



Alérgico a:

Hoja de información del cliente y formulario de acuerdo/consentimiento

Fecha: _____

Información del paciente

Apellido: _____ Nombre: _____ Segundo nombre: _____

Apodo: _____ Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA): ____/____/____ Género: M F

Número de seguro social: _____ Origen étnico: Hispano o latino No hispano o latino

Raza: Indio americano o nativo de Alaska Asiático Negro o afroamericano

Nativo de Hawái u otra isla del Pacífico Blanco Otro (especifique): _____

Idioma preferido: Inglés Español Otro (especifique): _____

Información del padre/tutor Relación con el niño: _____

Apellido: _____ Nombre: _____ Segundo nombre: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____

Código postal: _____

Número de Seguro Social: _____ Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA): ____/____/____ Género: M F

Estado civil: Soltero Casado Viudo Divorciado Separado

Número de teléfono de la casa: _____ Número de teléfono móvil: _____

Correo electrónico: _____

Método de comunicación preferido: Teléfono de casa Teléfono móvil Correo electrónico

¿Le da a Hilltop Clinic su consentimiento para enviar recordatorios y mensajes de texto y de voz para este paciente? SÍ NO

Lugar de empleo: _____ Título del trabajo: _____

Información del seguro

Sin seguro / Pago por cuenta propia

Asegurado (Necesitaremos hacer una copia de su(s) tarjeta(s) de identificación)

Seguro primario: _____ Asegurado: _____

Número de seguro social: _____

Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA): _____

Relación del asegurado con el paciente: _____

Número de póliza: _____ Número de grupo: _____

Seguro secundario: _____ Asegurado: _____

Número de seguro social: _____

Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA): _____

Relación del asegurado con el paciente: _____

Número de póliza: _____ Número de grupo: _____

Verifico que la información anterior es correcta y completa a mi leal saber y entender. También autorizo a Reid D. Hebert, MD a presentar reclamos y para la divulgación de registros médicos a la compañía de seguros para fines de reclamos. Los registros autorizados para su divulgación pueden incluir información que pueda indicar la presencia de una enfermedad venérea u otra enfermedad transmisible. Esto incluye, pero no se limita a, hepatitis, sífilis, gonorrea y el virus de inmunodeficiencia humana (VIH), también conocido como síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA).

Firma: _____ Fecha: _____



Información de contacto adicional

Nombre del contacto de emergencia: _____

Relación con el paciente: _____

Número de teléfono del contacto de emergencia: _____

Las siguientes personas están autorizadas a llevar al menor mencionado anteriormente al consultorio del médico para tratamiento médico. Indique con una "X" si desea que las personas enumeradas reciban registros médicos.

Nombre: _____ Teléfono: _____ Relación con el paciente: _____

Autorización RM: _____

Nombre: _____ Teléfono: _____ Relación con el paciente: _____

Autorización RM: _____

Nombre: _____ Teléfono: _____ Relación con el paciente: _____

Autorización RM: _____

Cualquier adulto que traiga a mi menor para recibir tratamiento deberá validar su identidad antes de que se brinden los servicios.

Acuerdo y consentimiento para los servicios

Mi firma a continuación significa que entiendo lo siguiente:

- Los servicios médicos ofrecidos a través de Christ Community Health Coalition (CCHC) pueden ser administrados por una variedad de profesionales médicos con licencia, que pueden incluir a residentes y estudiantes.
- Para garantizar una atención integral, puede ser necesario que los proveedores de atención de Christ Community Health Coalition (médicos, voluntarios, consejeros, etc.) compartan información sobre mí con otros proveedores involucrados en mi atención.
- Los resultados de las pruebas o procedimientos pueden ser comunicados por teléfono.
- Los servicios no médicos pueden ser proporcionados por una variedad de personal, voluntarios y estudiantes.
- Los estudiantes y pasantes pueden seguir a los médicos.
- De acuerdo con la ley, en las siguientes situaciones, ocurrirá un reporte apropiado:
 - Cualquier sospecha de abuso infantil menor de 18 años (reporte obligatorio).
 - Cualquier sospecha de abuso de personas mayores de 65 años o adulto vulnerable (informe obligatorio).
 - Cualquier sospecha de intención de hacerse daño a sí mismo o a otros ("Deber de advertir" obligatorio).
 - Según lo exija la ley, como órdenes judiciales o citaciones.
 - Para defender una acción legal contra cualquier voluntario, miembro del personal o CCHC.
- Entiendo que soy libre de irme en cualquier momento y estoy aquí voluntariamente.
- El estímulo y la oración con y por los pacientes son parte de la atención de CCHC.
- La comunicación escrita de CCHC puede enviarse a la dirección proporcionada anteriormente.

Entendiendo lo anterior, por la presente doy mi consentimiento para recibir servicio médico y tratamiento de Christ Community Health Coalition.

Firma del Paciente (o padre/guardián legal): _____ Fecha: _____



Aviso de Prácticas de Privacidad

Este aviso describe cómo se puede usar y divulgar su información médica y cómo puede acceder a esta información. Por favor revísela con atención. La privacidad de su información médica es importante para nosotros.

Nuestro deber legal

La ley federal y estatal aplicable nos exige mantener la privacidad de su información médica. También estamos obligados a darle este Aviso sobre nuestras prácticas de privacidad, nuestras obligaciones legales y sus derechos con respecto a su información médica. Debemos seguir las prácticas de privacidad que se describen en este Aviso mientras esté en vigor. Estos avisos entran en vigencia el 14/1/15 y permanecerán vigentes hasta que los reemplacemos. Nos reservamos el derecho de cambiar nuestras prácticas de privacidad y los términos de este Aviso en cualquier momento, siempre que dichos cambios estén permitidos por la ley aplicable. Nos reservamos el derecho de realizar cambios en nuestras prácticas de privacidad y los nuevos términos de nuestro Aviso vigentes para toda la información médica que mantenemos, incluida la información médica que creamos o recibimos antes de realizar los cambios.

Puede solicitar una copia de nuestro Aviso en cualquier momento. Para obtener más información sobre nuestras prácticas de privacidad o para obtener copias adicionales de este Aviso, comuníquese con nosotros utilizando la información al final de este Aviso.

Usos y divulgaciones de información médica

Tratamiento: Podemos usar o divulgar información médica sobre usted para brindarle tratamiento o servicios médicos. Podemos usar o divulgar su información médica a un médico u otro proveedor de atención médica que le brinde tratamiento.

Pago: Podemos usar y divulgar su información médica para realizar el pago de los servicios que le brindamos, si corresponde.

Operaciones de atención médica: Podemos usar y divulgar su información médica en relación con nuestras operaciones de atención médica. También podemos divulgar información a médicos, enfermeras, técnicos, estudiantes de medicina y otro personal de práctica con fines de revisión y aprendizaje.

Investigación: Podemos utilizar su información médica para fines de investigación y mejora de la calidad. Se anulará la identificación de toda la información médica cuando se utilice para tales fines. Su información médica también puede mantenerse en un registro médico electrónico llamado Practice Fusion. La información clínica almacenada de Practice Fusion se utiliza como un conjunto de datos clínicos anonimizados que puede utilizarse a discreción de Practice Fusion y sus contrapartes.

Recordatorios de citas: Podemos usar y divulgar información médica en relación con nuestros esfuerzos para recordarle que tiene una cita.

Alternativas de tratamiento: Podemos usar y divulgar información médica para informarle o recomendarle posibles opciones o alternativas de tratamiento que puedan ser de su interés.

Beneficios y servicios relacionados con la salud: Podemos usar y divulgar información médica para informarle sobre los beneficios o servicios relacionados con la salud que puedan ser de su interés.

