



Acacia Medical Mission

NEW PATIENT REQUIREMENTS

Resides with in Comal County, does not have any other health insurance and meets 200% poverty level

1. With the application please provide:

- Proof of Income: One of the following:
 - Income tax return
 - W2
 - Last 3 paychecks
- Photo ID
- Bill showing proof of Residency

2. Patient intake health history appointment

3. Provider appointment

- Bring all current medications to every appointment
- \$20 Suggested donation

El Centro Hope

Solicitud para Asistencia

River City Advocacy, Inc.
Servicios de Consejería

Misión Médica de Acacia

Fecha: _____
Nombre de Solicitante: _____ Edad _____ Fecha de Nacimiento _____
Número Social: _____ Foto de identificación _____
Dirección: _____ Ciudad _____ Estado, Código Postal _____
¿Es Ud. residente de Comal o Blando? ¿Tiempo de residencia? Años _____ Meses _____
Núm. de Tel. (Casa) _____ (Celular) _____ (Trabajo) _____

_____ ¿Casado/a? _____ ¿Separado/a?
_____ ¿Divorciado/a? _____ ¿Viudo/a? _____ ¿Anglo Sajón? _____ ¿Hispano?
_____ ¿Compañero/a de habitación? _____ ¿Soltero/a? _____ ¿Otro?
Nombre de esposo/esposa: _____ Edad _____ Fecha de Nacimiento _____
Número Social: _____ Foto de Identificación _____

email: _____
Dependientes:
Nombre: _____ Parentesco _____ Fecha de Nacimiento _____
Número Social: _____ Edad _____
Nombre: _____ Parentesco _____ Fecha de Nacimiento _____
Número Social: _____ Edad _____
Nombre: _____ Parentesco _____ Fecha de Nacimiento _____
Número Social: _____ Edad _____

Compañero/a de habitación:
Nombre: _____ Parentesco _____ Edad _____
Número Social: _____ Foto de Identificación: _____
(Si necesita más espacio, continúe en el dorso de este papel.)

Número total de las personas que viven en esta residencia: _____
Ocupación de el/la solicitante: _____
Nombre de patrón/a: _____
Dirección: _____ Ciudad _____ Estado, Código Postal _____
Número del trabajo _____
Sueldo mensual sin deducciones: \$ _____ (Sueldo Bruto)
Sueldo mensual con deducciones: \$ _____ (Sueldo Bruto, lo que queda)

Ocupación de esposo/esposa y/o compañero/a de habitación: _____
Empleador _____
Dirección: _____ Ciudad _____ Estado, Código: _____
Número del trabajo: _____
Sueldo mensual sin deducciones: \$ _____ (Sueldo Neto)
Sueldo mensual con deducciones: \$ _____ (Sueldo Bruto, lo que queda)

Convenio entre la Clínica y los Pacientes

La clínica fue establecida para proveer ayuda médica a las siguientes personas:

- Aquellas personas que no tienen seguro médico o los fondos para pagar por atención médica privada
- Aquellas personas que no califican para “Medicare”, “Medicaid” u otros programas ni por los fondos necesarios para pagar por cuidado médico.

LA CLÍNICA SE COMPROMETE A PROVEER SIN NINGÚN COSTO:

- Exámenes físicos y asistencia médica por voluntarios proveedores de atención médica
- Medicamentos según estén disponibles

SE ESPERA QUE LOS PACIENTES:

- **Cooperen con su proveedor de atención médica. Esto se puede demostrar de la siguiente forma:**
 - Comportamiento Cortez
 - Mantenimiento de la Salud
 - Apariencia
- Compre medicamentos cuando no sean disponibles por la clínica
- Asumir responsabilidad financiera incurridas cuando sean referidos/as por la clínica a otros médicos.
- Asumir responsabilidad financiera por los laboratorios y radiografías
- Donar \$20:00 dólares

Yo he leído y entiendo la información arriba y acepto su contenido:

Firma de paciente:

Testigo de firma:

Fecha:

Formulario de consentimiento del paciente

El Departamento de Salud y Servicios Humanos ha establecido una "Regla de Privacidad" para ayudar a asegurar que la información personal de la atención de la salud está protegida por privacidad. La forma de privacidad, se ha creado también con el fin de proporcionar un standard para determinados proveedores de servicios de salud a los pacientes obtener su consentimiento para el uso y la divulgación de información sobre la salud del paciente para llevar a cabo el tratamiento, pago e operaciones de cuidado de salud.

Como nuestro paciente queremos que sepa que respetamos la privacidad de sus registros médicos y hará todo lo posible para garantizar y proteger la privacidad. Siempre nos esforzamos por tomar las precauciones razonables para proteger su privacidad. Cuando es necesario consignar una, que proporcionan la información mínima necesaria a los que solo se sienten en la necesidad de su salud atención de la información y la información sobre el tratamiento, pago u operaciones de cuidado de salud, con el fin para proporcionar la atención de la salud que es su mejor interés.

