

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN DE Hope Christian Health Center

Fecha de hoy:		Nombre preferido:		Dirección de correo electrónico:	
Apellido del paciente:			Nombre:		Estado civil: <input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Separado(a) <input type="checkbox"/> Viudo(a) <input type="checkbox"/> Divorciado(a)
Domicilio (calle, ciudad, estado, código postal):				Teléfono #: <input type="checkbox"/> celular <input type="checkbox"/> casa	
Idioma:	Fecha de nacimiento:	Edad:	Sexo al nacer: <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	Orientación sexual: <input type="checkbox"/> Heterosexual <input type="checkbox"/> Lesbiana/Homosexual <input type="checkbox"/> Bisexual <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> No Sé	
Género actual: <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> No quiero informar	SSN:	Grupo étnico: <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> No Hispano		Raza: <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Alaska nativo / Indio Americano <input type="checkbox"/> Africano Americano <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Nativo Isleño hawaiano / Isleño Pacífico <input type="checkbox"/> Declino <input type="checkbox"/> Otro	
Ocupación:			Nombre del empleador y dirección:		
Seguro primario y número de seguro:			Cómo prefiere ser contactado(a)? <input type="checkbox"/> teléfono de casa <input type="checkbox"/> celular <input type="checkbox"/> texto mensaje <input type="checkbox"/> correo electrónico		
Seguro secundario y número de seguro:			Cómo se enteró de Hope Christian Health Center?		
Nombre de la farmacia y dirección:			Tiene usted un testamento vital o un poder notarial? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
¿Usted califica para Medicaid o Asistencia de SNAP? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			Necesita ayuda con solicitud de Medicaid o complemento? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
En caso de Emergencia					
Nombre de un amigo(a) o familiar en la zona:		Relación con el paciente:		Teléfono (Numero) de contacto:	
Por favor nos califica en Google y YELP! Gracias!					

Hope Christian Health Center

Historia Medica del Paciente

Nombre del Paciente:	Fecha de Nacimiento:
----------------------	----------------------

¿Cual es la razon por su visita?

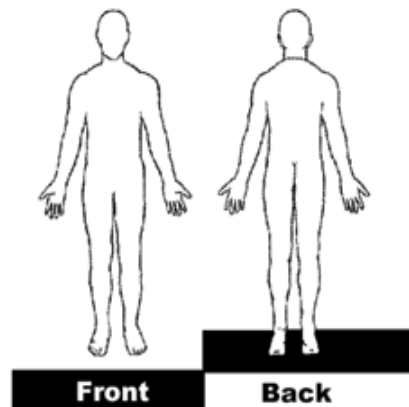
Enfermedades Importantes	Historial de salud de la familia
¿Tiene usted o ha tenido usted: (marque)	Tiene un pariente de sangre, incluidos los niños que tiene algo de lo siguiente:
Si No	Si No Relacion
Diabetes 1 or 2 <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Anemia <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Cancer de _____ <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Cáncer de _____ <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Gota <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Diabetes <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Alta presion <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Epilepsia <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Enfermedad del corazon <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Enfermedad del corazón <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Enfermedad del rinon <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Colesterol alto <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Ansiedad/ Depresion <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Derrame Cerebral <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Derrame Cerebral <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Tuberculosis <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Ashtma or EPOC <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Pólipos de colon <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Colesterol alto <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Asma o EPOC <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Otras Enfermedades _____ <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	

Examen de la Salud				Historia Social				
Ha tenido:	Si	No	Año	Si	No			
Fisico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Uso del tabaco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	# años ____ # cigarros ____	
Examen de los ojos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Alcohol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	bebidas por semana _____	
Papanicolau	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Cefeina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	tazas/latas por semana _____	
Mamografia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Drogas Recreacionales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	veces por semana _____	
Densidad Osea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Ejercicio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	veces por semana _____	
Colonoscopia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Historia Sexual			Si	No
Radiografia del pecho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		¿Sexualmente activo?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vacuna contra el Tetano	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		¿En el último año?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vacuna del Sarampion, Papera y Sarampion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Con hombre <input type="checkbox"/> Con mujer <input type="checkbox"/> Con hombre y Mujer				
Examen de la Tuberculosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		¿Utilisa protección?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Examen de la Prostata	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Condones <input type="checkbox"/> Abstinencia <input type="checkbox"/> Otro				
Electrocardiograma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		¿Ha tenido enfermedad de transmisión sexual?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vacuna contra la Hepatitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Medicamentos			Dosis	
Vacuna contra la neumonía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		1				
Vacuna contra la Influenza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		2				
Vacunas de la niñez	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		3				
Vacuna contra el Herpes Zos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		4				
Enfermedad de transmisión sexual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		5				
HOSPITALIZACIONES			Año	6				
Incluir la razon por la Hospitalizacion				7				
1				Alergias (medicamentos/comida/etc.)			Reaccion	
2				1				
3				2				
4				3				
CIRUGÍAS			Año	PHQ2				
1							Si	No
2				Durante las últimas 2 semanas: ¿ha tenido poco interés o placer de hacer las cosas?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3								
4				Durante las últimas 2 semanas: ¿se ha sentido triste, deprimido o sin esperanza?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5								
6								

Revisión de Síntomas

Marque los síntomas que tiene **activamente**.