Abuso o negligencia: Notificaremos a las autoridades gubernamentales si creemos que un paciente es víctima de abuso, negligencia o violencia doméstica. Haremos esta divulgación solo cuando estemos obligados por nuestro juicio ético o autorizados por la ley.

Salud pública y seguridad nacional: Se le puede solicitar que revele a funcionarios federales o autoridades militares la información de salud necesaria para completar una investigación relacionada con la salud pública o la seguridad nacional.

Para el cumplimiento de la ley: Según lo permita o requiera la ley estatal o federal, podemos divulgar su información médica a un oficial de cumplimiento de la ley para ciertos propósitos de cumplimiento de la ley.

Familiares, amigos y cuidadores: Podemos divulgar su información médica a aquellos que usted nos indique que le ayudarán con su tratamiento y medicamentos, pero solo si usted está de acuerdo.

Su autorización: Divulgar su información médica para cualquier otro propósito requerirá su autorización por escrito. Puede revocar esa autorización en cualquier momento.



Derechos del paciente

Restricciones: Tiene derecho a solicitar restricciones sobre ciertos usos y divulgaciones de su información médica.

Comunicaciones confidenciales: Tiene derecho a solicitar que nos comuniquemos con usted de determinada manera. Debe realizar esta solicitud por escrito.

Acceso: Tiene derecho a leer, revisar y copiar su información médica, incluida su tabla completa, radiografías y registros de facturación.

Enmienda: Tiene derecho a solicitarnos que actualicemos o modifiquemos sus registros si cree que sus registros de información médica son incorrectos o están incompletos. Podemos denegar su solicitud en determinadas circunstancias.

Contabilidad de divulgación: Tiene derecho a solicitarnos una descripción de cómo y dónde nuestra oficina utilizó su información médica por cualquier motivo que no sea el tratamiento o las operaciones de salud.

Solicite una copia impresa de este aviso: Tiene derecho a obtener una copia de esta instrucción de aviso en nuestra oficina en cualquier momento.

Reconocimiento del paciente

Por la presente reconozco que se me ha proporcionado el **Aviso de prácticas de privacidad de Christ Community Health Coalition** y que he leído y entendido completamente el aviso. Se me ha brindado la oportunidad de hacer preguntas sobre el aviso y mis preguntas han sido respondidas a mi satisfacción.

Entiendo la información anterior y doy mi permiso para continuar:

Nombre del paciente	Fecha
<hr/>	
Firma del paciente/guardián legal	Fecha

Solo para uso de oficina

Intentamos obtener un acuse de recibo por escrito del Aviso de prácticas de privacidad, pero no se pudo obtener el acuse de recibo porque:

- El individuo se negó a firmar
- Las barreras de comunicación prohibieron obtener reconocimiento
- Una situación de emergencia nos impide obtener reconocimiento
- Otro _____



Autorización para Divulgar Registros Médicos

Nombre del Paciente / / _____
Fecha de Nacimiento (MM/DD/AAAA) Número de Seguro Social

Por la presente autorizo:

Nombre del médico / centro

Dirección

Ciudad / estado / código postal _____
Teléfono

Y sus agentes y empleados autorizados para divulgar la siguiente información de los registros médicos del paciente mencionado anteriormente con el propósito de:

Información que se divulgará incluye:

Divulgación a:

HILLTOP CLINIC
101 SW 25TH ST
OKLAHOMA CITY, OK 73109
OFICINA: (405) 724-7482
FAX: (405) 815-3297

De acuerdo con la ley estatal, se le avisa que los registros que autoriza para divulgar pueden incluir información sobre enfermedades transmisibles o venéreas, incluidas, pero no limitado a, hepatitis, sífilis, gonorrea y virus de inmunodeficiencia humana (VIH), también conocido como síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA).

La información divulgada puede incluir registros de abuso de alcohol y drogas protegidos por el código de Regulaciones Federales y Registros Psiquiátricos. Queda prohibida la divulgación de esta información por parte del destinatario sin una autorización específica.

