



Estimado Paciente

Queremos tomar esta oportunidad para darle la bienvenida a nuestra clínica de Katy Medical Center.

Agradecemos su confianza en ayudarlo a alcanzar sus metas de salud. Nuestra oficina le ofrecerá a usted y a su familia un ambiente seguro para su cuidado médico del mismo modo que haremos todo lo posible para satisfacer sus necesidades medicas y brindarle servicios de la más alta calidad.

Para su comodidad, adjuntamos un cuestionario medico y otros documentos importantes que son necesarios para completar su registro inicial. Favor de completarlos y traerlos con usted el día de su cita para poder agilizar su proceso de registro. También necesitamos que presente su tarjeta de seguro médico si tiene disponible y la cartilla de vacunación.

Su cita será el día _____, a _____ AM / PM.

Esperamos verle pronto, si tiene alguna pregunta, puede llamarnos al teléfono 254-313-4610 y con gusto aclararemos sus dudas, para su comodidad se le atenderá en español.

Atentamente,

Waco Family Medicine

Información del paciente

Apellido _____ Nombre _____ Segundo nombre _____

Dirección _____ Núm. de Apt. _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Fecha de nacimiento _____ Núm. de Seguro Social _____ Correo electrónico del paciente / tutor _____

Teléfono de casa _____ Teléfono móvil _____ Lugar de trabajo _____ Teléfono del trabajo _____

Contacto de emergencia _____ Relación _____ Teléfono _____

Método de comunicación preferido: Teléfono Correo electrónico (MyChart) Correo regular Farmacia de preferencia _____

<p>SEXO AL NACER: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino</p> <p>IDENTIDAD DE GÉNERO</p> <p><input type="checkbox"/> MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMENINO <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/> PREFIERO NO DECIR</p> <p><input type="checkbox"/> HOMBRE TRANSEXUAL / DE MUJER A HOMBRE</p> <p><input type="checkbox"/> MUJER TRANSEXUAL / DE HOMBRE A MUJER</p>	<p>ORIENTACIÓN SEXUAL</p> <p><input type="checkbox"/> HETEROSEXUAL (NO HOMOSEXUAL O LESBIANA)</p> <p><input type="checkbox"/> LESBIANA <input type="checkbox"/> HOMOSEXUAL <input type="checkbox"/> BISEXUAL</p> <p><input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/> NO SÉ <input type="checkbox"/> PREFIERO NO DECIR</p>	<p>IDIOMA DE PREFERENCIA</p> <p><input type="checkbox"/> INGLÉS</p> <p><input type="checkbox"/> ESPAÑOL</p> <p><input type="checkbox"/> LENGUAJE DE SEÑAS/ASL</p> <p><input type="checkbox"/> OTRO</p>	<p>ESTADO DE VETERANO</p> <p><input type="checkbox"/> SERVICIO ACTIVO</p> <p><input type="checkbox"/> NO ACTIVO (VETERANO)</p> <p><input type="checkbox"/> GUARDIA NACIONAL</p> <p><input type="checkbox"/> RESERVA <input type="checkbox"/> NINGUNO</p>
---	--	---	---

<p>ORIGEN ÉTNICO</p> <p><input type="checkbox"/> HISPANO O LATINO <input type="checkbox"/> NO HISPANO O LATINO</p> <p>RAZA</p> <p><input type="checkbox"/> BLANCO O HISPANO <input type="checkbox"/> NEGRO O AFROAMERICANO</p> <p><input type="checkbox"/> ASIÁTICO</p> <p><input type="checkbox"/> INDIO AMERICANO O NATIVO DE ALASKA</p> <p><input type="checkbox"/> NATIVO DE HAWAII <input type="checkbox"/> OTRAS ISLAS DEL PACÍFICO</p>	<p>ESTADO CIVIL</p> <p><input type="checkbox"/> SOLTERO</p> <p><input type="checkbox"/> CASADO</p> <p><input type="checkbox"/> VIUDO</p> <p><input type="checkbox"/> DIVORCIADO</p>	<p>INFORMACIÓN DEL NÚCLEO FAMILIAR</p> <p>¿CUÁNTAS PERSONAS HAY EN SU NÚCLEO FAMILIAR, INCUYÉNDOSE USTED? _____</p> <p>¿CUÁL ES EL INGRESO MENSUAL DE SU FAMILIA?</p> <p><input type="checkbox"/> NO TENGO INGRESOS (\$0)</p> <p><input type="checkbox"/> MI INGRESO MENSUAL ES \$ _____</p> <p><input type="checkbox"/> MI INGRESO ANUAL ES _____</p>	<p>ESTATUS DE TRABAJADOR AGRÍCOLA</p> <p><input type="checkbox"/> TRABAJADOR AGRÍCOLA MIGRANTE</p> <p><input type="checkbox"/> TRABAJADOR AGRÍCOLA TEMPORAL</p> <p><input type="checkbox"/> NO SOY TRABAJADOR AGRÍCOLA</p>
---	--	---	---

