



Spring Branch

COMMUNITY HEALTH CENTER

Healthy Families. Healthy Community.

Clínica West Houston

19333 Clay Road
Katy, TX 77449
(713) 462-6555

Horario

Lunes-Viernes: 8am-5pm
2^{er} y 4^{er} Sábado: 9am-1pm

Clínica Pitner

8575 Pitner Road
Houston, TX 77080
(713) 462-6545

Horario

Lun, Mie, Vie: 8am-5pm
Mar y Jue: 8am-8pm
1^{er} y 3^{er} Sábado: 9am-1pm

Clínica Hillendahl

1615 Hillendahl Blvd., Suite 100
Houston, TX 77055
(713) 462-6565

Horario

Lunes-Viernes: 8am-5pm

Clínica WholeLife

1839 Jacquelyn Road
Houston, TX 77055
(713) 462-6565

Horario

Lunes-Viernes: 8am-5pm

CENTRO DE SALUD COMUNITARIO DE SPRING BRANCH

Visítenos en cualquiera de nuestras 4 ubicaciones o en nuestra clínica móvil.

Para obtener más información y eventos, por favor consulte:

www.sbchc.net

CENTRO DE SALUD COMUNITARIO DE SPRING BRANCH SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA

Programa de Asistencia Financiera

El programa de Asistencia Financiera es una ayuda especial de SBCHC para asistir a los pacientes sin seguro médico o con dificultad para pagar por servicios médicos. Si usted no califica para seguro médico y tiene escasos recursos, puede aplicar al programa de descuento. Para dicha aplicación necesita presentar lo siguiente:

Sus Responsabilidades

Se le pedirá mostrar comprobantes de toda la información que escribió en su solicitud. Si necesita ayuda para obtener los comprobantes, la persona que le entrevistó puede ayudarle.

1. SU IDENTIFICACIÓN PERSONAL Y LA IDENTIFICACIÓN PERSONAL DE MIEMBROS DE SU FAMILIA:

Usted necesitará una prueba de identificación personal y de cada miembro de su familia. Documentos de identificación personal incluyen los siguientes:

- a. Licencia de conducir del estado de Texas; identificación personal del estado de Texas; pasaporte con fotografía; identificación estudiantil con fotografía; identificaciones de consulados extranjeros; certificado de nacimiento; documentos de inmigración con fotografía; tarjeta de votante de los Estados Unidos; certificado de naturalización.

2. DÓNDE VIVE Y DÓNDE PLANEA CONTINUAR VIVIENDO:

Necesitará una prueba de domicilio, que puede incluir cualquiera de los siguientes:

- a. Con fecha de los últimos 60 días: cobro de servicios públicos; cobro de tarjeta de crédito; cobro de hipoteca; formulario de verificación del propietario de su casa; correo comercial a su nombre o de su cónyuge; documentos o cheques de beneficio de la Comisión de la Fuerza Laboral de Texas.
- b. Con fecha de los últimos 12 meses: contrato de alquiler; documentos escolares de los menores; documentos del Departamento de Vehículos Automotrices; comprobantes de seguro o registro de automóvil; declaración de impuestos de propiedad; declaración de impuestos salarial más reciente; carta de Servicio de Impuestos Internos o Seguro Social; documentos de certificación para estampillas de comida; Medicaid o CHIP; carta de agencia de servicios sociales; tarjeta de votante actualizada de los Estados Unidos; comprobantes de la oficina postal.

3. COMPOSICIÓN DEL HOGAR:

Usted necesitará una prueba de todos los miembros de su familia. Dicha prueba puede incluir los siguientes documentos:

- a. Certificado de nacimiento; certificado de bautismo; acta de defunción; forma 1040 del Servicio de Impuestos Internos; carta donde se otorga Seguro Social a los dependientes; comprobantes escolares; comprobantes de seguro; comprobantes de solicitud de inmigración a los Estados Unidos; decreto de divorcio manutención; acta de nacimiento o brazalete de identificación del hospital para recién nacidos durante los primeros 60 días; comprobante de inscripción escolar para estudiantes de 10 a 23 de edad.

