

Legacy Community Health No Show Policy
Effective 11/1/2018

Cualquier paciente que no avise para reprogramar o cancelar su cita y no atienda a su cita médica tres veces, solo podrá programar sus citas médicas en persona con el personal de atención al paciente en una de nuestras clínicas.

NOMBRE DEL PACIENTE		SEGUNDO NOMBRE DEL PACIENTE		APELLIDO DEL PACIENTE	
NOMBRE PREFERIDO (SI APLICABLE)		APELLIDO MATERNO		FECHA DE NACIMIENTO	
FECHA	NOMBRE DEL PADRE / TUTOR LEGAL (MENOR DE 18)			LICENCIA U OTRA IDENTIFICACIÓN	
DIRECCIÓN			CIUDAD Y ESTADO		CÓDIGO POSTAL
CONDADO	ESTADO (DONDE NACIÓ)		NÚMERO DE SEGURO SOCIAL		
NÚMERO DE TELÉFONO PRINCIPAL		OTRO NÚMERO DE TELÉFONO		¿SIN VIVIENDA?	
<input type="checkbox"/> Teléfono de Casa <input type="checkbox"/> Teléfono Celular		<input type="checkbox"/> Teléfono de Casa <input type="checkbox"/> Teléfono Celular		<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
CORREO ELECTRÓNICO					
ESTADO CIVIL					
<input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Vivo con mi Pareja <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Ortro:					
GÉNERO (DE NACIMIENTO)					
¿Qué género se le asignó cuando nació? (como en acta de nacimiento) <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino					
OCUPACIÓN		TAMAÑO DE LA FAMILIA (personas viviendo en el hogar)		INGRESOS TOTAL DE LA FAMILIA	
				<input type="checkbox"/> Anual <input type="checkbox"/> Mensual	
MÉTODO PREFERIDO DE CONTACTO					
<input type="checkbox"/> Teléfono de Casa <input type="checkbox"/> Teléfono Celular <input type="checkbox"/> Teléfono de Trabajo <input type="checkbox"/> Carta <input type="checkbox"/> Portal del Paciente <input type="checkbox"/> Correo Electrónico <input type="checkbox"/> Fax					
TRABAJADOR AGRÍCOLA					
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Si es sí: <input type="checkbox"/> Temporal <input type="checkbox"/> Todo el año <input type="checkbox"/> Trabajador agrícola retirado					
ORIGEN ÉTNICO					
<input type="checkbox"/> Hispano(a) <input type="checkbox"/> No Hispano(a) <input type="checkbox"/> Decido no declarar					
RAZA (si multirracial, elegir todas las aplicables)					
<input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Anglosajón <input type="checkbox"/> Decido no declarar <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái <input type="checkbox"/> Nativo Americano / de Alaska <input type="checkbox"/> Negro/ Afro Americano					
IDIOMA DE PREFERENCIA					VETERANO MILITAR EE.UU.
<input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro:					<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No

OFFICE USE ONLY
 PATIENT ID NUMBER

Client Intake

Orig. 12/2013; Rev. 11/2015, 3/2016, 4/2016, 7/2017, 11/2018

¿CÓMO SUPO ACERCA DE NUESTROS SERVICIOS?

Familia/Amigo Publicación Radio/TV Internet Referencia Evento de la Comunidad

Fuente de referencia:

Pacientes de 18 años de edad y mayores, por favor responda las siguientes preguntas:

1: La orientación sexual es el término usado para describir a qué género (s) alguien es atraído sexual y / o románticamente.

2: Identidad de género es cómo nos sentimos y expresamos nuestro género y roles de género: ropa, comportamiento y apariencia personal. Es un sentimiento que tenemos tan pronto como la edad de dos o tres.

ORIENTACIÓN SEXUAL

Homosexual Heterosexual (no homosexual) Bisexual Otro
 No lo sé Decido no declarar

IDENTIDAD DE GÉNERO ACTUAL

¿Cuál es su identidad de género actual?