<p>VIVIENDA PÚBLICA <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p>ESTATUS SIN HOGAR</p> <p><input type="checkbox"/> COMPARTE HABITACIÓN (VIVE CON OTROS)</p> <p><input type="checkbox"/> VIVE EN UN REFUGIO</p> <p><input type="checkbox"/> VIVE EN LUGAR DE TRANSICIÓN</p> <p><input type="checkbox"/> VIVE EN LA CALLE</p> <p><input type="checkbox"/> VIVE EN LUGAR DE APOYO PERMANENTE (POR MEDIO DE MHMR / CENTRO DE APOYO POR ABUSO FAMILIAR)</p>	<p>INFORMACIÓN DEL PADRE/MADRE/TUTOR (PERSONA CON LA RESPONSABILIDAD FINANCIERA)</p> <p>NOMBRE _____ FECHA DE NACIMIENTO _____ NÚM. DE SEGURO SOCIAL _____</p> <p>DIRECCIÓN <input type="checkbox"/> (MARQUE EL RECUADRO SI ES LA MISMA DE ARRIBA) _____</p> <p>CIUDAD _____ ESTADO _____ CÓDIGO POSTAL _____ TELÉFONO MÓVIL _____</p> <p>TELÉFONO DEL TRABAJO _____ TELÉFONO DE CASA _____ EMPLEADOR _____</p> <p>RELACIÓN CON EL/LA PACIENTE <input type="checkbox"/> MADRE <input type="checkbox"/> PADRE <input type="checkbox"/> ABUELO <input type="checkbox"/> PADRE/MADRE ADOPTIVO/A <input type="checkbox"/> OTRO</p>
--	---

PRIMER SEGURO

NOMBRE DEL SEGURO MÉDICO: _____ # DE SOCIO _____ # DE GRUPO _____

¿EL PACIENTE ES EL ASEGURADO? SÍ NO (en caso de no ser, favor de completar esta sección) INFORMACIÓN DEL ASEGURADO: NOMBRE _____

FECHA DE NACIMIENTO _____ NÚM. DE SS _____ RELACIÓN CON EL PACIENTE _____

MASCULINO FEMENINO

SEGUNDO

NOMBRE DEL SEGURO MÉDICO: _____ # DE SOCIO _____ # DE GRUPO _____

¿EL PACIENTE ES EL ASEGURADO? SÍ NO (en caso de no ser, favor de completar esta sección) INFORMACIÓN DEL ASEGURADO: NOMBRE _____

FECHA DE NACIMIENTO _____ NÚM. DE SS _____ RELACIÓN CON EL PACIENTE _____

MASCULINO FEMENINO

DIRECCIÓN (MARQUE EL RECUADRO SI ES LA MISMA DE ARRIBA) _____ CIUDAD _____ ESTADO _____ CÓDIGO POSTAL _____

SI LE GUSTARÍA QUE LE CONTACTEMOS PARA UNA CITA DENTAL, FAVOR DE COMPLETAR ESTA SECCIÓN

NOMBRE DEL SEGURO DENTAL: _____ # DE SOCIO _____ # DE GRUPO _____

¿EL PACIENTE ES EL ASEGURADO? SÍ NO (en caso de no ser, favor de completar esta sección) INFORMACIÓN DEL ASEGURADO: NOMBRE _____

FECHA DE NACIMIENTO _____ NÚM. DE SS _____ RELACIÓN CON EL PACIENTE _____

MASCULINO FEMENINO

DIRECCIÓN (MARQUE EL RECUADRO SI ES LA MISMA DE ARRIBA) _____ CIUDAD _____ ESTADO _____ CÓDIGO POSTAL _____

TEL. TRABAJO _____ TEL. CASA _____ TEL. MÓVIL _____

Autorización para recibir tratamiento

Yo, por medio de la presente, doy mi consentimiento para recibir cualquier tratamiento que mi médico de Waco Family Medicine (de aquí en adelante "WFM") y yo estemos de acuerdo que sea necesario para mí o para el paciente(s) que está bajo mi tutela.

