y mental que se juzguen necesarios o recomendables por el personal de salud y asistentes para dicho paciente.

Iniciales

DECLARACIÓN DE CONFIDENCIALIDAD

Toda la información incluida en ésta entrevista y registro son confidenciales y se protegerá bajo la Regla de Privacidad de HIPAA. Le informamos que podemos usar y revelar su información de salud protegida para propósitos de tratamiento, pago(s), o para propósitos del cuidado de salud.

Yo entiendo tener derecho a revisar el "Aviso de Derechos" de Privacidad del Cliente antes de firmar el consentimiento para una descripción más completa y detallada de tal uso.

Yo entiendo que tengo el derecho de pedir las restricciones por escrito así como mi información de salud protegida que se usa o revela para llevar a cabo tratamiento, pago, o para propósitos de cuidado de salud. Yo entiendo que el centro tiene el derecho para revisar y negar esta demanda.

Yo entiendo que yo puedo revocar éste consentimiento por escrito, excepto a las acciones ya realizadas por SBCHC.

Iniciales

ASIGNACIÓN DEL SEGURO

Yo autorizo el pago de beneficios de Medicaid/Medicare/Dental/Otros pagable a mí, directamente a la Entidad de SBCHC. Yo también autorizo la divulgación de cualquier información relacionada a reclamos relacionados a mí o menores bajo mi protección. Yo entiendo que yo soy responsable por todos los gastos de tratamiento incluyendo cualquier servicio no cubierto por mi seguro médico.

Iniciales

Estoy de acuerdo y entiendo el Consentimiento anterior para el Tratamiento, la Declaración de Confidencialidad y la Asignación del Seguro.

Nombre Completo del Paciente

Fecha de Nacimiento del Paciente

Firma del Paciente/Tutor

Relación con el Paciente

Fecha

CONSENTIMIENTO PARA RECIBIR MENSAJES DE TEXTO SMS

Al firmar lo siguiente, autorizo a Spring Branch Community Health Center a comunicarse conmigo por mensaje de texto SMS. (recordatorios de citas, anuncios de los centros, etc.)

Firme aquí para aceptar que reciba mensajes de texto: _____

Coloque sus iniciales aquí si NO desea recibir mensajes de texto SMS de SBCHC: _____

PARA USO EXCLUSIVO DE STAFF

REVIEWED

Staff Member Name (*print*): _____

Date: _____

Signature: _____

DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DEL PACIENTE Y CENTRO DE SALUD

Bienvenidos a nuestro centro comunitario de salud. Nuestra meta es proveer asistencia médica a personas elegibles en la comunidad sin importar su capacidad de pago. Como nuestro paciente, tiene derechos y responsabilidades. De igual manera, el Centro de Salud tiene derechos y responsabilidades. Es importante para nosotros que entienda estos derechos y responsabilidades para que pueda ayudarnos a proveerle un mejor servicio. Por favor, lea y firme ésta declaración y pregúntenos cualquier duda que tenga.

1. DERECHOS HUMANOS

- a. Usted tiene derecho de ser tratado con respeto sin importar su raza, color de piel, estado civil, religión, sexo, nacionalidad, ascendencia, condición física, mental o discapacidad, edad (sobre 40), veterano de Vietnam u otros motivos no permitidos por las leyes o regulaciones aplicables a nivel local, estatal y federal.

2. PAGOS POR SERVICIOS

- a. Usted es responsable de proveernos su información exacta de su situación económica y cualquier cambio. Nosotros necesitamos ésta información para decidir el cobro y/o para pasar los gastos a un seguro privado, Medicaid, Medicare u otros beneficios. Si su ingreso es menor que la guía de pobreza federal, le ofrecemos el programa de asistencia financiera.
- b. Usted debe pagar o hacer arreglos para pagar todos los cargos proporcionados por nuestras pólizas. Tiene derecho de recibir una explicación de nuestra cuenta. Para cualquier duda de los cobros, llame al 713-462-6565, opción 5.
- c. La ley federal nos prohíbe negarle servicios de asistencia médica primaria, la cual es necesaria para su bienestar, solo porque usted no puede pagar por estos servicios cuando nos visita. En caso de que usted no haga un intento de cumplir con su plan de pago, nosotros tenemos el derecho de descontinuar nuestros servicios. Para mayor información sobre planes de pago, contacte a nuestro departamento de cobranzas durante horas de oficina al 713-462-6565, opción 5.