Masculino Hombre Transgénero/ Femenino a Masculino Tercer Género Decido no declarar
 Femenino Mujer Transgénero/ Masculino a Femenino Otro

CONTACTO DE EMERGENCIA		RELACIÓN CON EL PACIENTE	NÚMERO DE TELÉFONO
DIRECCIÓN	CIUDAD / ESTADO	CÓDIGO POSTAL	CONDADO

¿Esta persona tiene conocimiento que usted es paciente de Legacy Community Health? Si No

OTROS CONTACTOS*	NOMBRE DEL CONTACTO	RELACIÓN CON EL PACIENTE	NÚMERO TELEFÓNICO	ES EL CONTACTO DE EMERGENCIA	N/A
Cuidador Principal				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Guardián Legal Principal				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Poder Notarial Médico				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Persona Delegada				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otro Profesional Médico				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

*Cuidador Principal es la persona responsable de brindar cuidado diario al paciente. El Guardián Legal Principal es la persona nombrada por la corte para realizar decisiones de tratamiento médico en lugar del paciente. Poder Médico Notarial (apoderado de cuidado médico) es la persona nombrada por el paciente para realizar decisiones de tratamiento médico en lugar del paciente. La Persona Delegada es la persona nombrada por el paciente para comunicarse con respecto a la salud del paciente, lo cual puede incluir información sobre mi diagnóstico médico, estatus de elegibilidad y citas. La documentación necesaria debe ser brindada.

FARMACIA DE PREFERENCIA			NÚMERO DE TELÉFONO
DIRECCIÓN	CIUDAD Y ESTADO	CÓDIGO POSTAL	CONDADO

¿TIENE USTED ALGUNA DOCUMENTO LEGAL DE SALUD?

Si No Poder Médico Notarial Directivas al Médico y a la Familia (Testamento en Vida)

Por la presente autorizo a Legacy el permiso para obtener electrónicamente el historial de medicamento de otras organizaciones de salud, incluyendo pero no limitado a las farmacias. Yes No

OFFICE USE ONLY
PATIENT ID NUMBER

Client Intake

Orig. 12/2013; Rev. 11/2015, 3/2016, 4/2016, 7/2017, 11/2018

¿USTED O ALGUIEN EN SU VIVIENDA TIENE MEDICAID, MEDICARE, CHIP, V.A. O ALGUNA OTRA COBERTURA DE SEGURO?

<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Si es sí, ¿quién?	¿Ha solicitado en los últimos 30 días?	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No
-----------------------------	-----------------------------	-------------------	--	------------------------------	-----------------------------

¿QUÉ TIPO DE SEGURO TIENE USTED?

<input type="checkbox"/> Ninguno / Por cuenta propia	<input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> Medicare Plan	<input type="checkbox"/> Medicaid Plan	<input type="checkbox"/> Privado
Numero de miembro: _____		Número de Grupo _____		
Seguro Privado: _____		Proveedor PCP si es Póliza HMO: _____		

INFORMACIÓN DEL ASEGURADO

NOMBRE		NÚMERO DE SEGURO SOCIAL	NÚMERO DE TELÉFONO
DIRECCIÓN	CIUDAD Y ESTADO	CÓDIGO POSTAL	CONDADO
FECHA DE NACIMIENTO	RELACIÓN DEL PACIENTE CON EL ASEGURADO / TOMADOR DEL SEGURO		
	<input type="checkbox"/> Él/Ella mismo(a) <input type="checkbox"/> Esposa <input type="checkbox"/> Hijo(a) <input type="checkbox"/> Otro:		

INFORMACIÓN DEL EMPLEADOR DEL ASEGURADO

NOMBRE DE LA COMPAÑÍA			NÚMERO DE TELÉFONO
DIRECCIÓN	CIUDAD Y ESTADO	CÓDIGO POSTAL	CONDADO

Información del Paciente-Documentos

La firma que aparece debajo reconoce que, se me ha dado el Paquete de Información del Paciente y el cual incluye:

