

Información del Paciente	Información del Paciente			
	Apellido:	Primer Nombre:	M.I.:	Nombre Anterior (si aplicable):
	Dirección de Correspondencia:		Apt #	
	Ciudad/Estado/Código Postal:			
	Teléfono de Casa:	Teléfono Celular:	Teléfono del Trabajo:	
	Método de Contacto Preferido (Por favor seleccione solo una opción) <input type="checkbox"/> Voz <input type="checkbox"/> Texto	Si es la Opción Voz, Seleccione el Número Preferido: <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Trabajo	Si fuera por voz, ¿estaría bien con la información del paciente en el correo de voz? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
	Sexo (género biológico): <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	Fecha de Nacimiento:	Médico Familiar o Pediatra:	
	Estado Marital:	Nombre del Empleador:	Seguro Social #:	
	Nombre del Contacto de Emergencia:	Relación con el Paciente:	Contacto de Emergencia Número de Teléfono #:	

Información Adicional y Persona Responsable	Información Adicional (POR FAVOR LLENE TODAS LAS SECCIONES A CONTINUACIÓN)			
	Dirección de Correo Electrónico:		Podemos dejar un mensaje con respecto a su cuidado médico y resultados? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
	Raza: (por favor seleccione uno o múltiples)		Etnicidad (por favor seleccione uno):	
	<input type="radio"/> Blanca	<input type="radio"/> Indio Americano o Nativo de Alaska	<input type="radio"/> Asiática	<input type="radio"/> Hispano o Latino
	<input type="radio"/> Hispano	<input type="radio"/> Negra o Afroamericana	<input type="radio"/> Hawaiano Nativo o Isleño Pacífico	<input type="radio"/> No Hispano o Latino
	<input type="radio"/> Otra _____	<input type="radio"/> Múltiples _____		<input type="radio"/> Declinar
	Idioma Preferido (por favor seleccione uno):		<input type="radio"/> Inglés	<input type="radio"/> Español
		<input type="radio"/> Lenguaje de Señas	<input type="radio"/> Vietnamita	<input type="radio"/> Hindi/Urdu
Nombre y Ubicación de la Farmacia Preferida:				
Persona Responsable - Si el paciente es menor de edad (menor de 18 años), el padre o tutor que traiga al paciente será asignado como garante.				
Apellido:		Primer Nombre:		
Fecha de Nacimiento:	Seguro Social #:	Teléfono:		
Dirección de la Persona Responsable :				
Ciudad/Estado/Código Postal:		Relación con el Paciente:		

Insurance Information	Seguro Médico Primario		Seguro Médico Secundario	
	Nombre de la Seguranza:		Nombre de la Seguranza:	
	Nombre del Titular de la Póliza:		Nombre del Titular de la Póliza:	
	Titular de la Póliza ID de Miembro:		Titular de la Póliza ID de Miembro:	
	Fecha de Nacimiento del Titular de la Póliza:		Fecha de Nacimiento del Titular de la Póliza:	
	Seguro Social del Titular de la Póliza #:		Seguro Social del Titular de la Póliza #:	
	Relación del Paciente con el Titular de la Póliza:		Relación del Paciente con el Titular de la Póliza:	

Certifico que he leído y acepto la política de pago de AccessHealth. Soy elegible para el seguro indicado en este formulario y entiendo que el pago es responsabilidad mía independientemente de cobertura de seguro. Por este medio, asigno a AccessHealth todo el dinero al que tengo derecho por los gastos médicos relacionados con los servicios que realiza AccessHealth durante mis visitas, pero sin exceder mi deuda con AccessHealth. Autorizo a AccessHealth a divulgar cualquier información médica a mi compañía de seguros o pagador externo para facilitar el procesamiento de mis reclamos de seguro. Entiendo que el hecho de no pagar los saldos pendientes dentro de los 90 días de la notificación del monto adeudado resultará en el envío a una agencia de cobro externa. Elijo recibir comunicaciones de AccessHealth por mensaje de texto o correo electrónico al número o la dirección indicados anteriormente, que incluyen, entre otros, comunicaciones sobre citas, tratamiento y pago. Entiendo que tales correos electrónicos y textos pueden no ser seguros y existe el riesgo de que un tercero los pueda leer.

BENEFICIARIOS DE MEDICARE: Solicito que se realice el pago de los beneficios autorizados de Medicare a AccessHealth. Autorizo a cualquier poseedor de información médica sobre mí a divulgar a CMS y sus agentes la información necesaria para determinar estos beneficios o los beneficios a pagar por los servicios relacionados.

