

REGISTRO DE PACIENTE

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

NOMBRE DEL PACIENTE (APELLIDO, PRIMER, SEGUNDO NOMBRE):	FECHA DE NACIMIENTO:	FECHA DE HOY:
NÚMERO DE SEGURO SOCIAL	SEXO AL NACER:	
- -	___ Hombre ___ Mujer ___ Otro	
DIRECCIÓN DE CORREO:	DIRECCIÓN FÍSICA: (SI ES DIFERENTE DE LA DIRECCIÓN POSTAL)	
CUIDAD – ESTADO – ZIP:	CUIDAD – ESTADO – ZIP:	
TELÉFONO DE CELULAR:	TELÉFONO DE TRABAJO:	
TELÉFONO DE CASA:	CORREO ELECTRÓNICO:	
MÉTODO DE COMUNICACIÓN PREFERIDO: ___ Teléfono ___ Correo electrónico (Portal del paciente) ___ Correo Postal		

INFORMACIÓN DEL SEGURO: (POR FAVOR COMPLETE COMPLETAMENTE)

SEGURO PRIMARIO:	NÚMERO DE ID:	NÚMERO DE GRUPO:	NOMBRE DE TITULAR:
SEGURO SECUNDARIO:	NÚMERO DE ID:	NÚMERO DE GRUPO:	NOMBRE DE TITULAR:

IDIOMA PREFERIDO:	___ Inglés ___ Español ___ Otro:
ESTADO CIVIL:	___ Soltero ___ Casado ___ Viudo ___ Divorciado
ETNICIDAD:	___ Hispano o Latino ___ NO Hispano o Latino
RAZA:	___ Blanco o Hispano ___ Negro o Afroamericano ___ Asiático ___ Indio Americano o Alaska ___ Hawaiano Nativo ___ Otro Isleño Pacífico
ESTADO DE HOGAR:	___ Doblado(Viviendo con otros) ___ En un refugio para personas sin hogar ___ En la calle ___ Vivienda Transitoria ___ NO Sin Hogar (Vive en su propio hogar)
ESTATUS DE VETERANO:	___ Servicio Activo ___ Dado de Alta (Veterano) ___ Guardia Nacional ___ Reserva ___ Ninguno
ESTADO DEL AGRICULTOR:	___ Trabajador Agrícola Migratorio ___ Trabajador Agrícola de Temporada ___ No Es Un Trabajador Agrícola

Proporcione la información solicitada para ayudar a Bluebonnet Trails a recibir fondos, lo que nos permite brindar atención médica a las comunidades más vulnerables

¿Cuál es el ingreso mensual de su hogar?: _____ ¿Cuántas personas hay en tu casa? (Incluyéndote): _____

Si elige no proporcionar esta información, escriba sus iniciales aquí: _____

INFORMACIÓN DEL PADRE / TUTOR: SOLO LLENE SI EL PACIENTE ES UN MENOR

NOMBRE:	FDN:	NOMBRE:	FDN:
DIRECCIÓN DE CORREO:	DIRECCIÓN DE CORREO:		
CUIDAD – ESTADO – CÓDIGO POSTAL:	CUIDAD – ESTADO – CÓDIGO POSTAL:		
TELÉFONO CELULAR:	TELÉFONO CELULAR:		
RELACIÓN AL PACIENTE:	RELACIÓN AL PACIENTE:		

Nombre/ Número de Teléfono/ Relación de Contacto de Emergencia: _____

Firma del Paciente/Tutor: _____ Fecha: _____

SERVICIOS COMUNITARIOS DE BLUEBONNET TRAILS
CONSENTIMIENTO PARA SERVICIOS DE ATENCIÓN PRIMARIA

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____ N.º de caso: _____

*Iniciales a la izquierda de la persona que recibe servicios o representante autorizado legalmente (LAR) para dar consentimiento.
 Escriba N/A en cada sección sin iniciales.*