4. COMPROBANTES DE INGRESOS DE LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS:

Usted necesitará un comprobante de ingresos para todos los miembros del hogar en los últimos 30 días, puede incluir los siguientes documentos:

- a. Talones de cheque; carta de verificación salarial; forma 1040 si es trabajador independiente; cheque de pensión; manutención; Seguro Social; desempleo; retiro; jubilación o compensación de trabajador. Si no tiene ingresos necesitará comprobantes de ayuda financiera.

5. OTROS SEGUROS DE SALUD:

Usted necesitará prueba de otros seguros de salud; pueden incluir los siguientes documentos:

- a. Tarjetas de identificación de seguro médico (Medicaid, Medicare, CHIP, CHIP Perinatal); pólizas de seguro; documentos de la corte u otros documentos legales.

6. NÚMERO DE TELÉFONO, DÓNDE USTED PUEDE SER CONTACTADO:

Usted tendrá que proporcionar un número de teléfono de trabajo, donde se le pueda localizar, que puede incluir lo siguiente:

- a. Casa, trabajo, celular, número de emergencia, vecino o familiar con el que se puede dejar un mensaje.

Si reúne los requisitos para Asistencia Financiera y posteriormente se determina que la información o comprobantes presentados son falsos, podrá perder su asistencia financiera y SBCHC puede solicitar el pago total por los servicios brindados. Así mismo, se le puede responsabilizar de cargos criminales y/o pena civil.

FORMA DE REGISTRO

(Por favor llene en letra de molde)

INFORMACION DE PACIENTE					
Apellido:		Nombre:		Segundo Nombre:	
Lista de Nombres Usados:					
Dirección:			# Apt.:	Ciudad:	Estado: ---
Zona Postal:					
Género al Nacer: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Fecha de Nacimiento: / /	Correo Electrónico:		Teléfono de Casa: ()	Estado Civil: <input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Otro

PERSONA RESPONSABLE DE LOS CARGOS			
Nombre:	Relación con el Paciente:	Dirección:	Teléfono: ()

EN CASO DE EMERGENCIA			
Nombre:	Relación con el Paciente:	Dirección:	Teléfono: ()

INFORMACIÓN DE SU SEGURO MÉDICO					
¿El paciente tiene seguro médico? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (Si la repuesta es "no," siga con la siguiente sección)					
Indique cuál es su primera seguro médico:		<input type="checkbox"/> Medicaid	<input type="checkbox"/> Medicare	<input type="checkbox"/> CHIP	<input type="checkbox"/> CHIP Perinatal
		<input type="checkbox"/> Seguro Privado: _____		<input type="checkbox"/> Otro: _____	
Persona responsable de los cargos:	Fecha de Nacimiento: / /	Dirección (si es diferente):		Teléfono de Casa: ()	
Seguro Social de persona responsable:	Nombre de Grupo:	Numero de Grupo:	Numero de Póliza:	Co-pago: \$	
¿Qué relación tiene con el asegurado? <input type="checkbox"/> Usted Mismo <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Menor <input type="checkbox"/>					
Otro: _____					

Segundo Seguro Médico:	Nombre de la persona asegurada:	Seguro Social de personal asegurada:	Fecha de Nacimiento: / /	Numero de Grupo:	Numero de Póliza:
¿Qué relación tiene con el asegurado? <input type="checkbox"/> Usted Mismo <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Menor <input type="checkbox"/> Otro: _____					

