



## Bienvenido a Su Hogar Medico

### Nuestra Misión

*Proporcionar servicios integrales de salud y bienestar a bajo coste a los residentes de la comunidad en Texoma.*

### Nuestra Visión

*Garantizar un sistema sanitario que proporcione Calidad, Costo Efectivo, Accesible y Atención Sanitaria Integral a todos los residentes de la comunidad en Texoma.*

A continuación encontraras la política de nuestra oficina en lo que concierne al seguro médico, Medicare, Medicaid, CHIPS, y nuestra escala de las tasas deslizantes, asignación de prestaciones y la política de no venir a sus citas.

- Todos los pacientes son requeridos a llenar la aplicación de nuevo paciente antes de poder ser vistos por primera vez
- Todas las tasas se pagan al tiempo de servicio alómenos que se hayan hecho arreglos previos.
- Nosotros aceptamos efectivo, tarjeta de crédito y débito, o cheques. **(Si por alguna razón su cheque es regresado impagado por su institución financiera, se cobrara una tarifa de servicio a su cuenta.)**

### Seguros Médicos Que Aceptamos

Nosotros actualmente aceptamos Medicare Tradicional, Medicaid, Superior Health Plan, Molina Cigna HealthSpring, United Healthcare StarPlus y CHIPS. En este momento nosotros no aceptamos seguro médico privado. **Se requiere una tarjeta de seguro actual y cualquier copago y / o deducible se debe al momento de su cita.**

### Escala De Las Tasas Deslizantes

En orden de proporcionar un pago justo y legal para todos los pacientes, necesitamos usar el nivel de pobreza nacional publicadas por El Servicios de Salud y Humanos como guía. Nosotros ofrecemos ajustes por dificultades en un modelo deslizante según estas pautas y la documentación de respaldo que usted nos proporciona con su aplicación.

### **Autorización de seguros y cesión de beneficios de seguros médicos**

Yo autorizo a Greater Texoma Health Clinic para proporcionar información sobre mi condición médica y el tratamiento a la compañía de seguros médico. También asumo los beneficios pagados en mi nombre por todas y cada una de las compañías de seguros médicos que cubren los gastos en los que incurro como resultado de cualquier servicio de diagnóstico o tratamiento que me brinde por cualquier proveedor en Greater Texoma Health Clinic. Además, acepto que esta autorización para divulgar información y la asignación de beneficios permanecerá en vigor durante un año calendario o hasta que sea recovada por escrito por yo mismo.

\_\_\_\_\_ (inicial) **Si el seguro médico no cubre los servicios, entiendo que es mi responsabilidad pagar los saldos que pertenecen a la clínica.**

**Firma del paciente/ pariente/ o guardián legal**

**Fecha**



### Sin Cita Previas

\_\_\_\_\_ (inicial) Se requiere que los pacientes cancelen sus citas al menos 24 horas antes de la fecha/ hora de la cita programada.

\_\_\_\_\_ (inicial) **Nuevos pacientes** Si a su cita inicial no se presenta, no es elegible para que lo vean en Greater Texoma Health Clinic.

\_\_\_\_\_ (inicial) **Pacientes Establecidos** Si hay 3 ausencias en un periodo de 12 meses Greater Texoma Health Clinic se reserva el derecho de despedirlo de la práctica. Si esto sucediera, recibirá 30 días de atención médica mientras busca un nuevo médico.

\_\_\_\_\_ (inicial) Las citas programadas el mismo día deben avisar con 2 horas de anticipación para cancelar o reprogramar.

\_\_\_\_\_ (inicial) En caso de que haya 4 citas consecutivas programadas y no se mantengan por algún motivo, como canceladas, reprogramadas o no presentarse Greater Texoma Health Clinic se reserva el derecho de despedir al paciente u ofrecer venir a la clínica en los horarios para ver si pueden ser vistos el mismo día. Tenga en cuenta que esto no garantizaría que el paciente sea atendido.