GENERAL	GASTROINTESTINAL	OF TALMOLOGO	RESPIRATORIO/ CARDIO
<input type="checkbox"/> Inflamación de las glándulas <input type="checkbox"/> Somnolencia <input type="checkbox"/> Falta de energía <input type="checkbox"/> Fatiga <input type="checkbox"/> Fiebre <input type="checkbox"/> Sudores nocturnos <input type="checkbox"/> Alteración del sueño <input type="checkbox"/> Aumento de peso <input type="checkbox"/> Pérdida de peso	<input type="checkbox"/> Náusea <input type="checkbox"/> Vómitos <input type="checkbox"/> Diarrea <input type="checkbox"/> Dolor abdominal <input type="checkbox"/> Sangre en las heces <input type="checkbox"/> Cambio en los hábitos intestinales <input type="checkbox"/> Náuseas/vómitos <input type="checkbox"/> Estreñimiento	<input type="checkbox"/> Cambios en la visión <input type="checkbox"/> Visión borrosa <input type="checkbox"/> Dolor de ojo <input type="checkbox"/> Irritación de ojo	<input type="checkbox"/> Tos <input type="checkbox"/> Congestión en el pecho <input type="checkbox"/> Dificultad para respirar <input type="checkbox"/> Edema/Inchazon <input type="checkbox"/> Latidos cardíacos acelerados <input type="checkbox"/> Saltarse los latidos del corazón <input type="checkbox"/> Flema <input type="checkbox"/> Dolor de pecho
ALERGIAS / INMUNOLOGÍA	ENDOCRINO	OREJA, NARIZ, GARGANTA	PIEL
<input type="checkbox"/> Congestión nasal <input type="checkbox"/> Estornudos <input type="checkbox"/> Nariz con mocosidad <input type="checkbox"/> Hemorragias nasales	<input type="checkbox"/> Problemas de tiroides <input type="checkbox"/> Gota <input type="checkbox"/> Micción frecuente <input type="checkbox"/> Sed anormal <input type="checkbox"/> Pérdida de peso rápida <input type="checkbox"/> Hambre inusual <input type="checkbox"/> Curación de heridas retardada	<input type="checkbox"/> Dolor en la boca <input type="checkbox"/> Dolor de mandíbula <input type="checkbox"/> Dolor dental <input type="checkbox"/> Dolor de garganta <input type="checkbox"/> Dificultad para comer <input type="checkbox"/> Cambios en la audición <input type="checkbox"/> Pérdida de audición <input type="checkbox"/> Zumbido en los oídos <input type="checkbox"/> Dolor de oído	<input type="checkbox"/> Acné <input type="checkbox"/> Erupciones en la piel <input type="checkbox"/> Lesiones de la piel <input type="checkbox"/> Hematomas anormales <input type="checkbox"/> Lunares preocupantes <input type="checkbox"/> Eczema <input type="checkbox"/> Comezón
SOLO para las MUJERES	SOLO para los HOMBRES	NEUROLÓGICO	
<input type="checkbox"/> Papanicolaou anormal <input type="checkbox"/> Sangrado entre períodos <input type="checkbox"/> Bultos en los senos <input type="checkbox"/> Dolor menstrual extrema <input type="checkbox"/> Los sofocos <input type="checkbox"/> Secreción del pezón <input type="checkbox"/> Relaciones sexuales dolorosas <input type="checkbox"/> Flujo vaginal <input type="checkbox"/> Otro: _____	<input type="checkbox"/> Bulto en el pecho <input type="checkbox"/> Problemas de erección <input type="checkbox"/> Bulto en los testículos <input type="checkbox"/> Secreción del pene <input type="checkbox"/> Dolor en el pene <input type="checkbox"/> Otro: _____	<input type="checkbox"/> Entumecimiento <input type="checkbox"/> Mareo <input type="checkbox"/> Dolor de cabeza frecuente <input type="checkbox"/> Pérdida de memoria <input type="checkbox"/> Convulsiones <input type="checkbox"/> Temblor	
		MÚSCULO / ARTICULACIONES/HUESOS	
Fecha de última menstruación _____ Fecha de último papanicolaou: _____ ¿Estas embarazada? _____ ¿Número de niños? _____ Última mamografía? _____		Dolor, debilidad, entumecimiento en : <input type="checkbox"/> Brazos <input type="checkbox"/> Caderas <input type="checkbox"/> Artritis <input type="checkbox"/> Espalda <input type="checkbox"/> Piernas <input type="checkbox"/> Pies <input type="checkbox"/> Cuello <input type="checkbox"/> Manos <input type="checkbox"/> Hombro	