3. PRIVACIDAD

- a. Usted tiene derecho de tener sus entrevistas, exámenes y tratamiento en privado. Su archivo médico también es privado. Sólo personas autorizadas legalmente pueden ver sus archivos, a menos que solicite ésta petición por escrito. Una explicación completa de sus derechos de privacidad bajo el nombre de "Aviso de Derechos de Privacidad del Paciente" está disponible a petición. Éste aviso explica la forma en la cual su archivo médico puede ser usado o revelado por el Centro de Salud y los derechos que usted tiene bajo el Acta de Portabilidad y Responsabilidad de Seguro de Salud (HIPAA).

4. SERVICIOS DE SALUD

- a. Usted es responsable de proveernos información completa y actual sobre su salud/enfermedad para brindarle servicio médico apropiado. Usted tiene derecho, y le aconsejamos que participe, en las decisiones sobre su tratamiento.
- b. Usted tiene el derecho de recibir información y explicaciones en el idioma acostumbra y en palabras que entiende. También tiene el derecho de recibir información sobre su salud o enfermedad, plan de tratamiento (incluyendo la clase de tratamiento, sus beneficios, los riesgos y las consecuencias de rechazar el tratamiento), alternativas razonables si hay algunas y el resultado esperado si se conoce. Ésta información se le llama obteniendo su consentimiento informado.
- c. Usted tiene derecho a recibir información sobre Directivas Adelantadas. Si Usted no desea recibir ésta información o si no es aconsejable médicamente compartir esa información con usted, el centro se la proveerá al representante legalmente autorizado.
- d. Usted es responsable del uso apropiado de nuestros servicios lo cual incluye seguir las instrucciones de nuestro personal, hacer citas y cumplirlas. Existe la posibilidad de no poder atenderle a menos que tenga una cita. Si usted no entiende o no puede seguir las instrucciones del personal, díganoslo para poder ayudarle.
- e. Si usted es un adulto, tiene el derecho de rechazar tratamiento hasta el punto permitido por las leyes y reglas aplicables. Con respecto a esto, usted tiene el derecho de estar informado de los riesgos, peligro y consecuencias de rechazar procedimientos o tratamientos. Usted es responsable de los resultados al rechazar el tratamiento.
- f. Usted tiene el derecho de recibir tratamiento médico y dental que es razonable para su condición y dentro de nuestra capacidad; sin embargo, el Centro de Salud no es una sala de emergencias. Usted tiene el derecho de ser transferido o enviado a otro centro para servicios que no podamos proveer. Nosotros no pagamos por servicios que usted obtenga en otro centro.
- g. Si usted tiene dolor, podrá recibir una evaluación y tratamiento apropiado.
- h. Con el fin de mejorar sus resultados de salud, creemos que tomar control de su salud es vital. Le invitamos a tomar un rol activo en su cuidado de salud y participar en las decisiones sobre ella. También le recomendamos controlar activamente su salud y seguir el consejo de su médico para mejorar su salud.
- i. Usted tiene derecho a una segunda opinión. Usted puede solicitar una segunda opinión de otro proveedor en nuestras instalaciones o puede buscar la opinión de otro doctor. Si usted siente que su condición requiere atención especializada, usted tiene el derecho de pedir que lo refieran a un especialista de atención médica.
- j. Como paciente, se le asignará un médico de cabecera. La selección puede ser basada en su historial de visitas. Usted tiene el derecho de solicitar un Proveedor de Cuidado Primario, también puede cambiar a otro proveedor de atención primaria en cualquier momento que lo considere necesario.