Firma de la Persona Responsable: X _____ **Fecha:** _____

Nombre de la Persona Responsable: X _____ **Fecha:** _____

Información del Hogar

Ingreso Antes de Deducciones Mensual del Hogar: \$ _____

Total de Personas en el Hogar: _____

Estudiante: Tiempo Completo Medio Tiempo No en la Escuela

¿Cuál es el nivel más alto de la escuela que ha completado? Menos que el título de secundaria Diploma de escuela secundaria o GED Alguna universidad o mas

¿Cual es tu situación laboral actual? Tiempo Complet Medio Tiempo A tiempo parcial pero buscando trabajo a tiempo completo

Situación Agrícola: Trabajador Migrante Trabajador Temporal No es Trabajador Agrícola

Eres un U.S. Veterano Militar: Si No

Estado de la Vivienda

(Marque solo **UNA** casilla en la tabla a continuación para indicar su situación de vivienda actual. Si marca bajo Desconocido o Otro, escriba en el espacio blanco cuál es su situación de vivienda).

Yo	Esposa	Familia o Amigos	Refugio para Indigentes	Calle	Transicional	Desconocida	Otra

¿Su situación de vivienda es estable o inestable? Estable Inestable

Orientación Sexual / Identidad de Género

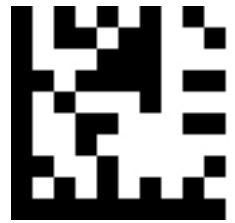
Te consideras a ti mismo como: Heterosexual Homosexual Bisexual No es seguro Otra _____

Cuál es su identidad de género actual? (marque todas las que correspondan)

- Masculino Femenino Hombre transgénero / Mujer-a-hombre
 Mujer transgénero / Hombre-a-mujer Genderqueer, ni exclusivamente masculino o femenino
 Declino a Responder Categoría de género adicional / otro (especifique): _____

CADA MIEMBRO DE SU HOGAR QUE SERÁ UN PACIENTE DE ACCESSHEALTH DEBE COMPLETAR ESTE FORMULARIO.

REGISTRO DE VACUNAS (ImmTrac2)
FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO
PARA ADULTOS



(Favor de escribir claramente con letra de molde)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Apellido

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Primer Nombre

				/					/				
--	--	--	--	---	--	--	--	--	---	--	--	--	--

Fecha de Nacimiento

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Dirección

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Ciudad

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Nombre de la Madre

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Segundo Nombre

Género: Masculino Femenino

										-					-				
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---	--	--	--	--	---	--	--	--	--

Apartamento #

Teléfono

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Estado Código Postal Condado

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

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 (ej. darles a todos los médicos que tratan a un paciente un lugar central para ver el récord de las vacunas de dicho paciente). Con su consentimiento, su información de las vacunas se incluirá en ImmTrac2. *Para un familiar menor de 18 años de edad, uno de los padres, el tutor legal o el custodio administrador puede dar el consentimiento de participación con llenar el Formulario de Consentimiento de ImmTrac2 para menores de edad (# C-7). El Formulario de Consentimiento de ImmTrac2 (# C-7) se puede bajar del sitio www.ImmTrac.com.*

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. Una vez que mi información de las vacunas esté en ImmTrac2, pueden por ley accederla:

- 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. También tiene derecho a pedir a la agencia estatal que corrija cualquier información que se determine es incorrecta. Consulte <http://www.dshs.texas.gov> para obtener más información sobre la notificación de privacidad. (Referencia: Código gubernamental, sección 552.021, 552.023, 559.003 y 559.004)

¿Tiene preguntas? (800) 252-9152 • (512) 776-7284 • Fax: (866) 624-0180 • www.ImmTrac.com

Texas Department of State Health Services • ImmTrac 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.**



Programa de Protección Para Adultos (ASN)

REGISTRO DE DETERMINACIÓN DEL DERECHO A LA PARTICIPACIÓN PARA ADULTOS

PROPÓSITO: determinar y registrar si una persona tiene derecho a participar en el Programa de Protección para Adultos (ASN) del DSHS. Este registro sobre el derecho a participar en el programa de los adultos que reciben vacunas del DSHS se debe conservar en papel en la clínica que presta el servicio o en un sistema electrónico como TWICES. Las copias en papel deben conservarse durante cinco (5) años. Cada vez que una persona vaya a vacunarse y a fin de garantizar que tiene derecho a participar en el programa, será necesario determinar y documentar si reúne los requisitos para acceder a este.

Fecha de la determinación: (mm/dd/aa)

Nombre: (Apellido) (Primer nombre) (Segundo nombre)

Fecha de nacimiento: (mm/dd/aa) Sexo: [] Hombre [] Mujer Veterano: [] Sí [] No

Información importante para antiguos integrantes de las Fuerzas Armadas

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.

