

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

NOMBRE DEL PACIENTE		SEGUNDO NOMBRE		APELLIDO DEL PACIENTE	
NOMBRE PREFERIDO (SI APLICABLE)		APELLIDO MATERNO		FECHA DE NACIMIENTO	
FECHA	NOMBRE DEL PADRE/TUTOR LEGAL (MENOR DE 18)			LICENCIA /OTRA IDENTIFICACIÓN	
DIRECCIÓN			CIUDAD Y ESTADO		CÓDIGO POSTAL
Tengo una dirección alternativa a la que prefiero que se envíe correo <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No					
DIRECCIÓN A LA QUE PREFIERO SE ENVIE EL CORREO			CIUDAD Y ESTADO		CÓDIGO POSTAL
CONDADO		ESTADO (DONDE NACÍÓ)		NÚMERO DE SEGURO SOCIAL	
NÚMERO DE TELÉFONO PRINCIPAL		OTHER NÚMERO DE TELÉFONO		¿SIN VIVIENDA?	
<input type="checkbox"/> Teléfono Casa <input type="checkbox"/> Teléfono Movil		<input type="checkbox"/> Teléfono Casa <input type="checkbox"/> Teléfono Movil		<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Legacy envía recordatorios de citas y comunicaciones por mensaje de texto. Al marcar esta casilla, indico que NO QUIERO recibir ninguna comunicación via texto (opto no participar) <input type="checkbox"/>					
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"/> Otro:					
SEXO AL NACER (DE NACIMIENTO)					
¿Qué sexo 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 TOTALES 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 Móvil <input type="checkbox"/> Teléfono Trabajo <input type="checkbox"/> Carta <input type="checkbox"/> Portal del Paciente <input type="checkbox"/> Email					
TRABAJADOR AGRÍCOLA					
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Si es si: <input type="checkbox"/> Migrante <input type="checkbox"/> Temporal <input type="checkbox"/> Todo el año <input type="checkbox"/> 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 que aplican)			
<input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> Isleño del Pacifico	<input type="checkbox"/> Blanco o caucásico	<input type="checkbox"/> Decido no declarar
<input type="checkbox"/> Nativo de Hawaii	<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"/> Vietnamita	Otro: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
¿CÓMO SUPO ACERCA DE NUESTROS SERVICIOS?			
<input type="checkbox"/> Familia/Amigo	<input type="checkbox"/> Publicación	<input type="checkbox"/> Radio / TV	<input type="checkbox"/> Internet <input type="checkbox"/> Referencia <input type="checkbox"/> Evento en Comunidad
Fuente de referencia:			

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

- Orientación sexual:** término usado para describir a que género(s) alguien es atraído sexual y/o románticamente
- Identidad de género:** como 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			
<input type="checkbox"/> Homosexual, gay, o lesbiana	<input type="checkbox"/> Bisexual	<input type="checkbox"/> No lo sé	
<input type="checkbox"/> Heterosexual (no homosexual)	<input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> Decido no declarar	
IDENTIDAD DE GÉNERO ACTUAL			
¿Cual es su identidad de género actual?		<input type="checkbox"/> Genderqueer (neither exclusively male nor female)	
<input type="checkbox"/> Masculino	<input type="checkbox"/> Hombre Transgénero / Femenino a Masculino	<input type="checkbox"/> Otro	
<input type="checkbox"/> Femenino	<input type="checkbox"/> Mujer Transgénero / Masculino a Femenino	<input type="checkbox"/> Decido no declarar	
PRONOMBRE PREFERIDO	<input type="checkbox"/> Él	<input type="checkbox"/> Ella	<input type="checkbox"/> Ellos <input type="checkbox"/> Otro

CONTACTO DE EMERGENCIA		RELACIÓN CON EL PACIENTE	NÚMERO DE TELÉFONO
DIRECCIÓN	CIUDAD Y 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 DE TELÉFONO	ES EL CONTACTO DE EMERGENCIA	N/A
Cuidador Principal					
Guardián Legal Principal					
Poder Notariado Médico					
Persona Delegada					
Otro Profesional Médico					