Iniciales del Paciente: _____

Fecha de Nacimiento del Paciente: ____/____/____

5. REGLAS DEL CENTRO - Escriba sus iniciales a continuación

- a.** Usted tiene el derecho de recibir información sobre cómo se usan apropiadamente los servicios del Centro de Salud. Usted es responsable de usar los servicios y programas de manera apropiada. Si usted tiene preguntas, háganoslo saber.
- b.** Usted es responsable de la seguridad y supervisión de los menores que traiga al Centro. Personas menores de 14 años de edad no puede dejarse sin atención de un adulto en nuestro Centro.
- c.** Usted tiene la responsabilidad de mantener sus citas agendadas. No presentarse a su cita causa retraso a otros pacientes y evita que otros tengan sus citas a tiempo. Es su responsabilidad notificar al Centro de cualquier cambio en su cita o disponibilidad para acudir a ella. Si no podrá acudir a su cita, llame por favor a nuestro Centro para cancelar al menos 24 horas antes. Si no se presenta a su cita, ésta será marcada como "Cita perdida". Dos (2) "Citas perdidas" en un periodo de 12 meses resultara como "Cita Perdida Crónica". Pacientes marcados como "Cita Perdida Crónica" no podrán agendar citas. Pacientes marcados como "Cita Perdida Crónica" solo podrán ser atendidos sin cita basada en disponibilidad.
- d.** No llegar a tiempo puede resultar en que su cita sea reprogramada para más tarde en el día o para otro día. Llegar tarde retrasa la atención de los otros pacientes. Si el Centro no puede reprogramar la cita, la cita del paciente se marcará como falta.
- e.** Si usted es un paciente Nuevo o requiere renovar su registro anual, necesitará una cita con el Especialista de Beneficios previo a su cita médica. Las citas con los Especialistas de Beneficios pueden ser el mismo día de su visita médica, las citas son basadas en la disponibilidad del personal. Si usted falta a su cita con el Especialista de Beneficios, el paciente no podrá tener su cita con el proveedor de salud o dental.
- f.** Por favor llame primero a su farmacia para surtir su receta. Es importante que no deje que su medicamento se agote antes de contactar a la familia. Debido al gran número de solicitudes para surtir recetas, permítale al personal clínico por lo menos 3 días hábiles a partir solicitud si la aprobación del Doctor(a) es requerida.
- g.** Espere 10 días hábiles para que los resultados de sus exámenes de sangre sean revisados y publicados en el portal de pacientes. Si los pacientes necesitan documentos médicos (es decir, documentación física deportiva, documentación de atención médica para la escuela, discapacidad, etc.) permítale al personal clínico por lo menos 10 días hábiles a partir del día de la solicitud. El personal clínico contactará al paciente cuando la documentación esté lista.
- h.**

6. QUEJAS

- a.** Si usted no está satisfecho con nuestros servicios, por favor díganos. Contamos con sus sugerencias para poder mejorar nuestros servicios. Si lo desea, le indicaremos como presentar una queja. Si no está satisfecho como manejamos su queja, puede comunicarse con el Equipo Ejecutivo del Centro. El Equipo Ejecutivo proporcionará un reporte a la junta directiva.
- b.** Si presenta una queja, el Centro no lo castigará, discriminará o tomará represalias; continuaremos brindándole servicios.

7. TERMINACIÓN

- a.** Si decidimos que tenemos que dejar de tratarlo como paciente, tiene el derecho de recibir un aviso con anticipación que explica la razón de la decisión y se le darán treinta (30) días para encontrar otros servicios médicos. Sin embargo, podemos decidir dejar de tratarlo inmediatamente y sin aviso previo si ha creado una amenaza a la seguridad del personal y/u otros clientes. Usted tiene derecho de recibir una copia de la política de terminación del Centro. Otras razones por las cuales podemos terminarlo incluyen pero no están limitadas a: (A) No obedecer las reglas, (B) No cumplir con sus citas, (C) Fallo intencional de reportar información correcta sobre su salud/enfermedad, (D) No seguir intencionalmente el programa de salud médica, instrucciones sobre cómo tomar medicamentos, costumbres personales de salud, u otras citas recomendadas, (E) Manipulación de prescripción/receta, (F) Crear una amenaza a la seguridad del personal y/u otros clientes, (G) No reportar intencionalmente su situación económica correcta, (H) No seguir el plan de pago, y/o (I) Comportamiento abusivo, inapropiado, o violento hacia otros o las facilidades que interfiera con la habilidad del Centro de proveer servicios razonables al paciente. **El Centro de Salud tiene una política de CERO TOLERANCIA de abuso, acoso o violencia de cualquier tipo.** Cualquier persona que cause o amenaza causar abuso, acoso o violencia de cualquier tipo está sujeto a la terminación inmediata como paciente del Centro de Salud y/o será removido de las premisas de este. El centro de salud no dará 30 días de aviso de terminación de la relación entre el paciente y el Centro bajo estas situaciones.

