

# INSCRIPCIÓN DEL PACIENTE



P A C I E N T E	APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		
	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL			EDAD	FECHA DE NACIMIENTO		
	DIRECCIÓN DE CORREO				NUMERO DE APARTAMENTO		
	CIUDAD		ESTADO		CÓDIGO POSTAL	CONDADO	
	<p>Al dar su(s) número(s) de teléfono a continuación estará dándole permiso a LSCC y a las otras empresas que trabajen a nombre de LSCC para que se comuniquen con usted en forma confidencial y dejen un mensaje. Los mensajes pueden incluir comunicaciones que son pregrabadas y marcadas en forma automática, pero estas llamadas nunca incluirán comerciales ni mensajes de mercadotecnia. Si nos da su dirección de correo electrónico o su número de teléfono celular, le enviaremos actualizaciones generales y recordatorios de cita por correo electrónico o por el celular. Estas actualizaciones no incluirán información específica sobre su tratamiento o diagnóstico. Estas actualizaciones generales y recordatorios no estarán codificados. Puede eliminar su inscripción en cualquier momento.</p>						
	TELÉFONO DE LA CASA		TELÉFONO DE TRABAJO		TELÉFONO DE CELULAR		DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO:
	SEXO (AL NACER): <input type="checkbox"/> MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMENINO		SEXO ACTUAL: <input type="checkbox"/> MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMENINO <input type="checkbox"/> INDIFERENCIADO		PREFERENCIA SEXUAL (OPCIONAL PARA PACIENTES MENORES DE 18 AÑOS) <input type="checkbox"/> HETEROSEXUAL <input type="checkbox"/> LESBIANA O GAY <input type="checkbox"/> BISEXUAL <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/> PREFIERO NO CONTESTAR <input type="checkbox"/> NO SÉ		PREFERENCIA METODO DE CONTACTO: <input type="checkbox"/> LLAMADA <input type="checkbox"/> TEXTOS <input type="checkbox"/> MENSAJE AUTOMATIZADO <input type="checkbox"/> OPTAR POR NO
	SEXO CON EL QUE SE IDENTIFICA: (ESTA SECCIÓN ES OPCIONAL PARA PACIENTES MENORES DE 18 AÑOS) <input type="checkbox"/> MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMENINO <input type="checkbox"/> TRANSGÉNERO MASCULINO (MUJER A HOMBRE) <input type="checkbox"/> TRANSGÉNERO FEMENINO (HOMBRE A MUJER) <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/> PREFIERO NO CONTESTAR						
	RAZA (PUEDE SELECCIONAR MÁS DE UNA): <input type="checkbox"/> INDIO AMERICANO O NATURAL DE ALASKA <input type="checkbox"/> ASIÁTICO <input type="checkbox"/> NEGRO O AFRO AMERICANO <input type="checkbox"/> BLANCO <input type="checkbox"/> HAWAIANO O NATIVO DE LAS ISLAS DEL PACÍFICO <input type="checkbox"/> BLANCO <input type="checkbox"/> PREFIERO NO CONTESTAR			PRONOMBRE PREFERIDO: <input type="checkbox"/> EL, ELLOS <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/> ELLA, ELLAS <input type="checkbox"/> ZE, HIR <input type="checkbox"/> PREFIERO NO CONTESTAR		ETNICIDAD: <input type="checkbox"/> HISPANO O LATINO <input type="checkbox"/> NO HISPANO O LATINO <input type="checkbox"/> PREFIERO NO CONTESTAR <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/> NO SÉ	
	ESTADO CIVIL: <input type="checkbox"/> CASADO(A) <input type="checkbox"/> SOLTERO(A) <input type="checkbox"/> DIVORCIADO(A)/SEPARADO(A) <input type="checkbox"/> VIUDO(A)		¿ES VETERANO MILITAR DE LOS EE.UU.? (NO INCLUYE A PERSONAS ACTIVAS EN EL SERVICIO MILITAR ACTUALMENTE): <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		¿ESTÁ SIN HOGAR? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO  ¿ES USTED UN TRABAJADOR AGRÍCOLA INMIGRANTE O TEMPORAL? SI SÍ INDIQUE DE QUÉ TIPO: <input type="checkbox"/> POR TEMPORADA <input type="checkbox"/> MIGRANTE		
SEGURO MÉDICO PRIMARIO		ID#	GRUPO #		POSEEDOR DE SEGURO		
SEGURO MÉDICO SECUNDARIO		ID#	GRUPO #		POSEEDOR DE SEGURO		

LLENE SOLO SI EL PACIENTE ES MENOR DE EDAD (NO INCLUYE SERVICIOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR)