Yo entiendo y reconozco que WFM es un centro de enseñanza y que mi cuidado y/o el cuidado de los pacientes que están bajo mi tutela será proveído, pero no limitado, a médicos incluyendo estudiantes de medicina y/o médicos residentes y/o dentistas residentes en un programa de enseñanza clínica. Además, entiendo y reconozco que los servicios de enseñanza tales como observación directa por otros médicos o estudiantes médicos y/o dentales, discusión de casos o imágenes fotográficas o vídeos que incluyan actividades de cuidado que me involucren a mí o a las personas que están bajo mi tutela son permitidos con fines de enseñanza, al menos que yo me niegue específicamente. Entiendo y acepto que ciertas visitas clínicas serán cumplidas por medio de servicios de telesalud (vídeo o teléfono), durante el cual no estaré físicamente en el mismo cuarto de mi proveedor de servicios médicos. Entiendo que hay riesgos potenciales usando la tecnología, incluso interrupciones de servicio, interceptación, y dificultades técnicas. Si se determina que la tecnología de información o de telecomunicaciones no es adecuado, mi visita de telesalud puede ser discontinuada o cambiarse por una visita en persona.

También entiendo que, como parte de los servicios de cuidado médicos y dentales, el personal de WFM, mi médico y/o dentista crearán y mantendrán un expediente del cuidado y servicios proveídos. Entiendo que tal información podrá ser usada y/o difundida en el manejo y administración del cuidado y servicios provistos por WFM, tal como se describe en el *Boletín de la Protección de la Privacidad*. Entiendo y certifico que WFM participa en el programa de intercambio electrónico de expedientes médicos, y que si yo busco tratamiento en otro centro de servicios médicos o proveedores que sean participantes de este programa de intercambio, mi expediente o el de los pacientes que están bajo mi tutela, podrán ser compartidos entre WFM y esos otros proveedores y/o centros médicos y dentales. Entiendo y reconozco que como parte de recibir mi cuidado médico en WFM, los médicos, dentistas y otros empleados de WFM pueden pedir y/o proveer electrónicamente los expedientes médicos y/o dentales míos y/o de los pacientes que están bajo mi tutela, a los proveedores de esas clínicas participantes. Los expedientes incluyen, pero no se limitan al historial de medicinas prescritas, así como también a la información relacionada con el tratamiento de la salud mental, diagnóstico, pronóstico y tratamiento de consumo de alcohol y/o abuso de drogas; y/o pruebas, resultados y/o tratamiento de VIH (SIDA). Entiendo que dicha información de cualquier fuente puede ser requerida por parte de esa clínica o médico como parte del expediente médico / dental que se necesite de mí o de los pacientes que están bajo mi tutela.

Al proporcionar mi número de teléfono móvil, doy mi consentimiento para recibir mensajes de texto sobre las próximas citas y otras notificaciones relacionadas con mi atención médica y los servicios proporcionados por Waco Family Medicine. Entiendo que puede haber cargos por mensajes de texto o datos de mi compañía de telefonía móvil.

AVISO DE LA PROTECCIÓN DE LA PRIVACIDAD

Entiendo y declaro que tengo el derecho de pedir a Waco Family Medicine una copia del Boletín de la Protección de la Privacidad.

DOMINIO LIMITADO DEL IDIOMA INGLÉS

Waco Family Medicine orgullosamente ofrece asistencia en algunos idiomas a sus pacientes de una manera gratuita, y además hará todo lo posible para asistir de una manera razonable a los pacientes con algún tipo de discapacidad.

FOTOGRAFÍA

Yo doy mi consentimiento para que se tomen fotografías y/o imágenes de video con el propósito de identificación y documentación de mi cuidado médico y/o dental.

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD FINANCIERA

Yo entiendo que soy la persona principal responsable del pago de los gastos por servicios proveídos por WFM, independientemente de cualquier seguro médico y/o dental que pueda tener, incluyendo Medicare o Medicaid y que el pago es necesario en el momento que se requiera. También entiendo que además del costo de tales servicios, también seré responsable de cualquier costo de tarifas de abogado, costos de tribunales, cobro de multas o intereses que puedan surgir debido a tales acciones que se requieran para obtener el pago por los servicios proveídos por WFM. Certifico que la información del paciente y la situación financiera fue proveída de una manera completa y precisa al momento de recibir tales servicios.

ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS DEL SEGURO

En consideración a los servicios prestados, yo declaro que asigno y transfiero irrevocablemente todos los derechos, títulos e intereses en beneficios pagables a WFM. Declaro que autorizo y doy instrucción a la compañía aseguradora y/o al programa financiero de pagar directamente a WFM todos los beneficios que se deben bajo los términos de mi(s) póliza(s). Entiendo que mi póliza de seguro / programa financiero o sus agentes, determinarán la necesidad médica de los servicios y artículos que yo pida y reciba. También entiendo que soy responsable por el costo de los servicios o artículos que pida y reciba si mi póliza de seguro / programa financiero determina que no son razonables o médicamente necesarios para mi cuidado.

COSTO DE DIAGNÓSTICOS / RESULTADOS FUERA DE WFM

Las pruebas de laboratorio, ultrasonido y rayos X realizados en WFM y enviados a un laboratorio o especialista independiente serán cobrados directamente a mí por parte del laboratorio u oficina del especialista independiente. También existe una tarifa por manejo de la muestra de laboratorio la cual se cobra a través de WFM. Una vez que yo reciba la factura, entiendo que debo contactar a dicho laboratorio y/u oficina del especialista para hacer un plan de pago o darles la información de mi seguro. He sido informado/a por escrito y de forma verbal, y entiendo que el costo de estos servicios son mi responsabilidad.

FIRMA DEL PACIENTE O TUTOR

He leído y entendido el documento arriba mencionado.

FIRMA DEL PACIENTE _____ FECHA _____

FIRMA DEL PADRE/MADRE/TUTOR* _____ RELACIÓN CON EL PACIENTE _____

TESTIGO _____

***El tutor legal debe presentar comprobante de tutela, el cual debe anexarse a este documento**

Waco Family Medicine Derechos y Responsabilidades de la Clínica y los Pacientes

Pacientes Nombre: _____ Pacientes Fecha de Nacimiento: ___/___/___

MR#: _____

Bienvenido a nuestro Centro de Salud

Nuestra meta es brindar servicios médicos de la más alta calidad en esta comunidad, sin importar las posibilidades que tenga para pagar por los servicios. Tanto usted Como paciente, y nosotros como clínica, tenemos derechos y responsabilidades. A continuación le presentamos los derechos y responsabilidades para que usted tenga un mejor entendimiento de los mismos y a su vez, nos ayude a ofrecerle un mejor servicio. Por favor lea el documento, haga las preguntas que pueda tener y fírmelo.

Este Documento de los Derechos y responsabilidades, trata de los siguientes puntos:

Derechos Humanos

Pago por Servicios

Cuidado Medico

Responsabilidades del Centro Medico

Responsabilidades del Paciente

Quejas

Despido

Apelaciones

Yo he leído, entendido, y acepto de mutuo acuerdo los Derechos y Responsabilidades que establece Waco Family Medicine con sus pacientes. Una copia de este documento estará disponible para mí en el momento que lo solicite.

Firma: _____

Fecha de hoy ___/___/___

Nombre: _____

[Letra de Molde]

Si la firma es a favor de un menor, _____

[Nombre Del Menor]



WACO
FAMILY
MEDICINE

A. Derechos Humanos

Usted tiene el derecho de ser tratado con respeto sin importar su raza, color, estado civil, religión, sexo, género, identidad de género, orientación sexual, origen, antepasados, discapacidad física o mental, edad o cualquier otra razón que sea aplicable a leyes o regulaciones federales, estatales o locales.

