

DATOS DEMOGRÁFICOS DEL PACIENTE

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

APELLIDO: _____ NOBRE: _____

SEXO: __M__F DOB: ____/____/____ RAZA: _____

DOMICILIO: _____ APT/LOTE/TRLR# _____

CIUDAD: _____ ESTADO: _____ CÓDIGO POSTAL: _____

DE CASA:(____) _____ # DE CELLULAR:(____) _____

LENGUAJE PREFERIDO: _____

MÉTODO DE CONTACTO PREFERIDO

DE CASA # DE CELLULAR

FARMACIA PREFERIDA

NOBRE: _____

UBICACIÓN: _____

CONTACTO DE EMERGENCIA

NOMBRE: _____

RELACIÓN: _____

TELÉFONO: _____



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: _____
(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 _____

Nombre de la persona que da el Consentimiento _____

Firma _____ Relación al Paciente _____

Telefono _____ Fecha _____

Dirección _____

FIRMAS SECCION III:

Firma del Consejero _____ Fecha _____

Name/Nombre: _____

DOB/Fecha de Nacimiento: ____/____/____

Date/Fecha: ____/____/____



LEA Y INICIALICE CADA PÓLIZA INDICANDO ACUERDO:

Uso y Divulgación de PHI con otros proveedores para la Continuación de Atención Medica

_____ He recibido el Aviso de Prácticas de Privacidad y entiendo que cuando reciba atención en el Departamento de Salud Publica Del Condado de Denton, se recibirá, creará y mantendrá la información personal sobre mi salud, tratamiento y pago de los servicios. Entiendo que mi información no será utilizada ni divulgada sin mi autorización (permiso) por escrito, EXCEPTO como se describe en el Aviso de Prácticas de Privacidad que explica que el Departamento de Salud Publica Del Condado de Denton, puede usar y divulgar mi información de salud sin autorización para (i) tratamiento, (ii) pago, y (iii) fines de operación asistencial. Entiendo que esto incluye el uso y / o el intercambio de mi información de salud con otros proveedores de atención médica que participan y pueden haber estado involucrados en mi atención.

Responsabilidades del Cliente sobre Referencias a Especialistas

_____ Para mantener nuestra relación con los especialistas, asegúrese de cumplir con sus citas. Entiendo que si soy referido a un especialista, es mi responsabilidad asistir a mi cita. El Departamento de Salud Pública del Condado de Denton solo autorizará el pago de la consulta inicial si soy referido a un especialista. Todas las pruebas, procedimientos, cirugías o citas de seguimiento serán mi responsabilidad. Debo comunicarme con la oficina al menos 24 horas antes, para reprogramar mi cita si no puedo asistir. La nueva cita debe ser dentro de un período de dos meses para permitir que **Denton County Public Health** haga los arreglos apropiados para el pago. Entiendo que si no llamo y no me presento a la cita, seré responsable del pago completo al especialista si hago otra cita.

Póliza de Salud Pública del Condado de Denton sobre Terminación de Servicios

_____ Es la póliza de Salud Pública del Condado de Denton que un cliente puede ser despedido si el cliente no cumple con su tratamiento, es disruptivo, rebelde, amenazante, o no coopera en la medida en que el cliente afecta gravemente la capacidad del personal que proporciona los servicios, o si la conducta del cliente pone en peligro la seguridad de el mismo, personal de la clínica, u otros clientes. Los clientes serán despedidos después de su tercera vez de no presentarse a sus citas o si vemos que cancela o cambia sus citas (5 o mas veces al año).

Póliza de Medicamento

_____ **Empezando Enero 01, 2014** todos los pacientes serán requeridos a traer todos sus medicamentos a sus citas. Los medicamnetos incluyen: todas las recetas médicas escritas por un médico, todas las medicinas compradas sin receta médica, vitaminas y suplementos. Si usted no trae los medicamentos a la cita, su cita tendrá que ser reprogramada para otro día.

AUTORIZACIÓN ESTÁNDAR PARA USAR O COMPARTIR INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA

Entiendo que la información de salud protegida (PHI) es información que me identifica. El propósito de esta autorización es permitir que el Departamento de Salud Pública del Condado de Denton comparta mi información médica protegida como se define a continuación.

A. INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Método de contacto preferido:

() Casa: _____ Dejamos Mensaje Con Detalles: (Si) _____ (No) _____
 () Celular: _____ Dejamos Mensaje Con Detalles: (Si) _____ (No) _____
 () Correo Electrónico: _____

B. CONTACTO DE EMERGENCIA

Nombre: _____ Teléfono: _____

Relación: _____

C. AUTORIZACIÓN PARA COMPARTIR INFORMACIÓN MÉDICA CON FAMILIARES Y AMIGOS

Para poder discutir o divulgar cualquier información médica a sus familiares y amigos, debemos tener un consentimiento firmado en el archivo que nos permita compartir información sobre su atención. Escriba los nombres de las personas que le gustaría involucrar en su atención médica. Esta información se puede cambiar o revocar en cualquier momento con su permiso. Si NO desea compartir ninguna información con otros, ponga N/A.

