

Formulario de Registro del Paciente



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 para Llamadas Recordatorias y Otros Mensajes Generados Electrónicamente: (Por favor seleccione solo una opción) <input type="checkbox"/> Voz <input type="checkbox"/> Texto				Sí es la Opción Voz, Seleccione el Número Preferido: <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Trabajo
	Médico Familiar o Pediatra:		Fecha de Nacimiento:		Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
	Estado Marital:		Seguro Social #:		
	Nombre del Empleador:		Nombre del Contacto de Emergencia:		
	Contacto de Emergencia Número de Teléfono #:			Relación con el Paciente:	
Información Adicional y Persona Responsable	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:		
	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) <input type="radio"/> Blanca <input type="radio"/> Indio Americano o Nativo de Alaska <input type="radio"/> Chino <input type="radio"/> Samoano <input type="radio"/> Vietnamita <input type="radio"/> Otros Asiaticos <input type="radio"/> Japones <input type="radio"/> Filipino <input type="radio"/> Guameno o Chamorro <input type="radio"/> Coreano <input type="radio"/> Asiatico <input type="radio"/> Hawaiano Nativo o Isleño Pacífico <input type="radio"/> Otra Raza <input type="radio"/> Rechazo Especificar <input type="radio"/> Negro o Afro Americano			Etnicidad (por favor seleccione uno): <input type="radio"/> Hispano o Latino <input type="radio"/> Chicano <input type="radio"/> Espanol <input type="radio"/> No Hispano o Latino <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/> Asiática <input type="radio"/> Cubano <input type="radio"/> Mexicano <input type="radio"/> Asiática <input type="radio"/> Puertorriqueño <input type="radio"/> Rechazar <input type="radio"/> Mexicano Americano	
	Idioma Preferido (por favor seleccione uno):		<input type="radio"/> Inglés <input type="radio"/> Español <input type="radio"/> Indio (incluido Hindi y Tamil) <input type="radio"/> Lenguaje de Señas <input type="radio"/> Vietnamita <input type="radio"/> Mandarín/Cantonés <input type="radio"/> Otro		
	Nombre y Ubicación de la Farmacia Preferida:				
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:		
	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:			
<p>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 del 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.</p>					
<p>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.</p>					

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

Situación laboral: _____ Tiempo Completo _____ Medio Tiempo _____ Desempleado

Situación Agrícola: _____ Trabajador Migrante _____ Trabajador Temporal _____ No es Trabajador Agrícola

Eres un U.S. Veterano Militar: _____ Si _____ No

Estado de la Vivienda: *(Por favor indique su situación de vivienda)*

_____ Ambos Padres

_____ Padre

_____ Madre

_____ Compartiendo Habitación

_____ Refugio para Indigentes

_____ Desconocido

_____ Otro

_____ En la Calle

_____ Transicional

Orientación Sexual / Identidad de Género

Te consideras a ti mismo como:

_____ Heterosexual

_____ Lesbiana, Gay or Homosexual

_____ Bisexual

_____ Desconocido

Algo más, por favor describa: _____

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

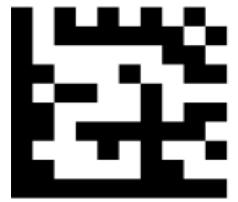
_____ Declino a Responder

Categoría de género adicional / otro (especifique): _____

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



REGISTRO DE INMUNIZACIÓN (ImmTrac2) FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO PARA MENORES



(Favor de escribir claramente con letra de molde)

Grid for last name

Apellido del Niño(a)

Grid for first name

Nombre del Niño(a)

Grid for second name

Segundo Nombre del Niño(a)

Grid for birth date

*Solamente niños menores de 18 años.

