



DALHART FAMILY MEDICINE CLINIC
206 E. 16th Street, Dalhart TX 79022
P (806) 244-5668 W: dhchd.org

HIGH COUNTRY RURAL HEALTH CLINIC
320 E Texas Blvd., Dalhart, TX 79022
P (806) 244-8324 W: dhchd.org

FORMULARIO DE ACTUALIZACIÓN DE INFORMACIÓN DEL PACIENTE **AÑO:** _____

Nombre y apellido: _____ Sexo: Masculino / Femenino

Soltera / Nombre de nacimiento: _____ SSN: _____ - _____ - _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección postal: _____ Dirección física: _____

Número de casa: _____ Número de celular: _____ Correo electrónico: _____

Estado civil: ¿Hispano soltero/casado/separado/divorciado/viudo? Sí / NO

Raza: Indio Americano / Asiático / Negro o Afroamericano / Nativo de Hawái / Blanco

Idioma principal: _____

Empleador: _____ Número de Empleador: _____

Recordatorios de citas

Deseo que se me recuerden las próximas citas a través de:

☐ TELÉFONO RESIDENCIAL (llamada) ☐ TELÉFONO CELULAR (llamada) ☐ CORREO ELECTRÓNICO ☐ PORTAL DE TEXTO

Autorización para divulgar información médica

En el caso de que deba ser contactado por teléfono con respecto a citas, resultados de pruebas, referencias o cualquier otro motivo, indique cómo desea que se comuniquen.

Número de teléfono: _____ ¿Está bien dejar un mensaje? Sí No

CONTACTO DE EMERGENCIA

Nombre principal: _____ Teléfono: _____ Relation: _____

Nombre secundario: _____ Teléfono: _____ Relation: _____

SOLO MENORES DE EDAD: PADRE O TUTOR

Nombre: _____ DOB: _____ Relación: _____

¿Es este paciente Garante?: sí/no En caso negativo, ¿quién es el Garante? _____

Fecha de nacimiento del garante: _____ SSN del garante: _____

Office Staff Use Today's Date: _____ Given packet to: _____ Provider Accepted: _____



DALHART FAMILY MEDICINE CLINIC
206 E. 16th Street, Dalhart TX 79022
P (806) 244-5668 W: dhchd.org

HIGH COUNTRY RURAL HEALTH CLINIC
320 E Texas Blvd., Dalhart, TX 79022
P (806) 244-8324 W: dhchd.org

Nombre del paciente: _____ DOB: _____ **Escala de**

somnolencia de Epworth

para ser escaneado a Terapia Respiratoria

Responda las siguientes preguntas para su proveedor.

- ¿Qué probabilidad hay de que te quedes dormido o te quedes dormido en las siguientes situaciones, en contraste con sentirte simplemente cansado? Esto se refiere a su forma de vida habitual en los últimos tiempos.
- Incluso si no has hecho algunas de estas cosas recientemente, trata de averiguar cómo te habrían afectado. Es importante que respondas a cada pregunta lo mejor que puedas.
- Utilice la siguiente escala para elegir el número más apropiado para cada situación.

Actividad	Nunca me quedaría dormido 0	Ligera posibilidad de quedarse dormido 1	Probabilidad moderada de quedarse dormido 2	Alta probabilidad de quedarse dormido 3
Sentarse y leer				
Ver la televisión				
Sentarse inactivo, en un lugar público (por ejemplo, en una reunión, teatro o cena)				
Como pasajero en un automóvil durante una hora o más sin detenerse para descansar				
Acostarse a descansar cuando las circunstancias lo permitan				
Sentarse y hablar con alguien				
Sentarse tranquilamente después de una comida sin alcohol				
En un coche, mientras está parado durante unos minutos en el tráfico o en un semáforo				

Suma tus puntos para obtener tu puntuación total. Una puntuación de 10 o más genera preocupación: es posible que necesite dormir más, mejorar sus prácticas de sueño o buscar atención médica para determinar por qué tiene sueño.

