



Forma de Registración

Información del Paciente		Email:	
Apellido del Paciente		Primer Nombre:	Segundo:
Fecha de Nacimiento: ___/___/____ Numero de Seguro Social: ____-____-____		Sex: Masculino Femenino	Estado Matrimonial: Solt/cas/div/sep/Viudo (a)
Direccion/PO BOX:		Ciudad:	Estado: Codigo Postal
Numero De Telefono:		Donde escucho de nosotoros?	
Información sobre el Seguro		Tiene Seguro Medico/Dental? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Le interesa ver a nuestra consejera certificada de asistencia?		<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Por favor de su targeta de Seguro, Medicaid o Medicare a la Recepcionista			
Seguro Primario:		Seguro Secundario:	
Persona Responsable por la cuenta: (direccion si es diferente)		Fecha de Nacimiento: ___/___/____	
En caso de Emergencia			
Nombre de familiar o Amigo:		relación:	# de casa # de trabajo:
Por Favor marque su raza:		Por Favor marque su Etnicidad:	
<input type="checkbox"/> Asiatico (oriental) <input type="checkbox"/> Nativo de Hawaii <input type="checkbox"/> Isla Pacifica <input type="checkbox"/> Negro/Africano Americano <input type="checkbox"/> Indio Americano/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Mas de una Raza <input type="checkbox"/> Desconocido/no quiero reportar		<input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> No Hispano/Latino <input type="checkbox"/> Desconocido/no quiero reportar	
Estado de Vivienda: <input type="checkbox"/> Refugio <input type="checkbox"/> Transicional <input type="checkbox"/> Con alguien mas <input type="checkbox"/> calle <input type="checkbox"/> Compro/Renta <input type="checkbox"/> Desconocido			
Lenguaje:		Es Un veterano? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	

ASSIGNACION Y LIBERACION, El abajo firmante, tiene convertura de seguro con _____y asignados directo con HOPE Community Medicine, y sus proveedores de salud asociados, todos los pagos y beneficios pagaderos a mi por servicios rendidos. Entiendo que soy financieramente responsable por todos los cobros sean o no pagados for el seguro. Por medio de la presente autorizo la liberacion de toda la informacion necesaria para asegurar pagos y beneficios. Yo autorizo el uso de esta firma en todos los cobros de mi seguro. AUTORIZACION DE MEDICARE requiere que el pago de beneficios autorizados de Medicare sea hecho en nombre de HOPE Community Medicinepor cualquier servicio rendido por sus proveedores de salud. Yo autorizo el poseedor de mi informacion medica, la liberacion a la Health Care Financing Administration o agentes apropiados, cualquier informacion necesaria para determinar estos beneficios pagables a servicios relativos. Yo entiendo que mi firma requiereque pagos sean hechos o autoriza la liberacion de informacion medica necesaria para pagar el cobro. Si "el otro seguro medico" es indicado en la forma



HCFA on en otra forma de cobro aprobada o cobros presentados electronicamente. Mi firma autoriza la liberacion de la informacion a el asegurador o agencia. En casos asignandos de Medicare, el medico o proveedor acuerda de aceptar la determinacion de cobro de el Medicare Carrier como el cobro completo, y el paciente es responsable por solo el deducible, coaseguranza, y servicios de cobertura. Coaseguranza y el deducible son basados en la determinacion de cobro de Medicare Carrier.

Firma del Paciente/Padre/Tutor Legal _____ Fecha _____

Consentimiento Para Historial de Medicamentos

Este Consentimiento nos permitira:

- Determinar los beneficios de la Farmacia, y los co-pagos de su plan de salud
- Revisar si un medicamento recetado esta cubierto (en formulario) bajo el plan del paciente
- Determinar alternativas terapeuticas marcadas por preferencia (si es disponible) con una clase de medicamento.
- Descargar una lista historica recetados a este paciente por cualquier proveedor de Salud.

En Conclusion, pedimos su permiso para obtener informacion formularia, y informacion sobre otras recetas eescritas por otros proveedores electronicamente usando el RxHub.

Todas las preguntas en esta forma son estrictamente confidenciales y se convertiran en parte de su record medico

Yo certifico con mi firma que he proporcionado toda la informacion sobre cualquier condicion con la que he sido diagnosticado o informado que tengo. Igualmente autorizo a HOPE Community Medicine, para que revisen electronicamente mis beneficios farmaceuticos atravez de RxHub.

