



FORMULARIO DE REGISTRO DE PACIENTE

INFORMACIÓN DEL PACIENTE:	
Nombre: _____ Fecha de nacimiento: ___/___/___ Edad: _____ Sexo: _____ DIRECCIÓN: _____ Ciudad (*): Estado (*): Código postal: _____	
Si es aplicable: Correo electrónico del paciente: _____ Teléfono celular del paciente: _____	
<u>INFORMACIÓN DE PADRES/TUTORES LEGALES: (MADRE Y PADRE)</u>	
Nombre de la Madre: _____ Apellido de Soltera: _____ Fecha de nacimiento: ___/___/___ Teléfono celular:(____)____ - _____ Teléfono residencial:(____)____ - _____ Correo electrónico de la madre: _____ Nombre del Padre: _____ Fecha de nacimiento: ___/___/___ Teléfono celular:(____)____ - _____ Teléfono residencial:(____)____ - _____ Correo electrónico del padre: _____ Dirección primaria: _____ Ciudad (*): Estado (*): Código postal: _____	
<u>CONTACTO DE EMERGENCIA: (APARTE DE LOS PADRES)</u>	
Nombre: _____ Teléfono celular: (____)____ - _____ Teléfono residencial: (____)____ - _____ Relación con el paciente: ABUELO TÍA/TÍO AMIGO OTRO: _____ (UN CÍRCULO)	
<u>INFORMACIÓN DEL SEGURO:</u>	
La(s) tarjeta(s) de seguro deben presentarse al momento del servicio. DOY PERMISO PARA QUE MI(S) COMPAÑÍA(S) DE SEGURO(S) ENVÍE EL PAGO DIRECTO AL CENTRO DE SALUD ANCOR. SOY CONSCIENTE DE QUE PUEDO SER RESPONSABLE DE CUALQUIER CARGO NO CUBIERTO.	
Seguro primario _____ IDENTIFICACIÓN: _____ Nombre del suscriptor: _____ Fecha de nacimiento del suscriptor: ___/___/___ - _____	Seguro secundario: _____ IDENTIFICACIÓN: _____ Nombre del suscriptor: _____ Fecha de nacimiento del suscriptor: ___/___/___ - _____
Nombre de los padres: _____ Firma de los padres: _____ Fecha: _____	



INFORMACIÓN DE FARMACIA

(Mantendremos esta farmacia archivada para todas las recetas. Para evitar demoras en la transmisión de recetas, se requiere información correcta. Si desea cambiar su farmacia, recuerde actualizar la información de la farmacia en nuestra oficina).

Nombre: _____ Teléfono: _____

Dirección _____ Fax: _____

Todos los pacientes y tutores pueden ver las próximas citas, informes de laboratorio, información demográfica y la posibilidad de interactuar con nuestro personal a través de mensajes. Si está interesado en nuestro "Portal del Paciente", proporcione la siguiente información. **(por favor imprime claramente)**

Dirección de correo electrónico: _____

Nombre del niño: _____ Fecha de nacimiento _____

Nombre del niño: _____ Fecha de nacimiento _____

Nombre del niño: _____ Fecha de nacimiento _____

Nombre del niño: _____ Fecha de nacimiento _____

En caso de que no pueda llevar a su hijo a una cita, indique todas las personas a quienes usted da permiso para participar en la atención médica de su hijo y como contacto de emergencia:

- 1) _____ Número de contacto _____
- 2) _____ Número de contacto _____
- 3) _____ Número de contacto _____
- 4) _____ Número de contacto _____
- 5) _____ Número de contacto _____

Tenga en cuenta: si hay un problema de custodia que involucra a su hijo, tenga en cuenta que, a menos que se envíe una orden judicial al centro de salud Acor, ambos padres tendrán derecho a los registros médicos del niño. Todas las personas enumeradas en este formulario deberán presentar su identificación con fotografía cuando acompañen al niño a la cita.

Para evitar cualquier información enumerada, se debe enviar una solicitud por escrito al centro de Acor Health.r.



Políticas de práctica

___ **Política de cancelación de 24 horas:** Si no puede asistir a su cita. Llame al 903-236-8600 para cancelar o reprogramar su cita con al menos 24 horas de anticipación. Las cancelaciones y reprogramaciones se pueden realizar por teléfono o por mi portal de pacientes.