Entiendo que esta autorización vencerá automáticamente en 90 días a partir de esta fecha, pero puede ser revocada en cualquier momento, excepto en la medida en que la divulgación hecha de buena fe ya se haya producido en base a este consentimiento.

Renuncio a todos los derechos y privilegios permitidos por la ley relacionados con la divulgación de información confidencial y libero a la instalación, sus agentes y sus empleados de la responsabilidad legal que surja de la divulgación de esta información.

Firma del paciente (o representante) Relación Fecha

Firma del Testigo Fecha



Verificación de Identificación

La ley federal requiere que los pacientes / garantes validen su identidad antes de que se brinden los servicios. La Sección 114 de la Ley de Transacciones de Crédito Justas y Precisas (FACT) de 2003 exige la implementación de un Programa de Bandera Roja que sea consistente con las políticas y procedimientos emitidos bajo la sección 326 de la Ley PATRIOTA de EEUU para validar la identidad de las personas que abren nuevas cuentas. Para cumplir con las regulaciones federales, proporcione su identificación con foto y el número de seguro social del titular de la póliza cuando lo requiera su aseguradora. Esta información se mantendrá en un lugar seguro y se utilizará solo para la validación de identidad. Si no puede proporcionar una identificación con foto, se marcará su cuenta por posible robo de identidad.

- El garante no pudo proporcionar una identificación con foto.
- El garante se negó a copiar una identificación con fotografía.
- El garante no pudo proporcionar el número de seguro social del titular de la póliza como lo requiere la aseguradora.

- El garante pudo proporcionar una identificación con foto.
- El garante pudo proporcionar el número de seguro social del titular de la póliza según lo requiera la aseguradora.

La identificación fue vista y verificada por: _____ (firma del empleado)

Nombre del paciente en letra de imprenta: _____

Firma del paciente / guardián legal: _____ Fecha: _____



Póliza de Visitas de Bienestar

Asegurarse de que se cuide a su hijo en una visita de rutina es tan importante como cuidarlo cuando no se sienta bien. De acuerdo con las pautas de la Academia Estadounidense de Pediatría y la política de práctica personal del Dr. Hebert, se recomienda encarecidamente que todos los pacientes sean atendidos en controles periódicos de bienestar infantil. Los bebés se ven al nacer, a los 2 meses, 4 meses, 6 meses, 9 meses, 12 meses, 15 meses y 24 meses. Después de los dos años, los pacientes son atendidos anualmente. A cada paciente se le recuerda en las visitas de niño sano cuándo es la próxima visita y se le anima a programar esa visita.

Se realizan llamadas telefónicas de recordatorio para fomentar la programación de estas citas. Si los pacientes no programan y no asisten a estas citas, lo que resulta en citas repetidas por no presentarse, o se niegan a cumplir con esta política, serán despedidos de la práctica del Dr. Hebert. Una vez que un paciente es despedido de la práctica del Dr. Hebert por no cumplir con la Política de visitas de bienestar, no será reintegrado.

El Dr. Hebert y su personal también enfatizan las vacunas infantiles. Si un padre decide no administrar una vacuna recomendada, deberá firmar el formulario de rechazo de vacuna de la Academia Estadounidense de Pediatría. El formulario pasará a formar parte del historial médico del paciente. Negarse a firmar este formulario resultará en la terminación de nuestra práctica.

He leído y entiendo la política de visitas de bienestar de Hilltop Clinic.

Firma del Paciente (o guardián legal): _____ Fecha: _____



PÓLIZA Y ACUERDO FINANCIERO

El personal de la Clínica Hilltop está comprometido a brindarle la mejor atención posible. Su comprensión completa de nuestra Póliza financiera es importante para nuestra relación profesional. Lea este documento para familiarizarse con nuestra Póliza Financiera actual.

