

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

**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?

Sí  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

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. Yo, entiendo las pruebas pueden incluir pruebas de HIV/STD 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](http://www.tmb.state.tx.us).