	Teléfono	Relación
1. _____	_____	_____
2. _____	_____	_____

D. INFORMACIÓN QUE SE DEBE COMPARTIR (marque las casillas de la información que desea compartir):

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

Se requieren sus iniciales para liberar la siguiente información a sus familiares y amigos:

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

___ STI Resultados / Tratamiento
 ___ VIH / SIDA Resultados / Tratamiento

E. CADUCIDAD

¿Cuándo expirará esta autorización? (Seleccione uno)

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

F. ACKNOWLEDGEMENT & SIGNATURES

- Yo entiendo que puedo cambiar esta autorización en cualquier momento escribiendo a la dirección que se encuentra en este formulario y que no puedo restringir la información que ya se haya compartido.
- Comprendo que esta autorización es voluntaria y que no afecta mi elegibilidad para recibir beneficios, tratamiento, inscripción o pago de las indemnizaciones.
- 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.
- Entiendo que puedo revisar u obtener una copia de la información de salud protegida compartida en virtud de esta autorización.
- Autorizo a Salud Pública del Condado de Denton acceso a mi historial pasado de recetas médicas.

X _____
Firma (Paciente o Representante Personal) **Fecha**

Si está firmado por un representante personal, especifique la relación con el individuo:

- Padre del menor
- Tutor
- Otro _____

X _____
 Nombre Representante Personal (si aplica)

G. CONSENTIMIENTO DE MENOR *(complete esta sección SOLAMENTE si tiene menos de 18 años y la información de esta sección aplica para usted. Si la información no aplica para usted, déjela en blanco)*

Un menor es una persona menor de 18 años que no ha estado casada y nunca ha sido declarada adulta por el tribunal. La ley de Texas (**Código de familia de Texas § 32.003 y § 32,004**) permite a un menor dar su consentimiento para el tratamiento y la divulgación de información médica cuando el menor es:

- Menores de 18 años y en servicio activo con las fuerzas armadas;
- 16 años o más, viven solos lejos de sus padres y gestionan todos sus asuntos financieros;
- Soltera, embarazada y el tratamiento está relacionado con el embarazo;
- No está casado y es el padre de un niño y tiene la custodia del niño;
- El tratamiento es por adicción o dependencia de drogas y sustancias químicas;
- El tratamiento es para una enfermedad infecciosa, contagiosa o transmisible, incluida la detección de enfermedades de transmisión sexual (ETS) y el VIH, que debe informarse por ley;
- La consejería es para la prevención del suicidio, la adicción o la dependencia química o para el abuso sexual, físico o emocional.

X _____
 Firma del menor que consiente Date

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



Llevando nuestras comunidades a un futuro más saludable.

CONSENTIMIENTO INFORMATIVO PARA UTILIZAR EL PORTAL DEL PACIENTE DE SALUD PÚBLICA DEL CONDADO DE DENTON

El Portal del paciente es un sistema de mensajería seguro y basado en Internet que le permite acceder de forma privada su información médica y los resultados de las pruebas que mantiene el Departamento de Salud Pública del Condado de Denton (DCPH). El sitio web cumple con la ley federal HIPAA (Ley de Portabilidad y Contabilidad de Seguro Médico). Los datos están encriptados, lo que les protege contra cualquier uso no autorizado. Solo usted tendrá acceso autorizado utilizando su nombre de usuario y contraseña única. Los correos electrónicos (e-mails), nombres de usuarios y contraseñas nunca son compartidos por DCPH con otras agencias.

Si desea participar con este servicio voluntario:

- 1). Lea, firme y agregue fecha a este formulario; reconociendo que comprende y acepta nuestra póliza. Esto debe ser verificado por un miembro de nuestro personal.
- 2). Bríndenos su información de contacto escrita y segura por correo electrónico.
- 3). Después, recibirá un correo electrónico con una identificación única y una contraseña temporal de parte de nuestro proveedor de registros médicos electrónicos eClinicalworks.
- 4). Iniciar sesión al portal del paciente junto al enlace enviado a su correo electrónico con su nombre de usuario y contraseña temporal.
- 5). Una vez que haya iniciado sesión, tendrá la oportunidad de crear una nueva contraseña y ver los resultados de sus exámenes

Al leer, completar y firmar este formulario, reconozco que he leído y comprendido por completo el Acuerdo y Consentimiento del Usuario del Portal del Paciente. **Yo renuncio el portal del paciente**

Mi nombre de usuario y contraseña no se compartirán con otros y también es mi responsabilidad de protegerlos del acceso a personas no autorizadas.