Firma del Paciente/Padre/Tutor Legal

Fecha

Tiene alguna de las siguientes Directrices Anticipadas Medicas?



___Declaracion Anticipada de Voluntad (Testamento)

___Orden DNR (No Resucitar)

___Poder (Para cuidados de salud)

En el caso de que un paciente solicite asistencia en la formulacion de una Directriz Anticipada, un miembro del personal apropiado seguira los procedimientos aprobados por el estado para guiar al individuo a establecer su Directriz Anticipada.

Consentimiento General para Tratamiento

Nombre del paciente: _____ Fecha de Nacimiento ___/___/___

Nombre de la persona dando consentimiento (si no es el paciente):

Escriba nombre (letra de molde): _____

Relación con paciente: Padre Tutor legal Otro _____

Yo por este medio doy mi consentimiento voluntario y autorizo a los proveedores de salud de HOPE Community Medicine para proporcionar cuidados de salud en su ubicación de servicio. Los servicios de salud pueden incluir, sin limitacion, exámenes físicos de rutina, evaluación mental; estudios de diagnostico y monitoreo, y otros procedimientos; evaluaciones , tratamiento medico y/o dental; procedimientos de laboratorio rutinarios y estudios; rayos-x y otros Estudios imagenológicos; administracion de medicamentos; procedimientos y tratamientos recetados por los proveedores de salud de HOPE Community Medicine. Los servicios de cuidado de salud pudieran incluir Consejería necesaria para recibir los servicios apropiados, incluyendo planificacion familiar (como definido por leyes y reglamentos federales y estatales).

Yo entiendo que se me pedira firmar un consentimiento informado independiente para vacunas que se me administren y recibire una Declaración de información de vacuna (VIS) antes de recibir la vacuna. Yo entiendo que hay una forma independiente que tengo que firmar para dar consentimiento para estudios de enfermedades infecciosas.



Yo entiendo que hay ciertos riesgos y **peligros conectados con todas las formas de tratamiento, y doy mi consentimiento sabiendo esto.**

Yo entiendo que este consentimiento es valido y permanece en vigor mientras yo sea paciente de HOPE Community Medicine, hasta que retire mi consentimiento, o hasta que HOPE Community Medicine cambie sus servicios y se me pida que llene una nueva forma de consentimiento.

Disposiciones de Consentimiento

Mi firma en esta forma indica que:

1. Certifico que he leído y Comprendo perfectamente el consentimiento anterior y que Los hechos descritos son verdaderos.
2. Entiendo que aunque cada esfuerzo se hara para mantener al minimo cualquier riesgo o peligro, riesgos, efectos secundarios, y complicaciones pueden ser impredecibles tanto en la naturaleza y en gravedad.
3. Entiendo que las enfermeras practicantes, pudieran ser implicadas en mi tratamiento y doy mi consentimiento a ello.
4. Entiendo que se me puede pedir que firme una forma separada para cierto tratamientos que lo requieran.
5. Yo por este medio voluntariamente doy mi consentimiento para tratamiento en HOPE Community Medicine.

Firma del Paciente/Representante legal

Fecha/Hora

Indique reaccion si es firmado por alguien que no es el paciente: _____

Testigo

Fecha

Recibo del el Paciente y HOPE Community Medicine Derechos Y Responsabilidades

Yo, _____, he leído, entendido, y recibí una copia de el paciente y HOPE Community Medicine Derechos y Responsabilidades.

Si esta firmando por un menor, _____
(Escriba en nombre del menor)

Firma del Paciente/Padre/Tutor Legal

Testigo

Fecha



Reconocimiento de Recibo del Aviso de Prácticas de Privacidad

En el curso de proveerle servicios, creamos, recibimos y almacenamos Información de Salud que lo indentifica. A menudo es necesario utilizar y revelar su información de Salud con el fin de tratarlo, obtener pago for nuestros servicios, y para llevar a cabo operaciones de servicios de salud que implican nuestra oficina. El Aviso de Prácticas de Privacidad que se le ha dado describe estos usos y divulgaciones a detalle.