Pacientes con seguro: somos un proveedor participante con varios seguros. Traiga su tarjeta de seguro al momento de su cita. Se le pedirá que pague todos los copagos en el momento del servicio. Si su compañía de seguro médico no cubre el 100% de los servicios prestados, usted es responsable de cualquier coaseguro, deducible o servicio no cubierto que no pague su seguro. Recibirá un estado de cuenta de nuestra oficina que indica la cantidad que ha pagado su seguro y la cantidad restante. Cualquier saldo restante debe pagarse dentro de los treinta (30) días posteriores a la recepción del estado de cuenta.

Pacientes sin seguro: si no tiene seguro y paga usted mismo en el momento de su cita, se le cobrará el costo total de la visita según nuestro programa de tarifas actual. Haremos un ajuste de pago por cuenta propia a este costo que, en la mayoría de las situaciones, debería generar un costo de bolsillo de no más de \$20. En el caso de que se preste algún servicio que haga que el costo de desembolso personal de la visita exceda los \$20, primero se le notificará antes de que se preste cualquiera de estos servicios. Cabe destacar que solo podemos controlar el costo de los servicios dentro de nuestras instalaciones. Si es referido para servicios fuera de nuestro centro, estos no se incluirán en el costo de desembolso directo de \$20 y usted será responsable del costo total de estos servicios. Si no puede pagar debido a dificultades financieras o cualquier otra razón, puede solicitar hablar con el gerente o director de la clínica sobre las opciones de pago.

Pago después de una cita: Independientemente de su estado de seguro, si no puede pagar cualquier monto adeudado en el momento de su cita (es decir, el monto de su copago, coaseguro, deducible, servicios no cubiertos, servicio no asegurado) y debemos facturarle, le enviaremos un estado de cuenta dentro de los siete (7) días posteriores al servicio o cuando su aseguradora nos advierta que debe realizar un pago con nosotros, según corresponda. Usted debe pagar a nosotros dentro de los treinta (30) días posteriores a la recepción del estado de cuenta. En caso de que no realice el pago dentro de este plazo, nos reservamos el derecho de proporcionar su nombre, información de contacto e información de pago a una agencia nacional de cobranza de deudas. La agencia de cobranza de deudas le solicitará el pago. En caso de que continúe sin pagar la cantidad adeudada, le notificaremos, por correo certificado, que ha sido despedido de la práctica de Hilltop Clinic y que debe encontrar un nuevo proveedor. Durante un periodo de treinta (30) días a partir de la fecha en que reciba nuestra notificación, Hilltop Clinic lo tratará solo para asuntos urgentes.

Familias Separadas/Divorciadas: Cualquier familia en la que los padres están separados o divorciados, el padre que autoriza el tratamiento y lleva al niño para verlo es responsable del pago, y el pago se debe pagar cuando se prestan los servicios. Aunque solo se deba pagar un copago al momento del servicio, es posible que haya otros cargos que la compañía de seguros determine que son su responsabilidad. En estos casos, el padre que autorizó el tratamiento será responsable de pagar estos cargos. Si el decreto de divorcio requiere que ambos padres dividan los cargos incurridos, es responsabilidad del padre autorizador cobrar al otro padre. Hilltop Clinic no actuará como mediador en el cobro de pagos.

NO CANCELAR UNA CITA PROGRAMADA PUEDE RESULTAR EN UNA TARIFA DE \$20 POR NO PRESENTARSE.

He leído y entiendo las políticas financieras de Hilltop Clinic anteriores.

Firma _____

Fecha _____



Póliza de Cancelación de Cita o Falta

Para respetar las necesidades médicas de todos nuestros pacientes, hemos establecido una póliza para las ocasiones de falta. No llegar a su cita es un inconveniente para aquellos que necesitan cuidado médico de una manera oportuna y limita nuestros recursos de oficina y personal.