_____ Iniciales aquí	<p>CONSENTIMIENTO PARA LOS SERVICIOS</p> <p>Por la presente doy mi consentimiento para recibir atención de los médicos, médicos asistentes, enfermeros practicantes de familia, enfermeros de práctica avanzada y cualquier otro personal clínico de Servicios comunitarios de Bluebonnet Trails (BTCS) en sus lugares de servicio. Doy mi consentimiento para que la atención abarque procedimientos de diagnóstico, exámenes y tratamiento. Esto incluye, entre otras cosas, análisis de laboratorio, administración de medicamentos y servicios de consejería.</p> <p>Además, entiendo que un proveedor de nivel medio (médico asistente, enfermero practicante de familia o enfermero de práctica avanzada) no es un médico autorizado y no puede tratar ni diagnosticar alguna enfermedad, lesión o condición médica excepto bajo la supervisión e indicaciones de un médico autorizado. Además, entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento y puedo pedir que me atienda un médico autorizado o el médico sustituto designado.</p> <p>Entiendo y acepto que un proveedor de BTCS puede pedir y usar mi historia de medicamentos recetados de otros proveedores de atención médica o pagadores de beneficios de farmacia externos para fines de tratamiento.</p> <p>Entiendo que este formulario de consentimiento será válido y tendrá vigencia mientras vaya a BTCS. Me dieron la oportunidad de hacer preguntas sobre los servicios que se deben prestar y creo que tengo información suficiente para dar este consentimiento informado.</p>
_____ Iniciales aquí	<p>COMUNICACIÓN DE OPORTUNIDADES PARA PARTICIPAR EN LA MEJORA DE LAS OPERACIONES DE ATENCIÓN MÉDICA</p> <p>Entiendo que BTCS puede avisarme de oportunidades para participar en los programas designados para mejorar la calidad de la atención. Entiendo que la participación en estos programas es voluntaria y no afectará la recepción de los servicios en BTCS. Entiendo que puedo recibir avisos de estos programas por medio de, entre otros, los siguientes medios (teléfono, correo, correo electrónico, en persona).</p>
_____ Iniciales aquí	<p>COMUNICACIÓN CON SERVICIOS COMUNITARIOS DE BLUEBONNET TRAILS</p> <p>SÍ NO</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Acepto la comunicación con BTCS por correo electrónico.</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Acepto la comunicación con BTCS por mensaje de texto/SMS.</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Acepto la comunicación con BTCS por llamada de voz.</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Acepto recibir recordatorios automáticos.</p>
_____ Iniciales aquí	<p>RECEPCIÓN DEL AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD</p> <p>Recibí una copia del “Aviso de prácticas de privacidad de la Ley de portabilidad y responsabilidad de seguros médicos (HIPAA)”</p>

<p>_____</p> <p>Iniciales aquí</p>	<p>AUTORIZACIÓN DEL PACIENTE PARA LA REVELACIÓN DE INFORMACIÓN PARA EL INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN MÉDICA</p> <p>BTCS comparte datos de forma segura mediante el intercambio de información médica (HIE) para coordinar la atención, mejorar la calidad de la atención de las personas y hacer análisis estadísticos.</p>
<p>_____</p> <p>Iniciales aquí</p>	<p>ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS</p> <p>BTCS acepta seguros y doy mi consentimiento para que facturen a mi seguro y cobren cualquier copago, deducible o coseguro que corresponda. Autorizo la revelación de información para que se use en el intercambio de información médica. Me han explicado las tarifas por esos servicios y si elijo participar en estos servicios, entiendo que soy responsable del pago en el momento del servicio y no me pueden programar para mi siguiente cita si no pago a tiempo mi saldo en la cuenta.</p> <p>Soy responsable de dar información precisa sobre mi situación económica actual y cualquier cambio en mi situación económica, información del seguro y elegibilidad de Medicare o Medicaid debe reportarse en cada visita. Esta información es necesaria para determinar cuánto cobrar o facturar al seguro privado, Medicaid, Medicare u otros beneficios. Si mis ingresos son inferiores al nivel federal de pobreza me pueden aplicar un descuento. Es mi responsabilidad reportar todos los cambios después de la visita inicial y anualmente el personal de BTCS preguntará si hay cambios en el momento de la visita.</p> <p>Entiendo que se me exige mostrar pruebas recientes de la declinación de Medicaid y otros programas locales de asistencia de atención médica antes de que me pongan en la escala variable.</p> <p>Doy consentimiento y autorizo a BTCS revelar documentación médica y de apoyo a Medicaid, Medicare u otros pagadores externos para fines de pago de beneficios.</p>
<p>_____</p> <p>Iniciales aquí</p>	<p>Inteligencia Artificial (IA)</p> <p>En ocasiones, BTCS puede usar herramientas de IA para documentar información de su cita en el expediente médico electrónico. El uso de IA le permite a su proveedor dedicar más tiempo centrándose en usted y ofrecer la mejor atención posible. Todas las herramientas de IA respetan la HIPAA, lo que significa que su información privada se mantiene segura.</p> <p><input type="checkbox"/> NO doy consentimiento a BTCS de usar herramientas de IA para documentar mis citas.</p>