Si esta firmado como un representante personal del paciente, describa la relacion con el paciente la Fuente de autoridad para firmar esta forma:

Relacion con Paciente

Nombre Escrito

Fuente de Autoridad: _____

Yo Autorizo la liberacion de mi Informacion de Salud Protejida a los siguientes individuos:



Reconozco que he recibido el Aviso de Las Practicas de Privacidad de HOPE Community Medicine

Firma

Fecha



Poliza De Citas

Si tiene que cambiar o faltar a su cita, requerimos aviso de 24 horas y no podemos garantizar cuando o si podremos volver a programar su cita. Cancelaciones de ultimo minuto o no presentarse a la cita resultaran en un cobro de \$10 por cita, el cual DEBE SER PAGADO ANTES de volver a programar su proxima cita. Si este comportamiento se repite, no se le programaran mas citas y sera referido a un dentista/clinica de cobro regular en el area. Cobro tambien se aplica para faltas a citas con especialistas a los cuales se le ha referido. Esta poliza es estrictamente obligatorio. Por favor sea consciente y cortes de esta poliza al tiempo de hacer o cancelar sus citas. Le agradecemos en avanzado por su cooperacion.

Yo entiendo la poliza anterior y asumo la responsabilidad por mis citas.

Firma

Fecha



Derechos y Responsabilidades del Paciente y Hope

Bienvenidos a Hope Community Medicine, donde nuestra meta es poder dar la alta calidad de cuidado de salud a nuestra gente, independientemente de la habilidad al pagar.

Como paciente, usted tiene el derecho a:

- Tomar parte de su cuidado de salud y tratamientos
- Saber los nombres de las personas que toman de su cuidado
- Que traten de usted en una manera respetosa y digna de estar en un lugar privado y seguro
- Estar informado/a de su enfermedad y tratamiento
- Pedir otra opinion referido a su enfermedad y tratamiento
- La privacidad de sus archivos medicos que solo pueden ser vistos por las personas autorizadas, almenos de que usted nos solicite por escrito que podremos presentar a otra persona.
- Hablar con un gerente si tiene preguntas o problemas sobre su cuidado. Ningun representate de Hope podra negar o discriminar en contra de su queja.
- Tener acceso para cuidar de su salud en una manera rasonable para su condicion y bajo nuestra capacidad, sin embargo Hope no es una instalacion de emergencia.
- Preguntar sobre arreglos si tiene una discapacidad
- Pedir ayuda sobre su testamento vital y el poder duradero de un abogado para el cuidado de salud.
- Desperdiciar tratamiento, cuidado, y servicios permitido por la ley.
- Saber el costo de su cuidado, explicaciones sobre su bil medico y preguntatar sobre los metodos disponisbles para ayudar en su cobro.
- La ley federal prohíbe Hope Community Medicine por negar los servicios medicos que son necesarios solamente porque no puede pagar por el servicio. Usted tiene el derecho de recibir una copia de Hope's Termination of Services Policy. El servicio podria ser eliminado si su comportamiento esta en violacion de los Derechos y Responsabilidades del Paciente y Hope.



Como paciente, usted es responsable a:

- Decirle a su proveedor medico sobre su enfermedad, problemas, hospitalizaciones o visitas a la sala de Emergencias.
- Preguntar sobre su enfermedad o cuidado y participar en su tratamiento.
- Dar respeto a su cuidador y otros pacientes
- Darle a los trabajadores la informacion correcta en su estado financiero o si tiene algun cambio de cuenta
- Proporcionar la supervision de sus hijos al entrar
- Guarder sus citas ya hechas; cancelacions deberian de estar hechas 24 horas antes
- Organizer para pagar su bil a tiempo
- Usar medicamentos o dispositivos medicos por su proveedor medico, hechos solamente para usted
- Informar a su proveedor medico si su salud no avanza o tiene alguna reaccion a los medicamentos
- Dar permiso por escrito para lanzar sus archivos medicos a Hope Community Medicine para continuar con su cuidado.
- Tener una copia de su testamento vital y el poder duradero del abogado para asuntos medicos

Porfavor de preguntarle a su proveedor medico o gerente si tiene alguna pregunta.

**Politica Privada de HIPPA
Noticia de Practicas de Privacidad**



Politica: HOPE Community Medicine cumple con HIPPA y la ley del estado respecto a la privacidad de la informacion medica. HOPE adoptara, mantenera al corriente, y cumplira con la Notificacion de Practicas de Privacidad, que es modificada regularmente.

Proposito: azegurar la conformidad con la federal y la ley del estado.