Autorización para Revelar Información Medica

Nombre Del Paciente:	Fecha de Nacimiento:
Yo autorizo voluntariamente Hope Christian Health Center revelar información acerca de mi salud a la persona autorizada:	
Nombre: _____ Relación: _____ Teléfono: _____	
Información Personal Protegida: Entiendo que cierta información no puede ser revelada como lo requiere la ley federal/estatal:	
<input type="checkbox"/> Diagnóstico de abuso de drogas/Tratamiento	<input type="checkbox"/> Enfermedades Transmitidas Sexualmente (incluidas SIDA/ VIH)
<input type="checkbox"/> Diagnóstico de alcoholismo/Tratamiento	<input type="checkbox"/> Salud Mental/Tratamiento
Esta autorización para la revelación de información que cubre el período de:	
<input type="checkbox"/> (a) _____ a _____.	
<input type="checkbox"/> (b) Todos los periodos pasados, presentes, y futuros.	
Derecho a Revocar: Entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento. Entiendo que para revocar este consentimiento tiene que ser por escrito. Comprendo que esta revocación no se aplica a la información liberada.	
* Este documento es valido por 12 meses de la fecha que se firmo a menos que se revoque antes de esta fecha.	
Firma: _____	Fecha de Hoy: _____



Hope
Christian
Health Center

Favor de poner sus iniciales en cada línea y firmar en la parte inferior:

CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE

Por la presente autorizo Hope Christian Health Center para tratar y diagnosticar el paciente antes mencionado cuando se considere profesional / médicamente aconsejable.

Entiendo que Hope Christian Health Center es un centro de formación y entiendo que la atención médica supervisada puede ser proporcionado por los médicos residentes y / o médicos residentes . El médico de la facultad de supervisión es un médico con licencia en el estado de Nevada .

POLÍTICA DE OFICINA

Entiendo que es mi responsabilidad llamar **24 horas** antes de mi cita para cualquier cambio, y si no lo hago tendre una alerta para programar mis citas futuras.

Yo entiendo que es mi responsabilidad de informar al proveedor de al menos **48 horas** a una solicitud de mis prescripción de recambio .

He recibido una copia de la política de Hope Christian Health Center y estoy de acuerdo en cumplir con su contenido.

Reconosco que he recibido el aviso de prácticas de privacidad de HIPAA y se me ha dado la oportunidad de revisarla. Entiendo que si tengo alguna pregunta relacionada con este aviso, puedo contactar al administrador de la clínica .

SEGURO DE RESPONSABILIDAD

Entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos no cubiertos por mi compañía de seguros, inclullendo los que resulten de todas las de referencias medicas y / o autorizaciones de mi médico primario o referente cuando sea necesario.

Por la presente autorizo a Hope Christian Health Center para liberar la información necesaria para presentar y / o procesar un reclamo con mi compañía de seguros .

Por la presente autorizo a la asignación y el pago directamente a Hope Christian Health Center por servicios médicos prestados.

Entiendo que es mi responsabilidad de confirmar con mi compañía de seguros del estado proveedor participante de la Hope Christian Health Center y seré responsable por cualquier cargo incurrido por no haberlo hecho.

Entiendo que en el caso de que no puedo pagar mi factura en su totalidad , estoy obligado a firmar un pagaré .

He leído y comprendido la información anterior y estoy de acuerdo en cumplir con los términos anteriores por los servicios prestados por Hope Christian Health Center.

Nombre del Paciente:

Relación con el paciente

Yo Padre Otro

Firma:

Fecha:



Hope
Christian
Health Center

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Teléfono: _____

Por la presente autorizo a cualquiera o todos los partidos siguientes para liberar a **Hope Christian Health Center** mi PHI (Información de Salud Protegida), incluyendo el diagnóstico, los registros de tratamiento, consulta o examen, los resultados de pruebas de diagnóstico de laboratorio, informes de radiología, informes de descanso auxiliares, incluidas las mentales / abuso de sustancias o el tratamiento de la salud relacionados con el VIH / SIDA vuelven a mí en las siguientes fechas que se indican a continuación. Yo entiendo que **Hope Christian Health Center** podría no ser el ordenamiento médico remitente o de lo anterior PHI, pero como mi PCP (médico de atención primaria), solicito ser revelada una copia de dicho médico. La autorización de esta información es voluntaria y puedo negarme a firmar esta autorización. La información revelada o usada mediante esta autorización puede ser revelada a terceras personas o instituciones y ya no está protegida por las regulaciones de privacidad federales. Entiendo que esta publicación de información expira después de 1 año desde la fecha de la firma. Esta autorización es revocable por mí en cualquier momento.

