



**HOPE FAMILY HEALTH CENTER  
FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN**

(escribir en letra de molde)

La Fecha De Hoy: \_\_\_\_\_ Fecha de la primer cita(para oficina solamente): \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN PARA EL PACIENTE**

Apellido del Paciente: \_\_\_\_\_ Primer Nombre: \_\_\_\_\_ Segundo Nombre: \_\_\_\_\_  Sr.  Sra.  Senorita  Sra. Estado Civil (circule uno) \_\_\_\_\_  
Soltero / Casado / Div / Sep / Viudo

Este es su nombre legal?  Si  No Si no, ¿cuál es su nombre legal? \_\_\_\_\_ (Nombre anterior): \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Sexo:  M  H

Dirección: \_\_\_\_\_ Seguro Social: \_\_\_\_\_ Numero Telefonico: \_\_\_\_\_  
Correo Electronico: \_\_\_\_\_

Apartado Postal: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Codigo Postal: \_\_\_\_\_

Ocupación: \_\_\_\_\_ Empleador: \_\_\_\_\_ Numero telefonico de empleador: \_\_\_\_\_

Eligió clínica porque / Referido a la clínica por (por favor marque una casilla):  Dr.  Hospital  
 Familia  Amigo  Cerca de casa /trabajo  Paginas Amarillas  Otro

Otros miembros de la familia vienen aquí:  
¿Alguna vez has sido paciente de HOPE?  Si  No (Si sí, , fecha de la última visita) \_\_\_\_\_

¿Es usted un paciente de cualquier otra clínica además de HOPE?  Si  No (Si sí, donde) \_\_\_\_\_

**HOUSEHOLD INFORMATION/MEDICAL COVERAGE INFORMATION**

Está asegurado  Si  No Tiene Medicaid /Medicare o Hidalgo County Indigent?  Si  No

Ocupación: \_\_\_\_\_ Empleador: \_\_\_\_\_ Ingreso Anual Del Hogar: \_\_\_\_\_  
Número de personas en el hogar: \_\_\_\_\_

Las fuentes de ingresos de el hogare:  Desempleo  TANF  Seguro Social

**HOPE SERVICES**

Qué servicios le gustaría recibir?  Medico  Consejero

Por que estas buscando servicios? (Medicamento, enfermedad, depresión, consejería familiar, etc...)

**INFORMACIÓN DE IDENTIFICACIÓN – DEBE SER PROPORCIONADA ANTES DE VER EL MÉDICO / TERAPEUTA**

Proporcione la siguiente: **Prueba de Identificación** (Identificación del Estado / Licencia; Acta de Nacimiento, Identificación de Escuela, o Terjeta de Elector)

**Verificación de Ingresos** (W2, 3 talones de pago, Beneficios De Desempleado, etc )

**Prueba de residencia** (comprobante de domicilio , recibo, etc)

**PROCESO DE INSCRIPCIÓN /POLIZA DE HOPE**

Una vez que este formulario es recibido por HOPE, la información del paciente se introduce en el sistema y son llamados para una cita. Los proveedores médicos son voluntarios y las citas se basan en su disponibilidad. No se ofrecen citas el mismo día al paiciente para Medico o Consejería.

Formularios de información médica adicionales se efectuara en la primera hora de la visita.

HOPE es un hogar médico y es poliza de HOPE que satisfagan sus necesidades medicas y de consejería. Se les pide a los pacientes traer todos los registros médicos a la visita inicial, así como medicamentos a cada visita con el médico. Se les pide a los pacientes a dejar una donación para los servicios de HOPE en cada visita (preferiblemente \$5-\$10). HOPE no es responsable por el pago de procedimientos médicos /referencias.

