

Información del Paciente			
Primer Nombre	Apellido	M.I.	Nombre Anterior (si aplicable)
Dirección de Correspondencia		Número de Apto	
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"/> Hogar <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"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Sexo (Género Biológico) <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Fecha de Nacimiento	Médico Familiar o Pediatra	
Estado Civil	Nombre del Empleador	Número de Seguro Social	
Nombre del Contacto de Emergencia	Relación con el Paciente	Número de Contacto de Emergencia	

Información Adicional <small>Por favor, llene todas las secciones a continuación.</small>	
Dirección de Correo Electrónico	¿Podemos dejar un mensaje con respecto a su cuidado médico y resultados? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<b>Raza</b> (por favor seleccione uno o múltiples) <input type="checkbox"/> Indio Americano o Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Japones <input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> Indio Asiático <input type="checkbox"/> Coreano <input type="checkbox"/> Blanca <input type="checkbox"/> Negro o Afro American <input type="checkbox"/> Hawaiano Nativo <input type="checkbox"/> No declarado/Eligo no revelar <input type="checkbox"/> Chino <input type="checkbox"/> Otro Asiático <input type="checkbox"/> Más de una raza <input type="checkbox"/> Filipino <input type="checkbox"/> Otro Isleño Pacífico <input type="checkbox"/> Guamanian or Chamorro <input type="checkbox"/> Samoano	<b>Etnicidad</b> (por favor seleccione uno) <input type="checkbox"/> Chicano <input type="checkbox"/> Puertorriquoeno <input type="checkbox"/> Cubano <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Origen hispano, latino/a o español combinado <input type="checkbox"/> No Hispano o Latino <input type="checkbox"/> Mexicano <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/> Mexicano Americano <input type="checkbox"/> Rehusarse a especificar <input type="checkbox"/> Otras origen hispano, latino / a o español
<b>Idioma Preferida</b> (por favor seleccione uno) <input type="checkbox"/> Ingles <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Hindi o Urdu <input type="checkbox"/> Lenguaje por señas <input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> Mandarin o Cantonés <input type="checkbox"/> Otro _____	
Nombre y Ubicación de la Farmacia Preferida	

Persona Responsable <small>Si el paciente es menor de edad (menor de 18 años), el padre o tutor que traiga al paciente será asignado como garante.</small>		
Primer Nombre	Apellido	
Fecha de Nacimiento	Número de Seguro Social	Teléfono
Dirección de la Persona Responsable		Número de Apto
Ciudad/Estado/Código Postal	Relación con el Paciente	

Seguro Médico Primario	Seguro Médico Secundario
Nombre de la Aseguranza	Nombre de la Aseguranza
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
Número de Seguro Social del Titular de la Póliza	Número de 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 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.

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 agencias la información necesaria para determinar estos beneficios o los beneficios a pagar por los servicios relacionados.

FIRMA DEL PACIENTE/GARANTE

NOMBRE DEL PACIENTE/GARANTE

FECHA

## Información para el paciente

### Ingresos brutos mensuales totales del hogar

(Por favor escribe)

### Total de personas en el hogar

(Por favor, marque con un círculo) 1 2 3 4 5 6 7 8 Otro \_\_\_\_\_

## Estado personal

¿Es usted un estudiante?  Tiempo Completo  Medio Tiempo  No en la escuela

¿Cuál es el nivel más alto de escuela que has terminado?  Menos que un diploma de secundaria  Algunos estudios universitarios o más  
 Diploma de escuela secundaria o GED

¿Cuál es tu situación laboral actual?  Trabajo de tiempo completo  Trabajo a tiempo parcial, pero buscando trabajo a tiempo completo  
 Trabajo a tiempo parcial  Desempleado, pero no buscando trabajo  
 Desempleados y en busca de trabajo

Estado de la agricultura  Trabajador Migrante  Trabajador Temporal  No es Trabajador Agrícola

¿Eres un U.S. Veterano Militar?  Si  No  Prefiero no revelarlo

## Estado de la Vivienda

Marque solo **UNA** casilla en la tabla a continuación para indicar su situación de vida actual.

Yo	Esposa	Familia o Amigos	Refugio para Indigentes	Calle	Transicional	Desconocida	Otra
<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> Si

Si marcó bajo **Desconocido** u **Otro**, escriba cuál es su situación de vida.

\_\_\_\_\_

¿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  
 Algo más (por favor especifique) \_\_\_\_\_

¿Cuál es su identidad de género actual?  Masculino  Femenino  Declino a Responder  
 (marque todas las que correspondan)  Hombre transgénero/Mujer-a-hombre  Mujer transgénero/Hombre-a-mujer  
 Genderqueer, ni exclusivamente masculino o femenino  
 Categoría de género adicional/otro (por favor especifique) \_\_\_\_\_

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





# 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: \_\_\_\_\_ Sexo:  Hombre  Mujer Veterano:  Sí  No  
(mm/dd/aa)

### 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](http://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, 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 traigalos 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

- Relajese! ¡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 cómo puede hacer estos cambios. Comience a disfrutar los beneficios de una mejor salud ahora.
- Asegúrese de comprender cómo tomar correctamente su medicamento. Si no entiende cómo tomarlos, pídanos ayuda.
- No deje de tomar medicamentos recetados sin hablar primero con su proveedor de atención médica.

### AccessHealth

24 horas al día, 7 días a la semana

**(281) 342-4530**

#### Brookshire Clínica

533 FM 359 S. Brookshire, TX 77423

##### Cuidado de adultos

Lunes, martes, jueves y viernes: 8:00 a.m. – 6:00 p.m.;  
Miércoles: 7:00 a.m. – 6:00 p.m.