Por favor enviar los siguientes documentos tan pronto como sea posible para la fecha (s) _____ / más reciente:

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Historia y Física | <input type="checkbox"/> Vacunas | <input type="checkbox"/> Resonancia magnética de _____ |
| <input type="checkbox"/> Los informes de laboratorio | <input type="checkbox"/> Colonoscopia | <input type="checkbox"/> Tomografía Computarizada _____ |
| <input type="checkbox"/> Records del Hospital | <input type="checkbox"/> Mamografía | <input type="checkbox"/> Ultrasonido de _____ |
| <input type="checkbox"/> Prueba de Papanicolaou | <input type="checkbox"/> Todos los expedientes médicos | <input type="checkbox"/> Radios X _____ |
| | | <input type="checkbox"/> Otro _____ |

Por favor √ debajo del cual las instalaciones podemos adquirir sus expedientes médicos de:

Hospitales:

- | | | | |
|---|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> UMC Hospital | <input type="checkbox"/> Centennial Hills Hospital | <input type="checkbox"/> Desert Springs Hospital | <input type="checkbox"/> Summerlin Hospital |
| <input type="checkbox"/> North Vista Hospital | <input type="checkbox"/> Sunrise Hospital | <input type="checkbox"/> Mountain View Hospital | <input type="checkbox"/> Southern Hills Hospital |
| <input type="checkbox"/> Spring Valley Hospital | <input type="checkbox"/> Henderson Hospital | <input type="checkbox"/> St. Rose Dominican- Dignity Health | <input type="checkbox"/> Valley Hospital |
| <input type="checkbox"/> Mike O'Callaghan Military Medical Center | | <input type="checkbox"/> VA Southern Nevada Healthcare System | |

Clinicas:

- | | | | |
|---|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Guadalupe Medical Center | <input type="checkbox"/> Clinica Santa Maria | <input type="checkbox"/> Las Vegas Paiute Tribe Health District | <input type="checkbox"/> Santa Fe Medical Center |
| <input type="checkbox"/> Nevada Health Centers | <input type="checkbox"/> Healthcare Partners | <input type="checkbox"/> Southern Nevada Health District | <input type="checkbox"/> Southwest Medical Associates |
| <input type="checkbox"/> UMC Quick Care | <input type="checkbox"/> CareNow Urgent Care | <input type="checkbox"/> Women's Health Associates of Southern Nevada (WHASN) | |

Radiografía/ Laboratorio:

- | | | | |
|--|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Steinberg Diagnostics | <input type="checkbox"/> Pueblo Medical Imaging | <input type="checkbox"/> Desert Radiologist | <input type="checkbox"/> West Valley Imaging |
| <input type="checkbox"/> Quest Diagnostics | <input type="checkbox"/> Lab Corp | <input type="checkbox"/> CPL Lab | |

Otra:

Clinica/Doctor: _____ Teléfono: _____ Fax: _____

Firma del Paciente/ Padre/ Guardián legal

Fecha de Hoy

Nombre del Representante Legal (si corresponde)

Relación con el paciente (si no es el paciente)

4357 Corporate Center Drive, Suite 450
North Las Vegas, Nevada 89030
Tel # 702- 644-4673 Fax 702-902-5443

Detalles de los Hogares de Ingresos

Nota: Las copias de las declaraciones de impuestos, comprobantes de pago, u otra informacion que muestran los ingresos pueden ser necesarios antes de un descuento es aprobado.

Marque aquí si decide no revelar sus ingresos. Si esta casilla está marcada, tenga en cuenta que usted será responsable de todos los cargos.

	Tarifa por hora:	Horas por semana:	Ingresos-Cada dos semanas:
Jefe de hogar			
Esposo(a)			
Semanas:	NA	x 52	x 26
Importe bruto total	NA	=	=

Otros tipos de ingresos:

Ingresos Brutos:

- | | | |
|--|---|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Pension alimenticia | <input type="checkbox"/> Pensión | <input type="checkbox"/> Diariamente |
| <input type="checkbox"/> Manutención de los hijos | <input type="checkbox"/> Seguridad Social | <input type="checkbox"/> Semanal |
| <input type="checkbox"/> Asistencia Social | <input type="checkbox"/> Jubilacion | <input type="checkbox"/> Quincenal |
| <input type="checkbox"/> Segundo Trabajo- Tiempo parcial | <input type="checkbox"/> Desempleo | <input type="checkbox"/> Mensual |
| <input type="checkbox"/> Discapacidad | <input type="checkbox"/> Otra entrada | <input type="checkbox"/> Anualmente |

Cantidad mensual:

Certifico que la información del tamaño familiar y los ingresos mostrados arriba son correctos.

Nombre: _____ Fecha: _____

Firma: _____

Office Use Only

Approved by:	Date Approved:
Assigned Sliding Fee Schedule:	Expiration Date:

Verification Checklist	DATE RECEIVED
Identification/Address: Driver's License, utility bill, employment ID, or other	
Proof of Income: Two most recent pay stubs, prior year tax return (W2), letter from employer, Veterans Admin, Unemployment Compensation, Social Security Benefits, Pension Statements, ect.	
Insurance: Insurance Cards (if applicable)	



4357 Corporate Center Drive, Suite 450
North Las Vegas, Nevada 89030
(702) 644-HOPE (4673)

POLITICAS DE LA OFICINA

SOBRE NOSOTROS

En respuesta a la gracias de Dios, prevemos un movimiento a la gente de Dios que eligen, todos los días para promover la curación, ya que participan en la obra redentora de Cristo a los marginados en Las Vegas que tienen necesidad económicamente, social, y espiritualmente. Hope Christian Health Center proporciona cuidados de salud accesibles y excelente para todos. Si tiene alguna pregunta acerca de nuestras políticas por favor llame a la oficina durante las horas de oficina.