El uso del sistema del portal de pacientes del condado de Denton depende de que mantenga un estado satisfactorio como paciente activo en las clínicas de DCPH, este acceso puede revocarse o deshabilitarse sin previo aviso.

Para continuar con acceso al portal del paciente, acepto notificar a DCPH cualquier cambio futuro en mi dirección de correo electrónico. Entiendo que mi revisión y consentimiento por escrito deben actualizarse / cuando esta póliza se modifique en el futuro.

Firma del paciente/guardián: _____ Fecha: _____

Nombre impreso: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Testigo (empleado): _____ Fecha: _____

Correo electrónico confidencial (letra legible) _____

Si el paciente es menor, ingrese el nombre del padre / tutor que solicita el acceso:

Nombre impreso: _____ Fecha: _____

Testigo (empleado): _____ Fecha: _____

SI NO Alergias:

¿Alguna vez ha tenido una reacción a medicinas o anestesia local? _____

Nombre de la medicina:

SI NO ¿Está tomando medicina?

Nombre de la medicina:

Historia Médica Personal

Tiene o ha tenido enfermedad de:

- 1) SI NO Corazón
- 2) SI NO Vesícula/Hígado
- 3) SI NO Nervios/Depresión
- 4) SI NO Estomago
- 5) SI NO Presión Alta/Baja
- 6) SI NO Cáncer
- 7) SI NO Dolor de Cabeza
- 8) SI NO Diabetes
- 9) SI NO Desmayo
- 10) SI NO Ataques
- 11) SI NO Piel/Huesos
- 12) SI NO Coyunturas
- 13) SI NO Pulmones/TB
- 14) SI NO Colesterol Alto
- 15) SI NO Riñones/Vejiga
- 16) SI NO Tiene una dieta especial

17) ¿Cuándo fue la última vacuna contra el Tétano y tos ferina?
Fecha: _____

Historial de su Familia Circule

- 18) SI NO Diabetes
- 19) SI NO Ataque al Corazón
- 20) SI NO Ataque antes de los 60 años
- 21) SI NO Colesterol Alto
- 22) SI NO Presión Alta/Baja
- 23) SI NO Defectos Natales
- 24) SI NO Problemas Genéticos
- 25) SI NO Cáncer
- 26) SI NO Enfermedades de los huesos
- 27) SI NO Osteoporosis

Historia Ginecológica:

28) ¿Comienzo de su menstruación? (Edad) _____

29) ¿Método de planificación Familiar que usa? (anti-conceptivo)

Circule uno:

30) Ciclo menstrual:
Regular Irregular

31) SI NO ¿Está embarazada?

32) SI NO ¿Tiene relaciones?

Ha padecido recientemente de:

- 33) SI NO Estreñimiento
- 34) SI NO Diarrea
- 35) SI NO Cambios emocionales
- 36) SI NO cólicos
- 37) SI NO Sangrado vaginal Después del sexo
- 38) SI NO Sangrado vaginal Entre sus reglas
- 39) SI NO Bochornos
- 40) SI NO Desecho Vaginal
- 42) SI NO Comezón Vaginal
- 43) SI NO Resequedad vaginal

Ha padecido de:

- 44) SI NO Gonorrea
- 44) SI NO Clamidia
- 45) SI NO Herpes Genital
- 46) SI NO Mezquinos Genitales
- 47) SI NO Sífilis
- 48) SI NO Inflamación pélvica
- 49) SI NO Endometriosis
- 50) SI NO quistes de ovarios
- 51) SI NO Papanicolaou Anormal Cuando _____

Historial Socioeconómico?

52) ¿ultimo grado estudiado?

- 53) SI NO Cambios Emocionales?
- 54) SI NO Muerte familiar
- 55) SI NO Problemas financieros
- 56) SI NO Problemas de vivienda/Escuela

57) SI NO Problemas legales/divorcio

58) SI NO Problemas en familia

59) SI NO Alguien la ha golpeado abofeteado, pateado, lastimado

60) SI NO Ha sido forzada a tener sexo

61) SI NO Le tiene miedo a su esposo o un miembro de la familia

62) SI NO Tiene a alguien que la (o) apoya con sus problemas

63) SI NO Fuma
Cantidad Diaria _____

64) SI NO ¿Toma bebidas alcohólicas?
Cuántas por semana?

65) SI NO ¿Ha usado drogas?
Tipo: _____
Cuándo: _____

66) SI NO ¿Ha cambiado de compañero sexual en los últimos 6 meses?

67) SI NO ¿Alguno de sus compañeros ha usado drogas, tiene homofobia o está infectado con HIV/Sida o hepatitis?

68) Edad de su primera relación?

