



Hope for the spirit. Health for the body!

8515 Greenville Avenue, Suite N-114
Dallas, TX 75234
(214) 221-0855

ADULTOS- ESPAÑOL

REQUISITOS PARA INSCRIPCIÓN

1. Prueba de ingresos de todos los que trabajan en el hogar: (traer uno de los siguientes)

- Talones de cheques más recientes, *(por favor de traer 3 a 4 talones de cheques) (La fecha de los talones tiene que ser de dentro de 30 días de la registración), O*
- Declaración de impuestos del año anterior,, O
- Declaración de empleador que indica que trabaja por esa organización/o individual, los ingresos brutos y frecuencia de pago. Esta carta **debe de tener FIRMA, FECHA, y NUMERO DE TELEFONO.**

La CARTA DE BENEFICIOS (NO LA TARJETA) que reciben en el hogar (ASISTENCIA DEL GOBIERNO/ FEDERAL) solo si se le aplica a usted o alguien en el hogar suyo:

- Estampillas de comida
- Manutención de menores (Child Support)
- SSI
- Discapacidad/ Seguro Social
- Vivienda publica
- TANF

2. Identificación con foto valida y tarjeta de aseguranza si tiene

Toda la información debe ser reciente, no mayor de 30 días.

Por favor de traer todos los documentos requeridos el día de registración.

Para nuevas inscripciones favor de pasar por la Suite #114 en el primer piso.

Horarios De Registración:

Lunes – Viernes

7:30 AM – 4:30 PM

Cada 12 meses tiene que recertificar.

Favor de traer documentos actuales mencionados anteriormente.



Hope for the spirit. Health for the body!

8515 Greenville Avenue, Suite N-114 Dallas, TX 75243
(214) 221-0855 ext. 100

FORMA DE REGISTRACION

Cuenta #: Fecha: Iniciales Emp:

Fecha: Referido por:

Nombre:

Apellido Primer Nombre Segundo Nombre

Masculino: Femenina: Casado/a: Soltero/a: Separado/a: Viudo/a:

Fecha de nacimiento: SS#:
Mes Día Año

Dirección Actual: Apt #

Ciudad: Estado: Código postal:

Teléfono hogar () Celular ()

Teléfono de trabajo () Correo Electrónico:

*¿Se puede dejar mensaje completo en el correo de voz sobre su historial médico? * Sí No

Método de contacto preferido: Casa Trabajo Celular Correo electrónico

En caso de una emergencia, contacte a:

Nombre Teléfono:

Relación con el paciente:

¿Tiene seguro Médico, Medicaid o Medicare? Sí No Si tiene una, ¿cuál es?

Nombre del asegurado: Fecha de nacimiento: Relación:

Completa esta sección si está registrando para el programa de descuento de Healing Hands Ministries

Número de personas viviendo en el hogar:

Los nombres de las personas que viven en el hogar:

¿Usted recibe asistencia estatal o federal? Si / No

Si recibe asistencia por favor marcar que recibe:

Estampillas de Comida/ TANF/ Vivienda Pública/ Manutención de Menores/ Seguro Social/ Incapacitado/ Desempleo

En su trabajo le pagan por: Semana Quincena Semi-Mensual Mensualmente Anual



Hope for the spirit. Health for the body!

8515 Greenville Avenue, Suite N-114
Dallas, TX 75243
(214)221-0855

Healing Hands Ministries la curación en atención de acuerdo

Healing Hands Ministries se complace en ser un socio con usted en su atención médica. Sabemos que gestionar su salud incluye te estar involucrado. Usted, como paciente, está en control de su salud. Las decisiones que haces cada día tienen un impacto en su salud. Su dieta, ejercicio y otras decisiones que afectan su salud tanto como o más que cualquier médico.

Nos comprometemos a educarle acerca de su salud y trabajar con usted. Tener la mejor información y tomando un papel activo pueden ayudarle a tomar decisiones más saludables. Le animamos a hacer preguntas y compartir ideas con nuestro equipo de atención médica.