Horario de Oficina y citas

Abierto: De Lunes a Viernes de 8:00 AM-5:00 PM

Horas de Laboratorio: Lunes a Viernes 8:00 AM-3:00 PM

Cerrado: Sábado y Domingo

Vacaciones: Los días Festivos Federales observado

Citas- Para hacer una cita , por favor describa sus necesidades a nuestro personal para que un periodo de tiempo adecuado ser reservado para usted. Hacemos todo lo posible para ver cada paciente en su hora de cita. Nos esforzamos para dar atención a todo los pacientes de acuerdo a sus necesidades.

Cancelación de Citas- Por favor danos por lo menos **24 horas** de aviso si usted no puede mantener su cita. Si va a llegar tarde a su cita, por favor llame y déjanos saber. Por favor llegue **15 minutos** antes de su cita programada. Si llega mas 15 minutos después de su cita programada vamos a tener que reprogramar su cita.

Confidencialidad- Controlamos estrictamente el acceso a su información y cualquier violación de esta sera una violación de la fe. Toda la información proporcionada por un cliente proporcionado a cualquier miembro del personal o voluntario está cubierto por la política de confidencialidad.

En el caso que querer una copia de su historial médico incluyendo Laboratorios , Rayos X y otras pruebas, le pedimos que de a Hope Christian Health Center 24 horas de aviso antes de recoger sus reportes médicos. Además tendrá que firmar una forma de divulgación de información.

Hope Christian Health Center no es una clinica de especialista en dolor.

Referencias- Por favor permita **7-10 Días de Labor** para todas las referencias que sean procesados y programados.

Papeleo- Las visitas del paciente son **requeridas** para Incapacitación a Corto Plazo (STD) y La ley de Ausencia Familiar y Medica (FMLA). Los documentos serán llenados a discreción de su proveedor. Por favor, deje 72 horas para que los documentos sean completados.

Recetas- Por favor de traer su medicamentos para cada visita al doctor. Los medicamentos no serán recetados fuera de nuestro horario. Por favor espere **72 horas** para responder a **las solicitudes de su recetas**, debido a que tenemos que revisar su historial médico. Si ha cambiado recientemente su farmacia por favor notifiquenos en el momento de su cita.

Cuidados de Emergencia-En el evento que un paciente requiera transferencia de admisión al el departamento de emergencia, el paciente será referido a University Medical Center (UMC). Después que el paciente salga del hospital, tendrá una semana para hacer una cita con Hope Christian Health Center para la continuación de cuidado.



Política Financiera para el Paciente

Gracias por elegir a Hope Christian Health Center como su proveedor de atención médica. Nuestra misión es proporcionar un excelente y asequible cuidado de salud para todos. Su comprensión y el cumplimiento de nuestra política financiera es importante. Por favor, siéntase libre de hacer cualquiera de nuestros proveedores o personal si tiene alguna pregunta relacionada con el paciente y el seguro de responsabilidad por los servicios prestados. Por favor lea siguiente política.

SEGURO: Es responsabilidad del paciente para proporcionar la clínica con la información del seguro actual.

Si usted no está asegurado por una compañía de seguros médicos, se le cobrará por nuestros servicios. Hope Christian Health Center también acepta otro tipo de seguro, tales como Medicaid FFS, Medicare, Amerigroup, HealthPlan of Nevada, SierraHealth United Healthcare, United Healthcare, United Healthcare Choice Plus and Blue Cross Blue Shield. Si su visita requiere pruebas de laboratorio, radiografías u otros procedimientos de radiología realizados fuera de nuestras oficina, estos servicios le serán facturados directamente por el proveedor. Le daremos a los proveedores toda su información de seguro.

CO-PAGOS, DEDUCIBLES Y CO-SEGUROS: Todos los copagos, deducibles y coseguro deben ser pagados en el momento del servicio. El pago de sus copagos, deducibles y coseguro es parte de su contrato con su plan de seguro. Nuestra falta de cobro del pago puede ser una violación del cumplimiento de la facturación y puede ser considerada como un acto de fraude por su plan de seguro.

CAMBIO ACTUALIZADO DE INFORMACIÓN Y COBERTURA: Le pediremos que actualice su dirección, empleo, seguros, etc. siempre que se realicen cambios. Es su responsabilidad informarnos de estos cambios y si usted no nos proporciona la información actualizada correcta, usted será responsable del costo total de los servicios prestados y se espera un pago inmediato.

FORMAS DE PAGO: Aceptamos cheques, efectivo, Master Card, VISA y DISCOVER.

Gracias por entender nuestra Política Financiera. Agradecemos la oportunidad de brindar nuestros servicios a sus necesidades médicas. Si tiene alguna pregunta no dude en contactarnos.