**\*\*En cualquier momento durante su atención medica con nosotros, notifique a nuestra oficina de cualquier cambio de su información personal como ingresos, dirección, número de teléfono, empleo, etc.**

**Es posible que se le solicite que actualice su formulario de información al comienzo de cada año calendario.**



### FORMA DE REGISTRACION DE PACIENTE

**NOMBRE DE PACIENTE:** \_\_\_\_\_  
(Apellido) (Primer) (Segundo Nombre)

**DIRECCION:** \_\_\_\_\_  
(Ciudad) (Estado) (Código Postal)

**FECHA DE NACIMIENTO:** \_\_\_\_\_ **SEXO :**  Hombre  Mujer

**NUMERO DE TELEFONO:** \_\_\_\_\_ **NUMERO DE SEGURO SOCIAL:** \_\_\_\_\_

<b><u>IDIOMA</u></b>	<b><u>RAZA</u></b>	<b><u>ETNICIDAD</u></b>
<input type="checkbox"/> Ingles	<input type="checkbox"/> Blanco o Hispano	<input type="checkbox"/> Asiático, Hawaiano Nativo, Isláno Pacifico
<input type="checkbox"/> Español	<input type="checkbox"/> Negro o Afroamericana	<input type="checkbox"/> Indio Americano o Alaska
<input type="checkbox"/> Otro: _____	<input type="checkbox"/> Otro _____	<input type="checkbox"/> Hispano o Latino
		<input type="checkbox"/> No Hispano

### GUARDIÁN/ PADRE DEL PACIENTE

\_\_\_\_\_  
(Apellido) (Primer Nombre) (Segundo Nombre)

**INTREPETE NECESITADO:**  Si  No **ESTUDIANTE:**  Si  No

**ESTADO CIVIL:**  Soltero  Casado  Separado  Divorciado  Viudo

**EMPLEADO:**  
 Tiempo Completo  Empleado por cuenta propia  Sin empleo  
 Medio Tiempo  Retirado  Actualmente buscando empleo  
Empleador: \_\_\_\_\_  Incapacitado

Numero de Empleador \_\_\_\_\_

### INFORMACION DE CONTACTO DE EMERGENCIA

Nombre: \_\_\_\_\_ Número de Teléfono \_\_\_\_\_

Relación al Paciente: \_\_\_\_\_

***\*Yo confirmo que la información es verdadera y correcta a mi leal saber y entender\****

FIRMA DE LA PERSONA AUTORIZADA A DAR CONSENTIMIENTO: \_\_\_\_\_

FECHA: \_\_\_\_\_

RELACION AL PACIENTE: \_\_\_\_\_

**AUTORIZACION DE HIPAA PARA USO O LIBERAR INFORMACION MEDICA**

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

Yo autorizo a Greater Texoma Health Clinic a dejar mensaje con información médica en el buzón de voz/contestador automático:

Teléfono de Celular \_\_\_\_\_  Teléfono de Casa \_\_\_\_\_  Teléfono de Trabajo \_\_\_\_\_

Doy permiso para discutir mi información médica y tratamiento con la(s) personas que se indica a continuación:

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación al Paciente: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación al Paciente: \_\_\_\_\_

De acuerdo a La Ley de Responsabilidad y Portabilidad de Información de Salud (HIPAA) de 1996, entiendo que:

1. Yo puedo revocar esta autorización en cualquier momento, excepto en la medida en que ya se hayan tomado medidas de acuerdo con la autorización original para la divulgación. Mi revocación debe ser por escrito firmado por mi o en mi favor y entregado a Greater Texoma Health Clinic (900 N Armstrong Ave Denison, TX 75020). Mi revocación será efectiva una vez recibida por Greater Texoma Health Clinic.
2. La información proporcionada en virtud del comunicado puede estar sujeta a una nueva divulgación por parte del destinatario y ya no este protegidas por las reglas de privacidad de HIPAA.
3. Mi representante autorizado deberá proporcionar documentos legales para demostrar su capacidad para firmar en mi favor y es posible que deben proporcionar una prueba de identidad.
4. Se puede utilizar una copia de esta autorización con la misma eficacia que la original.