Nombre de la persona que da el consentimiento, si es diferente a la persona que recibe servicios:

Relación con la persona que recibe servicios: Él mismo Padre/madre Tutor legal

Otro: _____

Firma de la persona que recibe servicios/representante legal

Fecha

Firma del miembro del personal y cargo

Fecha



HISTORIAL DE SALUD DE ADULTOS

Este formulario proporciona información sobre su historial de atención médica, es confidencial y forma parte de su registro médico.

NOMBRE DEL PACIENTE:	FECHA DE NACIMIENTO	FECHA DE HOY

PERSONAL/SOCIAL:

Estado civil: (Marque uno)	___ Soltero ___ Casado ___ Divorciado ___ Viudo ___ Pareja doméstica				
Ocupación:	# de Hijos:	# de Compañeros Sexuales:	Uso de métodos anticonceptivos:		
Uso de alcohol: ___ Nunca ___ Socialmente ___ Diariamente	Cuántas bebidas al día:				
Uso de drogas: ___ No ___ Sí	Si es así, ¿de qué tipo?				
Uso de tabaco: ___ No ___ Sí ___ Renuncie - Desde cuándo:	Si es así, cuántos por día:				
Identidad de género:	___ Hombre	___ Mujer	___ Hombre Transgénico Mujer a Hombre	___ Mujer Transgénico Hombre a Mujer	___ Elijo No Revelar
Orientación Sexual:	___ Heterosexual	___ Lesbiana o Gay	___ Bisexual	___ Algo Más	___ No Se ___ Elijo No Revelar
Alergias a Medicamentos o Alimentos: ___ No ___ Sí	En caso afirmativo, indique las alergias y reacciones:				
¿Alguna vez ha sido operado o ha sido hospitalizado? ___ No ___ Sí	En caso afirmativo, indicar a continuación:				

HISTORIAL MEDICO PROPIO: MARQUE TODO LO QUE CORRESPONDA

TDAH/ADD	Depresión	Reflujo de Acido	Alcoholismo
Anemia	Colesterol Alto	Enfermedad del Corazón	Osteoporosis
Ansiedad	Headaches/Migraines	Hepatitis/Hepática	Trastorno Convulsivo
Asma	EPOC	Hipertensión	Apoplejía Médica
Diabetes	Desorden de Coagulación	Tuberculosis	Enfermedad de Tiroides
Cancer:	Que Tipo:	Cuando:	Otro:
¿Ha estado en los últimos 12 meses o está actualmente bajo el cuidado de otro profesional de salud? Si es así, indique el nombre:			

HISTORIAL MEDICO FAMILIAR: MARQUE TODO LO QUE CORRESPONDA Y INDIQUE AL MIEMBRO DE LA FAMILIA

M: Madre	MGM: Abuela Materna	PGM: Abuela Paterna	PA: Tía Paterna	MA: Tía Materna	S: Hermano/a
F: Padre	MGF: Abuelo Materno	PGF: Abuelo Paterno	PU: Tío Paterno	MU: Tío Materno	
TDAH/ADD	Asma	Diabetes	Tuberculosis		
Alcoholismo	Depresión	Colesterol Alto	Trastorno Convulsivo		
Enfermedad Alzheimer	Artritis	Ansiedad	Hipertensión		
EPOC	Cancer:	Que Tipo:	Otro:		

MEDICAMENTOS QUE ESTA TOMANDO ACTUALMENTE:

Nombre de medicación:	Dosis:	Proveedor que prescribió el medicamento:

FARMACIA QUE ESTA USANDO:



CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE PARA SERVICIOS DE TELEMEDICINA Y TELEHEALTH

Nombre: _____ Caso #: _____ Fecha: _____

Bluebonnet Trails Community Services (BTCS) me solicitó recibir servicios de telemedicina y / o telesalud. El propósito es evaluar y / o tratar mi condición psiquiátrica y / o médica. Entiendo que este consentimiento se aplica a todos los profesionales que brindan telemedicina / telesalud, empleados o contratados por BTCS, y permanecerá en efecto a menos que sea revocado. La provisión de servicios es a través de un enlace de audio / video bidireccional. Entiendo que:

1. Yo, mi proveedor de atención médica, o ambos hablaremos a través del enlace de audio / video con el proveedor de atención médica
2. Si un médico o enfermera está trabajando conmigo, algunas partes de un examen físico pueden completarse. Puedo solicitar que se suspenda el examen y / o el enlace de audio / video en cualquier momento.
- 3) Los riesgos y beneficios potenciales se han discutido conmigo. Entiendo que estos pueden incluir (pero no están limitados a):

Beneficios Potenciales:

- Mayor accesibilidad a la atención de salud mental y a servicios especializados.
- Conveniencia para mi

Riesgos Potenciales:

- Interrupción o desconexión del enlace de audio / video Una imagen que no es lo suficientemente clara como para satisfacer las necesidades de la evaluación.
- Pueden producirse retrasos en la evaluación y el tratamiento médicos debido a deficiencias o fallas del equipo.
- El enlace de audio / video se realiza a través de Internet. Existe una pequeña posibilidad de que alguien pueda acceder a esta sesión, si los protocolos de seguridad fallan.
- Falta de acceso a toda la información que podría estar disponible en una visita en persona. Esto podría conducir a errores en la toma de decisiones médicas.
- Si se produce alguno de estos riesgos, o si el proveedor del sitio distante determina que hay una razón para que yo no participe, entonces

4. El servicio de telemedicina o telesalud podría necesitar ser suspendido. Si el servicio se detiene por algún motivo, el personal de mi ubicación trabajará conmigo para desarrollar un plan de seguimiento.



5. Autorizo la divulgación de cualquier información médica relevante que me pertenezca al proveedor de atención médica de BTCS, o sus agentes. Esta información puede incluir mi nombre, edad, fecha de nacimiento u otra información necesaria para llevar a cabo este servicio de telemedicina o telesalud.

6. Entiendo que este servicio se convertirá en parte de mi registro médico mantenido por BTCS.

7. Entiendo que no recibiré regalías u otra compensación por participar en este servicio.

8. Entiendo que debo dar mi consentimiento claro para participar en este servicio

9. Reconozco que he recibido un aviso de BTCS sobre las prácticas de privacidad, o que he revisado el aviso en el BTCS sitio web.

10. Sé cómo comunicarme con la Junta Médica de Texas (1-800-201-9353) si estoy viendo a un médico y tengo una queja y entiendo que esta información también se publica en el sitio web de Bluebonnet Trails Community Services de la manera requerida por la Junta Médica de Texas.

Certifico que este formulario me ha sido completamente explicado. Lo he leído o me lo han leído. Entiendo su contenido y doy mi consentimiento para recibir servicios de telemedicina y telesalud. Este consentimiento permanece en efecto a menos que sea revocado por escrito.

Firma del Paciente: _____ Fecha: _____

Firma del Testigo: _____ Fecha: _____

O:

La autorización anterior es dado en nombre del (paciente) _____

porque el paciente es menor de edad o se ha determinado que no puede dar su consentimiento médico.

Firma del Padre o Guardian Legal: _____ Fecha: _____

Relación con el Paciente: _____

Firma del Testigo: _____ Fecha: _____

Acuerdo de asociación

¡Bienvenido a Bluebonnet Trails Community Services (BTCS)! La recuperación es el propósito de nuestra atención. Nuestro objetivo es asociarnos con usted para cubrir sus necesidades de atención médica. Nos esforzamos por superar las expectativas y hacer que su experiencia sea lo más cómoda y libre de estrés posible.