¿Idioma Preferido?: <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro: _____		¿Es usted veterano de las Fuerzas Armadas de los EE.UU.? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		¿Tiene usted hogar/casa? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Raza: <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Indio Americano <input type="checkbox"/> Afro Americano <input type="checkbox"/> Isleño Pacífico		Ascendencia Latino/Hispano: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
<input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Más de una etnia <input type="checkbox"/> Otro: _____					
¿Cómo escuchó nuestra clínica y servicios?					
<input type="checkbox"/> Familia/Amigo <input type="checkbox"/> Escuela <input type="checkbox"/> Hospital <input type="checkbox"/> Iglesia <input type="checkbox"/> MAM <input type="checkbox"/> Correo <input type="checkbox"/> Televisión					
<input type="checkbox"/> Internet <input type="checkbox"/> Revistas <input type="checkbox"/> Periódico <input type="checkbox"/> Radio <input type="checkbox"/> 211 <input type="checkbox"/> Otro: _____					

Autorizo al individuo(s) presente consentir para tratamiento o servicios y para dar y recibir verbalmente información privilegiada sobre su salud relacionado con SBCHC. Si cualquier cambio ocurre a esta autorización será mi responsabilidad notificar SBCHC. Las personas enumeradas abajo deben tener 18 años de edad o más y poseer identificación con fotografía.

Nombre	Fecha de Nacimiento	Relación con el Paciente

CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO

El paciente nombrado anteriormente autoriza y consiente a cualquier servicio, incluyendo pero no limitado a los procedimientos de diagnóstico, procedimientos de radiología, procedimientos de laboratorio, anestesia, tratamientos médicos o quirúrgicos, salud dental y mental que se juzguen necesarios o recomendables por el personal de salud y asistentes para dicho paciente.

_____ *Iniciales*

DECLARACIÓN DE CONFIDENCIALIDAD

Toda la información incluida en ésta entrevista y registro son confidenciales y se protegerá bajo la Regla de Privacidad de HIPAA. Le informamos que podemos usar y revelar su información de salud protegida para propósitos de tratamiento, pago(s), o para propósitos del cuidado de salud.

Yo entiendo tener derecho a revisar el “Aviso de Derechos” de Privacidad del Cliente antes de firmar el consentimiento para una descripción más completa y detallada de tal uso.

Yo entiendo que tengo el derecho de pedir las restricciones por escrito así como mi información de salud protegida que se usa o revela para llevar a cabo tratamiento, pago, o para propósitos de cuidado de salud. Yo entiendo que el centro tiene el derecho para revisar y negar esta demanda.

Yo entiendo que yo puedo revocar éste consentimiento por escrito, excepto a las acciones ya realizadas por SBCHC.

_____ *Iniciales*

ASIGNACIÓN DE SEGURO

Yo autorizo el pago de beneficios de Medicaid/Medicare/Dental/Otros pagable a mí, directamente a la Entidad de SBCHC. Yo también autorizo la divulgación de cualquier información relacionada a reclamos relacionados a mí o menores bajo mi protección.

Yo entiendo que yo soy responsable por todos los gastos de tratamiento incluyendo cualquier servicio no cubierto por mi seguro médico.

_____ *Iniciales*

Yo estoy de acuerdo y entiendo el Consentimiento anterior para el Tratamiento, la Declaración de Confidencialidad, y la Asignación de Seguro.

_____ *Nombre de Paciente*

_____ *Firma de Paciente/Tutor*

_____ *Relación con el Paciente*

_____ *Fecha*

USO PARA OFICINA SOLAMENTE

Reviewed by: _____ Date: _____ Initial: _____

DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DEL PACIENTE Y CENTRO DE SALUD

Bienvenidos a nuestro centro comunitario de salud. Nuestra meta es proveer asistencia médica a personas elegibles en la comunidad sin importar su capacidad de pago. Como nuestro paciente, tiene derechos y responsabilidades. De igual manera, el Centro de Salud tiene derechos y responsabilidades. Es importante para nosotros que entienda estos derechos y responsabilidades para que pueda ayudarnos a proveerle un mejor servicio. Por favor, lea y firme ésta declaración y pregúntenos cualquier duda que tenga.