Esta autorización sustituirá a cualquier autorización previa por escrito que haya hecho con respecto al uso, liberar, y la revelación de mi información médica. Esta autorización se expiré entre dos años a partir de fecha de firma.

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

**O**

Nombre de Representante Autorizado: \_\_\_\_\_ Relación a Paciente: \_\_\_\_\_

**DERECHOS DEL PACIENTE, AUTORIZACION Y MEDIOS DE COMUNICACION**

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

Yo confirmo que he recibido una copia de los Derechos del Paciente y he tenido la oportunidad de hacer preguntas y dado respuesta.

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

**Autorización para Tratamiento Medico**

Yo autorizo al médico, Enfermeras Especializadas, Asistentes Médicos, Enfermeras y personal en Greater Texoma Health Clinic realizar cuidado médico e tratamiento según lo sea indicado.

Yo entiendo que Enfermero Particular e/o Asistentes de Médicos no es igual que un doctor y que tengo el derecho de solicitar consulta médica con el doctor de cabecera.

Yo entiendo que un menor debe ser acompañado por un Padre/Madre, Guardián Legal, o Persona legalmente Autorizada a cada consulta médica.

Yo entiendo que este Formulario de consentimiento será valido y será efectivo todo y cuando sea paciente actual de Greater Texoma Health Clinic.

Este formulario ha sido explicado y entiendo el contenido.

\_\_\_\_\_  
Firma del Padre o Tutor

\_\_\_\_\_  
Fecha

Por la presente autorizo \_\_\_\_\_,  
(Un adulto a cuyo cuidado se ha confiado el menor)

dar su consentimiento para cualquier diagnóstico o tratamiento médico o quirúrgico, radiografía, laboratorio y atención hospitalaria de \_\_\_\_\_ que se considere aconsejable por un médico con licencia,  
(Nombre del menor)

asistente médico o Enfermera practicante y proporcionada por ese proveedor o bajo la supervisión de ese proveedor, independientemente de dónde se brinde ese tratamiento.

**Esta autorización se realiza bajo el Código de Familia de Texas 32.001**

\_\_\_\_\_  
Firma del padre o tutor legal

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre impreso

Su parentesco con el menor:  Padre con custodia legal       Guardián con custodia legal  
 Cuidador designado por el padre / tutor legal

GREATER TEXOMA HEALTH CLINIC  
900 NORTH ARMSTRONG  
DENISON, TEXAS 75020  
903-465-2440 (OFFICE) 903-465-2298 (FAX)

**AUTORIZACION PARA DIVULGAR O SOLICITAR REGISTROS MEDIOS O INFORMATION DE SAULD PROTEGIDA**

Nombre De Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha De Nacimiento: \_\_\_\_\_

Apellido, si diferente del actual: \_\_\_\_\_

Direccion: \_\_\_\_\_  
(Ciudad) (Estado) (Código Postal)

Seguro Social \_\_\_\_\_ Número de Teléfono: \_\_\_\_\_

Yo autorizo a \_\_\_\_\_ a liberal mis registros a la instalación siguiente:  
(Instalación o Persona)

**Greater Texoma Health Clinic**  
900 N Armstrong Ave Denison, TX 75020  
903-465-2440 Fax: 903-465-2298

**Información para divulgar**

<input type="checkbox"/> Historial Medico	<input type="checkbox"/> Reortes Laboratorios	<input type="checkbox"/> Informes de Imagenes
<input type="checkbox"/> Notas/ Resportes de consulta	<input type="checkbox"/> Notas de Progreso	<input type="checkbox"/> Informacion Financiera
<input type="checkbox"/> Vacunas	<input type="checkbox"/> Otro:	

**Razón Por Solicitud**

<input type="checkbox"/> Transferir cuidado medico	<input type="checkbox"/> Propositos Legales	<input type="checkbox"/> Especialistas/ 2 <sup>da</sup> Opinon
<input type="checkbox"/> Expediente Personal	<input type="checkbox"/> Beneficios de Desemabilidad	<input type="checkbox"/> Otro:

- Yo entiendo que la información cual podrá ser divulgada podría incluir historial médico sobre uso de alcohol y abuso de drogas, o servicios de salud mental o información relacionada con enfermedades de transmisión sexual, síndrome de inmunodeficiencia adquirido (SIDA) o virus de inmunodefincia humana (VIH), reportes laboratorios, notas de progreso, u otro información relacionada.
- Yo entiendo que tratamiento médico o pago por servicios no serán negados si es que elijo no firmar esta autorización, excepto ciertas circunstancias como participación en programas de estudios o autorización para divulgar resultado para fines previos al empleo.
- Sin embargo, información protegida no será divulgada sin mi firma. Además, entiendo que cuando esta información se usada o divulgada de acuerdo con esta autorización, puede estar sujeta a una nueva divulgación por párete del destinatario y ya no estará protegida por Estándares de privacidad de la información médica identificable individualmente (45 CFR partes 160 & 164).
- Entiendo que puedo revocar esta autorización por escrito en cualquier momento, excepto en la medida en que se hayan tomado medidas basándose en ella.

La autorización se vencerá en 180 días a partir de la fecha de mi firma en la fecha, evento o condición especificada de otro modo por la siguiente:

\_\_\_\_\_

- Yo entiendo que una copia del documento original podrá ser aceptada como documento original.
- Yo entiendo que pueda ser que sea cobrado una cuota de procesamiento por copias de mi expediente médico según el Texas Hospital Licensing law.

**Padres Divorciados:**

Esto es para certificar que yo, \_\_\_\_\_, tengo acceso completo al expediente médico de mi hijo de acuerdo con la sentencia de divorcio otorgada por la corte. (Nombre de Padre/ Tuto Legal)

Firma del Padre del Paciente/ Tuto Legal: **x** \_\_\_\_\_

**Firma del Paciente o Representante Legal** \_\_\_\_\_ **Fecha** \_\_\_\_\_

**Relación al Paciente** \_\_\_\_\_

Identidad del Solicitante verificada por: Identificación átono a la firma, Otro: especifica

**PROHIBICIÓN DE REVELAR:** Esta información le ha sido revelada a usted de registros cuya confidencialidad está protegida por la ley federal y estatal. Las regulaciones federales (42 CFR Parte 2) le prohíben hacer más divulgaciones de esta información, excepto con el consentimiento específico por escrito de la persona a quien pertenece. Una autorización general para la divulgación de información médica o de otro tipo en poder de otra parte no es suficiente para este propósito. Las regulaciones federales establecen que cualquier persona que viole cualquier disposición de esta ley será multada con no más de \$ 500, en caso de una primera infracción, y no más de \$ 5,000 en el caso de cada infracción posterior.

**Fecha De Solicitud:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Costo de copia por Registro: \$ \_\_\_\_\_.00  Cash  Cheque # \_\_\_\_\_



Greater Texoma  
Health Clinic

## Notice of Privacy Practices

*This notice describes how medical information about you may be used and disclosed and how you can gain access to this information. Please review it carefully.*

Protected health information, about you, is maintained as a record of your contacts or visits for healthcare services with our practice. Specifically, “protected health information” is information about you, including demographic information (i.e., name, address, phone, etc.), that may identify you and relates to your past, present or future physical or mental health condition and related health care services.

Our practice is required to follow specific rules on maintaining the confidentiality of your protected health information, using your information, and disclosing or sharing this information with other healthcare professionals involved in your care and treatment. This Notice describes your rights to access and control your protected health information. It also describes how we follow applicable rules and use and disclose your protected health information to provide your treatment, obtain payment for services you receive, manage our health care operations and for other purposes that are permitted or required by law.

We are required to abide by the terms of this Notice of Privacy Practices. We reserve the right to change the terms of our notice, at any time. The new notice will be effective for all protected health information that we maintain at that time. A revised Notice of Privacy Practices may be obtained by calling the office and requesting that a copy be mailed to you, or asking for one at the time of your next appointment. If you have any questions about this Notice, please contact our Privacy Manager.

