

¿QUÉ ES UNA CASA MÉDICA CENTRADA EN EL PACIENTE?

El hogar médico centrado en el paciente es un sistema de atención en el que un equipo de profesionales de la salud trabaja en conjunto para satisfacer todas sus necesidades de atención médica. Usted, el paciente, es la parte más importante de un hogar médico centrado en el paciente. Cuando participa activamente en su salud y trabaja con nosotros, puede estar seguro de que está recibiendo la atención que necesita.

¿QUIÉN ESTÁ EN EL EQUIPO DE CUIDADO MÉDICO CENTRADO EN EL PACIENTE?

Su médico de atención primaria dirige su equipo de atención, que puede incluir otros médicos, enfermeras, asistentes médicos, educadores de salud y otros profesionales de la salud. Nuestro equipo actúa como "entrenadores" que lo ayudan a estar sano, mantenerse sano y obtener la atención y los servicios adecuados para usted. Usted, por supuesto, está en el centro de su equipo de atención.

¿CÓMO OBTENER MÁS DE UNA CASA MÉDICA CENTRADA EN EL PACIENTE?

LO QUE PUEDES HACER:

ENCARGATE DE TU SALUD

- Sepa que es un socio completo en su cuidado.
- Comprenda su situación de salud y haga preguntas sobre su atención.
- Aprenda sobre su condición y lo que puede hacer para mantenerse saludable.

PARTICIPA EN TU CUIDADO

- Siga el plan que usted y nosotros hemos acordado que es el mejor para su salud.
- Tome su medicamento como se lo recetaron.
- Asistir a las citas programadas y asistir a visitas de seguimiento.

COMUNÍQUESE CON SU EQUIPO DE CUIDADO

- Díganos cuándo no comprende algo que dijimos o pídanos que lo expliquemos de una manera diferente.
- Infórmenos si recibe atención de otros profesionales de la salud para que podamos ayudarlo.
- En cada cita, traiga una lista de preguntas y medicamentos o suplementos que toma.
- Cuéntenos sobre cualquier cambio en su salud o bienestar.

LO QUE HAREMOS:

CONOCERTE

- Aprenderemos sobre usted, su familia, lo que le gusta y lo que no le gusta.
- Le sugeriremos tratamientos que funcionen para usted y actualizaremos sus registros en cada visita.
- Escuche sus preguntas y sentimientos y trátelos como un socio completo en su cuidado.

COMUNICARSE CONTIGO

- Explique claramente su situación de salud y asegúrese de conocer todas sus opciones de atención.
- Déle tiempo para hacer preguntas y responderlas de una manera que entienda.
- Ayudarlo a tomar las mejores decisiones para su atención.

TE APOYAREMOS

- Ayudarlo a establecer objetivos para su atención y ayudarlo a cumplir estos objetivos en cada paso del camino.
- Brindarle información sobre clases, grupos de apoyo u otros servicios que pueden ayudarlo a aprender más sobre su condición y mantenerse saludable.
- Tratarlo con dignidad y compasión.

¿CÓMO ME BENEFICIA UNA CASA MÉDICA CENTRADA EN EL PACIENTE?

■ Puede comunicarse con nosotros de manera fácil y eficiente y obtener citas rápidamente, a veces el mismo día.

■ Te conocemos a ti y a tu historial de salud. Conocemos su situación personal o familiar y podemos sugerir opciones de tratamiento que tengan sentido para usted..

■ Ayudamos a comprender su (s) condición (es) y cómo cuidarse. Le explicamos sus opciones y le ayudamos a tomar decisiones sobre su atención. Para obtener recursos para gestionar sus condiciones, visite nuestro Youtube:

www.youtube.com/tejidohealthclinic

■ Lo ayudamos a administrar su atención médica, incluso si no somos nosotros quienes te brindamos la atención. Lo ayudaremos con referencias, conseguiremos citas cuando sea posible y nos aseguraremos de que otros proveedores tengan la información que necesitan para atenderlo. Para comunicarse con la clínica fuera del horario de atención, llame a la clínica y seleccione 5.