1. DERECHOS HUMANOS:

- a. Usted tiene derecho de ser tratado con respeto sin importar su raza, color de piel, estado civil, religión, sexo, nacionalidad, ascendencia, condición física, mental o discapacidad, edad (sobre 40), veterano de Vietnam u otros motivos no permitidos por las leyes o regulaciones aplicables a nivel local, estatal y federal.

2. PAGO POR SERVICIOS:

- a. Usted es responsable de proveernos con su información exacta acerca de su situación económica y cualquier cambio en ella. Nosotros necesitamos ésta información para decidir el cobro y/o para pasar los gastos a un seguro privado, Medicaid, Medicare u otros beneficios de los cuales usted es candidato. Si su ingreso es menor que la guía de pobreza federal, le ofreceremos el programa de asistencia financiera.
- b. Usted tiene el derecho de recibir una explicación de nuestra cuenta. Debe pagar o hacer arreglos para pagar todos los cargos de servicio de salud proporcionados por nuestras pólizas.
- c. La ley federal nos prohíbe negarle servicios de asistencia médica primaria, la cual es necesaria para su bienestar, solo porque usted no puede pagar por estos servicios cuando nos visita. En caso de que usted no haga un intento de cumplir con su plan de pago, nosotros tenemos el derecho de discontinuar nuestros servicios.

3. PRIVACIDAD:

- a. Usted tiene el derecho de tener sus entrevistas, exámenes y tratamiento en privado. Su archivo medico también es privado. Sólo personas autorizadas legalmente pueden ver sus archivos, a menos que solicite ésta petición por escrito. Una explicación completa de sus derechos de privacidad se agrega a éste documento bajo el nombre de "Aviso de Derechos de Privacidad del Paciente." Éste aviso explica a detalle la forma en la cual su archivo médico puede ser usado o revelado por el Centro de Salud y los derechos que usted tiene bajo el Acta de Portabilidad y Responsabilidad de Seguro de Salud (HIPAA).

4. SERVICIO MÉDICO:

- a. Usted es responsable de proveernos información completa y actual sobre su salud o enfermedad para que nosotros podamos darle servicio médico apropiado. Usted tiene el derecho, y le aconsejamos que participe, en las decisiones sobre su tratamiento.
- b. Usted tiene el derecho de recibir información y explicaciones en el idioma acostumbra y en palabras que entiende. También tiene el derecho de recibir información sobre su salud o enfermedad, plan de tratamiento (incluyendo la clase de tratamiento, sus beneficios, los riesgos y las consecuencias de rechazar el tratamiento), alternativas razonables si hay algunas y el resultado esperado si se conoce. Ésta información se le llama obteniendo su consentimiento informado.
- c. Usted tiene derecho a recibir información sobre Directivas Adelantadas. Si Usted no desea recibir ésta información o si no es aconsejable médicamente compartir esa información con usted, el centro se la proveerá al representante legalmente autorizado.
- d. Usted es responsable del uso apropiado de nuestros servicios lo cual incluye seguir las instrucciones de nuestro personal, hacer citas y cumplirlas. Existe la posibilidad de no poder atenderle a menos que tenga una cita. Si usted no entiende o no puede seguir las instrucciones del personal, díganoslo para poder ayudarle.
- e. Si usted es un adulto, tiene el derecho de rechazar tratamiento hasta el punto permitido por las leyes y reglas aplicables. Con respecto a esto, usted tiene el derecho de estar informado de los riesgos, peligro y consecuencias de rechazar procedimientos o tratamientos. Usted es responsable de los resultados al rechazar el tratamiento.
- f. Usted tiene el derecho de recibir tratamiento médico y dental que es razonable para su condición y dentro de nuestra capacidad; sin embargo, el Centro de Salud no es una sala de emergencias. Usted tiene el derecho de ser transferido o enviado a otro centro para servicios que no podamos proveer. Nosotros no pagamos por servicios que usted obtenga en otro centro.
- g. Si usted tiene dolor, podrá recibir una evaluación y tratamiento apropiado.
- h. Con el fin de mejorar sus resultados de salud, creemos que tomar control de su salud es vital. Le invitamos a tomar un rol activo en su cuidado de salud y participar en las decisiones sobre ella. También le recomendamos controlar activamente su salud y seguir el consejo de su médico para mejorar su salud.