Lo invitamos a tomar un papel activo en su atención médica, haciendo las siguientes decisiones sabias para cada visita que usted tiene:

1. Siempre que todos los medicamentos que está tomando contigo a cada visita. (medicamentos recetados, medicamentos de venta libre, vitaminas y remedios herbales y suplementos)
2. Hacer una lista antes de las cosas que usted puede querer discutir en su cita.
3. No olvide efectuar planes de transporte con anticipación y llegar 20 minutos antes a cada cita.
4. No olvide de preguntar si no entiendes algo.
5. Seguir el plan de tratamiento recomendado por su médico.
6. Tome todos los medicamentos como lo indique
- 7 Responder a todas las comunicaciones de la clínica.
- 8 Por favor revisar las normas de la clínica, ser obediente y guardar una copia de ellos con sus registros
- 9 Informar de cualquier dirección, números de teléfono, ingresos o cambios seguros.
- 10 **24 horas de cancelación si no puede asistir a cita. Si no cumple con la cita o no avisa con 24 horas de anticipación, recibirá una factura de \$ 10.**
- 11 Llegando tarde para una cita que se reprogramó para la próxima vez disponible.
- 12 **Los pacientes que no puedan mantener o cancelar sus citas tres veces en un período de 12 meses o cinco veces para los niños menores de 18 años pueden ser impedidos de programar citas futuras por un período de 6 meses y serán vistos en un mismo día o caminar-en base solamente**
- 13 Entiendo mi tratamiento puede ser infructuoso si no seguir órdenes del médico y referencias.
- 14 Hay ningún uso de teléfono celular o cualquier carga de teléfonos celulares en la clínica.
15. HHM reserva el derecho de denegar servicios a los pacientes que se han realizado de manera que se considera inadecuada. (No cooperan, verbalmente abusivo, intoxicados, etc....)

Paciente: _____
Firma

Fecha

Firma de empleado: _____
Firma (para el personal de la clínica)

Fecha

Nombre del Paciente: _____
Apellido Primer



Hope for the spirit. Health for the body!

Forma Autorización de HIPAA

Declaración de Intenciones

Es mi entendimiento que el Congreso aprobada una ley titulada la Health Insurance Portability y Accountability Act ("HIPAA") que limita la divulgación de mi información médica protegida. Esta autorización es ser firmada ya que es crucial que mis proveedores médicos fácilmente dan mi información médica protegida a las personas designadas en esta autorización para permitir que me la ventaja de ser capaces de discutir y obtener asesoramiento de mi familia o amigos.

Por lo tanto, en virtud de 45 164.501(a)(1)(iv) CFR una entidad cubierta (siendo un proveedor de atención médica definida por HIPAA) está permitida divulgar información de salud protegida en cumplimiento y conforme a esta autorización válida bajo 45 CFR Sec. 164.508.

AUTORIZACIÓN

Yo, [redacted], Un individuo, autorizo a entidades cubiertas todo tal como se define en ley HIPAA, incluyendo pero no limitado a un médico, (incluyendo pero no limitado a un médico, podiatra, Quiropráctico u osteópata,) psiquiatra, psicólogo, dentista, terapeuta, enfermera, hospitales, clínicas, farmacia, laboratorio, servicio de ambulancia, centro de residencia asistida, instalación de cuidado residencial, centro de cama y comida, hogar de ancianos, compañía de seguros médica o cualquier otro médico o afiliado , para revelar la siguiente información:

Toda información sanitaria, informes o registros con respecto a mi historial médico, estado, diagnóstico, pruebas, pronóstico, tratamiento, facturación información e identidad de prestadores de salud, ya sea pasado, presente o futura y cualquier otra información que es de alguna manera relacionados con mi salud. Además, esta declaración deberá incluir la capacidad de hacer preguntas y discutir esta información médica protegida con la persona o entidad que tiene la posesión de la información médica protegida, aunque estoy plenamente competente para hacer preguntas y discutir este asunto en el momento. Es mi intención dar una plena autorización a la información médica protegida a las personas nombradas en esta autorización.