P A D R E S	PADRE / GUARDIÁN #1		PADRE / GUARDIÁN #2	
	DIRECCIÓN DE CORREO <input type="checkbox"/> MARQUE SI ES LA MISMA QUE LA DE ARRIBA		DIRECCIÓN DE CORREO <input type="checkbox"/> MARQUE SI ES LA MISMA QUE LA DE ARRIBA	
	CIUDAD/ESTADO/CÓDIGO POSTAL		CIUDAD/ESTADO/CÓDIGO POSTAL	
	FECHA DE NACIMIENTO	TELÉFONO DE LA CASA	FECHA DE NACIMIENTO	TELÉFONO DE LA CASA
	TELÉFONO DE TRABAJO	TELÉFONO DE CELULAR	TELÉFONO DE TRABAJO	TELÉFONO DE CELULAR
	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL	PATRÓN O EMPRESA PARA LA QUE TRABAJA	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL	PATRÓN O EMPRESA PARA LA QUE TRABAJA
	RELACIÓN CON EL(LA) NIÑO(A): <input type="checkbox"/> MADRE <input type="checkbox"/> PADRE <input type="checkbox"/> ABUELO(A) <input type="checkbox"/> PADRES ADOPTIVOS <input type="checkbox"/> OTRO		RELACIÓN CON EL(LA) NIÑO(A): <input type="checkbox"/> MADRE <input type="checkbox"/> PADRE <input type="checkbox"/> ABUELO(A) <input type="checkbox"/> PADRES ADOPTIVOS <input type="checkbox"/> OTRO	

**LIBERACIÓN DE INFORMACIÓN/RESPONSABILIDAD FINANCIERA**

CON LA PRESENTE AUTORIZO A LONE STAR CIRCLE OF CARE (LSCC) A DAR INFORMACIÓN MÉDICA Y OTRA INFORMACIÓN NECESITADA PARA PROCESAR TODOS LOS RECLAMOS DE SEGURO. AUTORIZO EL PAGO DE LOS BENEFICIOS DE SEGURO DIRECTAMENTE A LSCC. ESTOY CONSCIENTE QUE ES MI RESPONSABILIDAD EL PAGO POR SERVICIOS QUE RECIBO, EL PAGO DE MI DEDUCIBLE DE SEGURO Y DEL CO-ASEGURO. ESTOY CONSCIENTE QUE EL NO PAGAR PODRÍA RESULTAR EN LA TERMINACIÓN DE MI RELACIÓN CON LA CLÍNICA. UNA FOTOCOPIA DE ESTA AUTORIZACIÓN SERÁ CONSIDERADA IGUAL DE VÁLIDA COMO LA ORIGINAL. SEGUIRÁ EN EFECTO ESTA AUTORIZACIÓN HASTA SER REVOCADA POR MÍ POR ESCRITO.

AL FIRMAR ESTA FORMA, ESTOY DICHIENDO QUE ENTIENDO LO QUE ESTÁ ESCRITO ARRIBA Y YO VOLUNTARIAMENTE Y CONSCIENTEMENTE PIDO TRATAMIENTO MÉDICO.

FIRMA DEL PACIENTE O PERSONA AUTORIZADA	FECHA
---	-------

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

**Tamaño del hogar/familia e ingreso anual:**

Lone Star Circle of Care es un Centro de salud autorizado por el gobierno federal (*Federally Qualified Health Center* o FQHC). Para cumplir ciertos requisitos del programa, debemos reunir la siguiente información de parte de todos nuestros pacientes.

Instrucciones: Por favor encuentre el nivel de los ingresos en la izquierda y luego responda las preguntas en la derecha. Un hogar significa una persona o una pareja casada y todos los niños de menos de 19 años de edad que vivan en la misma casa. Incluya a todos los niños por los cuales usted sea responsable y que vivan en la casa de usted sin sus padres. El ingreso anual se define como todo el dinero que recibió, antes de pagar los impuestos.