* 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 Notariado (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 ALGUN DOCUMENTO LEGAL DE SALUD?			
<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Poder Médico Notariado	<input type="checkbox"/> Directivas al Médico y a la Familia (Testamento en Vida)
¿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 si, ¿quién?	¿Ha solicitado cobertura en los últimos 30 días? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No

¿QUÉ TIPO DE SEGURO TIENE USTED?	
<input type="checkbox"/> Ninguno / Pago por propia cuenta	<input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Medicare Plan <input type="checkbox"/> Medicaid Plan <input type="checkbox"/> Seguro Privado
Número 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
FECHA DE NACIMIENTO	RELACIÓN DEL PACIENTE CON EL ASEGURADO / TITULAR PÓLIZA DE SEGURO		
	<input type="checkbox"/> Yo <input type="checkbox"/> Esposo(a) <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
Por la presente autorizo a Legacy el permiso para obtener electronicamente el historial de medicamento de otras organizaciones de salud, incluyendo pero no limitado a las farmacias. <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			

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 acceptor;
- 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 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 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 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.

Comunicaciones

Entiendo que Legacy utilizará mi dirección de correo electrónico y otra información de contacto que he proporcionado para diversos fines, incluidos, entre otros, recordatorios de citas, recordatorios de reabastecimiento de medicamentos recetados y registro en el portal de pacientes de Legacy. El portal seguro para pacientes de Legacy permite que los pacientes se comuniquen con sus proveedores de atención médica y accedan a cierta información en sus registros médicos, como listas de medicamentos, ciertos resultados de laboratorio y registros de inmunización; sin embargo, estas características pueden cambiar de vez en cuando. Entiendo que Legacy utilizará mi dirección de correo electrónico para crear una cuenta de portal segura para mí, pero que se me pedirá que establezca mi información de inicio de sesión para poder acceder al portal.

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.

Información Importante Usted Necesita Saber Acerca de Telesalud/Telemedicina en Legacy

Limitaciones de la Telemedicina / Telesalud: Como paciente de Legacy que recibe servicios a través de telemedicina / telesalud, su proveedor debe proporcionar un aviso (explicación) sobre los servicios de telemedicina / telesalud, incluidos los riesgos y beneficios de recibir tratamiento a través de telemedicina / telesalud, cómo recibir atención o asistencia médica en caso de presentar una reacción adversa al tratamiento o en caso de incapacidad para comunicarse como resultado de una falla tecnológica o del equipo.

Necesidad de una Evaluación en Persona: Como paciente de Legacy que recibe servicios a través de telemedicina / telesalud, su proveedor de la salud está obligado de informarle antes de la conclusión del encuentro, si no puede proporcionar toda la información clínica pertinente que un proveedor de atención médica que ejerza habilidades y cuidados ordinarios consideraría razonablemente necesarios para la práctica de la medicina o los servicios de salud con un nivel aceptable de seguridad y calidad en el contexto de ese encuentro médico en particular. Si eso ocurre, su proveedor debe aconsejarle que obtenga una evaluación médica adicional que razonablemente pueda satisfacer sus necesidades.

Derechos y Responsabilidades, Registro de Citas de Telemedicina: Entiendo que al aceptar participar en los servicios de telemedicina / telesalud de Legacy, no grabaré audio y / o audio / video a los miembros de la fuerza laboral de Legacy sin su permiso expreso obtenido antes de cualquier grabación. Una violación de esta limitación de grabación puede resultar en que Legacy solicite que destruya la grabación, incluyendo cualquier publicación de los materiales que se han compartido y también puedan resultar en que Legacy suspenda los servicios de telemedicina / telesalud para mí.

Quejas a la Junta

Como paciente de Legacy que recibe servicios, si desea presentar una queja o reclamo ante la Junta de Medicina de Texas o el Gerente de Riesgos de Legacy, comuníquese con Legacy en compliance@legacycommunityhealth.org (832) 548 5018, o por correo postal a PO Box 66308, Houston, TX 77266. No se le penalizará por presentar una queja.

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 los 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 está 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 ayudó completar esta forma

Fecha

Firma del testigo

Fecha

OFFICE USE ONLY	Reviewed by:	Date:
------------------------	--------------	-------