Procedimientos:

- A. Acceso al Archivo Medico del Paciente:** el paciente de HOPE generalmente deberia ver y mantener copias de sus archivos medicos y solicitar cambios si encuentran errores. HOPE como una entidad cubierta deberia generalmente tener acceso a los archivos medicos de los pacientes entre 30 dias y pueden cobrar por copiar y mandar los archivos.
- B. Aviso de Practicas Privadas:** HOPE Community Medicine publicara y dara un aviso a los pacientes describiendo como podria usar la informacion medica del paciente que se encuentra bajo la privacidad de HIPPA. HOPE usara el "Aviso de Practicas Privadas" a la primer visita que tenga el paciente con nosotros, si es posible y bajo solicitud. Les preguntaran a los pacientes que firmen, ponga sus iniciales, o si reconocen el Aviso de Practicas Privadas.
- C. Responsabilidades de Seguridad y Privacidad:** El jefe de HOPE es responsable de mantener la privacidad de HIPPA y el manual de procedimientos. El jefe tambien puede compartir sus responsabilidades y deberes con otros designados si es necesario. HOPE se asegurara que los encargados tengan los recursos suficientes para alcanzar sus responsabilidades.
- D. Limites Sobre el Uso de la Salud Protegida: Informacion del uso necesario y revelacion de la salud protegida:** Los reglamentos sobre la privacidad de HIPPA pone limites en como HOPE usa la informacion medica. Para promocionar la mejor calidad de atencion, los reglamentos de HIPPA no restringe al personal de compartir la informacion del paciente para agarrar tratamientos. Sin embargo, informacion sobre la salud del paciente solamente es usada para razones medicas. HOPE puede compartir lo minimo de la informacion si es necesario para un proposito en particular. En adicion, los pacientes deben dar un autorizacion por escrito antes de que HOPE pueda lanzar la informacion a un banco, empresa, o otros negocios no relacionados con la informacion medica. Toda rutina y revelacion de la informacion protegida seran limitados para la informacion minima que sera necesaria para cumplir el proposito del uso. Excepciones de lo "minimo necesario" serian:
1. Proposito de tratamiento
 2. Autorizado por el paciente
 3. Requerido por la ley
- Alguna divulgacion que pase sera encargada bajo la politica de la privacidad de HOPE. Excepto, como indica arriba todas las solicitudes seran limitadas a lo minimo de la informacion para mantener la informacion protegida.
- E. Prohibicion Comercial:** Los reglamentos de HIPPA pone restricciones y limites en el uso de la informacion medica para propositos comerciales. Como indica arriba, HOPE debe obtener la autorizacion escrita del paciente antes de reveler la informacion privada para un proposito comercial. Al mismo tiempo, las regulaciones de HIPPA permite HOPE y sus proveedores e enfermeras informar a los pacientes sobre las opciones de tratamientos, informacion medica y manejo de enfermedades.



Es la política de HOPE si alguna divulgación es usada para razones comerciales cada cuando será usada después de la queja autorizada por HIPAA del paciente o su representante. En adición, es obligación de HOPE considerar acuerdos de comercialización o donde HOPE pueda alentar el servicio directo a los pacientes. HOPE no considera la comunicación de formas alternativas para los tratamientos, el uso de productos, o comunicación cara a cara de nosotros al paciente. A no ser que remuneración directa o indirecta sea recibida de un tercero y la comunicación no se trate de un plan médico:

1. Una participación de proveedores de la red del plan de salud.
2. Una extensión de beneficios cubiertos.
3. La disponibilidad de drogas de farmacia, dispositivos, y biológicos.

F. Archivos de la Salud Mental: HOPE Community Medicine requiere la queja autorizada de HIPAA para el uso de psicoterapias excepto para el tratamiento, pago o operaciones de salud, por ejemplo:

1. Utilizar por originador para el tratamiento.
2. Utilizar la formación de médicos o profesionales de salud mental.
3. Revelar la defensa legal de acción que es traído por el individual que tiene archivos.
4. Utilizar por ley o que sea autorizado por la ley para habilitar agencias en ver el originador de psicoterapias.

G. Comunicación Confidencial: Bajo el reglamento privado de HIPAA, pacientes pueden solicitar que HOPE y su personal tomen pasos razonables para asegurar que la comunicación con los pacientes sea confidencial. Por ejemplo, un paciente puede preguntar si puede hacer una llamada a su oficial en vez de su casa y HOPE debería cumplir con la solicitud cada cuando sea razonable.