- Notificación de Practica Privada, explicando como mi información médica será manejada en diferentes situaciones;
- Declaración de Derechos y Responsabilidades del Cliente, la cual apruebo y acepto;
- Reglamento para someter una Retroalimentación/Inquietud/Queja;
- Hoja de E-Prescripción; y
- Legacy Acuerdo del Paciente

Consentimiento Para Tratamiento, Pruebas, y Procedimientos

Doy mi consentimiento a todas las pruebas, tratamientos y procedimientos ordenados por el proveedor médico de Legacy, sin limitación de pruebas de sangre para detectar infección o enfermedades de transmisión tales como; enfermedades de transmisión sexual, virus de inmunodeficiencia (VIH), inmunodeficiencia adquirida (SIDA), y Hepatitis. Como parte de mis pruebas y tratamiento, yo podré recibir prevención específica de enfermedades, educación, y servicios para reducir de riesgo. Comprendo que Legacy requiere por Ley del Estado reportar y dar información al Departamento de Salud y Servicios Humanos de la Ciudad de Houston de personas cuyos resultados fueron positivos de ciertas enfermedades (conocidas como "enfermedades reportables") incluyendo pero no limitado a, tuberculosis, VIH/SIDA, y sífilis. Si yo resulto positivo en cualquiera de estas enfermedades reportables, yo comprendo que seré contactado por un Especialista de Intervención de Enfermedades del Estado para promover un tratamiento exitoso y notificar a su pareja sexual, y si es aplicable a las personas que están en riesgo. También comprendo que si un empleado de salud en Legacy es accidentalmente expuesto a mi sangre o fluidos corporales (por ejemplo: una aguja de jeringa), Legacy podrá extraer y/o utilizar mi sangre con propósitos de prueba.

Responsabilidad Financiera

Yo comprendo que si califico a través de fondos asistidos por un programa tal como Ryan White o por el Departamento del Estado de Servicios de Salud y Planificación Familiar (Title X) estos recursos son la opción última para desembolso de gastos médicos. Como contribuyentes de último recurso, los programas de fondos asistidos podrán eliminar mi elegibilidad, si en el futuro yo tengo Medicare, Medicaid y/o una tercera cobertura de seguro. Por lo tanto acepto notificar inmediatamente de cualquier cambio en mi estatus financiero y/o cobertura de seguro, y si esos cambios resultan que yo no sea elegible para los servicios que corresponden a los fondos asistidos del programa, comprendo que soy totalmente responsable por el costo de los servicios recibidos de Legacy.

Obligación con el Seguro

Al firmar en la parte inferior, si soy elegible a Medicaid, Medicare y/o la cobertura de un tercer seguro mientras sea un cliente de Legacy, autorizo a Legacy a proveer a Medicaid, Medicare y/o la cobertura un tercer seguro, toda la información médica necesaria, incluyendo mi estatus de VIH, para procesar mi reclamo de gastos médicos. También por la presente asigno a Legacy a recibir todos los pagos de Medicaid, Medicare y/o la tercer aseguradora por los servicios y tratamientos que me dio Legacy. Comprendo que soy responsable de pagar cualquier co-pago requerido antes de recibir servicios de un proveedor de salud. Comprendo que soy responsable del costo de servicios y tratamiento que me sea otorgado y que no esté cubierto por mi seguro.

Participación en Investigación

Legacy participa en estudios de investigación, los cuales involucran estudios experimentales o de prueba. Al firmar en la parte inferior, autorizo al personal de Legacy a revisar mi información para ver si califico para participar en futuros estudios. Si califico, seré notificado y se me informará de la oportunidad de aceptar o rechazar la participación de estudios de investigación. Con mi firma que se localiza en la parte inferior, no significa que acepto ser parte de los estudios de investigación.