**Las referencias para todos los procedimientos fuera de la Clínica HOPE son responsabilidad financiera de los pacientes.**

**La información previa es verdadera a lo mejor de mi conocimiento. Entiendo que soy financieramente responsable de los procedimientos fuera de HOPE atención médica y asesoramiento de voluntarios.**

Patient/Guardian signature \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_



## Derechos y Responsabilidades del Paciente

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha De nacimiento: \_\_\_\_\_

**Por favor, escriba sus iniciales en el formulario que le indica que ha leído y comprendido la siguiente información.**

- \_\_\_ Entiendo que soy responsable de todos los pagos de laboratorio antes de que se realicen.
- \_\_\_ Entiendo que soy responsable de una tarifa de donación.
- \_\_\_ Entiendo que una familia que recibe servicios de consejería se le pedirá solo una donación por mes.
- \_\_\_ Entiendo que la tasa de donación cambiará a una escala móvil en 2019.
- \_\_\_ Entiendo que tengo que actualizar mi información de ingresos cada 6-8 meses.
- \_\_\_ Entiendo que HOPE puede referirme a un especialista fuera de la clínica y si necesito ayuda con esta referencia, debo hablar con un Coordinador de atención / Administrador de casos.
- \_\_\_ Entiendo que HOPE no pagará ninguna referencia que no haya sido proporcionada por HOPE, firmada por HOPE o aprobada por HOPE.
- \_\_\_ Entiendo que si mi especialista o un tercero me remite a otro médico o para exámenes / pruebas de laboratorio adicionales, soy responsable de ese pago y no le pediré a HOPE que pague los gastos no aprobados por el personal de HOPE.
- \_\_\_ Entiendo que una vez que soy referido, soy responsable de cumplir con mis citas.
- \_\_\_ Entiendo que no asistir a mis citas puede anular futuras citas o asistencia de la organización.
- \_\_\_ Entiendo que seré responsable de actualizar cualquier información de contacto en el futuro.
- \_\_\_ Entiendo que mi caso se cerrará si pierdo o cancelo **TRES** citas.
- \_\_\_ Entiendo que los médicos de HOPE son voluntarios.
- \_\_\_ Entiendo que los proveedores de HOPE pueden hablar sobre mi salud entre ellos con mi mejor interés en mente.

Firma del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

SI ES MENOR DE EDAD, Nombre de Guardian: \_\_\_\_\_

Firma de Guardian: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**Cláusula de no discriminación:** ninguna persona será discriminada por su edad, raza, color, religión, género, orientación sexual, discapacidad u origen nacional.



**ESPERANZA CENTRO DE SALUD FAMILIAR**  
**Servicios de asesoramiento**  
**CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO**

Este formulario es para documentar que yo, \_\_\_\_\_, he otorgado mi permiso y consentimiento al personal clínico / voluntarios / pasantes para que me proporcionen tratamiento psicoterapéutico y / o \_\_\_\_\_ quien es / son mi cónyuge / hijo / hijos.

**Resultados:** Aunque espero beneficios de este tratamiento, entiendo perfectamente que, debido a factores que están fuera de nuestro control, no se pueden garantizar dichos beneficios y resultados particulares.

**Respuesta al tratamiento:** entiendo que debido a la asesoría o la terapia, yo / él / ella / nosotros podemos experimentar tensiones emocionales, sentirnos peor durante el tratamiento y hacer cambios en la vida; lo que podría ser angustiante.

**Servicios de emergencia:** entiendo que este terapeuta no está brindando un servicio de emergencia, y me han informado de a quién recurrir en caso de emergencia durante el fin de semana y las horas de la noche.

**Asistencia:** entiendo que la asistencia regular producirá los beneficios máximos, pero que yo o nosotros somos libres de interrumpir el tratamiento en cualquier momento. Si decido hacerlo, notificaré a los terapeutas con al menos dos semanas de anticipación para que se pueda implementar una planificación efectiva para la atención continua.