Número total de personas en su hogar, incluyéndose usted. (por favor marque con un círculo)	Sólo marque la casilla de "Sí" o "No" en esta sección para el renglón que corresponda al número de personas en su casa.				Escriba el ingreso mensual solamente en una de las cajas de esta columna.
1	¿Ingreso anual del hogar inferior a \$24,980?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Si sí, ¿cuál es el ingreso anual del hogar?	\$
2	¿Ingreso anual del hogar inferior a \$33,820?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Si sí, ¿cuál es el ingreso anual del hogar?	\$
3	¿Ingreso anual del hogar inferior a \$42,660?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Si sí, ¿cuál es el ingreso anual del hogar?	\$
4	¿Ingreso anual del hogar inferior a \$51,500?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Si sí, ¿cuál es el ingreso anual del hogar?	\$
5	¿Ingreso anual del hogar inferior a \$60,340?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Si sí, ¿cuál es el ingreso anual del hogar?	\$
6	¿Ingreso anual del hogar inferior a \$69,180?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Si sí, ¿cuál es el ingreso anual del hogar?	\$
7	¿Ingreso anual del hogar inferior a \$78,020?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Si sí, ¿cuál es el ingreso anual del hogar?	\$
8	¿Ingreso anual del hogar inferior a \$86,860?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Si sí, ¿cuál es el ingreso anual del hogar?	\$
9	¿Ingreso anual del hogar inferior a \$95,700?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Si sí, ¿cuál es el ingreso anual del hogar?	\$
10	¿Ingreso anual del hogar inferior a \$104,540?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Si sí, ¿cuál es el ingreso anual del hogar?	\$

**Transporte:**

¿Alguna vez ha tenido que perder, cambiar o cancelar una cita por problemas de transporte? (Por favor marque una de estas casillas)

Sí  No

**¿Cómo se enteró de Lone Star Circle of Care?**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Familia o amigo                 | <input type="checkbox"/> Folleto             |
| <input type="checkbox"/> Búsqueda en línea               | <input type="checkbox"/> Escuela             |
| <input type="checkbox"/> Medios sociales (Facebook, etc) | <input type="checkbox"/> Feria de salud      |
| <input type="checkbox"/> 211                             | <input type="checkbox"/> Proveedor de seguro |
| <input type="checkbox"/> Radio                           | <input type="checkbox"/> Other: _____        |
| <input type="checkbox"/> Empleado de promoción de LSCC   |  |



## Contactos de Emergencia de Familiares, Amigos y Otros

Por favor proporcione los números de contacto de familiares, amigos y otros a quienes podamos proporcionarles información sobre su condición médica en general y sobre sus diagnósticos. La información sobre su condición médica y su diagnóstico no será proporcionada a ninguna persona que no esté incluida en esta lista. Este formulario no autoriza la entrega de expedientes médicos a las personas en esta lista.

Nombre \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_

Relación \_\_\_\_\_

Relación \_\_\_\_\_

Número de Teléfono \_\_\_\_\_

Número de Teléfono \_\_\_\_\_

## Reconocimiento de la Notificación de Privacidad, Derechos y Deberes del Paciente y de Speak Up (Expresión)

He revisado el **Notificación Sobre Nuestra Práctica de Privacidad** de Lone Star Circle of Care (LSCC), el cual explica como mi información médica y psicológica será usada y compartida, el **Aviso de Derechos y Deberes del Paciente**, el cual explica mis derechos como paciente de Lone Star Circle of Care y define las responsabilidades que tengo como paciente de LSCC, y la hoja informativa del 'Joint Commission' titulada **Speak Up (Expresión)**, la cual explica las cosas que puedo hacer para impedir infecciones. Yo entiendo que tengo derecho de recibir una copia de cualquier o todos estos documentos. Entiendo la información contenida en los documentos y tuve la oportunidad de hacer preguntas.

Inicial \_\_\_\_\_

## Reconocimiento de la Póliza de Citas

He revisado la **Póliza de Citas** de Lone Star Circle of Care. Entiendo que puedo recibir una copia de esta póliza. Entiendo la información contenida en la póliza y la importancia de no faltar a mis citas y llegar a tiempo para las citas. **Yo reconozco que estoy de acuerdo a seguir la póliza y que he tenido oportunidad de hacer cualquier pregunta.**

Inicial \_\_\_\_\_

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del paciente o representante personal: \_\_\_\_\_

Nombre del representante personal, si corresponde: \_\_\_\_\_

Descripción de la autoridad del representante personal: \_\_\_\_\_

## Declaración De Autorización General Para Recibir Servicios

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Lone Star Circle of Care (LSCC) ofrece servicios sin importar la raza, residencia, religión, nivel de ingresos, sexo, capacidad para pagar, edad, nacionalidad original, color, preferencia sexual ni preferencia sobre métodos anticonceptivos del paciente.

Entiendo que los servicios médicos y cualquier otro servicio de salud en LSCC son realizados por profesionales de salud acreditados y certificados, incluyendo los doctores, los médicos residentes, las enfermeras de práctica avanzada, asistentes de médicos, parteras, trabajadores sociales, enfermeros, dentistas, asistentes de dentistas e higienistas, optometristas y educadores de salud. También entiendo que, periódicamente, LSCC imparte clases en sus instalaciones a enfermeras, estudiantes de asistentes de médicos, médicos residentes y estudiantes médicos, cuya capacitación se hace bajo la supervisión del personal profesional de la clínica, y que tengo el derecho de rechazarme a ser atendido por alguien que está siendo capacitado en el campo médico.