- i. Usted tiene derecho a una segunda opinión. Usted puede solicitar una segunda opinión de otro proveedor en nuestras instalaciones o puede buscar la opinión de otro doctor. Si usted siente que su condición requiere atención especializada, usted tiene el derecho de pedir que lo refieran a un especialista de atención médica.
- j. Como paciente, se le asignará un médico de cabecera. La selección puede ser basada en su historial de visitas. Usted tiene el derecho de solicitar un Proveedor de Cuidado Primario, también puede cambiar a otro proveedor de atención primaria en cualquier momento que lo considere necesario.

5. REGLAS DEL CENTRO:

- a. Usted tiene el derecho de recibir información sobre cómo se usan apropiadamente los servicios del Centro de Salud. Usted es responsable de usar los servicios del Centro de Salud y sus programas de una manera apropiada. Si usted tiene preguntas sobre cómo usar los servicios, háganoslo saber.
- b. Usted es responsable de la supervisión de niños que trae con usted al Centro de Salud. Usted es responsable de la seguridad de los niños y de la protección de otros clientes y de nuestras propiedades. Niños menores de 14 años no deben dejarse desatendidos en ningún momento mientras estén en nuestro Centro.
- c. Usted tiene la responsabilidad de mantener sus citas programadas. Si no llega a su cita causa un retraso en otros pacientes y evita que otros tengan sus citas a tiempo. Si no puede asistir a su cita, por favor póngase en contacto con la clínica 24 horas antes de la hora de la cita que desea cancelar. Si no se presenta a su cita dos veces, ya no será posible ponerlo en nuestra agenda, sólo puede ser visto si usted nos visita sin cita y en lista de espera dependiendo del cupo. Es su responsabilidad proporcionar aviso de cancelación con 24 horas de anticipación. "Citas pérdidas" se definen como: (1) no presentarse a las citas programadas, o (2) no cancelar su cita con 24 horas de su cita.
- d. Nuestras clínicas tienen tres días laborales para volver a llenar su receta o prescripción médica a partir de haber recibido su llamada. Por favor no espere hasta no tener medicamentos para solicitar su prescripción; preferiblemente solicite llenar su prescripción por lo menos tres días de trabajo antes de que se termine su medicamento.

6. QUEJAS:

- a. Si usted no está satisfecho con nuestros servicios, por favor díganos. Nosotros recibimos sus sugerencias para poder mejorar nuestros servicios. Si así lo desea, le indicaremos como presentar una queja. Si no está satisfecho como manejamos su queja, puede comunicarse con el Equipo Ejecutivo del Centro de Salud. El Equipo Ejecutivo proporcionará un reporte a la junta directiva.
- b. Si usted presenta una queja, ningún representante del Centro de Salud lo castigará, discriminará o tomará represalias contra usted por ello; continuaremos brindándole sus servicios.