**Privacidad del cliente, confidencialidad y divulgación de información:** entiendo que las conversaciones con el terapeuta casi siempre serán confidenciales. Además, entiendo que el terapeuta, por ley, debe informar el abuso real o sospechado de niños o ancianos a las autoridades apropiadas. Además, el terapeuta tiene la responsabilidad legal de proteger a cualquier persona que yo / él / ella / nosotros podamos amenazar, acciones dañinas o peligrosas (incluso aquellas para mí) y puede romper la confidencialidad de nuestras comunicaciones si surge una situación de este tipo. Entiendo que el terapeuta hará todos los esfuerzos razonables para resolver estas situaciones antes de romper la confidencialidad.

**Consulta:** entiendo que el terapeuta asiste a una reunión semanal de contratación de personal en la que se analizan ciertos casos entre otros terapeutas clínicos para realizar consultas.

**Litigio:** acepto que no involucraré al terapeuta en ningún litigio actual o futuro dentro del sistema judicial. En caso de que su terapeuta sea citado o se le solicite comparecer o declarar ante el tribunal en su nombre, la tarifa por hora será de \$ 250.00 por hora con un mínimo de cuatro horas por día.

**Reconocimiento público:** los terapeutas están obligados a mantener los límites apropiados con los clientes actuales y pasados. Las amistades, las relaciones sexuales o cualquier contacto sexual entre un terapeuta y un cliente o ex cliente son inapropiados. Para respetar la confidencialidad, la privacidad y la seguridad entre el terapeuta y el cliente, el terapeuta no reconocerá a un cliente en entornos públicos.

**Uso de la tecnología:** entiendo que el uso de la tecnología (mensaje de texto, correo electrónico) se puede usar para recordar a los clientes sus citas y para comunicarse. Entiendo que mi terapeuta tomará las medidas necesarias para mejorar la protección de la información privada y mantener límites claros. Entiendo completamente los riesgos y beneficios involucrados con el uso de la tecnología. Entiendo que el uso de la tecnología puede usarse para realizar una búsqueda electrónica con el fin de proteger al cliente u otras personas de daños graves, previsible e inminente o por otras razones profesionales de peso.

**Regalos:** Entiendo que el terapeuta no puede aceptar regalos o servicios de clientes para servicios profesionales.

Entiendo que soy financieramente responsable de este tratamiento y de las tarifas.

No conozco ninguna razón por la que no haya emprendido esta terapia y estoy de acuerdo en participar de manera plena y voluntaria.

Fecha de firma: \_\_\_\_\_  
(Paciente o persona autorizada para consentir al paciente)

Relación con el cliente: \_\_\_\_\_

Firma del testigo: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**Cláusula de no discriminación:** ninguna persona será discriminada por su edad, raza, color, religión, género, orientación sexual, discapacidad u origen nacional.



**\*EMERGENCY CONTACT INFORMATION/ INFORMACION PARA EMERGENCIAS**

Please name an individual whom HOPE can contact in the case of an Emergency regarding your health services. Please note this individual can be changed.

NAME \_\_\_\_\_ HOME PHONE: \_\_\_\_\_

ADDRESS \_\_\_\_\_ WORK PHONE: \_\_\_\_\_

CITY \_\_\_\_\_ ST. \_\_\_\_\_ ZIP \_\_\_\_\_

RELATIONSHIP TO YOU \_\_\_\_\_

\*In case of an emergency this person will be called and will be notified.

\_\_\_\_\_ Initials: I do not wish to list an emergency contact individual.

**MEDICATION AGREEMENT**

Patients of HOPE Family Health Center must bring ALL MEDICATION to each visit with their medical provider. Patients must have a list of accurate me dosage, and how many times taken daily or must be able to explain this to the Medical Assistant and provider.

If a patient does not bring all medication to their appointment they will not be seen and they will be rescheduled for the next available appointment.

Signature below is acknowledgment of this policy at Hope. By signing this document, patient agrees to bring in proper documentation/medications to all visits.

Medication dispensed as samples have been donated by a reliable medical source. These medications may/may not be within their date of expiration. The Signature below is acknowledging the fact that not all medication given as samples are within expiration date but have been approved by the Medical Director of HOPE Family Health Center.