También queremos que sepan que nosotros apoyamos su pleno acceso a sus registros médicos. Es posible que tengamos relaciones indirectas tratamiento con usted (como los laboratorios que solo interactúan con los médicos y los pacientes no), y puede tener que revelar información personal de salud con fines de tratamiento, pago u operaciones de cuidado de salud. Estas entidades son la mayoría de las veces no será necesario obtener el consentimiento del paciente.

Usted puede negarse a dar su consentimiento para el uso o divulgación de su información personal de salud, pero esto debe ser por escrito. En virtud de esta ley, tenemos la obligación a negarnos a tratar debe usted elegir a negarse a revelar su información Personal de salud (PHI). Usted tiene la opción de dar su consentimiento en el presente documento, en el futuro puede solicitar a rechazar la totalidad o parte de su PHI. Usted no puede evocar las medidas que ya han adoptado que se basó en este o un antes y firmar el consentimiento.

Si tiene alguna objeción a este formulario, por favor pida hablar con uno de nuestros oficiales de cumplimiento de HIPAA.

Usted tiene el derecho de revisar las políticas de privacidad, a solicitar restricciones y revocar el consentimiento por escrito después haber examinado nuestro aviso de privacidad.

Imprimir Nombre: _____ Firma: _____ Fecha: _____

Garantía de cumplimiento de la notificación para nuestros pacientes

para nuestros pacientes de valor:

El uso indebido de la Información Personal de Salud (PHI) ha sido identificado como un problema nacional para nuestros pacientes de valor: causando molestias, agravación, y dinero. Queremos que sepan que todos nuestros empleados, los médicos y los médicos una formación continua para que puedan entender y cumplir con las normas y reglamentos del gobierno en cuanto a la portabilidad de seguros de salud y de acto de contabilidad (HIPAA), con especial hincapié en la "Regla de Privacidad". Nos esforzamos por lograr los más altos estándares de ética e integridad en el desempeño de los servicios para nuestros pacientes.

Es nuestra política para determinar adecuadamente los usos adecuados de información de salud protegida en conformidad con las normas gubernamentales, las leyes y los reglamentos. Queremos asegurarnos de que nuestra práctica no contribuye en modo alguno al creciente problema de la revelación inapropiada de PHI. Como resultado de este plan, se ha implementado el cumplimiento del programa que creemos nos ayudara a evitar cualquier incumplimiento de los ISP.

También sabemos que somos perfectos! Debido a este hecho, nuestra política es escuchar a nuestros empleados y nuestros pacientes sin ningún pensamiento de la tipificación de los delitos, si estiman que un caso en particular compromete la integridad de nuestra política.



Acacia Medical Mission Autorización del Paciente

Por favor, lea, escriba sus iniciales, y firme

(Iniciales del paciente) _____ **Política de Privacidad:** Reconozco que recibí y revisé la política de privacidad de Acacia Medical Mission, y acepto acatar con la política.

(Iniciales del paciente) _____ **Consentimiento para Tratamiento:** Tengo el derecho legal de dar mi consentimiento para tratamiento médico y tratamiento quirúrgico para mí. Autorizo voluntariamente y doy mi consentimiento a la atención médica, tratamiento, y pruebas diagnósticas que los proveedores de Acacia Medical Mission creen que son necesarias para mí. Entiendo que, al firmar este formulario, estoy dando permiso a los médicos y enfermeras y otros proveedores de atención médica para proporcionar tratamiento mientras yo sea un paciente de Acacia Medical Mission.

(Iniciales del paciente) _____ **Prescripción electrónica:** Autorizo voluntariamente a Acacia Medical Mission utilizar la prescripción electrónica por mis recetas, lo que permite a los proveedores de atención médica a transmitir electrónicamente las recetas a la farmacia de mi elección, revisar la información de los beneficios de farmacia y revisar el historial de dispensación de recetas mientras yo sea un paciente de Acacia Medical Mission. Mi farmacia preferida es _____ ubicado a _____.

(Iniciales del paciente) _____ **Política de Grabación/Fotos:** Acacia Medical Mission no permite dispositivos de grabación en la sala de exámenes o en el área común. Nuestro personal y otros pacientes tienen derecho a proteger sus imágenes y semejanzas. Por lo tanto, no permitimos la grabación o fotos de ningún tipo durante la visita. Entiendo la política y acepto acatar las reglas.

(Iniciales del paciente) _____ **Mensaje Telefónico/Mensaje de Voz:** Le doy permiso a Acacia Medical Mission para dejar mensajes telefónicos detallados cuando no puedo contestar mi teléfono.

(Iniciales del paciente) _____ Entiendo que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento poniéndome en contacto con Acacia Medical Mission por escrito utilizando la dirección 1781 E. Ammann Rd, Bulverde, TX 78163

Nombre: _____

Firma: _____

Fecha de nacimiento: _____