7. TERMINACIÓN:

- a. Si decidimos que tenemos que dejar de tratarlo como paciente, usted tiene el derecho de recibir un aviso con anticipación que explica la razón por la decisión y se le darán treinta (30) días para encontrar otros servicios médicos. Sin embargo, podemos decidir dejar de tratarlo de manera inmediata y sin aviso previo si ha creado una amenaza a la seguridad del personal y/u otros clientes. Usted tiene el derecho de recibir una copia de la política de terminación del Centro de Salud. Otras razones por las cuales podemos dejar de verlo incluyen pero no están limitadas a: (A) No obedecer las reglas, (B) No cumplir constantemente con sus citas, (C) Fallo intencional de reportar información correcta sobre su salud o enfermedad, (D) No seguir intencionalmente el programa de salud médica, tal como instrucciones sobre cómo tomar medicamentos, costumbres personales de salud, u otras citas recomendadas por su proveedor, (E) Manipulación de la prescripción de medicamentos, (F) Crear una amenaza a la seguridad del personal y/u otros clientes, (G) No reportar intencionalmente su situación económica correcta, (H) No seguir el plan de pago, y/o (I) Comportamiento abusivo, inapropiado, o violento hacia otros (incluyendo al personal u otros pacientes) o las facilidades del Centro que interfiera con la habilidad del Centro de proveer servicios razonables al paciente. **El Centro de Salud tiene una política de CERO TOLERANCIA de abuso, acoso o violencia de cualquier tipo.** Cualquier persona que cause o amenaza causar abuso, acoso o violencia de cualquier tipo está sujeto a la terminación inmediata como paciente del Centro de Salud y/o será removido de las premisas de este. El centro de salud no dará 30 días de aviso de terminación de la relación entre el paciente y el Centro bajo estas situaciones.

8. APELACIONES:

- a. Si el Centro de Salud le ha dado un aviso de terminación, usted tiene el derecho de apelar la decisión al Equipo Ejecutivo del Centro de Salud. El Equipo Ejecutivo proporcionará un reporte a la junta directiva. A menos que usted tenga una emergencia médica, no continuaremos viéndolo como paciente mientras esté en el proceso de apelación.

Firma del Paciente: _____

Fecha: _____

HOGAR MÉDICO DE CUIDADO PRIMARIO

Relación Paciente- Médico

En el Centro de Salud Comunitario de Spring Branch, nuestra prioridad es proveer el mejor cuidado de salud a cada paciente. La única manera de lograr este objetivo es crear una buena relación entre paciente y el grupo de cuidado de salud.

Para cumplir con esta asociación, nosotros:

- **Respetaremos como un individuo**
 - Escucharemos sus preocupaciones y preguntas y le ayudaremos a tomar decisiones
 - Explicaremos sus enfermedades, tratamiento, y resultados
 - Incluiremos a la familia en su cuidado medico
- **Proveeremos cuidado de salud seguro y de calidad**
 - Proveeremos su propio médico primario
 - Daremos información clara a cerca de sus medicinas y tratamientos
 - Enviarle a expertos confianza si es necesario
 - Aclaremos sus dudas acerca del tratamiento y medicinas en cada visita
 - Tendremos disponibilidad en el horario de sus citas
 - Proveeremos acceso telefónico con su grupo de cuidado de salud las 24 horas al día

A cambio, confiamos que usted:

- **Estará a cargo de su salud**
 - Aprenderá sobre salud y prevención de la enfermedad y tomar decisiones sanas
 - Será honesto y detallado acerca de su historia, los síntomas cambios en su salud
 - Nos comunicará que medicamento toma y pregunte por nuevas medicinas durante su visita en la oficina
 - Nos dirá cuando visite otros doctores, las medicinas que le recetaron, y preguntará por un reporte médico
 - Conocerá los cubrimientos y límites de su seguro médico
- **Será un buen paciente**
 - Tomará sus medicinas y seguirá el plan de tratamiento así como cuando no pueda seguirlo
 - Respetará como parte de su cuidado de salud
 - Acudirá a sus citas programadas y nos llamará si necesita cancelar sus cita
 - Pagará por sus visitas cada vez que acuda a ver a su médico
- **Se comunicará con nosotros**
 - Hará preguntas de cómo se siente, sea parte de su cuidado
 - Nos llamará antes de ir a una sala de emergencia
 - Compartirá sus opiniones para mejorar nuestros servicios
 - Terminará cada visita con un entendimiento claro a cerca de su tratamiento y futuros planes

Nombre del Paciente

Firma de Paciente

Fecha

Proveedor/Representate del Proveedor

Firma

Fecha