Al firmar abajo, reconozco que leí y entiendo las **Políticas de la oficina y Política Financiera para el Paciente.**

Nombre: _____

Firma: _____ Fecha: _____



ESTA NOTIFICACIÓN EXPLICA CÓMO SE PUEDE USAR Y PROPORCIONAR INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED Y CÓMO PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR, REVISARLO CON CUIDADO.

Hope Christian Health Center usará y distribuirá esta notificación como su Aviso de Prácticas de Privacidad y seguirá las prácticas de información escritas en este Aviso al usar o proporcionar registros e información. Ellos compartirán su información de salud, según sea necesario, para llevar a cabo operaciones de tratamiento, pago o atención médica como se describe en este Aviso.

Comprender su información de salud

Cada vez que visite un hospital, clínica, médico u otro proveedor de atención médica, se realizará un registro de su visita. Normalmente, este registro de salud contiene su historial médico, síntomas, exámenes y resultados de pruebas, diagnóstico, tratamiento, plan de atención, seguro, facturación e información sobre su empleo. Esta información de salud sirve como base para planificar su atención y tratamiento y es un medio vital de comunicación entre los varios profesionales de la salud que contribuyen con el cuidado de la salud. Su información de salud también es utilizada por compañías de seguros y otros terceros pagadores para verificar la conveniencia de los servicios facturados.

Nuestras Responsabilidades

Estamos obligados por la ley a:

- Mantener la privacidad de su información de salud.
- Proporcionarle una copia adicional de nuestro Aviso a solicitud.
- Cumplir con los términos de nuestro Aviso actual.

No usaremos ni revelaremos su información médica sin su autorización escrita, excepto como se describe en este Aviso. Dicha autorización puede ser revocada por escrito en cualquier momento excepto con respecto a cualquier acción que hayamos tomado en dependencia de ella.

Ejemplos de uso de la información de salud para el tratamiento, el pago y las operaciones de atención de la salud

Utilizaremos y daremos su información de salud para propósitos de tratamiento

Por ejemplo: La información obtenida por una enfermera, médico u otro miembro de su equipo de atención médica se registrará en su expediente y se utilizará para determinar el curso del tratamiento. Los miembros del equipo de atención médica se comunicarán entre sí personalmente y a través del registro de salud para coordinar la atención proporcionada. También le proporcionaremos a su médico o al proveedor de atención médica subsecuente copias de varios informes que deberían ayudarlo a tratarlo en el futuro. Estos informes pueden incluir información recolectada de los registros de Nevada Health Information Exchange y farmacia.

Utilizaremos y daremos su información médica para fines de pago

Por ejemplo: Una factura puede ser enviada a usted o a un tercer pagador. La información que acompaña al proyecto de ley puede incluir información que lo identifique, así como su diagnóstico, procedimientos y suministros utilizados. Podemos divulgar su información de salud a otras personas calificadas para sus propósitos de pago. Por ejemplo, si es traído por una ambulancia, podemos dar su información de salud al proveedor de ambulancia para sus propósitos de facturación.

Utilizaremos y daremos su información de salud para las operaciones de atención médica

Por ejemplo: Los miembros del personal médico, el gerente de mejoramiento de riesgo o calidad o los miembros del equipo de mejora de la calidad pueden usar información en su historial de salud para evaluar el cuidado y los resultados en su caso y otros como él. Esta información se utilizará en un esfuerzo para mejorar continuamente la

calidad y la eficacia de la atención de salud que ofrecemos. En algunos casos, proporcionaremos su información de salud a otras partes calificadas para sus operaciones de atención médica. La compañía de ambulancias, por ejemplo, puede querer información sobre su condición para ayudarles a saber si han hecho un trabajo eficaz al estabilizar su condición.

Intercambio de Información de Salud

Podemos hacer que su información médica protegida esté disponible electrónicamente a través de un servicio de intercambio de información a otros proveedores de atención médica, planes de salud y centros de atención médica que solicitan su información. La participación en los servicios de intercambio de información también nos permite ver su información.

Informar

Nuestras instalaciones sirven como un lugar de practica para residentes, becarios y estudiantes de medicina, odontología, enfermería, farmacia, salud aliada y estudios de posgrado que pueden estar asistiendo con su cuidado bajo la supervisión de un proveedor de servicios de salud con licencia como parte de su profesional Programa de capacitación en atención médica.

Otros usos y revelaciones de su información de salud

Notificación

Podemos usar o dar su información de salud para notificar o ayudar a notificar a un miembro de la familia, representante personal u otra persona responsable de su cuidado de su ubicación y estado general.

Comunicación con la Familia y Otros

Podemos revelar información de salud a un familiar, amigo u otra persona involucrada en su cuidado. Sólo revelaremos esta información si usted está de acuerdo, se le da la oportunidad de rechazar, o si a nuestro juicio profesional, sería en su mejor interés permitir a la persona recibir la información o actuar a su nombre.

Recordatorios de citas

Podemos comunicarnos con usted para recordarle que tiene una cita para recibir tratamiento o atención médica.

Alternativas de tratamiento

Podemos comunicarnos con usted sobre las alternativas de tratamiento u otros beneficios y servicios relacionados con la salud que puedan ser de su interés.