#### East Fort Bend Clinic

7707 Hwy. 6 Missouri City, TX 77459

##### Cuidado de adultos

Lunes a jueves: 8:00 a.m. – 5:00 p.m.

#### Fort Bend County Missouri City Annex

307 Texas Pkwy., Ste. 100  
Missouri City, TX 77489

##### Cuidado de adultos

Lunes, martes, jueves y viernes: 8:00 a.m. – 6:00 p.m.;  
Miércoles: 7:00 a.m. – 6:00 p.m.

##### Atención pediátrica

Martes: 7:00 a.m. – 7:00 p.m.;  
Miércoles – Viernes: 8:00 a.m. – 5:00 p.m.  
2do y 4to sábado: 8:00 a.m. – 12:00 p.m.

#### Richmond Clínica

400 Austin St. Richmond, TX 77469

##### Cuidado de adultos

Lunes a viernes: 7:00 a.m. – 6:00 p.m.;  
Sábado: 8:00 a.m. – 12:00 p.m.

##### Atención pediátrica

Lunes, martes, jueves, viernes: 7:00 a.m. – 5:00 p.m.;  
Miércoles: 7:30 a.m. – 5:30 p.m.;  
2do y 4to sábado: 8:00 a.m. – 12:00 p.m.

#### Second Mile Clínica

1135 US-90 Missouri City, TX 77489

##### Cuidado de adultos

Lunes, martes, jueves y viernes: 7:00 a.m. – 5:00 p.m.;

##### Dental

Miércoles: 7:00 a.m. – 5:00 p.m.

#### Stafford Clínica

10435 Greenbough Dr., Ste. 300  
Stafford, TX 77477

##### Atención pediátrica



Lunes a jueves: 7:00 a.m. – 7:00 p.m.;  
Viernes: 7:00 a.m. – 4:00 p.m.;  
Sábado: 8:00 a.m. – 12:00 p.m.

##### Dental

Lunes a viernes: 7:00 a.m. – 7:00 p.m.;  
Sábado: 8:00 a.m. – 12:00 p.m.

# AccessHealth, Atención de Urgencia o Sala de Emergencias

## ELEGIR LA ATENCIÓN MÉDICA ADECUADA

<p><b>1</b></p>  <p><b>Atención Primaria</b> Su <b>PRIMERA PARADA</b> para problemas de salud cotidianos. Llame para programar una cita el mismo día.</p>	<p><b>2</b></p>  <p><b>Atención de Urgencias</b> Para lesiones o enfermedades que no parecen graves o potencialmente mortales pero que <b>NO PUEDEN</b> esperar hasta la mañana.</p>	<p><b>3</b></p>  <p><b>Atención de Emergencia</b> Los departamentos de emergencia son para emergencias médicas que requieren atención médica <b>INMEDIATA</b>.</p>
<p>Síntomas de tos, resfriado y gripe</p>	<p>Sospechas de fracturas y luxaciones</p>	<p>Lesiones traumáticas, huesos rotos y quemaduras graves</p>
<p>Quemaduras leves, cortes menores, heridas y abscesos</p>	<p>Reacciones alérgicas</p>	<p>Dolor intenso, especialmente en el pecho y el estómago, sangrado incontrolable.</p>
<p>Chequeos y exámenes de salud regulares</p>	<p>Picaduras de animales o insectos</p>	<p>Signos de accidente cerebrovascular o convulsiones, o pérdida repentina de la visión</p>
<p>Manejo de enfermedades crónicas</p>	<p>Dolor o malestar abdominal moderado</p>	<p>Dificultad significativa para respirar, dolor de cabeza intenso</p>
<p>Preguntas y/o inquietudes sobre medicamentos</p>	<p>Infecciones de la piel</p>	<p>Posible sobredosis de drogas, sustancia tóxica, intoxicación.</p>

### Cuándo elegir su Centro Médico

En nuestra comunidad, tenemos la fortuna de contar con acceso a urgencias las 24 horas. Claro que nadie puede predecir el momento en que una enfermedad o lesión ocurra durante el horario de atención de un consultorio médico o clínica. Sin embargo, muchas enfermedades agudas, como resfriados, gripe, esguinces, torceduras, infecciones leves, cortes y moretones leves, erupciones cutáneas, diarrea común, dolor lumbar, infecciones vaginales leves y menstruaciones irregulares, no requieren una visita a urgencias. Estas dolencias suelen resolverse por sí solas en poco tiempo. Si requieren tratamiento médico, siempre deben atenderse en AccessHealth, su centro médico.

A veces, puede no estar claro cuándo una enfermedad es lo suficientemente grave como para acudir a urgencias. Los niños, las personas mayores o los pacientes con enfermedades subyacentes pueden necesitar atención médica antes que un adulto joven o una persona sana. Si no está seguro de qué hacer y se encuentra durante el horario de atención de AccessHealth, debe llamar o acudir a la oficina. Fuera del horario de atención, puede llamar al número de la oficina y hablar con el médico de guardia sobre su enfermedad.

### AccessHealth

24 horas al día, 7 días a la semana

**(281) 342-4530**

**i** Es importante que reciba la atención adecuada. En caso de una emergencia real, esto significa llamar al 911 o acudir a urgencias; de lo contrario, recibirá atención en AccessHealth, su centro médico. Si acude a urgencias, programe una cita con AccessHealth dentro de los 10 días posteriores a su alta.



### **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.*