



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

INFORMACIÓN PARA EL PACIENTE

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 ☐ 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: _____



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

INFORMACIÓN DE SALUD DEL PACIENTE

Nombre del paciente: _____ **DOB:** _____

Medicamentos actuales: (incluya cualquier medicamento de venta libre y / o suplementos)

Nombre del medicamento	Fuerza	Frecuencia	Nombre del medicamento	Fuerza	Frecuencia

Farmacia preferida: _____

Alergias: (incluya todas las alergias a medicamentos, alimentos, medio ambiente, etc.)

Historia Social:

Consumo de tabaco: Actual: SI NO En caso afirmativo, ¿cuántas cajetillas al día? _____ How tiempo? _____

Pasado: SI NO ¿Cuándo lo dejaste? _____ exposición de segunda mano? SI NO

Consumo de alcohol: SI NO En caso afirmativo, ¿cuánto / con frecuencia? _____

Consumo de sustancias: ____None ____Marijuana ____Opiates ____Cocaine ____Heroin ____Amphetamines
____Hallucinogens ____Other (especifique): _____

Antecedentes de obstetricia y ginecología: (solo mujeres)

Períodos de edad iniciados: _____ Periodos de edad suspendidos: _____ Última fecha menstrual: _____

Duración media del ciclo: _____ Duración media entre períodos: _____

Número de embarazos: _____ Número de abortos espontáneos: _____ Número de nacidos vivos: _____

Método anticonceptivo: _____ Último papilla: _____ Última mama: _____

La información proporcionada en esta historia clínica es precisa a mi leal saber y entender.

X _____

Firma del paciente (tutor si es menor de edad)

Fecha



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:** _____

HISTORIAL MÉDICO

Angina / Dolor en el pecho		ERGE (reflujo)		Osteoartritis	
Enfermedad de las arterias coronarias		Síndrome del intestino irritable (SII)		Artritis reumatoide	
Cardiopatía valvular		Enfermedad de Crohn (EII)		Gota	
Arritmias (fibrilación auricular, WPW, etc.)		Colitis ulcerosa (EII)		Osteoporosis	
Hipertensión		Pancreatitis		Fibromialgia	
Hiperlipidemia		Enfermedad de úlcera péptica		Dolor lumbar crónico	
Insuficiencia cardíaca congestiva		Gastritis		Otros Dolores Articulares Crónicos: (por favor especifique)	
Aneurisma abdominal		Hemorroides			
Historia de la IM		Estreñimiento crónico			
Enfermedad vascular periférica		Incontinencia fecal			
Síncope		Hepatitis		Pérdida de audición	
		Hígado graso		Glaucoma	
Diabetes mellitus		Colonoscopia anormal: (por favor especifique)		Cataratas	
Hipotiroidismo				Pérdida de la visión	
Hipertiroidismo					
				Acné	
Anemia		Cefaleas		Eccema	
Trastorno hemorrágico		Accidente cerebrovascular (ACV o AIT)		Psoriasis	
Trastorno de coagulación		Convulsiones / Epilepsia			
Trombocitopenia		Neuropatía periférica		Varicela	
Trombosis venosa profunda (TVP)		Síndrome de piernas inquietas		VIH/SIDA	
Embolia pulmonar (EP)		Demencia		SARM	
		Enfermedad de Parkinson		Tuberculosis / PPD anormal: (especifique)	
EPOC		Esclerosis múltiple (EM)			
Asma					
Apnea del sueño		Depresión		Rubéola	
		Ansiedad		Poliomielitis	
Enfermedad renal crónica		Trastorno bipolar		Paperas	
Incontinencia urinaria		Anorexia		Sarampión	
Cálculos renales		Bulimia		Fiebre reumática	
Infecciones urinarias recurrentes		Esquizofrénico			
Cistitis intersticial		TDA / TDAH		Cáncer: (especificar tipo)	
Hematuria		Trastorno del espectro autista			
		Retraso en el aprendizaje			
Otros: (especifique)					