B. Pago Por Servicios

1. Usted es responsable de proporcionar a nuestro personal la información precisa o cualquier cambio sobre su situación financiera actual. Nuestro personal necesita esta información para poder determinar cuánto debe usted de pagar y/o enviar los cobros a su seguro privado, Medicaid, Medicare o algún otro beneficio por el cual usted puede ser elegible para asistencia. Si la cantidad de sus ingresos es menor a las cantidades establecidas en la tabla de nivel de pobreza federal, le ayudaremos a determinar su derecho a recibir asistencia del programa de descuento.
2. Usted tiene derecho a que se le explique su cuenta. Usted tiene que pagar, hacer un plan de pago de las cuentas sobre servicios médicos, con la excepción de los servicios dentales los cuales se proveen a base de prepago. Para cualquier balance que usted pueda tener en su cuenta, favor de contactar nuestro departamento de finanzas para hacer un plan de pago.
3. Leyes Federales prohíben a la Clínica negar servicios médicos primarios que sean medicamente necesarios por la razón de que usted un pueda pagar por estos servicios. La clínica de Family Health Center requiere que los pacientes realicen un pago mínimo o un copago. En caso de que usted no pueda hacer alguno de estos pagos requeridos, con gusto le asistiremos a determinar en caso de que usted sea potencialmente elegible para programas que le ayuden a reducir la tarifa requerida.

C. Privacidad

Usted tiene el derecho de recibir sus tratamientos, visitas y exámenes en privado. Su expediente médico también es privado. Solamente personal legalmente autorizado puede ver sus expedientes al menos de que usted pida por escrito que no lo mostremos o hacer copias para alguien más. En algunos casos, es necesario que nuestra clínica reporte al Departamento de Servicios de Salud del estado de Texas sobre su condición médica o el estado de su enfermedad. La Póliza de Privacidad y Confidencialidad en la entrega de servicios marca los diferentes modos en los cuales su expediente puede ser usado o revelado por la clínica y los derechos otorgados a usted bajo la ley de Responsabilidad y Manejo del seguro Médico, HIPPA por sus siglas en inglés. Este documento está disponible para usted en el momento que lo solicite.



WACO
FAMILY
MEDICINE

D. Cuidado Medico

1. Usted tiene la responsabilidad de proveer a la clínica la información completa y actual sobre su salud y sus enfermedades para que podamos brindarle el cuidado médico apropiado a sus necesidades. Usted tiene el derecho, y lo animamos a participar en las decisiones sobre su tratamiento.
2. Usted tiene el derecho de recibir información y explicaciones en el lenguaje que normalmente hable y con las palabras que usted entiende. Usted tiene el derecho de tener información sobre su salud o enfermedad, plan de tratamiento, incluyendo la naturaleza del tratamiento, los beneficios esperados, sus riesgos y peligros e incluyendo las consecuencias por rechazar el tratamiento recomendado; también se le explicará las alternativas razonables con los posibles riesgos y beneficios incluyendo el resultado esperado en caso de saberlo. A esta información se le conoce como obteniendo su consentimiento de una manera educada.
3. Usted tiene el derecho de recibir información sobre “Testamento Vital” o instrucciones previas. Si usted no desea recibir esta información, o en caso de que no sea médicamente recomendable compartir esta información con usted; la compartiremos con su representante legal autorizado.
4. Usted es responsable del uso apropiado de los servicios que ofrece la clínica, que incluye seguir instrucciones del personal, programar y asistir a sus citas y solicitar visitas al doctor el “mismo día” siempre y cuando usted esté enfermo. Los proveedores de servicios médicos no podrán estar a su disposición al menos de que usted tenga una cita. En caso de que usted no entienda las instrucciones que se le han dado, favor de informar al personal de la clínica para poder ayudarle.
5. Si usted es un adulto, usted tiene el derecho por ley hasta cierto punto de negarse a recibir tratamientos o procedimientos. En este caso, tiene el derecho de que se le informe de los riesgos, peligros, y consecuencias de rechazar dicho tratamiento o procedimiento. Es necesario que le demos esta información para que usted tome la decisión “educada” ya usted será responsable por las consecuencias y resultados por haberse negado a recibir el tratamiento o procedimiento recomendando. Si usted se niega a recibir el tratamiento o procedimiento que le recomienda su doctor con la mejor intención para el mejoramiento de su salud, se le pedirá que firme un documento donde usted toma la responsabilidad y se niega a recibir el tratamiento recomendado. El documento se llama Rechazo a Perimir Recibir el Tratamiento Médico o los Servicios/ Rechazo a la Recibir de Servicios Médicos.



WACO
FAMILY
MEDICINE

6. Usted tiene el derecho de recibir cuidado médico y tratamientos que sean razonables para tratar su condición médica de acuerdo a nuestras capacidades y aclaramos que no somos una clínica de servicios de emergencia. Usted tiene el derecho de que se le refiera o transfiera a otro lugar donde se le brinden los servicios que nuestra clínica no puede darle. La clínica no es responsable de pagar por los servicios que usted reciba con otro proveedor de servicios médicos o el servicio de transporte que sea necesario para usted.