8. APELACIONES

- a.** Si el Centro le ha dado un aviso de terminación, usted tiene el derecho de apelar la decisión al Equipo Ejecutivo del Centro a través de un correo electrónico compliance@sbchc.net. A menos que usted tenga una emergencia médica, no continuaremos viéndolo como paciente mientras esté en el proceso de apelación.

Firma del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento del Paciente: ____/____/____ Fecha: ____/____/____

HOGAR MÉDICO DE CUIDADO PRIMARIO

Relación Paciente-Médico



En el Centro de Salud Comunitario de Spring Branch, nuestra prioridad es proveer el mejor cuidado de salud a cada paciente. La única manera de lograr este objetivo es crear una buena relación entre paciente y el grupo de cuidado de salud.

Para cumplir con esta asociación, nosotros:

- **Respetaremos como un individuo**
 - Escucharemos sus preocupaciones, preguntas y le ayudaremos a tomar decisiones
 - Explicaremos sus enfermedades, tratamiento y resultados
 - Mantendremos su información y documentos médicos privados
- **Proveeremos cuidado de salud seguro y de calidad**
 - Proveeremos su propio médico primario
 - Daremos indicaciones claras a cerca de sus medicamentos y tratamientos
 - Enviarlo a expertos de confianza de ser necesario
 - Terminar cada visita con instrucciones precisas sobre sus expectativas, objetivos de tratamiento, medicamentos y planes futuros
- **Buscaremos tener flexibilidad para agendarlo con su médico primario cuando sea posible**
 - Proveeremos acceso 24 horas a un equipo de salud
 - Para emergencias después de horas del Centro, llame al 911. Para otras preguntas médicas que no son urgencias, llame al 713-462-6565, opción 6
 - Portal para pacientes en línea donde puede ver resultados de laboratorios, solicitar medicamentos y agenda citas

A cambio, confiamos que usted:

- **Será responsable de su salud**
 - Aprenderá sobre salud y prevención de la enfermedad y tomar decisiones sanas
 - Será honesto y detallado acerca de su historia, los síntomas cambios en su salud
 - Nos comunicará que medicamento toma y pregunte por medicinas durante su visita en la oficina
 - Nos dirá cuando visite otros doctores, medicinas recetadas, y preguntará por un reporte médico
 - Conocerá los cubrimientos y límites de su seguro médico
- **Será un paciente responsable**
 - Tomará sus medicinas y seguirá el plan de tratamiento así como cuando no pueda seguirlo
 - Respetará como parte de su cuidado de salud
 - Acudirá a sus citas programadas y nos llamará si necesita cancelar sus cita
 - Pagará por sus visitas cada vez que acuda a ver a su médico
- **Se comunicará con nosotros**
 - Hará preguntas de cómo se siente, sea parte de su cuidado
 - Nos llamará antes de ir a una sala de emergencia
 - Compartirá sus opiniones para mejorar nuestros servicios
 - Terminará cada visita con un entendimiento claro a cerca de su tratamiento y futuros planes

Nombre Completo del Paciente

Firma del Paciente

Fecha de Nacimiento del Paciente

Fecha

Proveedor/Representante del Proveedor

Firma

Fecha

CONSENTIMIENTO DE TELEMEDICINA*

Los servicios de telemedicina implican el uso de equipos de videoconferencia interactivos y seguros que permiten a los proveedores de atención médica (doctores) ofrecer servicios de atención médica a los pacientes cuando se encuentran en diferentes sitios.