© 1990-1997 MW Johns. Usado bajo licencia

Office Staff Use Today's Date: _____ Given packet to: _____ Provider Accepted: _____



DALHART FAMILY MEDICINE CLINIC
206 E. 16th Street, Dalhart TX 79022
P (806) 244-5668 W: dhchd.org

HIGH COUNTRY RURAL HEALTH CLINIC
320 E Texas Blvd., Dalhart, TX 79022
P (806) 244-8324 W: dhchd.org

Nombre del paciente: _____

DOB: _____

SEGURO PRIMARIO

Nombre del seguro: _____ Empleador: _____

Nombre del suscriptor: _____ Fecha de nacimiento: _____ SSN: _____

Relación: _____ Número de teléfono: _____

Número de póliza: _____ Número de grupo: _____

SEGURO SECUNDARIO

Nombre del seguro: _____ Empleador: _____

Nombre del suscriptor: _____ Fecha de nacimiento: _____ SSN: _____

Relación: _____ Número de teléfono: _____

Número de póliza: _____ Número de grupo: _____

Responsabilidad financiera y asignación de beneficios: En consideración por recibir servicios médicos o de atención médica, por la presente cedo mi derecho, título e interés en todos los beneficios de seguro, Medicare/Medicaid u otros beneficios de terceros pagador es por servicios médicos o de atención médica que de otro modo se me pagarían a los médicos de Dalhart Family Medicine Clinic y/o Medical Practice Income Plan. Autorizo que Medicare/Medicaid y/o mi compañía de seguros u otros pagadores externos realicen pagos directos, hasta el monto total de mis cargos médicos y de atención médica, a DFMC Physicians y/o Medical Practice Income Plan. Certifico que la información que he proporcionado en relación con cualquier solicitud de pago por parte de terceros pagadores, incluidos Medicare/Medicaid, es correcta.

Por la presente, doy mi consentimiento a esta oficina para ser diagnosticado y tratado por todo el personal médico calificado para mí o para mi hijo. Entiendo que se me ha dado la opción de ver cualquiera de los mencionados anteriormente al programar una cita.

AVISO DE RESPONSABILIDAD FINANCIERA

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

El personal de la clínica me ha notificado que mi seguro puede negar el pago de ciertos servicios de atención médica. Si mi seguro niega el pago, entiendo que seré personal y totalmente responsable del pago de los servicios prestados. También entiendo que puedo apelar o discutir dicha denegación de cobertura con mi compañía de seguros y que los servicios cubiertos pueden cambiar en cualquier momento sin previo aviso.

X _____

Firma del paciente (tutor si es menor de edad)

Fecha

X _____

Firma del personal de la clínica

Dat

Office Staff Use Today's Date: _____ Given packet to: _____ Provider Accepted: _____



DALHART FAMILY MEDICINE CLINIC
206 E. 16th Street, Dalhart TX 79022
P (806) 244-5668 W: dhchd.org

HIGH COUNTRY RURAL HEALTH CLINIC
320 E Texas Blvd., Dalhart, TX 79022
P (806) 244-8324 W: dhchd.org

BORRADOR DE LA CLÁUSULA DE ELECCIÓN DE LEY Y FORO

ACUERDO QUE NO ES DE EMERGENCIA EN CUANTO A LA LEY APLICABLE Y EL FORO

El paciente, incluido el representante del paciente y los herederos o beneficiarios, y el proveedor de atención médica, incluidos los empleados y agentes del proveedor de atención médica, que prestan o brindan atención médica, atención médica o servicios de seguridad o servicios profesionales o administrativos directamente relacionados con la atención médica al paciente acuerdan:

1. Que toda la atención médica prestada se registrará única y exclusivamente por la ley de Texas, y en ningún caso se aplicará la ley de cualquier otro estado a la atención médica prestada al paciente; y
2. En el caso de una disputa, cualquier demanda, acción o causa que se relacione de alguna manera con la atención médica brindada al paciente se presentará solo en un tribunal de Texas en el condado / distrito donde se proporcionó o prestó toda la atención médica, y en ningún caso se presentará ninguna demanda, acción, o causa de acción se presente en cualquier otro estado. Las disposiciones de elección de ley y selección de foro de este párrafo son obligatorias y no son permisivas.