H. HOPE y Entidades Cubiertas: Las regulaciones privadas de HIPAA requiere que HOPE establezca políticas y procedimientos para proteger la confidencialidad de la información del paciente. Estos requisitos son flexibles y permite diferentes entidades cubiertas para sus negocios y prácticas. HOPE Community Medicine tiene que proteger a cada paciente y proporcionar una "Noticia de Prácticas Privadas" y limitar el uso y revelación de la información protegida de la salud que sea necesaria para un propósito en particular o requerido por HIPAA.

I. Políticas de Privacidad y Procedimientos Escritos: Las regulaciones privadas requiere HOPE Community Medicine que sea una "entidad cubierta" de políticas privadas y procedimientos escritos incluso una descripción del personal que tenga acceso a la información privada de salud y como se utiliza. Generalmente HOPE tiene que tomar pasos para asegurar que cada socio de negocios este de acuerdo con los límites que se usan para la información de salud privada.

J. Garantías Razonables: Las Garantías Razonables son para proteger la información de salud que esta en violación de HIPAA sea intencional o involuntario. Estas garantías incluyen protección física de los locales y la información médica. Las garantías razonables amplían hasta la comunicación oral de la información de salud protegida.

K. Verificación de Identidad: La identidad de las personas que solicitan acceso de información médica serán verificadas antes que el acceso sea concedido.



- L. Mitigacion:** El efecto no autorizado de, la informacion de salud protegida, sera mitigado por HOPA y el personal.
- M. Acuerdos de Asociados Comerciales:** Es la politica de HOPE que todos los socios ejecute acuerdos de asociados comerciales que siegan contractualmente para proteger la informacion de salud protegida.
- N. Retencion de Registros:** HOPE siguira los requisitos de la privacidad de HIPPA para que todo archivo sea retenido por 6 anos. Todo archivo designado para la retencion de registros sera hecho de una manera que permite acceso en tiempo razonable. El tiempo de retencion de registros sera extendido a discrecion de HOPE para conocer otras leyes federales o otros requisitos de FTCA.
- O. Formacion de los Emplados:** Las regulaciones privadas de HIPPA requiere a HOPE que entrene a sus emplados sobre las politicas y procedimientos de HIPPA. El jefe de HOPE esta encargado de que los procedimientos sean seguidos. HOPE se azegurara que el programa de HIPPA este al corriente con las leyes federales y las leyes del estado. Todos los emplados de HOPE deberian de estar entrenados con los procedimientos de HIPPA y el entrenamiento deberia de estar en el archivo de emplados.
- P. Responsabilidades Publicas:** En tiempo limitado, las regulaciones privadas de HIPPA permite a HOPE bajo HIPPA que continue con la divulgacion existente de la informacion de salud protegida para responsabilidades publicas. Las divulgaciones permitidas son:
1. Circunstancias de emergencia.
 2. La causa de muerte de una person o identificacion de un fallecido.
 3. Propositos de la salud publica
 4. Investigacion que involucre datos limitados o que este approved independientemente por una junta de revision institucional.
 5. Vigilancia en el sistema de salud
 6. Procedimientos de sistema judicial y administrativa
 7. Actividades de cumplimiento de ley
 8. Actividades relacionadas con defensa nacional y seguridad
- Las regulaciones privadas de HIPPA generalmente estabiliza nuevos limites. Es la politica de HOPE Community Medicine que la proteccion privada extienda para proteger la informacion medica de los pacientes fallecidos.
- Q. Quejas:** toda queja respecto a la informacion protejida de un paciente sera investigada y resuelta de una manera oportuna. En adiccion, todas la quejas seran dirigidas al jefe que tiene autorizacion para investigar y resolver el problema. El jefe debera investigar las quejas en conjuncion con el jefe ejecutor, el gobierno, y consejero legal.
- R. Investigacion y Ejecution:** El personal de HOPE tendra que cooperar con las agencias de HIPPA para azegurar la privacidad y la seguridad de informacion medica. Como condicion de empleo o contrato, todo personal debera cooperar con alguna authorizacion ejecutiva.