[] Yo autorizo la divulgación de información, incluyendo el diagnóstico, registros, examen rendido a mí y reclama información. Esta información puede ser divulgada para: *** POR FAVOR DE LEER COMPLETAMENTE***

Esposo(a) _____ Número de teléfono: _____
Hijos(as) _____ Número de teléfono: _____
Padre(s) _____ Número de teléfono: _____
Otro _____ Número De teléfono: _____

[] Por favor de no dar cualquier información médica a nadie.

Completa los siguientes indicando los elementos que desea que le quieren divulgó. La firma de un paciente menor de edad se requiere para la liberación de algunos de estos artículos. Si toda información de salud debe ser liberado, entonces la casilla sólo primera.

- [] Todas informacion de salud [] Historia examen [] Medicamentos de pasado/ presente [] Resultados de laboratorio
[] Médico ordena [] Paciente alergias [] Informes de operación [] Informes de consultas
[] Notas de Progreso [] Resumen diagnóstico [] Informes de Prueba descarga [] Datos de facturación
[] Informes de Electrocardiograma/Cardiología [] Informes de Patología [] Informes de radiología e imágenes
[] Registros de salud mental (excluyendo notas de psicoterapia) [] información genética (incluidos los resultados de la prueba genética)
[] Drogas, Alcohol o abuso de sustancias registros [] HIV/AIDS tratamiento o resultados de prueba
[] Otro _____

Firma [redacted] Fecha [redacted]

Signature of Individual or Individual's Legally Authorized Representative: _____

TERMINACIÓN

Esta autorización terminará en la primera que se produzca de: (1) dos años después de mi muerte o (2) sobre mi revocación escrita realmente recibido por la entidad cubierta. Acuse de recibo de mí escrito revocación puede ser por correo certificado, correo certificado, facsímil o cualquier otro recibo que conste la recepción efectiva por la entidad cubierta. Esta revocación deberá ser efectiva a la recepción efectiva de la notificación por la entidad cubierta excepto en la medida en que la entidad cubierta ha actuado en la confianza en él. Esta autorización no es afectada por mi posterior discapacidad o incapacidad.

RE-DIVULGACIÓN

Al firmar esta autorización, reconozco que la información usada o divulgada de conformidad con esta autorización puede ser sujeta a re-divulgación por la persona o personas cuyo nombre se haya escrito anteriormente, y la información divulgada una vez ya no estará protegida por las reglas creadas en HIPAA. Ninguna entidad cubierta requerirá mis personas autorizadas a indemnizar a la entidad cubierta o de acuerdo para llevar a cabo cualquier acto en orden a la entidad cubierta cumplir con esta autorización.

INSTRUCCIONES PARA MI LAS PERSONAS AUTORIZADAS

Mi persona autorizada tendrá derecho a entablar una acción legal en cualquier forma aplicable contra cualquier entidad cubierta que se niega a reconocer y aceptar esta autorización para los fines que he expresado. Además, mis personas autorizadas están autorizadas a firmar todos los documentos que estimen convenientes obtener la información médica protegida las personas autorizadas.

DOCUMENTO VÁLIDO

Una copia o facsímil de esta autorización original se aceptarán como si se tratara de un documento original. RENUNCIA y liberación desligo de cualquier entidad cubierta que actúa al amparo de esta autorización de cualquier responsabilidad que se acumulen los libere mi protegida información médica y de cualquier acción tomada por mi persona autorizada.

Firmado el día de , 20 .

Día

Mes

Año

Firma del individuo o persona de representante legalmente autorizado

Nombre en molde



Hope for the spirit. Health for the body!