X _____

Firma del paciente (tutor si es menor de edad)

Fecha

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD:

He solicitado y recibido una copia impresa de las Prácticas de privacidad de DFMC X _____ (Iniciales)

X _____

Nombre del paciente

Fecha de nacimiento

X _____

Firma del paciente (tutor si es menor de edad)

Fecha

CONSENTIMIENTO PARA TRATAR

Por la presente, doy mi consentimiento a esta oficina para ser diagnosticado y tratado por todo el personal médico calificado para mí o para mi hijo. Entiendo que se me ha dado la opción de ver cualquiera de los mencionados anteriormente al programar una cita.

X _____

Nombre del paciente

Fecha de nacimiento

X _____

Firma del paciente (tutor si es menor de edad)

Fecha

Office Staff Use Today's Date: _____ Given packet to: _____ Provider Accepted: _____



DALHART FAMILY MEDICINE CLINIC
206 E. 16th Street, Dalhart TX 79022
P (806) 244-5668 W: dhchd.org

HIGH COUNTRY RURAL HEALTH CLINIC
320 E Texas Blvd., Dalhart, TX 79022
P (806) 244-8324 W: dhchd.org

AUTORIZACIÓN DE HIPAA PARA EL USO O DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Autorizo a Dalhart Family Medicine Clinic a usar y divulgar la siguiente información:

____ Toda la información de salud

____ Información relacionada con el siguiente tratamiento / condición: _____

____ My información de salud que abarca desde el ____/____/____ (fecha) hasta el ____/____/____ (fecha)

Este registro médico puede contener información sobre abuso físico o sexual, alcoholismo, abuso de drogas, enfermedades de transmisión sexual, aborto, tratamiento de salud mental o VIH/SIDA. Se debe dar un consentimiento por separado antes de que se pueda divulgar esta información. Doy mi consentimiento para que se divulgue esta información por separado.

____ **SÍ** ____ **NO**

La parte anterior puede divulgar información de salud a los siguientes destinatarios:

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____ Relación: _____

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____ Relación: _____

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____ Relación: _____

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____ Relación: _____

Entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorización, por escrito, en cualquier momento, con la excepción de que el uso o las divulgaciones ya se hayan realizado sobre la base de mi permiso original. Es posible que no pueda revocar la autorización si su propósito fuera obtener un seguro. Para revocar esta autorización, debo hacerlo por escrito y enviarlo al Oficial de Privacidad de HIPAA.

Entiendo que los usos y divulgaciones ya realizados sobre la base de mi permiso original no se pueden retirar.

Entiendo que es posible que la información utilizada o divulgada con mi permiso pueda ser redivulgada por el destinatario y ya no esté protegida por los Estándares de Privacidad de HIPAA.

Entiendo que tengo el derecho de negarme a firmar esta autorización.

X _____

Firma del paciente (tutor si es menor de edad)

Fecha

Office Staff Use Today's Date: _____ Given packet to: _____ Provider Accepted: _____



DALHART FAMILY MEDICINE CLINIC
206 E. 16th Street, Dalhart TX 79022
P (806) 244-5668 W: dhchd.org

HIGH COUNTRY RURAL HEALTH CLINIC
320 E Texas Blvd., Dalhart, TX 79022
P (806) 244-8324 W: dhchd.org

POLÍTICA DE NO SHOW

La atención de calidad para nuestros pacientes es nuestra principal prioridad. Tómese unos minutos para revisar nuestra Política de "No presentación".