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: _____

Historia Quirúrgica

(marque todo lo que corresponda)

	Fecha		Fecha		Fecha
Amigdalectomía		Colecistectomía		Mastectomía	
Cirugía Dental		Apendicectomía		Lumpectomía	
Cateterismo cardíaco		Esplenectomía		Biopsia de mama	
Stent coronario		Colonoscopia		Extirpación del cáncer de piel	
CIRUGÍA CORONARIA		Resección intestinal			
Marcapasos / Desfibrilador		Reparación de hernias		Cesárea	
Reemplazo de válvulas		Bypass gástrico		Ligadura de trompas bilateral	
Tiroidectomía		Cirugía de la vejiga		Histerectomía	
Paratiroidectomía		Cirugía Renal		Extirpación de ovarios	
Cirugía de Columna: (por favor especifique)		Reemplazo de articulaciones: (especifique)		LEEP	
				D&C	

Otro: (por favor especifique)

Antecedentes familiares

(marque todo lo que corresponda)

	Padre	Madre	Hermano(s)	Niños	Abuela materna	Abuelo materno	Abuela paterna	Abuelo paterno
Diabetes mellitus								
Enfermedad de la tiroides								
Hipertensión								
Hiperlipidemia								
Enfermedad de las arterias coronarias								
Insuficiencia cardíaca congestiva								
Ataque cardíaco (IM)								
Arritmia								
Golpe								
Demencia								
Asma/EPOC								
Trastorno hemorrágico								
Trastorno de coagulación								
Trastorno autoinmune								
Depresión								
Adicción								
Nefropatía								

Cáncer / Otros:
(por favor, especifique)

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



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

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 pagadores 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



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
X _____
Firma del paciente (tutor si es menor de edad)

Fecha de nacimiento

Fecha



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.



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

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.

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.

Firma de reconocimiento: _____

Fecha: _____



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 PARA DIVULGAR INFORMACIÓN

(ESTO DEBE COMPLETARSE EN SU TOTALIDAD)

Nombre del paciente: _____ DOB: _____

SS#: _____ Address: _____

Autorizo a DALHART FAMILY MEDICINE CLINIC a divulgar mi información de salud individual como se describe a continuación, que puede incluir información sobre enfermedades transmisibles como el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), enfermedades mentales (excepto notas de psicoterapia), dependencia de sustancias químicas o alcohol, resultados de pruebas de laboratorio, historial médico, tratamiento o cualquier otra información relacionada. Entiendo que cualquier divulgación de información conlleva la posibilidad de una redivulgación no autorizada y es posible que la información no esté protegida por las regulaciones de privacidad federales y estatales, entiendo que mi Health Care y el pago de mi atención médica no se verán afectados si no firmo esto.

Información que se divulgará a:

DE:

CLÍNICA DE MEDICINA FAMILIAR DE DALHART
APARTADO POSTAL 1208/ 206 EAST 16TH ST
DALHART, TEXAS 79022

Fax: _____

Teléfono: 806-244-5668

(SI TIENE MÁS DE 30 PÁGINAS, NO ENVÍE UN FAX)

Información que se divulgará (marque todo lo que corresponda)

___ Antecedentes/Notas del examen físico

___ Otros informes de diagnóstico

Fechas: _____

Fechas: _____

___ Laboratory Informes

Fechas: _____

___ Other (especifique)

Informes de ___ X-Ray

Fechas: _____

Motivo o propósito de la publicación (marque la categoría correspondiente)

___ Continuar con la atención al paciente

___ Personal Uso

___ Attorney Legales

___ Insurance Solicitud de reclamación

___ Otro _____

Entiendo que la información divulgada es para el propósito específico indicado anteriormente. Cualquier otro uso de esta información está prohibido sin el consentimiento por escrito de los pacientes. Además, entiendo que puedo revocar este consentimiento (por escrito) en cualquier momento, excepto en la medida en que se hayan tomado medidas basadas en él. Este consentimiento expirará 180 días después del día de mi firma, a menos que se especifique lo contrario.

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

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

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

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: _____