

DENTON COUNTY HEALTH DEPARTMENT Fecha: _____

535 S. LOOP 288 STE 1003

DENTON, TX 76205

940-349-2900/ FAX 940-349-2901

INFORMACION DEL PACIENTE:

SS#: _____/_____/_____

ESTADO CIVIL: SOLTERO/A O CASADO/A

APELLIDO: _____ PRIMER NOMBRE: _____

SEGUNDO NOMBRE: _____

MASCULINO FEMENINO FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/_____

RAZA: _____

ESTATUS LEGAL: CIUDADANO/A RESIDENTE INDOCUMENTADO/A

DOMICILIO: _____ APT/LOTE# _____

CIUDAD: _____ ESTADO: _____ CODIGO: _____

DE TELE. CASA: _____ # DE CELLULAR: _____

DE MEDICAID _____ # DE CHIP _____

ADULTO RESPONSABLE SI PACIENTE ES MENOR DE 18 AÑOS: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____

CORREO ELECTRONICO _____

FARMACIA DE PREFERENCIA: _____

CIUDAD: _____ ESTADO: _____ CODIGO: _____



INFORMACION Y CONSENTIMIENTO

Se le da Ud. información en esta forma de consentimiento para que pueda informarse mejor sobre los servicios de salud que Ud. recibirá. Luego que Ud. este seguro(a) de haber entendido la información sobre los servicios, y si esta de acuerdo en recibirlos, debe firmar esta forma e indicar que la entiende y consiente a los servicios.

NOTIFICACION: Denton County Health Department (Nombre del Departamento de Salubridad)

(De hora en adelante llamado el "Departamento") anima a las personas a que busquen su propio medico para exámenes de salud y tratamiento de problemas de salud. Servicios en las clínicas del Departamento son primeramente dirigidas a la prevención de problemas de salud para aquellas personas que no tienen acceso a un medico. El Departamento no puede tomar la responsabilidad de pagar por atención médica que Ud. reciba afuera de esta clínica, incluyendo partos, a menos que se ha dado previa autorización por escrito.

EXCEPCION DE PRUEBAS PRELIMINARES: El Departamento usará pruebas preliminares, las cuales son un método de identificar a personas que se encuentren a riesgo de ciertas enfermedades comunes. Estas pruebas preliminares son de mucho valor ya que descubren ciertas enfermedades tempranamente- antes de que se conviertan en un problema mayor de salud. Sin embargo estas pruebas preliminares son limitadas y no cubren todas las enfermedades, así como también es posible que estas pruebas no identifiquen algunas enfermedades que supuestamente deberían encontrar. Estos resultados no son finales sino parte de un examen medico. Estas pruebas preliminares lo pondrán sobre aviso para que busque servicios de diagnostico y tratamiento de su medico o centro de salud determinado por Ud.

CONSENTIMIENTO GENERAL: Doy permiso al Departamento, a sus empleados y otras personas medicas que prestan servicios bajo su patrocinio, para que hagan evaluaciones o exámenes físicos, para llevar acabo exámenes de laboratorio o otras pruebas (incluyendo la prueba del VIH), para dar inyecciones, medicinas, otros tratamientos y prestar otros servicios de salud al paciente nombrado en esta forma.

CONSENTIMIENTO ADICIONAL: Además del consentimiento general dado, entiendo que formas especiales de consentimiento deben ser leídas y firmadas para los siguientes procedimientos: medicinas para la Tuberculosis, Enfermedad de Hansen, vacunas, y métodos de planificación familiar.

AVISO SOBRE DERECHOS DE LA VIDA PRIVADA: Yo admito haber recibido una copia del Aviso Sobre Derechos de la Vida Privada (HIPAA) del Departamento.

PREGUNTAS: Certifico que esta forma me ha sido explicada ampliamente o que la forma se me ha leído, y que la entiendo. Todos los espacios indicados fueron marcados antes que yo firmara esta forma.

FIRMAS SECCION I: Llene las líneas que no aplican con NA.

Nombre del Paciente _____ Firma _____

Persona Autorizada para dar el Consentimiento (No Siendo el Paciente) _____

Relación _____

Firma _____ Fecha _____

Yo renuncio a la prueba del VIH en este momento. Si es así ponga sus iniciales aquí: _____

FIRMAS SECCION II: Certifico que la persona que da el consentimiento no puede ser notificada y que no ha rehusado antes los servicios solicitados.

Nombre del Paciente N/A _____

Nombre de la persona que da el Consentimiento N/A _____

Firma N/A _____ Relación al Paciente N/A _____

Telefono N/A _____ Fecha N/A _____

Dirección N/A _____

FIRMAS SECCION III:

Firma del Consejero _____ Fecha _____

Beginning January 1, 2014 you will be required to bring all your medications with you to each appointment. Medications include: all prescriptions written by a physician, all over the counter non-prescription medications, vitamins, and supplements. If you do not bring your medications with you, you will be asked to reschedule your appointment.

Patient Signature

Date

Empezando Enero 1, 2014 todos los pacientes seran requeridos a traer todos sus medicamentos a sus citas. Los medicamentos incluyen: todas las recetas medicas escritas por un medico, todas las medicinas compradas sin receta medica, vitaminas y suplementos. Si usted no trae los medicamentos, su cita sera programada para otro dia.

Firma del paciente

Fecha

Nov. 2013

AUTORIZACIÓN ESTÁNDAR PARA USAR O COMPARTIR INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA (PHI)

I.) INFORMACIÓN INDIVIDUAL (DE LA PERSONA CUYA INFORMACIÓN SERÁ COMPARTIDA)

Nombre _____

Fecha de nacimiento _____

II.) ALCANCE Y PROPÓSITO DE COMPARTIR INFORMACIÓN

Entiendo información de salud protegida es información que me identifica. La finalidad de este acuerdo dejara al Departamento de Salud del Condado de Denton, 535 S. Loop 288, Ste 1003, Denton, TX 76205, compartir mi información de salud protegida en los términos que se indican a continuación, por razones además de los que ya estaban autorizados por la ley.

