

Declaración de Ingresos

Información del Paciente

Nombre Completo: _____ Fecha: _____
Primer Nombre M.I. Apellido

Número de Seguro Social: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Herramienta para revisión de Ingresos

Total Ingreso de la Casa: _____ Por Mes Por Año

¿Cómo hace los ingresos? _____

Numero de adultos en la casa: _____ Numero de dependientes en la casa: _____

Por favor liste las edades de todos los dependientes: _____

OFFICE USE ONLY (TOTAL #): _____

Iniciales del Paciente: _____ Iniciales del Examinador: _____

Declaración de Fraude

Yo, _____, afirma que el Ingreso Declarado es verdadero y correcto y puede ser verificado si es necesario.

- ❖ Si mi ingreso llegaría a cambiar, dada a perdida de trabajo, nuevo empleo o recibo de otra Fuente, yo estoy de acuerdo en reportar estos cambios a la clínica en la cual recibo atención medica.
- ❖ Yo estoy consciente que no reportar empleo o ingresos de cualquier fuente puede resultar en cargos penales civiles. También estoy consciente que puedo ser responsable por los cargos médicos de los servicios recibidos en la clínica en su totalidad.

Firmas

Nombre del Paciente: _____ Fecha: _____

Firma del Paciente: _____ Firma del Testigo : _____



SACRED HEART
COMMUNITY CLINIC

Sacred Heart Community Clinic
Forma de Consento y Renuncia

Yo he pedido servicios or consejos médicos, dentales, o de salud mental de profesionales médicos o dentista en la Sacred Heart Community Clinic. A cambio de tal servicios o consejos, acuerdo hacer lo que sigue:

1. Vengo voluntariamente. Nadie me forzó o me requirió estar aquí.
2. Entiendo que SHCC está aquí para brindar atención médica, dental o de salud mental gratuita a quienes califican bajo sus lineamientos.
3. Creo que califico bajo las pautas tal como me las explicaron. Doy mi consentimiento a SHCC para que el personal de salud médica / dental / mental y los voluntarios examinen, diagnostiquen y traten mis afecciones médicas / dentales / mentales.
4. Entiendo que, de acuerdo con la Ley Good Samaritan de TEXAS, no puedo demandar a ningún profesional médico que brinde servicios médicos, dentales o de salud mental gratuitos en SHCC, a menos que me perjudique su "mala conducta deliberada o sin sentido". En este punto, SHCC participa en la Ley Federal de Demandas de Tord, y yo tendría que demandar al gobierno federal.
5. Acepto que se me proporcionó esta información antes de ver a un profesional médico, y que se me ha brindado la oportunidad de hacer cualquier pregunta que pueda tener antes de firmar este formulario.

Hecho esta dia _____ de _____, 20____.

Nombre de Paciente

Fecha de Nacimiento

Firma de Paciente

Firma de Testigo



Aviso a los pacientes

Para entregarse a los pacientes individuales antes de proporcionarse los servicios de atención medica, excepto en casos de emergencia en que el aviso puede proporcionarse tan pronto como sea posible después de la emergencia o a uno de las padres o al tutor legal cuando el paciente no cuente con a responsabilidad legal de su atención de acuerdo con las leyes estatales.

Por el presente se le notifica que de acuerdo con las leyes federales relativas a la operación de clínicas gratuitas, la Ley de demandas por agravios (*Federal Tort Claims Act, FCTA*), (véase 28 U.S.C. §§ 1346(b), 2401(b), 2671-80) ofrece el recurso exclusivo para los danos y perjuicios por danos personales, incluida la muerte, que resulte de la realización de funciones médicas, quirúrgicas, dentales o relacionadas con estas por cualquier profesional de la salud, miembro del directorio, funcionarios, empleados, o contratistas independientes de la clínica gratuita amparados por la misma, que hayan proporcionado un servicio requerido o autorizado según el Titulo XIX de la Ley del Seguro Social (es decir, el Programa Medicaid) en una clínica gratuita o a través de programas o eventos fuera del sitio realizados por la clínica gratuita(vease 42 U.S.C § 233(a), (o)).

La ley federal mencionada y otras leyes estatales y federales, incluida la Ley Federal de Protección de Voluntarios de 1997, podrían cubrir a ciertos profesionales de atención medica de clínicas gratuitas que ofrecen servicios de atención medica a parientes en esta clínica gratuita

Reconocimiento del Aviso:

Firma del Paciente

Fecha

Nombre del Paciente (escribe legiblemente)

Reconocimiento de Haber Revisado el Aviso de las Practicas de Privacidad (HIPAA)

Yo he revisado el Aviso delas Practicas de Privacidad de esta clínica que me explica como podrá ser usada y revelada mi información medica. Yo entiendo que tengo derecho a recibir una copia de este documento.

Firma del Paciente, Padre, Guardián o
Representativo Personal

Fecha

Pólizas de la Clínica Medica y Dental

Debido a la demanda de nuestros servicios y nuestros recursos limitados, hemos cambiado nuestros procedimientos a partir del 1 de Enero de 2018

FALTA DE PRESENTARSE A CITAS PROGRAMADAS

Si usted tiene 3 citas sin presentarse y sin cancelar con anticipación, ya no podrá ser vista en SHCC por un ano.

CANCELACION DE CITAS

Si usted debe cancelar su cita, por favor llama a la clínica con 48 horas de anticipación. Si no llama para cancelar la cita, estará marcada como falta de presentarse.

RELLENOS DE MEDICAMENTOS

Los rellenos se realizaran en sus citas programadas. Si tiene medicamentos que se ordenan de la compañía farmacéutica, por favor llame como usted está indicado cuando usted recoja el medicamento de la oficina.

Firma del Paciente

Fecha de Nacimiento

Fecha de Hoy

Clínica del Sagrado Corazón Información de Salud del Paciente

Nombre del Paciente: _____

Date: _____

Cuál es la razón por su visita hoy? _____

En que medicamentos esta? (Liste abajo)	Que es la dosis del medicamento?	Cuantas veces al día usted usa el medicamento?	¿Cuánto tiempo has estado tomando el medicamento?

Esta alérgico a un medicamento? Lístelo abajo.	Cuál es su reacción alérgica al medicamento listado?

Ha tenido una cirugía? si no

Si selecciono si, liste el tipo de cirugía abajo.

Liste el año o la edad de la cirugía abajo.

Ha estado hospitalizado? si no

Si selecciono si, liste la razón de la hospitalización abajo

Liste el año o la edad de la hospitalización abajo.

Problemas médicos de paciente concurrentes: _____

Ha sido alguien en su familia diagnosticado con lo siguiente: (marque sí o no por cada uno)		
Diabetes:	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	Si selecciono si, quien?
Enfermedad del Corazón:	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	Si selecciono si, quien?
Presión Alta:	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	Si selecciono si, quien?
Cáncer:	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	Si selecciono si, quien?
- Qué tipo de cáncer? (solamente si selecciono sí):		
Otro:		Quien en la familia?

Usted fuma? <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	Si selecciono si, cuanto por semana?
Ex - fumador? <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	Si selecciono si, cuando dejo de fumar?
Usted bebe alcohol? <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	Si selecciono si, circule uno: raramente socialmente semanal diario
Si usted bebe alcohol, cuál es su bebida de preferencia?	