SERVICE FEES | TARIFAS DE SERVICIO

Service Servicio	Fees Tarifas
Primary Visits Visitas Primarias	\$30 \$30 Ear Lavage/ Lavado de oídos
GYN GINECÓLOGO	\$30 Visit Fee / Tarifa de visita + \$65 Pap Smear / Prueba de Papanicolaou \$50 NuSwab \$50 IUD Removal / Extracción del DIU \$20 Depo Injection / Inyección de Depo \$20 Pregnancy Test
Specialty Clinic (Derm & Neuro) Clínica de Especialidades (Derm y Neuro)	\$30
Supplies Suministros	\$20 Glucometer Kit / Kit de glucómetro \$10 Glucometer (Single Meter) / Glúmetro (medidor único) \$5 Lancing Device (Single Device) / Dispositivo de punción \$6 Test Strips / Tiras reactivas \$2 Alcohol Pads / Almohadillas con alcohol \$1 Lancets (box of 50) / Lancetas (Caja de 50)
Replacement Copies (Labs/ Imaging Orders) Copias de reemplazo (laboratorios, pedidos de imágenes)	\$10 Per additional copy. Copy obtained during visit is no cost. / Por copia adicional. La copia obtenida durante la visita no tiene costo.

Woven Health Clinic service fees are subject to change at any time without notice. If you are enrolled in Woven Health's Direct Primary Care Program, please contact our program coordinator with any questions regarding what may be covered by your membership fees.

Las tarifas de servicio de Woven Health Clinic están sujetas a cambios en cualquier momento sin previo aviso. Si está inscrito en el Programa de Atención Primaria Directa de Woven Health, comuníquese con nuestro coordinador del programa si tiene alguna pregunta sobre lo que puede estar cubierto por sus tarifas de membresía.

Signature: _____ Date: _____



Discounted Labs Patient Agreement

As a patient of Woven Health Clinic, I understand that I am offered extremely discounted low-cost lab work. In order to receive these heavily discounted rates, I understand that it is my responsibility to pay any lab fees directly to Woven Health Clinic, the day of my appointment.

I understand that if I do not pay for the labs the day of my appointment, I will need to book another appointment to have my lab work ordered.

I understand that if I choose not to pay lab fees directly to Woven Health Clinic, I will be responsible for any bill I receive from LabCorp.

I understand that I will not be given a refund for any labs I do not get.

Acuerdo del Paciente de Laboratorios con Descuento

Como paciente de Woven Health Clinic, entiendo que se me ofrece un trabajo de laboratorio de bajo costo con un descuento extremo. Para recibir estas tarifas con grandes descuentos, entiendo que es mi responsabilidad pagar cualquier tarifa de laboratorio directamente a Woven Health Clinic, el día de mi cita.

Entiendo que si no pago los análisis de laboratorio el día de mi cita, tendré que programar otra cita para que me ordenen los análisis de laboratorio.

Entiendo que si elijo no pagar las tarifas de laboratorio directamente a Woven Health Clinic, seré responsable de cualquier factura que reciba de LabCorp.

Entiendo que no se me dará un reembolso por ningún laboratorio que no reciba.

I have read the patient's responsibilities for receiving heavily discounted low-cost labs and I agree to the terms and conditions.

He leído las responsabilidades del paciente para recibir laboratorios de bajo costo con grandes descuentos y acepto los términos y condiciones.

Sign/Firmar: _____

Date/Fecha: _____



Política de no presentación

En Woven Health Clinic valoramos el tiempo de cada paciente y los recursos invertidos en brindando atención de calidad. Es esencial que los pacientes respeten sus citas para garantizar operación eficiente y acceso equitativo a nuestros servicios para todos.

Descripción general de la política:

Si un paciente no se presenta a dos citas programadas dentro de un período de seis meses sin aviso previo, se les pedirá que paguen por adelantado su visita antes de reprogramar cualquier visita futura.equipo.

Si un paciente no se presenta a tres citas programadas dentro de un período de 12 meses sin previo aviso, correrán el riesgo de ser dados de alta de la clínica.