Recaudación de fondos

Podemos comunicarnos con usted en un esfuerzo por recaudar dinero para nuestra clínica sin fines de lucro. Si no desea que nos pongamos en contacto con usted para los esfuerzos de recaudación de fondos, debe notificarnos por escrito en 4357 Corporate Center Drive, Suite 450, North Las Vegas, NV 89030.

Salud pública

Podemos proporcionar su información de salud para actividades de salud pública. Estas actividades pueden incluir información:

A una autoridad de salud pública autorizada por ley para recopilar o recibir dicha información con el propósito de prevenir o controlar enfermedades, lesiones o discapacidades;

- A las autoridades competentes autorizadas para recibir informes de abuso y negligencia;
- A las entidades reguladas por la FDA con el propósito de monitorear o reportar la calidad, seguridad o efectividad de los productos regulados por la FDA; o
- Para notificar a una persona que pudo haber estado expuesta a una enfermedad o puede estar en riesgo de contraer o propagar una enfermedad o condición.

Compensación a los Trabajadores

Podemos divulgar información de salud en la medida autorizada y necesaria para cumplir con las leyes relacionadas con la compensación de trabajadores u otros programas similares establecidos por la ley.

Instituciones Correccionales

Si usted es un recluso de una institución correccional o bajo la custodia de un oficial de la ley, podemos informar a la institución correccional, a sus agentes o al funcionario de cumplimiento de la ley su información de salud necesaria para su salud o la salud y seguridad de otras personas.

Cumplimiento de la ley

Podemos revelar información de salud si un funcionario encargado de hacer cumplir la ley le solicita que lo requiera o permita la ley o en respuesta a una citación.

Actividades de Supervisión de la Salud

Podemos divulgar información de salud para actividades de supervisión de salud autorizadas por la ley. Por ejemplo, las actividades de supervisión incluyen auditorías, investigaciones, inspecciones y licencias. Estas actividades son necesarias para que el gobierno monitoree el sistema de salud, los programas gubernamentales y el cumplimiento de las leyes de derechos civiles.

Amenazas para la salud o la seguridad

Bajo ciertas circunstancias, podemos usar o proporcionar su información de salud si creemos que es necesario para evitar o disminuir una amenaza seria a su salud y seguridad y es a una persona razonablemente capaz de prevenir o disminuir la amenaza o es necesario que las autoridades policiales puedan identificar o aprehender a una persona involucrada en un crimen.

Funciones Especializadas del Gobierno

Podemos proporcionar su información para actividades de seguridad nacional e inteligencia autorizadas por la ley, para servicios de protección del presidente; O si usted es un miembro militar, a los militares bajo circunstancias limitadas.

Según lo requerido por la ley

Usaremos o revelaremos su información de salud como lo requiere la ley federal, estatal o local.

Demandas y Procedimientos Administrativos

Podemos proporcionar su información de salud en respuesta a una orden judicial o administrativa. También podemos proporcionar su información en respuesta a una citación u otra solicitud de descubrimiento, pero sólo si se han hecho esfuerzos para informarle sobre la solicitud o para obtener una orden que proteja la información solicitada.

Directores de Funerales, Examinadores Médicos, y Médico Forense

Podemos divulgar su información de salud a directores de funerarias, examinadores médicos y forenses de acuerdo con la ley aplicable para llevar a cabo sus deberes.

Organizaciones de Adquisición de Órganos

De acuerdo con la ley aplicable, podemos divulgar información de salud a organizaciones de adquisición de órganos u otras entidades dedicadas a la adquisición, banca o trasplante de órganos con el propósito de donación y trasplante de tejido.

Usos incidentales y revelaciones

Existen ciertos usos o divulgaciones incidentales de su información de salud que ocurren mientras le prestamos servicios o dirigimos nuestro negocio. Por ejemplo, después de la cirugía, la enfermera o el médico pueden necesitar usar su nombre para identificar a los miembros de la familia que pueden estar esperando en un área de espera. Otros individuos que esperan en la misma área pueden oír su nombre. Haremos esfuerzos razonables para limitar estos usos incidentales.

Sus Derechos de Información sobre la Salud

Usted tiene los siguientes derechos con respecto a su información de salud:

Derecho a inspeccionar y copiar

Usted puede solicitar ver sus registros médicos y de facturación y obtener una copia. Debe presentar su solicitud de expediente médico al Departamento de Registros Médicos. Comuníquese con la oficina que aparece en su estado de cuenta para solicitar una copia de su registro de facturación. Si solicita una copia de sus registros, podemos cobrarle

una tarifa de copia más gastos de envío. Si mantenemos un registro de salud electrónico sobre usted, usted tiene el derecho de solicitar su copia en formato electrónico.

Derecho a solicitar la enmienda

Usted puede solicitar que su información de salud sea corregida si usted siente que la información no es correcta. Su solicitud debe hacerse por escrito y justificar la enmienda. Por favor envíe su solicitud al Departamento de Registros Médicos. Podemos denegar su solicitud y le notificaremos nuestra decisión por escrito.