Consentimiento Para Tratamiento y Pago

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____

Nombre de la persona dar su consentimiento si es diferente de paciente:

[Nombre]: _____

Relación al paciente: Propia Padre Guardián Otras: _____

Voluntariamente y por la presente autorizo a autorizar a los proveedores de salud del centro para proporcionar servicios de salud a mí en centros de servicio del centro. Los servicios pueden incluir, sin limitación, rutina evaluación física y mental; pruebas de diagnóstico y monitoreo y procedimientos; exámenes y tratamiento médico o dental; procedimientos de laboratorio de rutina y pruebas; radiografías y otros estudios imagen lógicos; Administración de medicamentos; y los procedimientos y tratamientos prescritos por profesionales de la salud del centro. Los servicios también pueden incluir Consejería necesarios para recibir servicios apropiados, incluida la planificación familiar (como se define en las leyes federales y reglamentos).

Entiendo que pedirá firmar un consentimiento informado independiente para cada vacuna para administrarse a mí y que recibiré una "Información Declaración de la vacuna" (VIS) antes de recibir cada vacuna

Entiendo que hay ciertos peligros y riesgos asociados con todas las formas de tratamiento, y dado mi consentimiento sabiendo esto.

Entiendo que este consentimiento es válido y permanece en vigor mientras yo soy un paciente del centro, hasta que puedo retirar mi consentimiento, o hasta que el centro cambia sus servicios y me pide que complete un nuevo formulario de consentimiento.

Entiendo que el pago por el servicio médico es debido en el día de la visita. Puede pagar en efectivo o con tarjeta de crédito. Arreglos de seguros/financiero deben hacerse con el centro antes de cualquier servicio.

Disposiciones de Consentimiento

Mi firma en este formulario indica que:

1. Certifico que he leído y entiendo el consentimiento anterior y que los hechos indicados son verdad.
2. Me doy cuenta que, aunque se hará todo lo posible para mantener todos los riesgos y efectos secundarios a un mínimo, los riesgos, efectos secundarios y complicaciones pueden ser impredecibles tanto en la naturaleza y gravedad.
3. Yo entiendo que los proveedores de nivel medio (Asistentes de Médicos, Enfermeras de Familia y Asistentes Médicos Entrenados) puede participar en mi tratamiento y doy mi consentimiento.
4. Entiendo que puedo pedir que firme un formulario de consentimiento informado independiente para ciertos tratamientos.
5. Por este medio voluntariamente doy mi consentimiento al tratamiento en el centro.
6. El abajo firmante autoriza el centro para liberar cualquier información adquirida en el curso de mi tratamiento a mi compañía de seguros, otro médico o médica centro(s). Por la presente acepto que soy responsable de dicho cargo (s). I autorizar el pago directamente y asignar al centro, si los hubiere,

Firma del Representante Legal paciente _____
Fecha

Escriba el nombre _____
Relación con el paciente

Firma del testigo, si no es el paciente Imprimir nombre _____
Fecha

Intérprete y traductora para completar en su caso:

He forma precisa y completa lectura/traducido el documento anterior:

Insertar el nombre de la paciente o Representante Legal del paciente

In _____, La paciente o del paciente de idioma principal del Representante Legal. Él entiende todos los términos y condiciones y reconoció a su acuerdo y consentimiento al firmar el documento en mi presencia.

Interpretado/traducido

Por: _____
Firma del traductor/ intérprete

Imprimir nombre de intérprete/traductor: _____
Fecha

Sexo al Nacer/ Orientación Sexual/ Identidad Del Genero

Favor de marcar lo que le corresponda. Esta información permanece privada y confidencial en todo momento.

Sexo al Nacer

- Masculino
- Femenino
- Desconocido

Orientación Sexual

- Lesbiana, homosexual
- Heterosexual
- Bisexual
- No lo se
- Elige no revelar
- Algo más, favor de especificar _____

Identidad de Genero

- Masculino
- Femenino
- Mujer-a-hombre / Hombre Transgénero / Hombre Trans
- Hombre-a-Mujer/ Mujer Transgénero / Mujer Trans
- Género indefinido/ Ni exclusivamente masculino ni femenina
- Elige no revelar
- Categoría de genero adicional o otra, favor de especificar _____