___ **Política de citas perdidas:** Después de 3 citas programadas sin presentarse, estaré sujeto a un posible despido del Centro de salud Ancor.

___ **Pago de la cita:** El pago vence al momento del servicio. Requeriremos TODO el pago por adelantado antes de que el proveedor atienda al paciente. Si paga por su cuenta, se pueden agregar cargos adicionales dependiendo de las pruebas/inyecciones o recolecciones de sangre y requeriremos el pago al momento del check-out.

___ **Recargas de medicamentos:** Espere hasta 48 horas para que se soliciten resurtidos de recetas en su farmacia. Tenga en cuenta que nuestra oficina está cerrada de viernes por la tarde a domingo. Por lo tanto, las solicitudes de recarga que se dejen el viernes por la noche no podrán atenderse hasta el siguiente día hábil.

___ **Cartas y formularios:** Espere al menos 7 días hábiles para completar los formularios y cartas. No hay garantía de que puedan completarse antes del tiempo asignado.

___ **Referencias:** Si el proveedor lo ha remitido a un especialista, su consultorio se comunicará con usted para programar una cita lo antes posible. Si no ha recibido una llamada o de la oficina del especialista dentro de una semana, comuníquese con nuestro departamento de referencias para ayudarlo con el seguimiento con el especialista.

___ **Registros médicos:** Espere 15 días hábiles para que se envíen o reciban los registros médicos. Cualquier paciente que solicite registros médicos de nuestro departamento de registros médicos, espere 24 horas. Se requiere una tarifa de \$25 al momento de la solicitud.

Firma de reconocimiento y comprensión de las políticas y tarifas de la oficina: He leído y entiendo las políticas y tarifas anteriores. Mi firma indica que entiendo y estoy de acuerdo con las políticas de la oficina explicadas anteriormente.

Nombre impreso del paciente o tutor

Firma del paciente o tutor



CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO DE UN MENOR

Yo, el padre o tutor de dicho paciente, que es decir, un menor, autorizo a Ancor Pediatrics y a todas las personas que actúan como agentes del mismo y a todos los médicos a quienes dicho menor es remitido para tratamiento médico, a proporcionar todas las formas de diagnóstico, tratamiento médico y preventivo a dicho menor. Este consentimiento permanecerá vigente hasta que se entregue una revocación por escrito del mismo al centro Ancor Health. Inicial: _____

AUTORIZACIÓN Y LIBERACIÓN

Autorizo a Ancor Health Center a divulgar cualquier información, incluido el diagnóstico y los registros de cualquier tratamiento o examen realizado a mi hijo durante el período de dicha atención, a terceros pagadores y/u otros profesionales de la salud. Autorizo y solicito a mi compañía de seguros que pague directamente al centro de salud Ancor los beneficios del seguro que de otro modo serían pagaderos a mí. Inicial: _____

POLÍTICA FINANCIERA

Por la presente autorizo el pago directamente a Ancor Health Center, si corresponde, de otro modo pagadero a mí por sus servicios como se describe. Certifico que la información que he reportado es correcta. Reconozco que es política de esta oficina cobrar cualquier copago, coseguro y/o deducible en el momento de cada visita. También soy responsable de notificar a la oficina sobre cualquier cambio en mi seguro antes de mi visita. Si tengo un plan HMO, seleccionaré a mi PCP antes de mi visita al consultorio. Es mi responsabilidad asegurarme de que todo el COB haya sido actualizado y corregido antes de mi visita. Entiendo que soy financieramente responsable de los servicios que no están cubiertos por mi seguro médico o si se me niega el pago. Inicial: _____

RECIÉN NACIDO (PACIENTE DE PAGO COMERCIAL/PRIVADO)

Entiendo perfectamente que mi bebé recién nacido debe incluirse en mi póliza de seguro.