Importancia de la asistencia a las citas:

Cumplir con las citas es crucial para el funcionamiento efectivo de nuestra clínica y garantizar que todos los pacientes reciban atención oportuna. Cuando los pacientes no se presentan a sus citas, no sólo altera nuestra programación sino que también priva a otros individuos de la oportunidad de recibir la atención médica necesaria.

Entendemos que pueden surgir circunstancias imprevistas y animamos a los pacientes a notificarnos lo antes posible si no pueden asistir a su cita. Se puede aplicar un cargo por no presentación de \$25 si su cita se pierde o se cancela con menos de 48 horas de anticipación. Trabajando juntos, podemos garantizar que nuestra clínica funcione sin problemas y continúe sirviendo a la comunidad de manera efectiva.

Al programar una cita con Woven Health Clinic, los pacientes aceptan cumplir con las Política de no presentación descrita anteriormente.

Su salud es importante para nosotros; como hogar médico, nos esforzamos por brindarle el plan de tratamiento más efectivo. El incumplimiento de las pautas clínicas, los análisis de laboratorio requeridos y las recomendaciones de tratamiento pueden resultar en el alta como paciente de Woven Health Clinic, ya que esto nos impide brindar la atención de la más alta calidad posible.

Sign/Firmar:_____

Date/Fecha:_____

**WOVEN HEALTH CLINIC
1 MEDICAL PARKWAY, PLAZA 1, SUITE 149
FARMERS BRANCH, TX 75234**

CONSENTIMIENTO AL TRATAMIENTO POR VOLUNTARIOS

Entiendo que los servicios que recibo pueden ser brindados por el médico mencionado anteriormente que brinda atención que no se administra o que espera una compensación.

ADEMÁS, ENTIENDO QUE LA LEY DE TEXAS IMPONE LIMITACIONES A LA RECUPERACIÓN DE DAÑOS DE DICHO VOLUNTARIO A CAMBIO DE RECIBIR SERVICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA BAJO EL CÓDIGO DE PRÁCTICAS CIVILES Y REMEDIOS DE TEXAS, CAPÍTULO 84, TITULADO "INMUNIDAD Y RESPONSABILIDAD CARITATIVA", SECCIONES 84.001-84.004. LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA SON PRESTADOS POR VOLUNTARIOS CON LICENCIA PARA PRACTICAR MEDICINA BAJO LA LEY DE PRÁCTICA MÉDICA (ARTÍCULO 4495B DE LOS ESTATUTOS CIVILES DE TEXAS DE VERNON).

Esas limitaciones incluyen la inmunidad de responsabilidad civil por cualquier acto u omisión que resulte en la muerte o lesiones a un paciente si:

- 1) El voluntario estaba actuando de buena fe y en el curso y alcance del voluntario.deberes o funciones dentro de la organización;
- 2) El voluntario comete el acto u omisión en el curso de la prestación de servicios de atención médica.al paciente
- 3) Los servicios prestados están dentro del alcance de la licencia del voluntario; y,
- 4) Antes de que el voluntario brinde servicios de atención médica, el paciente o, si el paciente es menor o es legalmente incompetente, el padre del paciente, el tutor conservador, el tutor legal o otra persona con responsabilidad legal por el cuidado del paciente firma una declaración escrita que reconoce:
 - a) que el voluntario está brindando atención que no se administra o en espera de compensación; y,
 - b) Las limitaciones en la recuperación de daños del voluntario a cambio de recibir los servicios de atención médica.