E. Responsabilidades de Family Health Center como Centro Medico

1. Nuestra Clínica es responsable de coordinar su cuidado médico con diferentes proveedores de servicios médicos.
2. El equipo de profesionales le dará acceso a tener cuidado médico basado en evidencia/ educación a su familia y como alcanzar sus metas personales en cuanto a su salud.
3. El personal de la oficina de su clínica le ayudara a transferir sus expedientes médicos cuando sea necesario y usted tendrá que firmar una forma de permiso para poder obtener la información deseada.
4. Usted recibirá un reporte clínico en cada visita.

F. Responsabilidades del Paciente

1. Usted tiene derecho a recibir información de los servicios que ofrece la clínica y la responsabilidad de utilizarlos de una manera apropiada. Si tiene alguna pregunta sobre este tema, favor de preguntarnos.
2. Usted es responsable de la supervisión de sus niños cuando lo acompañen a la clínica. Usted es responsable de la seguridad de sus niños y la protección de otros pacientes y nuestras instalaciones.
3. Usted tiene la responsabilidad de asistir a las citas previamente establecidas. El faltar a sus citas es causa de retraso en tratamiento para otros pacientes. En el caso de que usted falte a sus citas previamente establecidas, estará sujeto a recibir una sanción o llamada de atención de acuerdo a las pólizas y procedimientos de nuestra clínica.

G. Quejas

1. En caso de que nuestros servicios no satisfacen a sus necesidades, por favor déjenos saber. Nosotros queremos saber sus sugerencias para poder mejorar nuestros servicios. El personal de la clínica le puede informar como puede



WACO
FAMILY
MEDICINE

someter una queja. En caso de que usted no esté contento con la manera en que nuestro personal maneja su queja, usted puede enviar su queja al Consejo de Directores de la Clínica.

2. En caso de someter una queja, ningún representante de nuestra clínica le castigará, discriminará o tomara represalia en contra de usted. La clínica continuara brindándole servicios.

H. Despido

Si la clínica decide que tenemos que dejar de tratarlo como paciente, usted tiene el derecho de recibir una notificación por escrito donde se le explica las razones de nuestra decisión. Se le dará un término de 30 días para que usted transfiera su expediente médico a otro proveedor de servicios médicos fuera de nuestra organización. La clínica puede dejar de proveer servicios médicos en una forma inmediata en caso de que usted haya creado una situación que sea una amenaza para la seguridad de nuestro personal o de otros pacientes. Usted tiene el derecho de recibir una copia de la Póliza de despido a los pacientes de la clínica.

Razones por las cuales nosotros dejemos de atenderle:

1. Desobedecer las reglas y pólizas de la clínica
2. Omitir información de una manera intencional sobre sus ingresos y/o seguros
3. Omitir información de una manera intencional sobre su salud o enfermedades
4. Engañar intencionalmente al equipo de profesionales para obtener servicios médicos de nosotros y de otros proveedores de salud fuera de FHC sobre el mismo problema médico y medicamentos.
5. Abuso verbal o comportamiento inapropiado hacia nuestro personal o crear disturbios y/o
6. Crear amenazas sobre la seguridad de nuestro personal y la seguridad de otros pacientes.

I. Apelaciones

Si nuestra clínica he ha dado una notificación de despido de la relación paciente y clínica, usted tiene el derecho de apelar la decisión enviando una carta por escrito al comité de quejas. En caso de que usted tenga una emergencia médica se le atenderá; de otra manera, nosotros no podremos continuar sirviéndole mientras se apela su caso.

190213



Waco Family Medicine – Extended Hours

La Clínica de Horario Extendido de Waco Family Medicine proporciona acceso a atención rutinaria y urgente para pacientes establecidos, fuera del horario comercial regular. La Clínica de Horario Extendido está disponible para pacientes establecidos en cualquiera de nuestras 15 ubicaciones. Los walk-ins son bienvenidos según disponibilidad.

Visítenos

Horario extendido
1600 Providence Dr.
Waco, TX 76707

Llámenos hoy

Pacientes establecidos – de lunes a viernes llame a su clínica para citas.

Citas para el mismo día:

254-313-4272

Nuevos pacientes llaman:

254-313-4610

Horas de operación

Horario regular extendido:
5:00 pm – 8:00 pm

Horario Sábado extendido:
8:30 am – 12:00 pm

Servicios prestados en Horario Extendido

Atención urgente:

Una enfermedad aguda, no emergente, lesión o exacerbación de una afección crónica.