Faltar a una cita sin cancelarla a la hora programada es considerado una “falta”. La falta de presentación en el momento de una cita programada o una cancelación tardía se registrará en la cuenta del paciente y en el cuadro como “no presentado”.

Las faltas repetidas pueden resultar en la eliminación de nuestro panel. Se les notificará a los pacientes por escrito antes de la remoción.

Favor de ser cortés y llamar con anticipación si no puede mantener su cita a la hora programada para que no se cuente como una “ausencia”.

He leído y entiendo la póliza de cancelación y “falta” de la Clínica Hilltop.

Firma del Paciente (o Tutor Legal): _____ Fecha: _____



Consentimiento Informado de Telemedicina

Los servicios de telemedicina implican el uso de equipos y dispositivos de videoconferencia interactivos seguros que permiten a los proveedores de atención médica brindar servicios de atención médica a los pacientes cuando se encuentran en diferentes lugares.

1. Entiendo que se aplica el mismo estándar de atención a una visita de telemedicina que a una visita en persona.
2. Entiendo que no estaré físicamente en la misma habitación que mi proveedor de atención médica. Se me notificará y se obtendrá mi consentimiento para cualquier persona que no sea mi proveedor de atención médica presente en la sala.
3. Entiendo que existen riesgos potenciales al usar la tecnología, incluidas las interrupciones del servicio, la interceptación y las dificultades técnicas.
 - a. Si se determina que el equipo de videoconferencia y/o la conexión no son adecuados, entiendo que mi proveedor de atención médica o yo podemos interrumpir la visita de telemedicina y hacer otros arreglos para continuar la visita.
4. Entiendo que tengo derecho a negarme a participar o decidir dejar de participar en una visita de telemedicina, y que mi negativa quedará documentada en mi expediente médico. También comprendo que mi negativa no afectará mi derecho a recibir atención o tratamiento en el futuro.
 - a. Puedo revocar mi derecho en cualquier momento comunicándome con HILLTOP CLINIC al 405-724-7482.
5. Entiendo que las leyes que protegen la privacidad y la confidencialidad de la información médica se aplican a los servicios de telemedicina.
6. Entiendo que mi información de atención médica puede compartirse con otras personas para fines de programación y facturación.
 - a. Entiendo que mi compañía de seguros tendrá acceso a mis registros médicos para revisión / auditoría de calidad.
 - b. Entiendo que seré responsable de los gastos de mi bolsillo, como copagos o coaseguro, que se apliquen a mi visita de telemedicina.
 - c. Entiendo que las políticas de pago del plan de salud para las visitas telefónicas pueden ser diferentes de las políticas para las visitas en persona.
7. Entiendo que este documento pasará a formar parte de mi expediente médico.

Al firmar este formulario, doy fe de que (1) he leído personalmente este formulario (o me lo han explicado) y entiendo completamente y estoy de acuerdo con su contenido; (2) me han respondido mis preguntas de manera satisfactoria y los riesgos, beneficios y alternativas a las visitas de telemedicina se me han compartido en un idioma que entiendo; y (3) estoy ubicado en el estado de OKLAHOMA y estaré en OKLAHOMA durante mi(s) visita(s) de telemedicina.

Firma del Paciente (o guardián legal): _____ Fecha: _____

Firma del Testigo: _____ Fecha: _____



¡Bienvenidos! Estamos contentos de que haya elegido a Hilltop Clinic como el hogar médico de su hijo(a).

¿Cómo se enteró de nuestros servicios?

- PCP asignado por SoonerCare**
- Referencia**
¿Quién lo refirió (amigo, familia, trabajador social)?: _____
- Evento Comunitario**
¿Qué evento?: _____
- Google**
¿Recuerda qué es lo que buscó? _____
- Escuela**
Nombre de la escuela: _____
- Iglesia**
Nombre de la Iglesia: _____
- Grupo de Facebook:** _____
- Anuncio de Facebook**
- Instagram**
- Otras Redes Sociales:** _____
- Otro:** _____