Derecho a una Contabilidad de Divulgaciones

Usted puede solicitar una contabilidad de ciertas revelaciones de su información de salud mostrando con quien su información de salud ha sido compartida (no se aplica a revelaciones a usted, con su autorización, para tratamiento, pago o operaciones de atención médica y en otros casos).

Para solicitar una contabilidad de revelaciones, debe enviar una solicitud por escrito a nuestro Departamento de Registros Médicos. Su solicitud debe indicar un período de tiempo que no puede ser mayor de siete años y no puede incluir fechas anteriores al 14 de abril de 2003.

Derecho a solicitar restricciones

Usted puede solicitar restricciones sobre cómo su información de salud se usa para el tratamiento, el pago o las operaciones de atención médica, o para ciertos miembros de la familia u otras personas involucradas en su cuidado. Podemos denegar su solicitud con una excepción. Debemos aprobar su solicitud si ha pagado de su bolsillo en su totalidad por todos los gastos de un artículo o servicio en particular. Si aceptamos una restricción, la restricción puede ser levantada si el uso de la información es necesario para proporcionar tratamiento de emergencia.

Para solicitar una restricción, debe enviar una solicitud por escrito al Departamento de Registros Médicos, especificando qué información desea restringir y a quién se aplica la restricción. Recibirá una respuesta por escrito a su solicitud.

Derecho a Solicitar Comunicaciones Privadas

Usted puede solicitar que nos comuniquemos con usted de cierta manera en un lugar determinado. Debe hacer su solicitud por escrito al área de registro del paciente y explicar cómo o dónde desea ser contactado.

Derecho a una copia impresa de este aviso

Puede solicitar una copia en papel adicional de este Aviso en cualquier momento desde cualquier área de registro de pacientes.

Puede ponerse en contacto con el Departamento de Registros Médicos en:

4357 Corporate Center Drive, Suite 450
North Las Vegas, NV 89030
Teléfono: 702-644-HOPE (4673)
Horario: 8:00 a.m. - 5:00 p.m. PST

Cambios a este aviso

Nos reservamos el derecho de cambiar este aviso a medida que cambien nuestras prácticas de privacidad y de hacer que las nuevas disposiciones sean efectivas para toda la información de salud que mantenemos. Publicaremos un aviso actual en las áreas de registro de pacientes y en nuestros sitios web

Para obtener más información o para informar sobre un problema

Si tiene preguntas o desea información adicional, puede comunicarse con el Departamento de Relaciones con el Paciente. Si cree que sus derechos de privacidad han sido violados, puede presentar una queja ante el Departamento de Relaciones con el Paciente o con el Secretario de Salud y Servicios Humanos. No habrá represalias por presentar una queja.

Puede comunicarse con el Departamento de Relaciones con el Paciente en:

4357 Corporate Center Drive, Suite 450
North Las Vegas, NV 89030
Teléfono: 702-644-HOPE (4673)
Horario: 8:00 a.m. - 5:00 p.m. PST
Fecha de vigencia: 8/2014, versión 1



**¡Bienvenido al Hope Christian Health Center!
Gracias por elegirnos para ser su Centro Medico Primario.**

La Misión de Hope: Existimos para glorificar a Dios mientras demostramos el amor de Cristo entre nuestros vecinos en Las Vegas proporcionando una atención médica excelente y asequible para todos.

Hope Christian Health Center abrió sus puertas en 2014 para atender a pacientes como usted!

¡En HCHC contratamos al más alto personal médico calificado! Nuestro Director Medico, Dr. Heather Pickett, D.O., supervisa nuestro equipo medico. Actualmente tenemos dos proveedores que aceptan nuevos pacientes, Mia McCallum-Crawford, NP-C y Lisa Moreno, NP-C.

Hope es un Centro de Salud Calificado Federalmente (FQHC). FQHCs están diseñados para proporcionar servicios de atención médica integral a todas las edades y todos los sectores de la vida, independientemente de la capacidad de pago. Existe una escala de tarifas para todos los pacientes; Hope también se rige por una Junta Directiva compuesta principalmente de pacientes de la clínica.

Estamos aquí para servirle de lunes a viernes de 8:00 AM a 5:00 PM.

Por favor visite nuestro sitio web en www.hopehealthvegas.org para obtener más información.

En Hope Christian Health Center nuestros servicios incluyen:

Servicios de atención primaria:

- Cuidado de las enfermedades crónicas
- Cuidado de enfermedades generales
- Enfermedades transmisibles sexualmente
- Papanicolao
- Examen Físicos
- Referencia con especialistas

Otros servicios:

- Inscripción de Seguro/Nevada Health Link
- Medicaid y SNAP
- Laboratorio
- Información para la comunidad
- Operadoras disponibles después de los horarios de oficina

Gracias por elegir Hope Christian Health Center para sus necesidades de atención médica. Esperamos poder servirle a usted y a su familia.

4357 Corporate Center Drive, Suite 450
North Las Vegas, Nevada 89030
Tel # 702- 644-4673 Fax 702-902-5443