

Presidio County Health Services, Inc.

Presidio County Medical Clinic
Ph: 432-229-3030 Fx: 432-229-2500
501 O' Reilly St., P.O. Box 574
Presidio, Texas 79845

Family Health Services of Alpine
Ph: 432-837-4555 Fx: 432-837-4556
1605 N. Fort Davis Hwy
Alpine, Texas 79830

Marfa Community Health Clinic
Ph: 432-729-1800 Fx: 432-729-1806
210 S. Summer St., P.O. Box 267
Marfa, Texas 79843

Please provide patient with a copy of the "Notice of Privacy Practices" at this time.

Fecha: _____

Apellido: _____ Nombre: _____ MI: _____

Género en el momento del nacimiento: _____ Fecha de Nacimiento: _____ SS# _____ - _____

Apartado Postal: _____ Dirección Física: _____

Ciudad: _____ Condado: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono de su Domicilio: _____ Celular: _____

Correo Electrónico: _____ Estado Civil: _____

Nombre del Cónyuge: _____ Teléfono: _____

Otro nombre en caso de emergencia: _____ Teléfono: _____

Farmacia de su elección (Por favor circule o escriba el nombre de la farmacia de su elección):

City Drug Store Highland Drug Prescription Shoppe Otra: _____

Aseguradora: Favor de presentar su tarjeta de seguros de salud cada vez que requiera servicios médicos.

Una copia será destinada a su archivo médico.

Aseguradora: _____ Secundaria: _____

Persona Responsable: Apellido: _____ Nombre: _____

Fecha de Nacimiento: _____ SS# _____ - _____ Relación: _____

Data collection tool, then shred.

Presidio County Health Services, Inc.

Presidio County Medical Clinic
 Ph: 432-229-3030 Fx: 432-229-2500
 501 O' Reilly St., P.O. Box 574
 Presidio, Texas 79845

Family Health Services of Alpine
 Ph: 432-837-4555 Fx: 432-837-4556
 1605 N. Fort Davis Hwy
 Alpine, Texas 79830

Marfa Community Health Clinic
 Ph: 432-729-1800 Fx: 432-729-1806
 210 S. Summer St., P.O. Box 267
 Marfa, Texas 79843

Scan into Nextgen, then shred.

Información Requerida por el Gobierno Federal (UDS)

Nombre: _____ **Fecha de Nacimiento:** _____

1. **Número de personas que viven en el hogar** _____.

2. **¿Es usted un veterano de los Estados Unidos?**

Si No

3. **Grupo étnico (Por favor marque uno):**

Hispano o Latino No-Hispano No Reportado o se Negó a Reportar

4. **Raza (Por favor marque una):**

Blanco Asiático Afro Americano
 Más de una raza Nativo Hawaiano Otra isla del Pacifico
 Indio Americano/Nativo de Alaska No Reportado o se Negó a Reportar

5. **Lengua Primaria (Por favor marque una):**

Inglés Español Otra _____

6. **Habitación o forma de vivienda (Por favor marque una):**

Reside en su propia casa Reside con su familia o amigos Sin hogar Refugiado

7. **Salario Anual (Por favor circule el salario anual que mejor aplique en su hogar):**

Igual o menos de:	Igual o menos de:	Igual o menos de:	Igual o menos de:	Igual o menos de:	Igual o menos de:	Mas De:	
\$12,000	\$18,000	\$24,000	\$30,000	\$40,000	\$50,000	\$50,000	Preferir no reportar

Identidad de genero:

- Otro (especificar)
- Prefiero no contestar
- femenino
- Femenino-a-masculino (hombre transgenerio)
- No conforme con genero ni masculine ni femenino
- Masculino
- Masculino-a-femenino (mujer transgenero)

Orientacion Sexual:

- Heterosexual
- Bisexual
- Prefiero no contestar
- No se
- Homosexual, lesbian, gay
- Otro, especifique

Data collection tool, then file.

Presidio County Health Services, Inc.