**I understand that by signing this agreement I am aware I must bring all medication to my appointments and if I do not I will be rescheduled.**

Patient Signature \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

**Aviso de prácticas de privacidad de privacidad del  
Departamento Estal de Servicios de Salud de Texas**

**ACUSE DE REVISIÓN**

Fecha: \_\_\_\_\_

He revisado el Aviso de prácticas de privacidad de las agencias de Salud y Servicios Humanos (versión en vigor el 1 de septiembre de 2017), el cual explica el uso que se le dará a mi información médica y las formas en que está se revelará. Entiendo que tengo derecho a recibir una copia de este aviso al solicitarla.

\_\_\_\_\_

Nombre del paciente (en letra de molde)

Firma del paciente

**Si quien ha completado el formulario ha sido el representante personal del paciente, el representante por favor ponga su nombre en letra de molde y firme en el siguiente espacio.**

\_\_\_\_\_

Representante personal (en letra de molde)

Firma del representante personal

**For Office Use Only**

We attempted to obtain written acknowledgement of receipt of our Notice of Privacy Practices, but acknowledgement could not be obtained because:

- Individual refused to sign
- Communication barriers prohibited obtaining the acknowledgement
- An emergency situation prevented us from obtaining acknowledgement
- Other (Please be specific):

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Employee Signature

\_\_\_\_\_

Date

### **Aviso de revelación electrónica de información de salud protegida**

Si el Departamento Estatal de Servicios de Salud (o DSHS) obtiene o crea información sobre su salud, la ley exige al DSHS que proteja la privacidad de su información. La información de salud protegida (o PHI) incluye cualquier información relacionada con:

- su salud o condición física o mental pasada, presente o futura;
- la atención de salud a usted provista y
- los pagos pasados, presentes o futuros por su atención de salud.

El DSHS no puede revelar su PHI de forma electrónica sin su autorización a menos que la ley lo permita. Por ejemplo, el DSHS puede divulgar su PHI por medio de métodos electrónicos aprobados y seguros por motivos de tratamiento, pago de servicios de atención de salud u operaciones de atención de salud, como la administración de casos o la coordinación de atención. También es posible que el DSHS necesite divulgar su PHI de forma electrónica por motivos de salud pública, como por prevención y control de la propagación de enfermedades infecciosas o por ciertos esfuerzos de ayuda en caso de desastre. Para conocer la lista completa de las razones por las cuales la ley permite que el DSHS divulgue su PHI, consulte el aviso de privacidad del DSHS en <http://www.dshs.state.tx.us/hipaa/privacynotices.shtm>.

Si cree que el DSHS ha violado las obligaciones descritas en este aviso, tiene derecho a presentar una queja ante el DSHS Privacy Officer por correo postal a Mail Code 1915 P.O. Box 149347, Austin, TX 78714-9347 o por teléfono al 512-776-7111 o por correo electrónico a: [hipaa\\_privacy@dshs.state.tx.us](mailto:hipaa_privacy@dshs.state.tx.us).



**HOPE FAMILY HEALTH CENTER 2019 ESCALA DE DONACION**  
 Basados por la "Federal Poverty Tax Guideline"

Tamaño de Familia	Medida de Ingreso	Categoría A			Categoría B			Categoría C		
		0%- 100% \$5 de Donacion por viciita			100.01%-174.99% \$10 de Donacion por viciita			175% + \$15 de Donacion Por viciita		
1	Annual	\$0-\$12,140			\$12,141-21,244			\$21,245+		
	Monthly	\$0-\$1,012			\$1,013-\$1,771			\$1,772+		
2	Annual	\$0-\$22,600			\$22,601-\$36,200			36201+		
	Monthly	\$0-\$1,883.33			\$1883.34-\$3,016.67			\$3,016.68+		
3	Annual	\$0-\$24,450			\$24,451 - \$40,700			\$40,701+		
	Monthly	\$0-\$2,037.50			\$2,037.51-\$3,391.66			\$3,391.67+		
4	Annual	\$0-28,250			\$28,251-\$45,200			45201+		
	Monthly	\$0-\$2,354.17			\$2,354.18-\$3,766.67			\$3,766.68+		
5	Annual	\$0-\$30,550			\$30,551-\$48,850			\$48,850+		
	Monthly	\$0-\$2,545.83			\$2,545.84-\$4,070.83			\$4,070.84+		
6	Annual	\$0-\$32,800			\$32,801-\$52,450			\$52,451+		
	Monthly	\$0-\$2,733			\$2,734-\$4,370.83			\$4,370.84+		
7	Annual	\$0-\$35,050			\$35,051-\$56,050			\$56,051+		
	Monthly	\$0-\$2,920.83			\$2,920.84+\$4,670.83			\$4,670.84+		
8	Annual	\$0-\$37,301			\$37,301-\$59,700			\$59,701+		
	Monthly	\$0-\$3,108.36			\$3,108.37-\$4,975			\$4,976+		