- S. **Actividades Prohibidas: Sin Intimidacion:** Ningun miembro de HOPE tendra el derecho de parecer intimidante hacia un paciente que decida poner queja. En adiccion, ningun miembro personal tendra el derecho de reveler informacion privada almenos que sea informacion medica bajo las reglas y leyes de HIPPA.
- T. **Penales:** Si le informan a HOPE que algun miembro personal fallo en cumplir con la federal HIPPA o alguna politica privada del estado, HOPE se encargara de tomar una accion disciplinaria y iniciar penales hacia el miembro. En lo que se refiere que el miembro personal que con intencion o sin intencion viola los procedimientos privados sera castigado. Cada penal tendra que ser documentado en el archivo del miembro personal.



Reconocimiento de Recibo del Aviso de Prácticas de Privacidad

En el curso de proveerle servicios, creamos, recibimos y almacenamos Información de Salud que lo indentifica. A menudo es necesario utilizar y revelar su información de Salud con el fin de tratelo, obtener pago for nuestros servicios, y para llevar a cabo operaciones de servicios de salud que implican nuestra oficina. El Aviso de Prácticas de Privacidad que se le ha dado describe estos usos y divulgaciones a detalle.

Si esta firmado como un representante personal del paciente, describa la relacion con el paciente la Fuente de autoridad para firmar esta forma:

Relacion con Paciente

Nombre Escrito

Fuente de Autoridad: _____

Yo Autorizo la liberacion de mi Informacion de Salud Protejida a los siguientes individuos:

Reconozco que he recibido el Aviso de Las Practicas de Privacidad de HOPE Community Medicine

Firma

Fecha



Consentimiento General para Tratamiento

Nombre del paciente: _____ Fecha de Nacimiento ___/___/____

Nombre de la persona dando consentimiento (si no es el paciente):

Escriba nombre (letra de molde): _____

Relación con paciente: Padre Tutor legal Otro _____

Yo por este medio doy mi consentimiento voluntario y autorizo a los proveedores de salud de HOPE Community Medicine para proporcionar cuidados de salud en su ubicación de servicio. Los servicios de salud pueden incluir, sin limitación, exámenes físicos de rutina, evaluación mental; estudios de diagnóstico y monitoreo, y otros procedimientos; evaluaciones, tratamiento médico y/o dental; procedimientos de laboratorio rutinarios y estudios; rayos-x y otros Estudios imagenológicos; administración de medicamentos; procedimientos y tratamientos recetados por los proveedores de salud de HOPE Community Medicine. Los servicios de cuidado de salud pudieran incluir Consejería **necesaria** para recibir los servicios **apropiados**, incluyendo planificación familiar (como definido por leyes y reglamentos federales y estatales).

Yo entiendo que se me pedirá firmar un consentimiento informado **independiente para vacunas que se me administren y recibre una** Declaración de información de vacuna (VIS) antes de recibir la vacuna. Yo entiendo que hay una forma independiente que tengo que firmar para dar consentimiento para estudios de enfermedades infecciosas.

Yo entiendo que hay ciertos riesgos y **peligros conectados con todas las formas de tratamiento, y doy mi** consentimiento sabiendo esto.

Yo entiendo que este consentimiento es válido y permanece en vigor mientras yo sea paciente de HOPE Community Medicine, hasta que retire mi consentimiento, o hasta que HOPE Community Medicine cambie sus servicios y se me pida que llene una nueva forma de consentimiento.

Disposiciones de Consentimiento

Mi firma en esta forma indica que:

1. Certifico que he leído y Comprendo perfectamente el consentimiento anterior y que Los hechos descritos son verdaderos.
2. Entiendo que aunque cada esfuerzo se hará para mantener al mínimo cualquier riesgo o peligro, riesgos, efectos secundarios, y complicaciones pueden ser impredecibles tanto en la naturaleza y en gravedad.
3. Entiendo que las enfermeras practicantes, pudieran ser implicadas en mi tratamiento y doy mi consentimiento a ello.
4. Entiendo que se me puede pedir que firme una forma separada para ciertos tratamientos que lo requieran.
5. Yo por este medio voluntariamente doy mi consentimiento para tratamiento en HOPE Community Medicine.