69) Tiene usted sexo:

- [] Vaginal
- [] Oral
- [] Anal

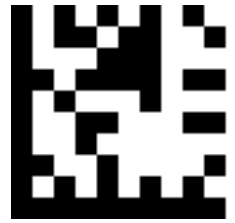
70) Con cuántas diferentes personas a tenido sexo?

Hombre _____ Mujer _____



Texas Department of State Health Services

REGISTRO DE VACUNAS (ImmTrac2)
FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO
PARA ADULTOS



(Favor de escribir claramente con letra de molde)

Grid for last name

Apellido

Grid for first name

Primer Nombre

Grid for birth date

Fecha de Nacimiento

Grid for address

Dirección

Grid for city

Ciudad

Grid for mother's name

Nombre de la Madre

Grid for second name

Segundo Nombre

Gender: Male/Female

Grid for apartment #

Apartamento #

Grid for phone number

Teléfono

Grid for state

Estado

Grid for zip code

Código Postal

Grid for county

Condado

Grid for mother's maiden name

Apellido de Soltera de la Madre

ImmTrac2, el registro de vacunas de Texas, es un servicio gratuito del Departamento Estatal de Servicios de Salud de Texas (DSHS). El registro de vacunas es un servicio seguro y confidencial que consolida el récord de las vacunas para propósitos de salud pública...

El Departamento Estatal de Servicios de Salud de Texas le invita a participar voluntariamente en el registro de vacunas de Texas.

Consentimiento para registrar y dar a conocer el récord de las vacunas a las personas / entidades autorizadas

Entiendo que, al dar mi consentimiento a continuación, autorizo dar a conocer la información de mis vacunas al DSHS, y además entiendo que el DSHS incluirá esta información en el registro central de las vacunas del estado, ImmTrac2.

- el médico u otro proveedor de salud de Texas legalmente autorizado para administrar vacunas para el tratamiento del individuo como paciente;
la escuela de Texas en la que el individuo está inscrito;
el distrito de salud pública o el departamento de salud local de Texas, para propósitos de salud pública dentro de sus áreas de jurisdicción;
la agencia estatal que tenga la custodia legal del individuo;
el pagador actualmente autorizado por el Departamento de Seguros de Texas para operar en Texas, con respecto al récord de las vacunas relacionadas con el individuo cubierto según la póliza del pagador.

Entiendo que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento.

Con mi firma a continuación, DOY mi consentimiento para el registro. Deseo INCLUIR mi información de las vacunas en el registro de vacunas de Texas, ImmTrac2.

Individuo (o el representante legalmente autorizado del individuo):

Nombre en letra de molde

Fecha

Firma

Notificación de privacidad: con ciertas excepciones, tiene derecho a pedir y a ser informado sobre la información que el estado de Texas reúne sobre usted. Tiene derecho a recibir y examinar la información al pedirla.

Al rellenarlo, mándelo por fax o correo postal al Grupo ImmTrac2 del DSHS o a un proveedor de salud inscrito.

¿Tiene preguntas? (800) 252-9152 • (512) 776-7284 • Fax: (866) 624-0180 • www.ImmTrac.com
Texas Department of State Health Services • ImmTrac2 Group – MC 1946 • P. O. Box 149347 • Austin, TX 78714-9347

PROVIDERS REGISTERED WITH ImmTrac2: Please enter client information in ImmTrac2 and affirm that consent has been granted. DO NOT fax to ImmTrac2. Retain this form in your client's record.

Llevando nuestras comunidades a un futuro más saludable.

Cuestionario De Elegibilidad Para Vacunas Del Paciente: Adultos

Fecha de hoy: _____ / _____ / _____
mes día año

Nombre de Paciente: _____
Apellido Primer Nombre

Fecha de nacimiento de paciente _____ / _____ / _____
mes día año

Hombre Mujer

Condado de residencia: _____

Veterano: Sí No

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

El Paciente...

NO TIENE seguro médico	<input type="checkbox"/>
Tiene Medicaid de Adulto / Programa de Salud para la Mujer de Texas, o CHIP Perinatal	<input type="checkbox"/>
Tiene seguro privado o Medicare	<input type="checkbox"/>

Tengo 19 años de edad y me han referido a la clínica 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:

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.

FIRMA DE PACIENTE: _____

FECHA: _____

Información importante para antiguos integrantes de las Fuerzas Armada

Los hombres y las mujeres que hayan formado parte de cualquiera de los cuerpos de las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos (incluido el Ejército de Tierra, la Armada, la Infantería de Marina, la Fuerza Aérea, la Guardia Costera, el Cuerpo de Reservistas o la Guardia Nacional) podrían tener derecho a recibir otros beneficios y servicios. Para obtener más información, visite el portal web de los veteranos de Texas en www.veterans.portal.texas.gov.

*Clerical Staff Use Only:
Program Eligibility*

ASN	Private Flu/Travel
-----	--------------------

Verified By (staff initials): _____