DEFINICIÓN DE "NO-SHOW"

Dalhart Family Medicine Clinic define una cita "sin presentación" como cualquier cita programada en la que el paciente:

- No llega a la cita
- Cancela con menos de 24 horas de antelación.
- Llega con más de 15 minutos de retraso y, por lo tanto, no se puede ver

Las citas "No-Show" tienen un impacto negativo significativo en nuestra práctica y en la atención médica que brindamos a nuestros pacientes. Cuando un paciente no se presenta a una cita, esto:

- Potencialmente pone en peligro la salud del paciente
- Es injusto para los otros pacientes que podrían haber tomado el turno de la cita
- Falla el respeto al tiempo de otros pacientes, personal de la clínica y proveedor.

Para evitar una cita de "no presentación", llegue 15 minutos antes o avise a la clínica con al menos 24 horas de anticipación para cancelar una cita.

La razón por la que le pedimos que llegue 15 minutos antes de la hora programada de su cita es para permitir que nuestro personal atienda cualquier pregunta sobre el seguro o la facturación, actualice su registro en nuestros registros médicos electrónicos y para permitir que la enfermera tenga tiempo para acomodarlo y prepararlo para ser atendido por el proveedor.

Nuestro personal intentará comunicarse con usted el día antes de su cita programada para confirmar su visita. Debemos tener un número de teléfono correcto para comunicarnos con usted. Es su responsabilidad mantenernos informados de cualquier cambio demográfico. Si nuestro centro no puede confirmar su cita, comuníquese con nuestra oficina al 806-244-5668 antes de las 9 a.m. del día hábil anterior a la cita programada para realizar cambios.

CONSECUENCIAS DE UN "NO-SHOW"

Se cobrará una tarifa de \$ 50.00 por cualquier cita "no presentada". Esta póliza se aplica a pacientes nuevos y establecidos y se cobrará directamente al paciente/garante. ¡ESTO NO SE FACTURARÁ AL SEGURO! **Todas las tarifas de "no presentación" DEBEN pagarse antes de la próxima cita para ser atendido.** Si falta a 3 citas en un año, es posible que se le pida que busque otro proveedor dentro de los 30 días.

He leído y entiendo la política de "no presentación" de la Clínica de Medicina Familiar de Dalhart como se describe anteriormente.

X _____

Nombre del paciente

Fecha de nacimiento

X _____

Firma del paciente (tutor si es menor de edad)

Fecha

Office Staff Use Today's Date: _____ Given packet to: _____ Provider Accepted: _____



DALHART FAMILY MEDICINE CLINIC
206 E. 16th Street, Dalhart TX 79022
P (806) 244-5668 W: dhchd.org

HIGH COUNTRY RURAL HEALTH CLINIC
320 E Texas Blvd., Dalhart, TX 79022
P (806) 244-8324 W: dhchd.org

POLÍTICA FINANCIERA y SERVICIOS ADMINISTRATIVOS

Estamos comprometidos a satisfacer sus necesidades de atención médica. Nuestro objetivo es mantener su seguro y arreglos financieros lo más simples posible. Para lograr esto de una manera rentable, le pedimos que se adhiera a las siguientes pautas y elija un plan que satisfaga sus necesidades:

1. Es su responsabilidad proporcionarnos su dirección actual, número de teléfono e información de seguro en cada visita. **Inicial** _____
2. Es su responsabilidad confirmar con su compañía de seguros que nuestros médicos participan en su plan de seguro. **Inicial** _____
3. En última instancia, usted es responsable del pago de los servicios que reciba de nuestra oficina en el momento del servicio. Cualquier falta de pago en su totalidad, incluida la falta de pago de copagos/coseguros/deducibles y cheques devueltos, resultará en una tarifa de facturación de \$40 además del saldo adeudado. **Inicial** _____

Atención a pacientes de nuevos procedimientos de facturación

En un espíritu de respeto y transparencia, estamos informando a todos nuestros pacientes sobre esta nueva política de facturación, y queremos asegurarnos de que comunicamos las expectativas con claridad, por lo que hemos proporcionado detalles muy específicos y algunos ejemplos a continuación.