Presidio County Medical Clinic
Ph: 432-229-3030 Fx: 432-229-2500
501 O' Reilly St., P.O. Box 574
Presidio, Texas 79845

Family Health Services of Alpine
Ph: 432-837-4555 Fx: 432-837-4556
1605 N. Fort Davis Hwy
Alpine, Texas 79830

Marfa Community Health Clinic
Ph: 432-729-1800 Fx: 432-729-1806
210 S. Summer St., P.O. Box 267
Marfa, Texas 79843

Información Requerida por el Gobierno Federal (continuación):

Nombre: _____ **Fecha de Nacimiento:** _____

Identificación de los pacientes migrantes:

1. ¿En los últimos dos años (o antes de su jubilación), usted o un miembro de su familia han trabajado como los proveedores de primera fuente de ingresos en calidad de peón agrícola, en la siembra, en la cosecha o en los cultivos de la tierra de frutas y verduras?

Sí No

Si la respuesta es "Si" en la pregunta, esta lo/la establece como un trabajador agrícola y debe responder a las preguntas 2-4.

Si la respuesta es "No", prosiga a la pregunta #4.

2. ¿Usted o un miembro de su familia, se trasladó en los últimos dos años a otra zona (estableciendo un hogar temporal) para llevar a cabo labores agrícolas?

Sí No

Si la respuesta es "Si" califica como un trabajador agrícola migrante.

3. ¿Usted o un miembro de su familia, trabajo en los últimos dos años en la agricultura sin necesidad de alejarse de su casa?

Sí No

Si la respuesta es "Si" califica como trabajadores agrícolas de temporada.

4. ¿Usted o un miembro de su familia dejaron de viajar para trabajar en la agricultura a causa de una discapacidad o la vejez?

Sí No

Si la respuesta es "Si" califica como edad o discapacitados agrícolas.

Data collection tool, then file.

Presidio County Health Services, Inc.

Presidio County Medical Clinic
Ph: 432-229-3030 Fx: 432-229-2500
501 O' Reilly St., P.O. Box 574
Presidio, Texas 79845

Family Health Services of Alpine
Ph: 432-837-4555 Fx: 432-837-4556
1605 N. Fort Davis Hwy
Alpine, Texas 79830

Marfa Community Health Clinic
Ph: 432-729-1800 Fx: 432-729-1806
210 S. Summer St., P.O. Box 267
Marfa, Texas 79843

Página de Consentimiento

Autorización para asegurar los pagos y beneficios

_____ (Inicial): Con el fin de permitir la continuidad de mi cuidado, yo, la parte responsable, autorizar Servicios de Salud del Condado de Presidio, Inc. para tener una comunicación bidireccional con otros médicos, especialistas, consultores, hospitales, centros de diagnóstico, farmacias, empresas de equipos médicos duraderos y las agencias de salud en el hogar.

Proveedor de Nivel Medico

_____ (Inicial): Yo, le parte responsable, autorizo que es aceptable para ser visto por la enfermera o asistente médico cuando el médico no está disponible o por mi petición.

_____ (Inicial): Yo, la parte responsable, autorizo a los residentes, estudiantes de medicina, estudiantes de nivel medio o bajo la dirección de esta clínica de estar presente durante mi examen y tratamiento.

Consentimiento General

_____ (Inicial): Yo, la parte responsable, autorizo al Servicios de Salud del Condado de Presidio, Inc. personal médico para realizar evaluaciones físicas o examen de laboratorio, conducta o otras pruebas, poner inyecciones, medicamentos y otros tratamientos y hacer que otros servicios de salud para el paciente identificado en esta forma. Consentimientos adicionales pueden ser requerido por el personal médico para el tratamiento adicional. Esto incluye detección del virus Hepatitis C y el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) como un proceso opcional. Yo, entiendo las pruebas pueden incluir pruebas de HIV/STD & Hep C a menos que yo, el paciente, rechazo la prueba.

_____ (Inicial): Yo, la parte responsable, doy permiso para ser visto por los estudiantes de medicina y/o médicos residentes que se encuentran bajo la supervisión de médicos Servicios de Salud del Condado de Presidio.

Derechos y Responsabilidades del Paciente

_____ (Inicial): Servicios de Salud del Condado de Presidio, Inc. se esfuerza por ofrecerle el cuidado de la salud de alta calidad de una manera cortés y oportuno. Servicios de Salud del Condado de Presidio, Inc. me ha proporcionado una copia de "DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DEL PACIENTE". También me han animado a hablar abiertamente con las personas que cuidan de mí.