En caso de que algún empleado se exponga en forma grave a mi sangre o mis líquidos corporales, doy mi autorización para que las muestras de sangre que ya me fueron tomadas sean analizadas en forma anónima para determinar si existe alguna infección de virus que se puede contagiar por medio de la sangre. Entiendo también que algunas enfermedades contagiosas al ser detectadas en los análisis pueden ser reportadas a agencias de salud pública como lo estipula la ley. Si fuera necesario, mientras recibo atención médica, autorizo al médico que me atiende en LSCC a que vea mi expediente médico, si está disponible, de las farmacias.

Entiendo que las clínicas de LSCC proveen servicios ambulatorios de cuidado de salud y no tienen la capacidad de ofrecer cuidados médicos de emergencia. Como paciente de LSCC, entiendo que necesito ir a la sala de emergencia de un hospital si tengo una emergencia médica. Entiendo que al firmar este documento estoy dando mi autorización para recibir servicios médicos de LSCC y sus proveedores, incluyendo exámenes físicos, pruebas de detección y diagnósticas, exámenes de laboratorio, administración de medicamentos y tratamientos médicos. En caso de que mi médico de LSCC me refiera a un proveedor externo de servicios de salud para tratamiento o diagnósticos adicionales, entiendo que es mi responsabilidad recibir esos servicios de salud externos.

Entiendo que, en forma rutinaria, a todos los pacientes de 13 a 64 años se les puede hacer una evaluación inicial para determinar si tienen el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) a menos que yo ejerza mi derecho de negar el permiso para que se me haga dicha prueba. Cualquier pregunta que tenga sobre esta prueba rutinaria del VIH la puedo hacer a mi médico antes de que se me haga la prueba.

***Entiendo la información anterior y en forma voluntaria solicito y autorizo recibir los servicios de LSCC para mí o para la persona para la cual soy el padre, madre o tutor legal. Entiendo que si tengo menos de 18 años y no vengo acompañado por un adulto autorizado, hay un formulario adicional que tengo que completar para poder recibir atención médica en LSCC. Entiendo que tendré la oportunidad de preguntarle a mi médico de LSCC la naturaleza y el propósito del tratamiento o procedimiento recomendado así como acerca de cualquier método alternativo. Entiendo que esta autorización es válida hasta que sea cancelada por escrito, lo cual puedo hacer en cualquier momento.***

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

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma de adulto autorizado

\_\_\_\_\_  
Fecha

(Adulto autorizado es un padre una madre o un tutor legal)

\_\_\_\_\_  
Nombre en letra molde

\_\_\_\_\_  
Nombre del adulto autorizado en letra molde



## PATIENT AUTORIZACION PARA ICC

Integrated Care Collaboration (ICC) opera y se encarga de intercambiar información acerca de la salud (HIE), conocida como iCare. Los Participantes de ICC incluyen los proveedores de salud y entidades, tales como médicos y hospitales. Su médico participa con ICC. Las compañías financieras que pagan los reclamos, tales como Medicaid, Medicare y seguros privados también participan con ICC. El sistema iCare de ICC fue creado para ayudar a su médico y otras personas que participan en su cuidado médico, a compartir su información medica protegida, (Protected Health Information o PHI) de una manera segura. Sólo podremos compartir su información médica protegida (PHI) a través de ICC, si usted firma esta Autorización del paciente para ICC (Autorización).

Esta autorización permite que compartamos su PHI sólo entre los participantes de ICC, cada uno de los cuales se ha comprometido a proteger y asegurar la información de su salud, de acuerdo con las leyes estatales y federales, incluyendo las reglas de Seguridad y Privacidad de la HIPAA. Excepto como se explica más adelante, para compartir su PHI *fuera* de la ICC, puede que tenga que firmar una autorización por separado en su hospital o consultorio médico.