Requisitos para participar:

- [] Afirmo que reúno los requisitos para recibir vacunas a través del Programa ASN porque no tengo seguro médico.
[] Tengo 19 años y me han derivado al programa para terminar de recibir la serie completa de vacunas que empezaron a administrarme cuando tenía 18 años o menos, y cumplo los requisitos para participar en el Programa de Vacunas para Niños de Texas (TVFC). La "serie de vacunas" incluye las vacunas contra la hepatitis A, la hepatitis B, el virus del papiloma humano (VPH), el sarampión, las paperas y la rubéola (MMR), la varicela y la vacuna antimeningocócica.

Proveedor de referencia:

Firma del paciente: Fecha: (mm/dd/aa)

NOTA: Falsificar información en este documento a sabiendas constituye un fraude. Al firmar este formulario, por este medio doy fe que la información es verdadera y correcta. Yo declaro que la persona nombrada arriba es una persona autorizada y reúne los requisitos para recibir vacunas del ASN.

Salvo en casos excepcionales, tiene derecho a solicitar y estar al corriente de la información que recopile el estado de Texas sobre usted. Tiene derecho a recibir y revisar la información previa solicitud. También tiene derecho a solicitar a la agencia que corrija cualquier dato que se considere incorrecto. Para obtener más información sobre el aviso de privacidad, visite http://www.dshs.texas.gov. (fuente: Código Gubernamental, apartados 552.021, 552.023 y 559.004)

Bienvenido a Su Hogar Medico

HAGA QUE CADA VISITA AL DOCTOR FUNCIONE PARA USTED

Antes de su visita

- Escriba sus preguntas y preocupaciones. No te preocupes si es una larga lista.
- Si ve a un especialista, **pidales que envíen su informe a su proveedor primario aquí en AccessHealth.**
- **Confirme que su registracion con AccessHealth este vigente.**

El dia de tu visita

- Brindenos su historial medico completo e informacion de cualquier otro proveedor medico visto.
- **Coloque todos sus medicamentos en una bolsa y traigalos a su consulta medica.**
- **Traiga su Medicare, Medicaid u otra tarjeta de seguro.** Tambien, traiga su lista de preguntas.
- Si necesita ayuda, solicite a un amigo o familiar que lo acompañe.

Durante su visita

- Relajese! ¡Haga preguntas! Tome notas. Informenos cuando no entienda algo. Recuerde que queremos lo mejor para usted.
- Pidanos que le informemos los valores de su presion arterial, peso y pruebas de laboratorio. Mantenga un registro de esto.
- Preguntenos cuando debe programar su proxima visita.

Despues de su visita

- Mantenga su informacion medica en un lugar seguro, lista para la proxima visita.

Cosas que puedes hacer por ti mismo

- Investigue todo lo que pueda sobre los cuidados de su enfermedad. Cuanto mas aprenda, mejor estara su salud.
- Algunos problemas de salud, como la diabetes, requieren que cambies tu forma de comer y de vivir. hable con su medico, su familia y sus amigos sobre como puede hacer estos cambios. Comiense a disfrutar los beneficios de una mejor salud ahora.
- Asegurese de comprender como tomar correctamente su medicamento. **Si no entiende como tomarlos, pidanos ayuda.**
- No deje de tomar medicamentos recetados sin hablar primero con su proveedor de atencion medica.

LLAME LAS 24 HORAS DEL DIA, 7 DIAS DE LA SEMANA

RICHMOND
281-342-4530

400 Austin Street
Richmond, TX 77469

STAFFORD
281-342-4530

10435 Greenbough Dr, Ste 300
Stafford, TX 77477

MISSOURI CITY
281-342-4530

307 Texas Parkway, Ste 100
Missouri City, TX 77489

BROOKSHIRE
281-822-4235

531 FM 359 S
Brookshire, TX 77423

EAST FORT BEND
281-342-4530

7707 Highway 6 South
Missouri City, TX 77459

Cuando Elegir el Hospital/Sala de Emergencias o AccessHealth, Su Hogar Medico

Somos afortunados en nuestra comunidad de tener acceso las 24 horas a Salas de Emergencia. Por supuesto, nadie puede predecir que una enfermedad o lesión ocurra durante las horas de un consultorio médico clínico. Pero muchas enfermedades, como resfriados, gripe, esguinces, distensiones, infecciones leves, cortes y hematomas leves, erupciones cutáneas, diarrea común, dolor lumbar, infecciones vaginales leves y periodos irregulares no requieren una visita a la sala de Emergencias. Tales dolencias generalmente se resuelven por sí solas en un corto periodo de tiempo. Si requieren tratamiento médico, siempre deben dirigirse a AccessHealth, su Hogar Médico. Por lo general, no debe ir a una sala de Emergencias para resurtir medicamento o resolver problemas médicos que son naturalmente crónicos, a menos que experimente un empeoramiento repentino de su condición. Elija siempre su Hogar Médico para chequeos, vacunas y ayuda con condiciones a largo plazo.