DESCARGO DE RESPONSABILIDAD

- Las tarifas cobradas junto con los servicios de atención médica provistos por esta clínica están estrictamente reservados para los costos administrativos de la clínica y no representan una compensación para las personas voluntarias con licencia que brindan servicios de atención médica.
- Los servicios de atención médica son prestados por voluntarios con licencia para practicar medicina bajo la Ley de Práctica Médica (Artículo 4495b de los Estatutos Civiles de Texas de Vernon).
- Las personas cubiertas por la Ley incluyen: médicos, asistentes médicos, enfermeras registradas y enfermeras vocacionales con licencia.
- Los voluntarios brindan atención que no se administra o que espera una compensación.
- La clínica cumple con los requisitos de seguro de responsabilidad legal obligatorios establecidos por la Ley de Inmunidades de Caridad de 1987

**HE LEÍDO Y ENTIENDO LO ANTERIOR Y ESCOGIDO SER TRATADO POR UN VOLUNTARIO,
ENTENDIENDO LAS LIMITACIONES EN LA RECUPERACIÓN DE DAÑOS DESCritos
ANTERIORMENTE PARA:**

Nombre del paciente

Firma del paciente

Fecha

LEY DE RESPONSABILIDAD Y PORTABILIDAD DEL SEGURO DE SALUD DE 1996 (HIPAA).

Entiendo que tengo ciertos derechos de privacidad con respecto a mi salud protegida Información ("PHI").

Estos derechos se me otorgan en virtud de la **Ley de Responsabilidad y Portabilidad del Seguro de Salud de 1996 (HIPAA)**.

Entiendo que al firmar este consentimiento yo autorizarlo a usar y divulgar mi información de salud protegida (PHI) para llevar a cabo:

Tratamiento (incluido el tratamiento directo o indirecto de otros proveedores de atención médica y voluntaries involucrado en mi tratamiento) en Woven Health Clinic (la "Clínica") y

En el pago de asistencia sanitaria y

En las operaciones de atención médica cotidianas de la Clínica.

Comprendo que el intercambio de información sobre mi afección o tratamiento, tal como se registra en los documentos generados en la Clínica, se puede utilizar en el procesamiento de referencias médicas y en colaboración con las instalaciones médicas a las que me han derivado para consulta o tratamiento.

Entiendo que los documentos relacionados con mis registros médicos pueden transferirse desde un centro de referencia, que también los tratará con la misma privacidad y protección.

Entiendo que estos documentos no pueden compartirse con otra entidad de tratamiento sin mi consentimiento específico por escrito.

También se me informó y se me otorgó el derecho de revisar y asegurar una copia de la Clínica Aviso de prácticas de privacidad, que contiene una descripción más completa de los usos y divulgaciones de mi información de salud protegida (PHI) y mis derechos bajo HIPAA.

Entiendo que la Clínica se reserva el derecho de cambiar los términos de este aviso de vez en cuando y que puedo comunicarme con la Clínica en cualquier momento para obtener la copia más actualizada de este aviso.

Entiendo que tengo derecho a solicitar restricciones sobre cómo se usa y divulga mi información médica protegida (PHI) para llevar a cabo el tratamiento, y para operaciones de pago y atención médica, pero que la Clínica no está obligada a aceptar estas restricciones solicitadas. Sin embargo, si la Clínica está de acuerdo, la Clínica está obligada a cumplir con estas restricciones.

Entiendo que puedo revocar este consentimiento, por escrito, en cualquier momento. Sin embargo, cualquier uso o la divulgación que ocurrió antes de la fecha en que revoco este consentimiento no se ve afectada.

Nombre del paciente

Firma del paciente

Fecha



PATIENT INTAKE FORMS | FORMULARIOS DE ADMISIÓN DE PACIENTES

Date (Fecha):_____

Name (Nombre):_____

Preferred Language (Idioma Preferido): English Espanol Other/Otra: _____

Sex (Sexo): Male (Masculino) Female (Femenino) D.O.B (Fecha de Nacimiento): _____

Social Security Number (Número de Seguro Social): _____ / _____ / _____

Primary Phone (Numero de Contacto Principal):_____

Secondary Phone (Numero de Contacto Secundario):_____

Email (Correo Electronico):_____

Address (Direccion):_____ Apt# (Apartamento):_____

City (Ciudad):_____ State (Estado):_____ Zip (Codigo Postal):_____

County (Condado):_____

Ethnicity (Etnia): Hispanic/Latino or Spanish Origin Not Hispanic/ Latino or Spanish

Origin Race (Raza):

- White (Blanco)
- Black or African American (Negro o Afroamericano)
- Asian (Asiatico)

- American Indian or Pacific Islander (Indios americanos o isleños del Pacífico)
- Other: _____

Emergency Contact/ Contacto de Emergencia:

Name/Nombre:_____ Phone/Telefono:_____

Relationship/Relación:_____

How did you hear about Woven Health Clinic/ ¿Cómo te enteraste de Woven Health Clinic?