**La Donacion excluye los costos adicionales por:**

- Costo por exámenes de laboratorio
- Procedimientos realizados en la clinica
- Inyecciones
- Servicios no relacionados en las clinica como: costos de hospital, rayos-x, y/o cualquier otro tipo de examen de diagnosis.

**NOTA:** Los Pacientes de HOPE Family Health Center son responsables por los costos de cualquier examen de diagnosis, exámenes de laboratorio, y/o procedimientos realizados por un una tercera empresa, oficinas de algun medico o hospitales. La table de arriba no aplica a grupos, lo cual la donacion es diferente.

Firma del Paciente

Fecha





Todos los pacientes de HOPE Family Health Center tendran que participar en una junta donde se les explicara la cuota de donacion basada en la escala de ingresos anuales.

Nombre: \_\_\_\_\_ Fec. Nac.: \_\_\_\_\_ Tamaño de Familia: \_\_\_\_\_

Documentos que se le exigen son:

- Comprobante de ingresos de todos los adultos en la casa (W2. Los ultimos dos talones de cheque, carta notariada indicando los pagos recibidos (si le pagan en efectivo))
- Comprobante de domicilio y una identificacion

Nombre y Fecha de nacimiento de todas las personas que viven en la casa:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma

**HOPE STAFF:**    Date of Eligibility meeting: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Income Verification: \_\_\_\_\_ W2 \_\_\_\_\_ Paystub \_\_\_\_\_ letter \_\_\_\_\_ Proof of Address

\$ \_\_\_\_\_ Total Household Income

\_\_\_\_\_ Persons residing in Home

Sliding Scale Category

\_\_\_\_\_ A (\$5)    \_\_\_\_\_ B (\$10)    \_\_\_\_\_ C (\$15)

Verified By \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

Otro: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Precinto 2    \_\_\_\_\_ Precinto 3    \_\_\_\_\_ McAllen

\_\_\_\_\_ Hidalgo County Indigent \_\_\_\_\_ Homeless

\_\_\_\_\_ IBH \_\_\_\_\_ Med \_\_\_\_\_ Counseling \_\_\_\_\_ DSRIP

Recomendaciones de Grupos: \_\_\_\_\_ NA

0 \_\_\_\_\_



## Plan de acción personal de salud

Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Telefono: \_\_\_\_\_

El cambio que yo quiero hacer es:

---

---

Mi meta para la proxima consulta es:

---

### Plan de Acción

Los pasos específicos a tomar para lograr mi objetivo/s son (incluye que, cuando, como, en donde, y con qué frecuencia )

---

---

Las cosas que podrían hacer difícil lograr mi objetivo/s incluye.... Mi plan de vencer estos desafíos incluye:

---

---

Apoyo y los recursos que necesitare para lograr mi objetivo/s incluye:

---

---

Mi confianza en que puedo lograr mi objetivo/s es (escala de 0 a 10 y cero es no ser confiado de todos y 10 ser extremadamente seguros). \_\_\_\_\_

Fecha Revisada: \_\_\_\_\_

Persona con la que repaso el plan: \_\_\_\_\_