En Dalhart Family Medicine Clinic y High Country Rural Health Clinic, nos esforzamos por brindar un fácil acceso a nuestros destacados proveedores de manera oportuna. Para ayudar a lograr esto, dejamos espacio en nuestros horarios para acomodar las visitas el mismo día y las visitas sin cita previa. También contamos con un gran equipo de operadores en vivo en el lugar que trabajan arduamente todos los días para facilitar las citas y las comunicaciones.

La mayoría de nuestros proveedores reciben docenas de mensajes por día, además de ver y manejar a los pacientes programados. Históricamente, casi todo el tiempo clínico que se necesita para manejar estos mensajes ha sido gratuito para usted y no ha sido compensado por las compañías de seguros. Sin embargo, a partir del 1 de enero de 2025, es posible que comience a recibir facturas por intercambios de mensajes que requieran el tiempo y la experiencia clínica de su proveedor para responder. Algunos proveedores de seguros pueden cubrir esta tarifa, pero será su responsabilidad consultar con el suyo con anticipación para estar seguro.

Muchos sistemas de atención médica a nivel nacional han implementado políticas similares, incluidas la Clínica Cleveland, la Universidad de California en San Francisco y Northwestern Medicine.

Es importante saber que no se facturarán todos los mensajes que envíes a tu proveedor. También es muy importante saber que es posible que su proveedor no considere apropiado manejar su(s) problema(s) mediante mensajes. En estos casos, podemos ayudar a facilitarle una cita.

Office Staff Use *Today's Date:* _____ *Given packet to:* _____ *Provider Accepted:* _____



DALHART FAMILY MEDICINE CLINIC
206 E. 16th Street, Dalhart TX 79022
P (806) 244-5668 W: dhchd.org

HIGH COUNTRY RURAL HEALTH CLINIC
320 E Texas Blvd., Dalhart, TX 79022
P (806) 244-8324 W: dhchd.org

Ejemplos de mensajes que no se facturarán:

- Mensajes que dan lugar a una cita con nosotros en un plazo de 7 días.
- Hacer una pregunta sobre un problema por el que consultó a su proveedor en los últimos 7 días. Esto NO incluye preguntar sobre cosas que olvidó mencionar durante su visita o un nuevo problema que haya surgido desde su visita.
- Hacer un chequeo como parte de su atención de seguimiento después de un procedimiento.
- Dar una actualización rápida a su proveedor.

Dependiendo de su póliza de seguro, el costo de la mayoría de los mensajes aplicables estará entre \$ 30 y \$ 60. Podría deber más de \$ 100 por intercambios de mensajes más complejos que requieran al menos 20 minutos del tiempo de sus proveedores. En algunos casos, el seguro cubrirá los costos por completo y no deberá nada.

Estos son algunos ejemplos de mensajes que se pueden facturar:

- Un nuevo problema o síntoma que requiere evaluación médica, toma de decisiones médicas o derivación
**En casi todos estos casos, recomendamos encarecidamente (e incluso podemos requerir) una cita programada. Debe llamar al 911 en caso de emergencia o ser llevado a un hospital. **
- Administración de medicamentos, incluidos los ajustes de dosis, los cambios que realice en su farmacia, los resurtidos de emergencia y los resurtidos a corto plazo (30 días o menos) cuando deba realizar una visita de seguimiento.
- Control y tratamiento de enfermedades crónicas
- Exacerbación o cambio en una afección crónica

Estamos agradecidos a todos los que nos confían su atención médica. Creemos que esta nueva política nos ayudará a continuar brindando el más alto nivel de atención y servicio que nos distingue. Háganos saber si tiene alguna pregunta sobre esta política. Además, si está interesado en verificar los detalles de esto con su compañía de seguros, los códigos CPT actualmente en uso para esto son 99421, 99422 y 99423.