Si mi bebé recién nacido no ha sido agregado a la póliza, soy consciente de que soy responsable del costo del consultorio. Algunos planes de seguro ofrecen cobertura para recién nacidos por 31 días. Los beneficios se determinarán antes de la cita, si se proporciona información del seguro. Si el recién nacido no está cubierto durante los primeros 31 días, Ancor Health Center deberá cobrar la tarifa del consultorio al momento del servicio. Todos los servicios se enviarán a la compañía de seguros para su pago. Inicial: _____

**HE LEÍDO Y ENTIENDO LA INFORMACIÓN EN ESTE FORMULARIO.
SOY EL PADRE DE DICHO HIJO MENOR O EL TUTOR DESIGNADO POR EL TRIBUNAL PARA EL PACIENTE Y
ESTOY AUTORIZADO A ACTUAR EN NOMBRE DEL PACIENTE PARA FIRMAR ESTA DIVULGACIÓN DE
INFORMACIÓN.**

ACUSE DE RECIBO DEL AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD.

Yo _____ reconozco que he recibido y leído la copia del "Aviso de prácticas de privacidad" de Ancor Health Center. Este aviso describe cómo Ancor Health Center puede usar y divulgar mi información de salud protegida, ciertas restricciones en el uso y divulgación de mi información de salud protegida y los derechos que puedo tener con respecto a mi información de salud protegida.

ACUSE DE RECIBO DE POLÍTICAS Y PROCEDIMIENTOS DE LA OFICINA

Yo _____ reconozco que he leído y recibido la copia de "Oficina y procedimientos" de Ancor Health Center.

NOMBRE EN IMPRENTA DEL PADRE O TUTOR

FIRMA DEL PADRE O TUTOR



AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE EXPEDIENTES

Yo autorizo:

Consultorio o clínica de médicos anteriores: _____

DIRECCIÓN: _____

Teléfono: _____

Fax: _____

Para divulgar información a:

Centro de Salud Acor
818 N cuarta calle
Longview, Texas 75601
Teléfono: (903) 236-8600
Fax: (903) 236-8605

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

La información que puede divulgar sujeta a este formulario de divulgación firmado es la siguiente:

- TODOS LOS REGISTROS
- EXAMEN INICIAL
- RESUMEN DE ALTA
- NOTAS DE VISITA A LA OFICINA
- RESULTADOS DEL PROCEDIMIENTO ESPECIAL
- NOTAS DE PROGRESO DE LA ATENCIÓN DE SEGUIMIENTO

LA INFORMACIÓN ANTERIOR SE DIVULGA PARA EL SIGUIENTE PROPÓSITO Y ESE PROPÓSITO ÚNICAMENTE, Y OTRO USO SI ESTÁ PROHIBIDO: ESTABLECER ATENCIÓN CON ANCOR HEALTH CENTER. TODOS LOS EXPEDIENTES MÉDICOS RELACIONADOS CON EL TRATAMIENTO, HOSPITALIZACIÓN Y ATENCIÓN AMBULATORIA DE MI CONDICIÓN, INCLUYENDO, PERO NO LIMITADO A, DETERIORO PSICOLÓGICO, PSIQUIÁTRICO, ABUSO DE DROGAS, ALCOHOLISMO, SIDA O PRUEBAS DE ANTICUERPOS VIH. ESTA AUTORIZACIÓN EXPIRARÁ (30) DÍAS A PARTIR DE LA FECHA DE MI FIRMA O SEGÚN SE ESPECIFIQUE POR FECHA, EVENTO O CONDICIÓN DE LA SIGUIENTE MANERA:

Nombre del paciente

Firma del paciente/tutor

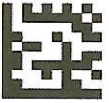
Fecha de nacimiento del paciente o número de seguro social Nombre impreso del tutor

Fecha

Relación con el paciente



REGISTRO DE INMUNIZACIÓN DE TEXAS (ImmTrac2)
Consentimiento para menores de edad



Si el cliente es menor de 18 años, uno de los padres, el tutor legal o el titular de la custodia debe firmar este formulario.