Estos son algunos de los tipos de información médica protegida o PHI que pueden ser compartidos a través de ICC:

- Diagnóstico (enfermedad o problema)
- resúmenes clínicos de tratamiento y otros documentos en su expediente médico
- Los resultados de los exámenes de laboratorio, radiografías y otras pruebas
- Medicamentos (actual y en el pasado)
- La información personal como nombre, dirección, número de teléfono, número de seguro social, el género, la etnia y la edad
- Los tratamientos para abuso de alcohol y drogas, y tratamiento de salud y conducta mental.
- El VIH / Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) el tratamiento y resultado
- Hepatitis B o C el resultado y tratamiento
- Información de abuso doméstico
- Información sobre la salud reproductiva, incluyendo la prueba y el tratamiento de enfermedades de transmisión sexual (ETS)
- Los resultados de las pruebas genéticas y el tratamiento
- La información del genoma, si se proporciona
- Historial médico familiar, si se provee

Al firmar esta autorización, usted acepta que ICC, su proveedor de atención de la salud, y otros participantes con ICC pueden utilizar y divulgar su PHI para propósitos de tratamiento, pagos y gestiones médicas. ICC también puede usar su información en forma agregada o sin identificación del paciente para la investigación y administración de salud de la población o de otra manera mejorar la calidad de la atención recibida por usted y otras personas en nuestra comunidad. Para obtener una lista de los participantes ICC actuales, por favor visite: <http://icc-centex.org/health-information-exchange/participating-organizations/>.

Al firmar esta autorización, también reconoce que entiende que el sistema iCare está conectado a otros intercambios de información en salud en Texas y en todo el país, incluyendo National Ehealth Exchange. Si necesita tratamiento médico fuera de la zona de la ICC, entonces estas conexiones permiten que los profesionales médicos tengan acceso a su PHI. Esta autorización permite que su PHI sea compartida de una manera nueva, a través de una red electrónica segura. No cambia quién examina su PHI o el tipo de información compartida.

Usted puede cambiar de opinión y cancelar esta Autorización. Para hacerlo, debe enviar una notificación de cancelación directamente a su proveedor o entregar o enviar por correo el aviso de cancelación o carta a:

Integrated Care Collaboration  
8627 North Mopac, Suite 140  
Austin TX 7875

Si cancela la autorización, usted entiende que puede tomar hasta 72 horas (3 días) para bloquear su PHI en el sistema iCare. Usted entiende, además, que la cancelación no afectará ninguna medida que ya se han tomado en base a esta autorización.

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Firma de la persona autorizada: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre (si es diferente del paciente): \_\_\_\_\_

Relación con el paciente: \_\_\_\_\_

## Política de citas de LSCC

Queremos ofrecerle cuidados de salud de alta calidad y en forma oportuna. Por esta razón, estamos abiertos hasta las 8 de la tarde en algunas clínicas y ofrecemos horarios convenientes los fines de semana. Para poder ofrecer este servicio de horas adicionales a todos los pacientes, es importante que usted se presente sus citas programadas y que llegue a tiempo. Hemos reservado ese espacio de tiempo especialmente para usted y nos gustaría poder trabajar con usted para satisfacer sus necesidades de atención médica.

### Sus citas son importantes para su salud.

- Preséntese a todas sus citas médicas, dentales, de la vista y de salud del comportamiento.
- Llegue a tiempo a sus citas de inscripción al programa y de evaluación financiera.
- Si sabe que no podrá presentarse a su cita programada, debe cancelarla de manera oportuna antes de la hora de la cita para que podamos ofrecerla a otra persona. Por favor llame al 877-800-5722 y avise con 24 horas de anticipación para las citas de salud del comportamiento y con 2 horas de anticipación para citas médicas.

### ¿Qué pasa si no se presenta a una cita o no la cancela o la cambia con el tiempo requerido de anticipación ("*no-show*")?

- Usted puede estar sujeto a ciertas limitaciones que le pudieran impedir hacer citas en el futuro con proveedores específicos o líneas de servicio.
- Antes de limitar el acceso a las citas, LSCC tomará en cuenta sus circunstancias personales, inclusive si tiene hijos u otros dependientes que son pacientes de LSCC y la cantidad de cancelaciones o *no-shows* de esos hijos o dependientes. LSCC también tomará en cuenta si la limitación de acceso a citas pudiera afectar demasiado y en forma negativa su salud o la salud de su familia.

### ¿Qué pasa si llega tarde?

- Si usted llega tarde a su cita, puede tener que esperar más tiempo de lo normal, ya que haremos lo posible por conseguirle una cita más tarde ese mismo día o con otro doctor.
- Si no podemos conseguirle una cita más tarde ese mismo día o con otro doctor, o si rechaza estas opciones, es posible que tenga que cambiar su cita para otro día.
- LSCC se reserva el derecho a decidir si es necesario cambiar el día de la cita si usted llega tarde.

**Nosotros queremos ser su hogar para cuidados de salud. Juntos, podemos proporcionar servicios de salud enfocados en usted.**

---

Firma del paciente, tutor o representante autorizado

---

Fecha