Office Staff Use Today's Date: _____ Given packet to: _____ Provider Accepted: _____



DALHART FAMILY MEDICINE CLINIC
206 E. 16th Street, Dalhart TX 79022
P (806) 244-5668 W: dhchd.org

HIGH COUNTRY RURAL HEALTH CLINIC
320 E Texas Blvd., Dalhart, TX 79022
P (806) 244-8324 W: dhchd.org

PORTAL DEL PACIENTE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Nombre: _____ DOB: _____ Dirección de correo electrónico: _____

FINALIDAD DE ESTE FORMULARIO

El Distrito Hospitalario del Condado de Dallam Hartley ofrece una visualización segura de partes de su expediente médico y la comunicación de nuestro personal como un servicio a nuestros pacientes. La mensajería segura puede ser una herramienta de comunicación valiosa, pero tiene ciertos riesgos. Con el fin de gestionar estos riesgos, necesitamos imponer algunas condiciones de participación. Este formulario tiene por objeto mostrar que; Usted ha sido informado de estos riesgos y de las condiciones de participación, y que acepta los riesgos y está de acuerdo con las condiciones de participación. Este servicio es opcional y no es necesario para interactuar y comunicarse con nuestra clínica.

CÓMO FUNCIONA EL PORTAL SEGURO DEL PACIENTE

Un portal web seguro es un tipo de página web que utiliza el cifrado para evitar que una persona no autorizada lea las comunicaciones, la información o los archivos adjuntos. Los mensajes y la información seguros solo pueden ser listos por alguien que conozca la contraseña correcta para iniciar sesión en el sitio del portal.

CÓMO PARTICIPAR EN NUESTRO PORTAL DEL PACIENTE

Puede recoger un mensaje seguro o ver la información que se le envía a través de un sitio web. Una vez que este formulario esté acordado y firmado, le enviaremos una notificación por correo electrónico que le indicará cómo registrarse por primera vez. Esta notificación le dará la URL (dirección de Internet) del sitio web donde puede iniciar sesión con el nombre de usuario y la contraseña proporcionados. A continuación, podrá mirar en su cuadro de mensajes y ver cualquier mensaje nuevo o antiguo o ver otras partes de su registro médico electrónico. Puede leer o ver información en su computadora, pero aún está encriptada en la transmisión entre el sitio web y su computadora. Puede ver más información específica de la clínica o acceder al Portal del Paciente a través de nuestra página web de la clínica: <https://dhchd.org>

PROTECCIÓN DE SU INFORMACIÓN MÉDICA PRIVADA Y RIESGOS

Este método encriptado de comunicación y visualización evita que partes no autorizadas puedan acceder o leer mensajes mientras están en transmisión. Cuando recoge mensajes seguros del portal, debe evitar que personas no autorizadas conozcan su contraseña y obtengan acceso a su cuenta. Si cree que alguien ha aprendido su contraseña, debe ir de inmediato al sitio web y cambiarla. Debe asegurarse de que tengamos su dirección de correo electrónico correcta y de que se le informe si alguna vez cambia. Entendemos la importancia de la privacidad en lo que respecta a su atención médica y continuaremos esforzándonos por hacer que toda la información sea lo más confidencial posible y nunca venderemos ni revelaremos ninguna información privada, incluidas las direcciones de correo electrónico.

CONDICIONES DE PARTICIPACIÓN EN EL PORTAL DEL PACIENTE

El acceso al portal web seguro es un servicio opcional, y podemos suspenderlo o cancelarlo en cualquier momento y por cualquier motivo. Si suspendemos o cancelamos el servicio, se lo notificaremos tan pronto como sea razonablemente posible. Usted se compromete a no responsabilizar al Distrito Hospitalario del Condado de Dallam Hartley ni a ningún miembro de su personal por infracciones de la red fuera de su control.

Reconocimiento del paciente: _____ Fecha: _____

Office Staff Use Today's Date: _____ Given packet to: _____ Provider Accepted: _____