### Your Rights Under The Privacy Rule

Following is a statement of your rights, under the Privacy Rule, in reference to your protected health information. Please feel free to discuss any questions with our staff.

- You have the right to receive, and we are required to provide you with, a copy of this Notice of Privacy Practices. We are required to follow the terms of this notice. We reserve the right to change the terms of our notice, at any time. If needed, new versions of this notice will be effective for all protected health information that we maintain at that time. Upon your request, we will provide you with a revised Notice of Privacy Practices if you call our office and request that a revised copy be sent to you in the mail or ask for one at the time of your next appointment.
- You have the right to authorize other use and disclosure - This means you have the right to authorize or deny any other use or disclosure of protected health information that is not specified within this notice. You may revoke an authorization, at any time, in writing, except to the extent that your Healthcare Provider or our office has taken an action in reliance on the use or disclosure indicated in the authorization.
- You have the right to designate a personal representative – This means you may designate a person with the delegated authority to consent to, or authorize the use or disclosure of protected health information.
- You have the right to inspect and copy your protected health information - This means you may inspect and obtain a copy of protected health information about you that is contained in your patient record. We have the right to charge a reasonable fee for copies as established by professional, state, or federal guidelines.
- You have the right to request a restriction of your protected health information - This means you may ask us, in writing, not to use or disclose any part of your protected health information for the purposes of treatment, payment or healthcare operations. You may also request that any part of your protected health information not be disclosed to family members or friends who may be involved in your care or for notification purposes as described in this Notice of Privacy Practices. In certain cases, we may deny your request for a restriction.
- You may have the right to request an amendment to your protected health information – This means you may request an amendment of your protected health information for as long as we maintain this information. In certain cases, we may deny your request for an amendment.
- You have the right to request a disclosure accountability - This means that you may request a listing of disclosures that we have made, of your protected health information, to entities or persons outside of our office.

### **How We May Use or Disclose Protected Health Information**

Following are examples of uses and disclosures of your protected health care information that we are permitted to make. These examples are not meant to be exhaustive, but to describe the types of uses and disclosures that may be made by our office.

- Treatment - We may use and disclose your protected health information to provide, coordinate, or manage your healthcare and any related services. This includes the coordination or management of your healthcare with a third party that is involved in your care and treatment. For example, we would disclose your protected health information, as necessary, to a pharmacy that would fill your prescriptions. We will also disclose protected health information to other Healthcare Providers who may be involved in your care and treatment.
- We may also call you by name in the waiting room when your Healthcare Provider is ready to see you. We may use or disclose your protected health information, as necessary, to contact you to remind you of your appointment. We may contact you by phone or other means to provide results from exams or tests and to provide information that describes or recommends treatment alternatives regarding your care. Also, we may contact you to provide information about health related benefits and services offered by our office.
- Payment - Your protected health information will be used, as needed, to obtain payment for your healthcare services. This may include certain activities that your health insurance plan may undertake before it approves or pays for the healthcare services we recommend for you such as; making a determination of eligibility or coverage for insurance benefits, reviewing services provided to you for medical necessity, and undertaking utilization review activities.
- Healthcare Operations - We may use or disclose, as-needed, your protected health information in order to support the business activities of our practice. This includes, but is not limited to business planning and development, quality assessment and improvement, medical review, legal services, and auditing functions. It also includes education, provider credentialing, certification, underwriting, rating, or other insurance-related activities. Additionally, it includes business administrative activities such as customer service, compliance with privacy requirements, internal grievance procedures, due diligence in connection with the sale or transfer of assets, and creating de-identified information.
- Regional Information Organization - The practice may elect to use a regional information organization or other such organization to facilitate the electronic exchange of information for the purposes of treatment, payment, or healthcare operations.

### **Other Permitted and Required Uses and Disclosures**

We may also use and disclose your protected health information in the following instances as outlined below. You have the opportunity to agree or object to the use or disclosure of all or part of your protected health information.