Visitas de bienestar:

Una visita anual para el desempeño de los servicios de atención preventiva apropiados para la edad.

Atención de rutina:

Seguimiento rutinario y manejo de una afección médica crónica

Visitas de enfermeras:

Visitas que requieren atención que se limita al alcance de las tareas de enfermería para incluir, pero no limitado a vacunas, controles de presión arterial o abordar cambios.

Servicios no prestados en horario extendido

- Atención prenatal
- Fracturas
- Seguimientos hospitalarios
- Atención de emergencia
- Radiología (rayos X)
- Farmacia WFM
- Otros servicios pueden ser limitados dependiendo del alcance de práctica del proveedor disponible



Nombre Del Paciente: _____ Fecha _____

Edad: _____ Fecha de Nacimiento: _____ MRN (office use only) _____

Razón de la visita _____

Nombre del ultimo doctor, Dirección, Fecha de última cita: _____

Historial Médico - Marque las condiciones que USTED haya tenido

<input type="checkbox"/>	¿Diabetes - Tipo I o Tipo II? _____	<input type="checkbox"/>	Hepatitis - ¿Que tipo? _____
<input type="checkbox"/>	Presion Arteral Alta	<input type="checkbox"/>	Cirrosis/Enfermedad del Hgado
<input type="checkbox"/>	Colesterol Alto	<input type="checkbox"/>	Alcoholismo/ Adiccion a Drogas
<input type="checkbox"/>	Problemas de Corazon/ Paro Cardiaco	<input type="checkbox"/>	Artritis - ¿Que tip? _____
<input type="checkbox"/>	Infarto de Miocardio/ Trombosis Coronaria	<input type="checkbox"/>	Gota
<input type="checkbox"/>	Marcapasos/Desfibrilador	<input type="checkbox"/>	Osteoporosis/Huesos Fragiles
<input type="checkbox"/>	Paro Cardiaco	<input type="checkbox"/>	Problema de Prostata
<input type="checkbox"/>	Enfermedad de los riñones	<input type="checkbox"/>	HIV / SIDA
<input type="checkbox"/>	Asma	<input type="checkbox"/>	Herpes
<input type="checkbox"/>	Obstruccion Pulmonar Cronica/Enfisema/Bronquitis Cronica	<input type="checkbox"/>	Enfermedades Venéreas (de transmisión Sexual)
<input type="checkbox"/>	Cancer - ¿Que tipo? _____	<input type="checkbox"/>	Depresion
<input type="checkbox"/>	Problemas de Tiroides	<input type="checkbox"/>	Ansiedad
<input type="checkbox"/>	Enfermedad Vasculat Periférica/Problemas de circulación	<input type="checkbox"/>	Intento de suicidio
<input type="checkbox"/>	Coágulos sanguíneos/Trombosis Venosa Profunda (DVT)	<input type="checkbox"/>	Otras Enfermedades Mentales
<input type="checkbox"/>	Hemorragias	<input type="checkbox"/>	Convulsiones
<input type="checkbox"/>	Anemia	<input type="checkbox"/>	Paralisis
<input type="checkbox"/>	Tuberculosis	<input type="checkbox"/>	Migrañas
<input type="checkbox"/>	Otro _____		

Solo Mujeres

¿Cuándo fue su ultimo papanicolau?
¿Ha tenido resultados anormales de papanicolau? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si, ¿Cuándo?
¿Primer día de su ultimo period menstrual?
¿Cuándo fue tu ultima mamografia?
¿Ha tenido resultados anormales de su mamografía? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si, ¿Cuándo?
¿Está embarazada? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si, fecha de parto? _____
¿Ha tenido complicaciones durante algún embarazo? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si

CUANTOS

<input type="checkbox"/>	Embarazos
<input type="checkbox"/>	Nacimientos vivos
<input type="checkbox"/>	Nacimientos prematuros
<input type="checkbox"/>	Aborto espontaneo
<input type="checkbox"/>	Abortos
<input type="checkbox"/>	Cesareas
<input type="checkbox"/>	Parto vaginal después de una cesárea

Es usted alérgico a algún medicamento?

¿Anote los Medicamentos que toma actualmente?