Entonces, cuando uno **debe** de buscar atención médica en una sala de Emergencias? Hay ciertos síntomas que apuntan a una visita a la sala de Emergencias, incluso durante las horas de funcionamiento de AccessHealth. Estas incluyen:

1. Dolor de pecho severo
2. Vómito de sangre
3. Pérdida repentina del conocimiento o cambio en el estado mental (actuando extraño)
4. Debilidad repentina de partes del cuerpo
5. Dificultad grave para respirar
6. Sobredosis de medicamentos o ingestión de sustancias tóxicas. Llame a Control de Tóxicos al 1.800.222.1222
7. Quemaduras severas o inhalación de humo
8. Sangrado incontrolable que no se detiene
9. Intento de suicidio
10. Parto de Emergencia (nacimiento)
11. Trauma severo (lesión)
12. Severo dolor abdominal repentino
13. Severo dolor de cabeza repentino o pérdida repentina de la visión
14. Nuevas Convulsiones

A veces puede no estar claro cuando una enfermedad es lo suficientemente grave como para acudir a una Sala de Emergencias. Los niños y las personas mayores suelen necesitar atención médica antes que un adulto joven o una persona sana. Si no está seguro de qué hacer y es durante las horas de oficina de AccessHealth, usted puede llamar o visitar la clínica. **Después de las horas puede llamar al número de la oficina** y hablar con el médico de guardia sobre su enfermedad.

Es importante que reciba la atención adecuada en caso de una verdadera emergencia, lo que significa que debe llamar al 911 o visitar una sala de Emergencias; de lo contrario, significa atención médica en AccessHealth, Su Hogar Médico. Si usted visita una Sala de Emergencias, programe una cita con AccessHealth, dentro de los 10 días posteriores de haber sido dado de alta.

LLAME LAS 24 HORAS DEL DÍA, 7 DÍAS DE LA SEMANA

RICHMOND CENTER: 400 Austin St., Richmond, TX 77469
(281) 342-4530

ADULTOS:

Lunes – Viernes: 7:00AM - 7:00PM; Sábado: 8:00AM - 12:00PM

PEDIATRA:

Lunes, Martes, Jueves, Viernes 7:00AM - 5:00PM; Miércoles: 7:30AM - 5:30PM; 2nd and 4th Sábado: 8:00AM - 12:00PM

STAFFORD CENTER: 10435 Greenbough Dr., Stafford, TX 77477
(281) 342-4530

PEDIATRA: Lunes – Jueves: 7:00AM - 7:00PM; Viernes 7:00 AM-4:00 PM; Sábado: 8:00AM - 12:00PM

DENTAL: Lunes - Viernes: 7:00AM - 7:00PM; Sábado: 8:00AM – 12:00PM

MISSOURI CITY CENTER: 307 Texas Parkway, Missouri City, TX 77489
(281) 324-4530

ADULTOS:

Lunes, Martes, Jueves & Viernes: 8:00AM - 6:00PM;

Miércoles: 7:00AM - 6:00PM

PEDIATRA:

Martes: 7:00AM – 7:00PM; Miércoles – Viernes: 8:00AM – 5:00PM

EAST FORT BEND CENTER: 7707 Highway 6 South, Missouri City, TX 77459
(281) 342-4530

Lunes – Viernes: 8:00AM – 12:00PM

BROOKSHIRE CENTER: 533 FM 359 S., Brookshire, TX 77423 – (281) 822-4235

Lunes – Jueves: 7:30AM – 5:30PM; Viernes: 8:00AM – 5:00PM



Important Information for Former Military Services Members

Women and men who served in any branch of the United States Armed Forces, including Army, Navy, Marines, Air Force, Coast Guard, Reserves or National Guard, may be eligible for additional benefits and services. For more information, please visit the Texas Veterans Portal at <https://veterans.portal.texas.gov>.

Información importante para antiguos miembros de las Fuerzas Armadas

Las mujeres y los hombres que hayan pertenecido a cualquier cuerpo de las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos (incluidos el Ejército, la Armada, la Infantería de Marina, la Fuerza Aérea, la Guardia Costera, el cuerpo de reservistas o la Guardia Nacional) podrían recibir beneficios y servicios adicionales. Para más información, visite el Portal de Texas para Veteranos en <https://veterans.portal.texas.gov>.

Effective March 1, 2018 contractors are required to share this information with program applicants until further notice. For more information, visit program website.