Como socios, nosotros y usted tenemos derechos y responsabilidades. Lea esta declaración y haga cualquier pregunta que pueda tener.

Derechos humanos

- 1) Tiene derecho a que lo traten con respeto y dignidad independientemente de su raza, religión, sexo, país de origen, orientación sexual, afiliación política o capacidad de pago de los servicios.
- 2) Nuestro personal también tiene derecho a que se lo trate con dignidad y respeto.

Pago de servicios

- 1) Usted es responsable de dar información precisa sobre su situación económica. Infórmenos de cualquier cambio en su situación económica, dirección, información del seguro y elegibilidad para Medicare o Medicaid. Necesitamos esta información para determinar cuánto cobrar o facturar al seguro privado, Medicaid, Medicare u otros beneficios para los que pueda ser elegible.
- 2) Facturaremos al seguro en su nombre; pero usted es responsable de todos los copagos o deducibles aplicables. Si por alguna razón su compañía de seguros no cubre los servicios recibidos, usted será responsable del pago total de esos servicios a menos que califique para recibir asistencia económica.
- 3) El seguro no cubre todos los servicios. Se puede pedir la siguiente documentación para determinar si usted es elegible para recibir asistencia económica para servicios no cubiertos. Por ejemplo, si el ingreso de su grupo familiar es inferior al nivel federal de pobreza, se le cobrará una tarifa con descuento. Puede elegir no dar esta documentación, pero se le facturará la cantidad total de los servicios no cubiertos.
 - Comprobante de ingresos (p. ej., talones de pago, verificación de beneficios o carta de adjudicación)
 - Comprobante de residencia (p. ej., factura de servicios públicos o carta de apoyo si vive con familiares o amigos)
 - Comprobante de gastos importantes que afecten a sus ingresos, si corresponde (p. ej., pago de facturas médicas importantes, cuidado de niños, daños catastróficos en la casa, etc.)
- 4) Si es elegible para los beneficios de Medicaid, Medicare o de la Parte D de Medicare, debe solicitar estos beneficios y podemos ayudarlo si lo pide. Si no da una prueba de solicitud o denegación de beneficios, puede ser responsable del costo total de sus servicios y medicamentos.
- 5) Si no tiene o no está usando un seguro, tiene derecho a recibir un cálculo (Good Faith Estimate) que explique cuánto costará su atención médica. Según la ley, los proveedores de atención médica deben dar un cálculo de costos al menos un (1) día laborable antes de que se presten los servicios que no son de emergencia si su cita se programa con antelación. Esto incluye los costos relacionados, como pruebas médicas, medicamentos con receta y equipos. Le recomendamos que guarde una copia o una imagen de su cálculo de buena fe. Si recibe una factura que supera en al menos \$400 su cálculo, puede disputarla. Para hacer preguntas u obtener más información sobre su derecho a un cálculo de buena fe, visite www.cms.gov/nosurprises o llame al 877-696-6775.
- 6) Tiene derecho a recibir una explicación de su factura. Llame al 512-244-8209 si tiene alguna pregunta.
- 7) Debe pagar, o hacer arreglos para pagar, todas las tarifas correspondientes a los servicios. Si no puede pagar de inmediato, infórmenos para que podamos atenderlo ahora y hacer un plan de pagos.
- 8) No denegaremos servicios basándonos únicamente en la imposibilidad de pagar.

Privacidad

- 1) Tiene derecho a recibir servicios en privado. Sus expedientes médicos también son privados, excepto en situaciones especiales, como cuando un juez ordena la presentación de expedientes. Solo las personas legalmente autorizadas pueden ver sus expedientes en estas circunstancias, a menos que pida por escrito que los compartamos con otra persona. En nuestro *Aviso de Prácticas de Privacidad* encontrará una descripción completa de sus derechos de privacidad. El Aviso detalla sus derechos según la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA). Debería recibir el Aviso durante el proceso de admisión, y está en nuestro sitio web: www.bbtrails.org/get-help/.