Primer nombre del menor _____ Segundo nombre del menor _____ Apellido del menor _____

Fecha de nac. del menor (mm/dd/aaaa) _____ Sexo del menor: Femenino Masculino Teléfono _____ Correo electrónico _____

Dirección del menor _____ Núm. de apartamento o edificio _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____ Condado _____

Nombre de la madre _____ Apellido de soltera _____

<p>Raza (seleccione todos los que correspondan):</p> <input type="checkbox"/> Indio americano o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái o de otra isla del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Se negó a contestar			<p>Grupo étnico (seleccione solo una):</p> <input type="checkbox"/> Hispanico o latino <input type="checkbox"/> No hispano o latino <input type="checkbox"/> Otro
--	--	--	--

El Registro de Inmunización de Texas (ImmTrac2), es un servicio gratuito del Departamento Estatal de Servicios de Salud (DSHS) de Texas. Se trata de un servicio seguro y confidencial que consolida y guarda los registros de vacunación de su hijo (hasta los 18 años de edad). Con su debida autorización, la información de las vacunas que recibe su hijo se incluirá en el Registro de Inmunización de Texas. Médicos, departamentos de salud pública, escuelas y otros profesionales autorizados pueden tener acceso a esta información para verificar que no falten vacunas importantes. Para más información consulte la sección 161.007 (d) del Código de Salud y Seguridad de Texas en <https://statutes.capitol.texas.gov/Docs/HS/btm/HS.161.btm#161.007>.

Consentimiento para incluir en el registro a un menor y para divulgar sus datos a las entidades autorizadas
Entiendo que, al dar aquí mi consentimiento, autorizo la divulgación de mis datos de vacunación al DSHS, y entiendo además que el DSHS incluirá esta información en el Registro de Inmunización de Texas. Una vez que los datos de las vacunas de mi hijo estén en el Registro de Inmunización de Texas, las siguientes entidades tendrán, por ley, acceso a ella: un distrito de salud pública o departamento de salud local, por razones de salud pública, dentro de sus zonas de jurisdicción; un médico u otro proveedor de salud legalmente autorizado para aplicar vacunas, como parte del tratamiento al menor como su paciente; una dependencia estatal que tenga la custodia legal del niño; una escuela o guardería en la que el niño esté inscrito; un pagador autorizado por el Departamento de Seguros de Texas para operar en Texas lo relacionado con la cobertura del menor. Entiendo que puedo retirar este consentimiento en cualquier momento, llenando y enviando el formulario Withdrawal of Consent al Texas Immunization Registry del Texas Department of State Health Services.

La ley estatal permite la inclusión de los registros de vacunación de los socorristas y sus familiares directos en el Registro de Inmunización de Texas. Se define como "socorrista" al empleado de la seguridad pública o voluntario cuyas funciones incluyen el responder rápidamente a una emergencia médica. Se define como "familiar directo" a los padres, cónyuges, hijos o hermanos que viven en el mismo hogar que el socorrista. Para más información, consulte la sección 161.00705 del Código de Salud y Seguridad de Texas. <https://statutes.capitol.texas.gov/Docs/HS/btm/HS.161.btm#161.00705>.

Marque la casilla de abajo para indicar si su hijo es familiar directo de un socorrista.
 Soy FAMILIAR DIRECTO de un socorrista.

Con mi firma a continuación, DOY mi consentimiento para el registro. Deseo INCLUIR los datos de mi hijo en el Registro de Inmunización de Texas.

El padre o madre, tutor legal o titular de la custodia:

Nombre escrito a mano Firma Fecha

Aviso de confidencialidad: Con ciertas excepciones, usted tiene derecho a solicitar y recibir información sobre los datos que el estado de Texas recabe sobre usted. Usted tiene derecho a recibir y revisar la información si así lo solicita. También tiene derecho a pedir que la dependencia estatal corrija cualquier información que se determine que es incorrecta. Consulte el sitio <http://www.dshs.texas.gov> para más información sobre el aviso de confidencialidad. (Fuente: Código gubernamental, secciones 552.021, 552.023, 559.003 y 559.004)

PROVIDERS REGISTERED WITH the Texas Immunization Registry: Please enter client information in the Texas Immunization Registry and affirm that consent has been granted. **DO NOT** fax to the Texas Immunization Registry. **Retain this form in your client's record.**

Questions? Tel: (800) 252-9152 • Fax: (512) 776-7790 • <https://www.dshs.texas.gov/immunize/immtrac/>
Texas Department of State Health Services • Immunizations • Texas Immunization Registry – MC 1946 • P. O. Box 149347 • Austin, TX 78714-9347