Género: Masculino Femenino

Fecha de Nacimiento del Niño(a)

Grid for address

Dirección del Niño(a), Calle

Grid for apartment number

Apartamento #

Grid for phone number

Teléfono

Grid for city

Ciudad

Grid for state and zip code

Estado Código Postal

Grid for county

Condado

Grid for mother's name

Nombre de la Madre

Grid for mother's maiden name

Apellido de Soltera de la Madre

ImmTrac2, el registro de inmunización de Texas, es un servicio gratis que proporciona el Departamento Estatal de Servicios de Salud de Texas (DSHS). El registro de inmunización es un servicio seguro y confidencial que consolida y guarda el récord de inmunizaciones de su niño(a) (menor de 18 años de edad). Con su consentimiento, la información de la inmunización de su niño(a) será incluida en ImmTrac2. Los doctores, departamentos de salud pública, escuelas y otros profesionales autorizados pueden tener acceso al historial de inmunización de su niño(a) para asegurar que las vacunas importantes no le falten.

El Departamento Estatal de Servicios de Salud le anima a participar voluntariamente en el registro de inmunización de Texas

Consentimiento Para Registrar al Menor y Dar a Conocer los Documentos de Inmunización a las Entidades Autorizadas

Entiendo que, con mi consentimiento a continuación, autorizo que se dé a conocer la información de inmunización del menor al DSHS, y además entiendo que el DSHS incluirá esta información en el registro central de inmunización del estado ("ImmTrac2"). Una vez que la información del menor esté en ImmTrac2, por ley la puede acceder:

- el distrito de salud pública o el departamento de salud local, para propósitos de salud pública dentro de sus áreas de jurisdicción;
• el médico, o algún otro médico o proveedor de atención de salud legalmente autorizado para administrar vacunas, en el tratamiento del menor como paciente;
• la agencia estatal que tenga la custodia legal del menor;
• la escuela o la guardería de Texas en que el menor esté inscrito;
• el pagador, actualmente autorizado por el Departamento del Seguro de Texas para operar en Texas, con respecto a la cobertura del menor.

Entiendo que puedo retirar este consentimiento para incluir información sobre el menor en el Registro de ImmTrac2 y mi consentimiento para dar a conocer la información del registro en cualquier momento mediante comunicación escrita a Texas Department of State Health Services, ImmTrac Group – MC 1946, P. O. Box 149347, Austin, Texas 78714-9347.

Al firmar abajo, YO AUTORIZO el consentimiento para registrarlo. Deseo INCLUIR la información de mi niño(a) en el registro de inmunización de Texas.

Alguno de los padres, tutor legal o administrador de bienes:

Escriba con letra de molde

Fecha

Firma

Notificación Sobre Privacidad: Tan solo por unas cuantas excepciones, usted tiene el derecho de solicitar y de ser informado sobre la información que el Estado de Texas reúne sobre usted. A usted se le debe conceder el derecho de recibir y revisar la información al requerirla. Usted también tiene el derecho de pedir que la agencia estatal corrija cualquier información que se ha determinado sea incorrecta. Diríjase a http://www.dshs.texas.gov para más información sobre la Notificación sobre privacidad. (Referencia: Government Code, 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.



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, pídale que envíen su informe a su proveedor primario aquí en AccessHealth.
- Confirme que su registración con AccessHealth este vigente.

El día de tu visita

- Bríndenos su historial médico completo e información de cualquier otro proveedor médico visto.
- Coloque todos sus medicamentos en una bolsa y traígalos a su consulta médica.
- Traiga su Medicare, Medicaid u otra tarjeta de seguro. También, traiga su lista de preguntas.
- Si necesita ayuda, solicite a un amigo o familiar que lo acompañe.

Durante su visita

- Relájese! ¡Haga preguntas! Tome notas. Informenos cuando no entienda algo. Recuerde que queremos lo mejor para usted.
- Pídanos que le informemos los valores de su presión arterial, peso y pruebas de laboratorio. Mantenga un registro de esto.
- Pregúntenos cuando debe programar su próxima visita.

Después de su visita

- Mantenga su información médica en un lugar seguro, lista para la próxima visita.

Cosas que puedes hacer por ti mismo

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

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 horas usted puede llamarnos 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:

Monday – Friday: 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) 261-0182

PEDIATRA: Lunes – Viernes: 7:00AM - 7:00PM; 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) 969-1800

ADULTOS:

Lunes, Martes & Jueves: 8:00AM - 5:00PM; Miércoles:
9:00AM - 6:00PM; Viernes: 7:00AM - 4:00PM

PEDIATRA:

Tuesday: 7:00AM – 7:00PM; Wednesday – Friday: 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