Reconocimiento del paciente de la posible falta de cobertura por la compañía aseguradora y la responsabilidad del paciente

_____ (Inicial): Yo, la parte responsables, entiendo que mi compañía de seguros o un tercero pagador no pueden cubrir la visita de mi oficina o procedimientos, pruebas y tratamientos. Acepto que seré responsable de pagar los servicios que reciba que no pueden ser cubiertos por mi compañía de seguros, o el tercero pagador. Autorizo a esta oficina para liberar a la Administración de la Seguridad Social y los Centros para Servicios de Medicare y Medicaid o cualquier otra compañía de seguros comercial, cualquier información necesaria para esta afirmación. Me permito una copia de esta autorización para ser utilizado en lugar del pago original y la solicitud de beneficios de seguro médico a este proveedor.

Aviso De Prácticas De Privacidad

_____ (Inicial): Yo, le parte responsable, se le ha suministrado la información que explica el AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD. Este aviso describe cómo la información sobre mi salud puede ser usada y revelada y como yo puede tener acceso a esta información. Esta política se ha dado a mi antes de firmar este consentimiento. Por favor revise esto con cuidado. Si usted no ha recibido el formulario o si tiene alguna pregunta sobre nuestra política de privacidad, por favor no dude en pregunta.

Nombre del Paciente _____ Fecha de Nacimiento _____

Persona autorizada para otorgar consentimiento si es un menor o no es el paciente: _____

Relación: _____

Firma _____

Fecha _____

Preventative Care Health Services, Inc. (dba) Presidio County Health Services, Inc.
PCHS

**Consentimiento Informado para la Prestación de Servicios
por Telemedicina y/o Telesalud**

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____

Nombre de la persona que da el consentimiento si es diferente al paciente:

[Nombre en letra de molde]: _____

Relación con el paciente: Soy el paciente Padre Guardián Otro: _____

Con el objeto de servir mejor las necesidades de la comunidad, algunos servicios de salud están disponibles desde el centro a través de telemedicina y telesalud. Los servicios médicos de telemedicina y los servicios de telesalud son servicios para el cuidado de la salud que prestan médicos y profesionales de la salud a pacientes que están físicamente en otro lugar a través de telecomunicaciones u otra tecnología informática. Las telecomunicaciones u otra tecnología informática también pueden usarse para hacer registros virtuales, citas electrónicas, evaluaciones iniciales, pruebas de chequeo y para que el personal del centro se comunique con el paciente antes y después de la cita. Los proveedores de salud pueden incluir, pero no se limitan a médicos, enfermeras de práctica avanzada (Advanced Practice Registered Nurses), asistentes de médicos, consejeros profesionales, terapeutas matrimoniales y familiares, trabajadores sociales clínicos y psicólogos.

La información que se puede compartir incluye los historiales médicos del paciente, las imágenes médicas, los archivos médicos de audio o video, el audio y video en dos direcciones entre el profesional de la salud y el paciente, y los datos que generan los dispositivos médicos. Los sistemas utilizados por el centro para transmitir y recibir esta información van a tener protocolos de seguridad de los programas y redes de computación con la intención de proteger la confidencialidad de la identidad e información del paciente.

Por la presente y voluntariamente consiento y autorizo a los proveedores de atención médica del centro a que me den servicios de atención médica a través de telemedicina y/o telesalud.

Entiendo lo siguiente:

- El estándar de atención que se usa para los servicios de atención médica prestados a través de telemedicina y/o telesalud son los mismo que se usan para una cita en persona.
- Las leyes que protegen la privacidad y confidencialidad de la información sobre la atención médica se aplican a los servicios de atención médica prestados a través de telemedicina y/o telesalud.
- No voy a estar físicamente en la misma habitación que mi proveedor de atención médica. Se me notificará y se obtendrá mi consentimiento, en caso de que en la sala esté presente otra persona que no sea mi proveedor de atención médica.
- Existen ciertos peligros y riesgos relacionados con todas las formas de tratamiento, independientemente del medio utilizado, y doy consentimiento sabiendo esto.
- Existen posibles riesgos al usar la tecnología, incluyendo interrupciones del servicio, intercepción y dificultades técnicas. Si se determina que las telecomunicaciones o la tecnología de información no son adecuadas, la visita puede suspenderse.
- Tengo derecho a negarme a participar o decidir dejar de participar en una cita de telemedicina / telesalud en cualquier momento.
- Entiendo que esta visita puede necesitar convertirse en una visita en persona para situaciones y/o casos que requieran un examen físico para determinar un diagnóstico; y en caso de que sea necesario, para dar el tratamiento y la atención adecuada.
- El centro y los proveedores de atención médica del centro no tienen ninguna responsabilidad u obligación por la exactitud o integridad de la información médica que se les envía o por cualquier error en su transmisión electrónica.
- Puedo dar mi consentimiento para que se envíe mi historial médico o un informe que contenga la explicación del tratamiento que me dieron a mi médico de atención primaria.
- Este consentimiento informado para telemedicina y/o telesalud es válido y permanece vigente mientras sea paciente del centro, hasta que retire mi consentimiento o hasta que el centro cambie sus servicios y me solicite que complete un nuevo formulario de consentimiento.

Términos del Consentimiento

Mi firma en esta forma de consentimiento indica que:

1. Certifico que he leído y entiendo completamente el consentimiento anterior y que los hechos indicados anteriormente son ciertos.
2. Entiendo que, aunque se hará todo lo posible para mantener todos los riesgos al mínimo, los riesgos pueden ser impredecibles en cuanto a su naturaleza y severidad.
3. Entiendo que los proveedores de nivel medio (asistentes médicos y enfermeras de práctica avanzada) pueden participar en mi tratamiento y doy mi consentimiento para ello.
4. Entiendo que se me puede pedir que firme por separado otra forma de consentimiento informado para ciertos tratamientos que así lo requieran.
5. Por la presente, doy voluntariamente mi consentimiento para recibir servicios de atención médica a través de telemedicina y/o telesalud.

[Firma del paciente / representante legal]

Nombre en letra de molde: _____

Fecha/Hora: _____

Si está firmado por otra persona que no sea el paciente, indique su relación con el paciente: _____

[Firma del testigo]

Nombre en letra de molde del testigo: _____

Fecha/Hora: _____

Para completar por el intérprete/traductor cuando aplique:

He leído/traducido completamente y con precisión el documento anterior a:

[Inserte aquí el nombre del paciente o del representante legal del paciente]

en _____, que es el idioma principal del paciente o del representante legal del paciente. Él o ella entendió todos los términos y condiciones

y reconoció su acuerdo y consentimiento con el mismo al firmar el documento en mi presencia.

Interpretado /Traducido por: _____
[Firma del intérprete/traductor]

Nombre en letra de molde del intérprete/traductor: _____
Fecha/Hora: _____

AVISO SOBRE LAS QUEJAS

Las quejas sobre médicos, así como sobre otros profesionales acreditados e inscritos del Consejo Médico de Tejas, incluyendo asistentes de médicos, practicantes de acupuntura y asistentes de cirugía, se pueden presentar en la siguiente dirección para ser investigadas:

**Texas Medical Board
Attention: Investigations
333 Guadalupe, Tower 3, Suite 610
P.O. Box 2018, MC-263
Austin, Texas 78768-2018**

Si necesita ayuda para presentar una queja, llame al: 1-800-201-9353

Para obtener más información, visite nuestro sitio web en www.tmb.state.tx.us.

OPTIONAL RELEASE OF INFORMATION FORM:

Please list family member or persons to whom we can release any and all of your medical information. This is entirely optional for your convenience, but may facilitate assisting you with appointments and understanding test results, etc.

Patient Name: _____ DOB: _____

Please list the family members or others person, if any whom we may inform about your general medical condition and your diagnosis (including treatment, payment and health care operations):

Name: _____ Relationship: _____

Phone #: Home: _____ Cell: _____ Work: _____

Name: _____ Relationship: _____

Phone #: Home: _____ Cell: _____ Work: _____

Name: _____ Relationship: _____

Phone #: Home: _____ Cell: _____ Work: _____

Name: _____ Relationship: _____

Phone #: Home: _____ Cell: _____ Work: _____

_____/_____/20 Signature of Patient or Personal Representative Date (mm/dd/yyyy) _____/_____/20 Witness Date (mm/dd/yyyy)

Relationship to Patient if not Self