- To Others Involved in Your Healthcare - Unless you object, we may disclose to a member of your family, a relative, a close friend or any other person, that you identify, your protected health information that directly relates to that person's involvement in your healthcare. If you are unable to agree or object to such a disclosure, we may disclose such information as necessary if we determine that it is in your best interest based on our professional judgment.

We may use or disclose protected health information to notify or assist in notifying a family member, personal representative or any other person that is responsible for your care, general condition or death.

If you are not present or able to agree or object to the use or disclosure of the protected health information, then your Healthcare Provider may, using professional judgment, determine whether the disclosure is in your best interest. In this case, only the protected health information that is relevant to your healthcare will be disclosed.

- As Required By Law - We may use or disclose your protected health information to the extent that is required by law.
- For Public Health - We may disclose your protected health information for public health activities and purposes to a public health authority that is permitted by law to collect or receive the information.
- For Communicable Diseases - We may disclose your protected health information, if authorized by law, to a person who may have been exposed to a communicable disease or may otherwise be at risk of contracting or spreading the disease or condition.
- For Health Oversight - We may disclose protected health information to a health oversight agency for activities authorized by law, such as audits, investigations, and inspections.
- In Cases of Abuse or Neglect - We may disclose your protected health information to a public health authority that is authorized by law to receive reports of child abuse or neglect. In addition, we may disclose your protected health information if we believe that you have been a victim of abuse, neglect or domestic violence to the governmental entity or agency authorized to receive such information. In this case, the disclosure will be made in a manner that is consistent with the requirements of applicable federal and state laws.
- To The Food and Drug Administration - We may disclose your protected health information to a person or company required by the Food and Drug Administration to report adverse events, to monitor product defects or problems, to report biologic product deviations, to track products, to enable product recalls, to make repairs or replacements, or to conduct post-marketing surveillance, as required.
- For Legal Proceedings - We may disclose protected health information in the course of any judicial or administrative proceeding, in response to an order of a court or administrative tribunal (to the extent such disclosure is expressly authorized), in certain conditions in response to a subpoena, discovery request or other lawful process.



- To Law Enforcement - We may also disclose protected health information, as long as applicable legal requirements are met, for law enforcement purposes.
- To Coroners, Funeral Directors, and Organ Donation - We may disclose protected health information to a coroner or medical examiner for identification purposes, determining cause of death or for the coroner or medical examiner to perform other duties authorized by law. We may also disclose protected health information to a funeral director, as authorized by law, in order to permit the funeral director to carry out his/her duties. Protected health information may be used and disclosed for cadaveric organ, eye or tissue donation purposes.
- For Research - We may disclose your protected health information to researchers when an institutional review board has reviewed and approved the research proposal and established protocols to ensure the privacy of your protected health information.
- In Cases of Criminal Activity - Consistent with applicable federal and state laws, we may disclose your protected health information if we believe that the use or disclosure is necessary to prevent or lessen a serious and imminent threat to the health or safety of a person or the public. We may also disclose protected health information, if it is necessary for law enforcement authorities, to identify or apprehend an individual.
- For Military Activity and National Security - When the appropriate conditions apply, we may use or disclose protected health information of individuals who are Armed Forces personnel:

- (1) for activities deemed necessary by appropriate military command authorities;
- (2) for the purpose of a determination by the Department of Veterans Affairs of your eligibility for benefits; or
- (3) to foreign military authority if you are a member of that foreign military service.

- For Workers' Compensation - Your protected health information may be disclosed as authorized to comply with workers' compensation laws and other similar legally-established programs.
- When an Inmate - We may use or disclose your protected health information if you are an inmate of a correctional facility and your Healthcare Provider created or received your protected health information in the course of providing care to you.
- Required Uses and Disclosures - Under the law, we must make disclosures about you when required by the Secretary of the Department of Health and Human Services to investigate or determine our compliance with the requirements of the Privacy Rule.

#### Complaints

You may complain to us or to the Secretary of Health and Human Services if you believe your privacy rights have been violated by us. You may file a complaint with us by notifying our CEO or Practice Administrator

Greater Texoma Health Clinic  
900 North Armstrong  
Denison, Texas 75020  
903-465-2440