Contacto de Emergencia _____ **Teléfono** _____

Método de contacto preferido para hacer un seguimiento de servicios de la clínica

{ } Casa { } Celular { } Otro _____ Dejamos Mensaje Con Detalles (Si) ___ No) __ texto (Si) ___ (No) ___
Número de Teléfono _____
{ } Correo _____

A. Persona/organización autorizadas a recibir mi información

(Nombre, dirección, teléfono y fax)	Relación	Propósito
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

B. Información será compartida

1. Marque una o más casillas que aparecen a continuación.

- Historial médico completo** (incluye todos los registros, excepto notas de psicoterapia)
- Notas de Progreso Imágenes e Informes de Radiología Reportes de Operación
- Informes de Cardiología Informe de la Consulta Los informes de Patología
- Historia y Físico Informe(s) de Laboratorio Resumen del Alta
- Órdenes del Médico Otros: _____

Se requieren sus iniciales para liberar la siguiente información:

- ___ Registros de salud mental (excluyendo notas de psicoterapia)
- ___ Tuberculosis Resultados /Tratamiento ___ STI Resultados /Tratamiento
- ___ Drogas, Alcohol, o Abuso de Sustancias ___ VIH / SIDA Resultados / Tratamiento
- ___ Información Genética (incluyendo resultados genéticos)

2. Con respecto a los servicios entre _____ y _____ (Agregue fecha(s) o "todos").

III. CADUCIDAD Y REVOCACIÓN

A. Esta autorización caducará (debe elegir una):

- 12 Meses a partir de la fecha de la firma
 Otros (agregue la fecha o evento): _____

B. Derecho a revocar

Yo entiendo que puede cambiar esta autorización en cualquier momento por escrito a la dirección que aparece en la parte inferior del formulario. Entiendo que no puedo restringir la información que ya se han compartido basado en esta autorización.

IV. RECONOCIMIENTOS Y FIRMAS

A. RECONOCIMIENTO

1. Comprendo que esta autorización es voluntaria y que no afecta mi elegibilidad para recibir beneficios, tratamiento, inscripción o pago de las indemnizaciones.
2. Entiendo que si la persona / organización autorizada a recibir mi información de salud protegida no es un proveedor del plan de salud o de atención de la salud, las regulaciones de privacidad ya no pueden proteger la información.
3. Entiendo que puedo revisar u obtener una copia de la información de salud protegida compartida en virtud de esta autorización.
4. Autorizo al Departamento de Salud del Condado de Denton acceso a mi historial pasado de recetas médicas.

X _____

Firma (Paciente o Representante Legal)

Fecha

Nombre Impreso

Si Representante Legal, relación con el individuo: Padre del menor Tutor Otro _____

X _____

Nombre y Relación de la Persona que le Ayudó a Llenar esta Forma (si aplica)

Se requiere la firma de un individuo menor para la liberación de ciertos tipos de información, incluyendo la divulgación de información relacionada con ciertos tipos de atención reproductiva, las enfermedades de transmisión sexual y de drogas, abuso de alcohol o sustancias, y el tratamiento de la salud mental (Vea, e.g., Tex. Fam. Code § 32.003).

X _____

Firma del Menor Individual (si aplica)

La siguiente información es para fines administrativos, y sólo puede ser realizado por una entidad que es un "programa" en 42 C. F. R. Parte 2 con respecto al uso indebido del alcohol y las drogas.

42 C. F. R. Parte 2:

Usted ha recibido esta información de los registros protegidos por el Gobierno Federal normas de confidencialidad (42 CFR parte 2). Las normas federales le prohíben hacer cualquier otra revelación de esta información a menos que la divulgación esté expresamente permitida por el consentimiento escrito de la persona a la que pertenece o de cualquier otra manera permitida por 42 CFR parte 2. Una autorización general para la divulgación de información médica o de otra índole no es suficiente para este propósito. Las normas federales restringen el uso de la información para investigar o enjuiciar criminalmente a cualquier paciente de abuso de alcohol o drogas.

Inmunización Elegibilidad del Paciente Screening Registro: Adultos

NOTA: El que falsifique a sabiendas la información en este documento constituye un fraude. Al firmar el formulario, doy fe de que la información de arriba es verídica y correcta.



Nombre: _____
 Apellido Primer nombre

Fecha de nacimiento: _____
 mes día año

Marque la categoría que corresponda; marque sólo una. Y luego, firme y la fecha a la derecha.

Tiene Medicaid	Tengo seguro privado	NO TIENE seguro médico	Tengo Medicare	Firma	Fecha	Verified by (staff initials)	Clerical Staff Use Only: Program Eligibility		
							AIP	ASN	Private

¿Cuántas personas hay en tu familia ?

1	2	3	4	5	6	7+
---	---	---	---	---	---	----

Por favor circule su ingreso mensual:

\$0-1,772	\$1,772.01-1,915.00	\$2,392.01-2,585.00	\$3,011.01-3,255.00	\$3,631.01-3,925.00	\$4,251.01-4,595.00	\$4,871.01+
-----------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	-------------

MEDICAID:
 Número del Medicaid: _____
 Fecha en que adquirió el derecho a la participación: _____

Tengo 19 años de edad y me han referido a la clínica del departamento de salud pública para terminar una serie de vacunas que inicié cuando tenía 18 años de edad o menos y elegible bajo el programa Vacunas Para Niños de Texas (TVFC).

Proveedor que hizo la derivación: _____