E-Prescripción

E-Prescripción, E-RX o Prescripción Electrónica, son prescripciones generadas a través de la computadora por su proveedor médico y son enviadas directamente a su farmacia. Los participantes en E-Prescripción, Legacy se preocupa de su bienestar y los múltiples beneficios de E-prescribir. Al yo aceptar este servicio, Legacy podrá tener acceso a mi historia de prescripciones del presente y pasado. Esta información vital permite a Legacy asistir y confirmar la seguridad en mis prescripciones, y minimizar los riesgos de interacción de un medicamento con mis diferentes medicamentos.

Greater Houston Healthconnect

La participación de Legacy en Healthconnect. Healthconnect es una organización sin fines de lucro que proporciona enlace seguro a los participantes Healthconnect. Podrá encontrar una lista actualizada de participantes de Healthconnect en: www.ghhconnect.org. La participación de Legacy con otros participantes de Healthconnect permite a Legacy tener acceso a información de; laboratorios, farmacias, centros de radiología, oficinas de doctores, hospitales, aseguradoras, los cuales ayudan a dar los cuidados de salud, y tener acceso a cualquier información electrónica de salud relacionada a usted. Todo participante de Healthconnect debe proteger la privacidad de la información de acuerdo a lo que establece el Estado y las Leyes Federales. Su tratamiento y elegibilidad a beneficios no será afectada. Con mi firma en la parte inferior, Acepto que los participantes presentes y futuros de Healthconnect, incluyendo Legacy pueden utilizar y dar a conocer mi información electrónica de salud protegida, con propósitos limitados tratamiento, pagos y operaciones del cuidado de salud. Esta autorización está en efecto hasta que yo revoque la autorización. Comprendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento al notificar por escrito a cualquier proveedor de salud que participa en Healthconnect, y mi revocación tendrá efecto dentro de los siguientes tres(3) días. También comprendo que al revocar esta autorización, no será afectada la información antes compartida, cuando estaba en efecto la autorización.

Términos y Consentimiento

Comprendo que mi consentimiento es necesario para que Legacy me pueda ofrecer servicios y de que algunas cosas no se apliquen a mi situación actual. También comprendo, que mi firma debe estar asentada en la parte inferior para asentar mi aprobación a este documento en su totalidad y que es requerida en orden para recibir cuidados de salud comprensivo durante y las futuras visitas, y para valorar mi elegibilidad a los programas. Al firmar este documento, reconozco y apruebo lo términos, información y obligaciones contenidas en este documento. Estoy dando mi consentimiento con mi plena libertad y voluntad. He tenido la oportunidad de leer y hacer preguntas acerca de la información que esta en el paquete, específicamente incluida y no limitada a las obligaciones y provisiones financieras, y la asignación y provisión de beneficios. Reconozco también que puedo no tener preguntas y/o que mis preguntas han sido contestadas satisfactoriamente en el lenguaje que yo comprendo. Firmo este documento libremente y lo acepto con sus términos. Comprendo que este documento estará en efecto hasta que yo revoque mi consentimiento, en cualquier momento, y por escrito. También comprendo que al revocar esta autorización no afecta las acciones antes tomadas y basadas en este consentimiento.

Al firmar esta forma, atestiguo que todas las declaraciones que he hecho, incluyendo las respuestas contestadas a todas las preguntas, son ciertas en base a mis conocimientos y creencias, Yo apruebo dar a los empleados de elegibilidad, cualquier información necesaria que confirme las declaraciones acerca de mi elegibilidad. Comprendo que dar información falsa puede resultar en la descalificación de mi elegibilidad y en posible obligación de reembolso. También acepto informar a los empleados de elegibilidad si mis ingresos y el número de personas viviendo en el hogar han cambiado.

Firma del cliente o del padre / o apoderado

Fecha

Firma de la persona que ayudo completar esta forma

Fecha

Firma del testigo

Fecha

OFFICE USE ONLY

Reviewed by:

Date:

OFFICE USE ONLY
PATIENT ID NUMBER

Client Intake

Orig. 12/2013; Rev. 11/2015, 3/2016, 4/2016, 7/2017, 11/2018