Atención médica

- 1) Lo animamos a participar en las decisiones sobre su atención y es responsable de darnos información completa sobre su salud o enfermedad, para que podamos darle la atención adecuada.
- 2) Tiene derecho a recibir información y explicaciones en el idioma que habla normalmente y con palabras que entienda. Tiene derecho a recibir información sobre su salud o enfermedad, su plan de tratamiento y los resultados esperados, si se conocen, e información sobre las directivas anticipadas. Si no quiere recibir esta información, o si no es médicamente aconsejable compartir esa información con usted, se la daremos a una persona legalmente autorizada si la pide.
- 3) Usted es responsable del uso adecuado de nuestros servicios, lo que incluye seguir las instrucciones de nuestro personal, programar e ir a las citas y llegar a tiempo. **Si debe cancelar, llame al 1-844-309-6385 con al menos 24 horas de antelación o lo antes posible.** Si pierde dos (2) citas consecutivas, le pedirán que se reúna con un miembro del equipo para determinar los pasos a seguir.
- 4) Para su seguridad y comodidad, algunos servicios se prestan por televideo o teléfono. Es importante que descargue las aplicaciones de televideo con antelación, que inicie la sesión a tiempo y que esté preparado para participar en un espacio tranquilo, bien iluminado y privado, sin distracciones como conducir, trabajar o ir de compras. Como nuestros médicos autorizados tienen matrícula para ejercer en Texas, sepa que si elige irse de vacaciones fuera del estado cuando tiene una cita programada, es posible que tengamos que reprogramarla para cuando regrese. Háganos saber sus circunstancias con antelación.
- 5) Tiene derecho a recibir una atención médica y un tratamiento que sean razonables para su condición y que estén dentro de nuestra capacidad. Tiene derecho a que lo trasladen o remitan a otro centro para recibir servicios si no podemos cubrir sus necesidades. Tenga en cuenta que BTCS no paga los servicios que reciba en otro lugar, pero estaremos encantados de coordinar con su nuevo proveedor o ayudarlo a enviar sus expedientes médicos.
- 6) Usted es responsable de la supervisión de los niños que trae a BTCS, incluyendo su seguridad y la protección de otros clientes y propiedades.

Quejas

- 1) Si no está satisfecho con nuestros servicios, pida hablar con un director del programa. También puede presentar una queja ante nuestro Oficial de Derechos del Cliente en cualquier momento llamando al (512) 244-8324, enviando un email a complaints@bbtrails.org, o enviando su queja por correo a nuestra oficina principal:

Bluebonnet Trails Community Services
Office of Rights Protection/Complaints
1009 N. Georgetown Street
Round Rock, TX 78664

- 2) Si esto no resuelve su preocupación, también puede consultar el *Folleto de reclamos y comentarios positivos del público general (General Public Complaint and Positive Feedback Handout)* que recibió durante el proceso de admisión para presentar una queja ante la oficina estatal. Esto también está disponible en nuestro sitio web:

www.bbtrails.org/get-help/. Si lo pide, podemos ayudarlo a presentar una queja. Nunca lo penalizaremos por presentar una queja y lo seguiremos viendo como cliente durante el proceso de queja si así lo quiere.

- 3) Si está recibiendo servicios en una clínica rural, en caso de que su queja no se resuelva con Bluebonnet Trails Community Services, puede presentar una queja con nuestro acreditador, The Compliance Team, Inc. mediante su sitio web, www.thecomplianceteam.org, o por teléfono llamando al 1-888-291-5353.

Rescisión de los servicios

- 1) Puede elegir otro proveedor en cualquier momento. También podemos decidir dejar de tratarlo como cliente en determinadas circunstancias con un preaviso de 30 días. Le daremos referencias para ayudarlo a encontrar un proveedor de atención médica alternativo. También podemos decidir dejar de tratarlo de inmediato y sin previo aviso si determinamos que creó una amenaza para la seguridad del personal u otros clientes.
- 2) Si debemos enviarle un aviso de rescisión, tiene derecho a apelar la decisión. Las instrucciones sobre cómo presentar una apelación se incluirán en el aviso.

Reconozco que recibí una copia de este documento de Acuerdo de asociación y entiendo su contenido.

Nombre del cliente: _____

Relación con el cliente: _____

Firma del cliente/tutor: _____

Fecha: _____

Me lo explicó: _____

Fecha: _____

(Nombre y puesto del miembro del personal)