Cirugías Anteriores	
Fecha	
	Vesícula
	Apéndice
	Amígdalas
	Hernias
	Histerectomía - ¿Le quitaron los ovarios? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
	Salpingooclasia (ligación de los tubos)
	Biopsia de senos
	Cirugia de la espalda
	Otra
	Otra

Hábitos de salud	
¿Cuanto consume por día de cada uno? (¿si no es cada día cuanto por semana?)	
	Cafeina
	Alcohol
	Tabaco
	Drogas
Ocupación/Viajes	
Has estado expuesto(a) a materiales peligrosos? Cuales: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> SI	
Ha viajado a otros países? Cual: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> SI	

Historia Familiar	Anote si hay miembros de su familia que tenga alguna de las siguientes condiciones.									
	Mother	Father	Sister	Brother	Son	Daughter	MGF	MGM	PGF	PGM
Status: A= Alive or D=Descd										
Diabetes										
High Blood Pressure										
High Cholesterol										
Heart attacks										
Kidney Disease										
Bleeding problem										
Strokes										
Cancer (what kind?)										
Arthritis										
Asthma										
COPD/lung problems										
Psychiatric Illness										
Alcohol/Drug Abuse										
Other										

Symptoms: Please check if you are experiencing any of the following:

<input type="checkbox"/>	Unintentional weight loss	<input type="checkbox"/>	Diarrhea or Vomiting	<input type="checkbox"/>	Blood in stools or urine
<input type="checkbox"/>	Leaking urine or stool	<input type="checkbox"/>	Night sweats/Fevers	<input type="checkbox"/>	Penile or Vaginal Discharge
<input type="checkbox"/>	Shortness of Breath	<input type="checkbox"/>	Swelling in feet/ankles	<input type="checkbox"/>	Irregular/Painful periods
<input type="checkbox"/>	Chest Pain	<input type="checkbox"/>	Rash	<input type="checkbox"/>	Erection Problems
<input type="checkbox"/>	Vision Problems	<input type="checkbox"/>	Too thirsty	<input type="checkbox"/>	Constipation
<input type="checkbox"/>	Persistent Cough	<input type="checkbox"/>	Suspicious lumps or bumps	<input type="checkbox"/>	Difficulty breathing when lying down
<input type="checkbox"/>	Fainting	<input type="checkbox"/>	Forgetfulness	<input type="checkbox"/>	New headache
<input type="checkbox"/>	Trouble sleeping	<input type="checkbox"/>	Pain- where? _____	<input type="checkbox"/>	Other

Políticas de Opciones de Pago y Cheques devueltos

Opciones de Pago

Heart of Texas Community Health Center (conocido como Waco Family Medicine) ofrece una variedad de opciones tales como planes de pago o pagos inmediatos para ayudar a los pacientes a tomar su responsabilidad financiera.

Opción de Pago Inmediato – Los pacientes pueden elegir recibir un 50% de descuento en el balance de su cuenta cuando 1) El saldo a pagar es responsabilidad del paciente después de que el seguro haya pagado el costo compartido. 2) cuando el paciente elige no utilizar los beneficios de su seguro médico y es considerado responsable del costo en su totalidad por los servicios indicados.

Cuando se elige la opción de Pago Inmediato, esperamos que el paciente pague la cantidad restante después de que se apliqué el descuento ya sea antes de recibir los servicios o dentro de un término de 30 días de la solicitud. Cheques personales NO son aceptados como forma de pago para la opción de Pago Inmediato.

Opción de Plan de Pago – Los pacientes pueden elegir un plan de pago mensual que con el tiempo, les permita pagar el balance de su cuenta.

Para asistencia con las diferentes opciones de pago, por favor comuníquese con el departamento de facturación en 1600 Providence Drive, Waco TX 76707, Teléfono # 254-313-4200. Para su comodidad se le atenderá en español.

Política de Cheques Devueltos

Cheques personales que son devueltos debido a “Insuficiencia de Fondos” o “Cancelación de Pago” incurrirá en un gasto de servicio de \$30. Se requerirá que se pague la cantidad del cheque y el gasto de servicio con una forma de pago diferente (no se aceptará cheque personal) en el término de 10 días hábiles de la fecha del aviso del banco del cheque devuelto.

Los pacientes deberán presentarse en el Departamento de Facturación para hacer su pago. Si el pago no se realiza dentro del tiempo señalado, el cheque se enviará a la oficina de Fiscal del Distrito para medidas adicionales.