1. Entiendo que el mismo estándar de atención se aplica a una visita de telemedicina que se aplica a una visita en persona.
2. Entiendo que no estaré físicamente en la misma habitación que mi proveedor de atención médica. Se me notificará y mi consentimiento será obtenido para el permiso de que otra persona como el asistente medico esté presente en la habitación.
3. Entiendo que existen riesgos potenciales para el uso de la tecnología, incluidas las interrupciones del servicio, la intercepción y las dificultades técnicas.
 - a. Si se determina que el equipo de videoconferencia y/o la conexión no son adecuados, entiendo que mi proveedor de atención médica o yo podemos interrumpir la visita de telemedicina y hacer otros arreglos para continuar la visita.
4. Entiendo que tengo el derecho de negarme a participar o decidir dejar de participar en una visita de telemedicina, y que mi negativa se documentará en mi expediente médico. También entiendo que mi negativa no afectará mi derecho a la atención o tratamiento futuro.
 - a. Puedo revocar mi derecho en cualquier momento poniéndome en contacto con Spring Branch Community Health Center al 713-462-6565.
5. Entiendo que las leyes que protegen la privacidad y la confidencialidad de la información de atención médica se aplican a los servicios de telemedicina.
6. Entiendo que mi información de atención médica puede ser compartida con otras personas para fines de programar nuevas citas médicas y cobro.
 - a. Entiendo que mi compañía de seguros tendrá acceso a mis registros médicos para una revisión o auditoría de calidad.
 - b. Entiendo que seré responsable de cualquier costo, como copagos o coseguros que se aplican a mi visita de telemedicina.
 - c. Entiendo que las políticas de pago del plan de salud para las visitas de telemedicina pueden ser diferentes de las políticas para las visitas en persona.
7. Entiendo que este documento pasará a formar parte de mi expediente médico.

Al firmar este formulario, atestiguo que (1) he leído personalmente este formulario (o lo he explicado) y que lo entiendo y acepto plenamente su contenido; (2) han respondido a mi satisfacción de mis preguntas, y los riesgos, beneficios y alternativas a las visitas de telemedicina compartidos conmigo en un idioma que entiendo; y (3) estoy ubicado en el estado de Texas y estaré en Texas durante mi(s) visita(s) de telemedicina.

Firma del Paciente/Padre/Guardian

Paciente/Padre/Guardian

Fecha de Nacimiento del Paciente

Firma de Testigo

Fecha

*Texas Medical Association (2019)



AUTORIZACION DEL PACIENTE PARA HEALTHCONNECT EN GREATER HOUSTON Y PRISMA

Spring Branch Community Health Center 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 contiene una lista actualizada de los miembros de Healthconnect. Cuando usted 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 usted decide no afiliarse a Healthconnect, su tratamiento y elegibilidad para los beneficios no se verán afectados.

Spring Branch Community Health Center también participa en PRISMA, un motor de búsqueda de información de salud basado en eClinicalWorks. PRISMA le brinda a su médico la capacidad de buscar su información de salud protegida de otros participantes de PRISMA, incluidos otros especialistas, centros de atención de urgencia u hospitales en el punto de atención. Una lista completa de participantes está disponible en www.carequality.org y www.commonwellalliance.org.

Al firmar esta autorización, Usted está de acuerdo con que Healthconnect y 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 y 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. Usted también autoriza a Healthconnect y PRISMA para que comparta su información con otros miembros con los mismos fines limitados.

Si usted decide no afiliarse a Healthconnect y PRISMA, su tratamiento y elegibilidad para los beneficios no se verán afectados.

Esta autorización permanece vigente hasta que el paciente y/o el cuidador del paciente revoque esta autorización en cualquier momento mediante notificación por escrito a cualquier proveedor de atención médica que participe en Healthconnect o PRISMA. Usted comprende que la revocación de esta autorización no afecta la PHI previamente compartida cuando su autorización estaba vigente.

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento 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 y PRISMA: _____