Firma del Paciente/Representante legal

Fecha/Hora

Indique reacción si es firmado por alguien que no es el paciente: _____

Testigo

Fecha

Consentimiento Para Historial de Medicamentos



Este Consentimiento nos permitira:

- Determinar los beneficios de la Farmacia, y los co-pagos de su plan de salud
- Revisar si un medicamento recetado esta cubierto (en formulario) bajo el plan del paciente
- Determinar alternativas terapeuticas marcadas por preferencia (si es disponible) con una clase de medicamento.
- Descargar una lista historica recetados a este paciente por cualquier proveedor de Salud.

En Conclusion, pedimos su permiso para obtener informacion formularia, y informacion sobre otras recetas eescritas por otros proveedores electronicamente usando el RxHub.

Todas las preguntas en esta forma son estrictamente confidenciales y se convertiran en parte de su record medico

Yo certifico con mi firma que he proporcionado toda la informacion sobre cualquier condicion con la que he sido diagnosticado o informado que tengo. Igualmente autorizo a HOPE Community Medicine, para que revisen electronicamente mis beneficios farmaceuticos atravez de RxHub.

Firma del Paciente/Padre/Tutor Legal

Fecha

Tiene alguna de las siguientes Directrices Anticipadas Medicas?

___ Declaracion Anticipada de Voluntad (Testamento)

___ Orden DNR (No Resucitar)

___ Poder (Para cuidados de salud)



En el caso de que un paciente solicite asistencia en la formulacion de una Directriz Anticipada, un miembro del personal apropiado seguira los procedimientos aprobados por el estado para guiar al individuo a establecer su Directriz Anticipada.

pg. 1

Derechos y Responsabilidades del Paciente y Hope

Bienvenidos a Hope Community Medicine, donde nuestra meta es poder dar la alta calidad de cuidado de salud a nuestra gente, independientemente de la habilidad al pagar.

Como paciente, usted tiene el derecho a:

- Tomar parte de su cuidado de salud y tratamientos
- Saber los nombres de las personas que toman de su cuidado
- Que traten de usted en una manera respetosa y digna de estar en un lugar privado y seguro
- Estar informado/a de su enfermedad y tratamiento
- Pedir otra opinion referido a su enfermedad y tratamiento
- La privacidad de sus archivos medicos que solo pueden ser vistos por las personas autorizadas, almenos de que usted nos solicite por escrito que podremos presentar a otra persona.
- Hablar con un gerente si tiene preguntas o problemas sobre su cuidado. Ningun representate de Hope podra negar o discriminar en contra de su queja.
- Tener acceso para cuidar de su salud en una manera rasonable para su condicion y bajo nuestra capacidad, sin embargo Hope no es una instalacion de emergencia.
- Preguntar sobre arreglos si tiene una discapacidad
- Pedir ayuda sobre su testamento vital y el poder duradero de un abogado para el cuidado de salud.
- Desperdiciar tratamiento, cuidado, y servicios permitido por la ley.
- Saber el costo de su cuidado, explicaciones sobre su bil medico y preguntatar sobre los metodos disponibles para ayudar en su cobro.
- La ley federal prohíbe Hope Community Medicine por negar los servicios medicos que son necesarios solamente porque no puede pagar por el servicio. Usted tiene el derecho de recibir una copia de Hope's Termination of Services



Policy. El servicio podría ser eliminado si su comportamiento esta en violacion de los Derechos y Responsabilidades del Paciente y Hope.



pg. 2

Como paciente, usted es responsable a:

- Decirle a su proveedor medico sobre su enfermedad, problemas, hospitalizaciones o visitas a la sala de Emergencias.
- Preguntar sobre su enfermedad o cuidado y participar en su tratamiento.
- Dar respeto a su cuidador y otros pacientes
- Darle a los trabajadores la informacion correcta en su estado financiero o si tiene algun cambio de cuenta
- Proporcionar la supervision de sus hijos al entrar
- Guardar sus citas ya hechas; cancelacions deberian de estar hechas 24 horas antes
- Organizer para pagar su bil a tiempo
- Usar medicamentos o dispositivos medicos por su proveedor medico, hechos solamente para usted
- Informar a su proveedor medico si su salud no avanza o tiene alguna reaccion a los medicamentos
- Dar permiso por escrito para lanzar sus archivos medicos a Hope Community Medicine para continuar con su cuidado.
- Tener una copia de su testamento vital y el poder duradero del abogado para asuntos medicos

Porfavor de preguntarle a su proveedor medico o gerente si tiene alguna pregunta.