- Online Search/ Búsqueda en línea

- From Family/ Friend / Familia/Amigo

- Metrocrest Services

- Health Fair / Feria de la Salud

- Other/ Otro:_____



MEDICAL HISTORY QUESTIONNAIRE | CUESTIONARIO DE HISTORIA CLÍNICA

Are you disabled? (Esta incapacitado?) Yes (Si) No

Are you on blood thinners? (Esta tomando anticoagulantes?) Yes (Si) No

Are you taking any controlled substances? (Esta tomando sustancias controladas?) Yes (Si) No

Have you ever had chicken pox? (Alguna vez ha tenido varicela?) Yes (Si) No

Has it been more than 10 years since your last tetanus vaccine? (Han pasado mas de 10 años desde su ultima vacuna contra el tetano?) Yes (Si) No

Have you ever been diagnosed with Bipolar disorder or Schizophrenia? (Alguna vez le han diagnosticado trastorno Bipolar o Esquizofrenia?) Yes (Si) No

Have you ever been diagnosed with any of the following conditions? Select all that apply. (¿Alguna vez le han diagnosticado alguna de las siguientes condiciones? Seleccione todas las que correspondan.)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Diabetes (Diabetes) | <input type="checkbox"/> Hepatitis (Hepatitis) |
| <input type="checkbox"/> High Cholesterol (Colesterol Alto) | <input type="checkbox"/> Liver Problems (Problemas de hígado) |
| <input type="checkbox"/> Hypothyroidism (Hipotiroidismo) | <input type="checkbox"/> Stomach Ulcers (ulceras estomacales) |
| <input type="checkbox"/> Heart Problems (Problemas del Corazón) | <input type="checkbox"/> Skin Disorders (Trastornos de la Piel) |
| <input type="checkbox"/> Seizures (Convulsiones) | <input type="checkbox"/> Cancer (Cáncer): _____ |
| <input type="checkbox"/> High Blood Pressure (Presión Alta) | <input type="checkbox"/> Other (Otro): _____ |
| <input type="checkbox"/> Pneumonia (Neumonía) | _____ |
| <input type="checkbox"/> Asthma (Asma) | _____ |
| <input type="checkbox"/> Kidney Disease (Enfermedad del Rínón) | _____ |
| <input type="checkbox"/> Anemia (Anemia) | _____ |

List all past surgeries (Liste todas las cirugías pasadas): _____

Are you allergic to any medications? (Eres alérgico a algún medicamento?) Yes (Si) No

If Yes, to what? (En caso afirmativo, ¿a qué?): _____

Please list any medication you are currently taking. Include over the counter and/or vitamin supplements. (Liste cualquier medicamento que esté tomando ahora. Incluya medicamentos sin receta y vitaminas o suplementos.)

Name of Drug (Nombre de la droga)	Dose (Including how many per day) Dosis (Incluya la cantidad de píldoras por día)	How long have you been taking this? (Cuánto tiempo ha estado tomando esto)



WOVEN HEALTH® CLINIC

Sharing your income information helps us connect you with programs and services you may be eligible for, and also supports the clinic in securing grants and funding. Please note that providing this information will not affect your ability to receive care at our clinic.

Compartir información sobre sus ingresos nos permite conectarlo con programas y servicios para los que podría calificar, y también ayuda a la clínica a obtener subvenciones y financiamiento. Tenga en cuenta que proporcionar esta información no afectará su acceso a los servicios en nuestra clínica

Patient Information / Información del Paciente

- Name/ Nombre: _____
- Date of Birth/ Fecha de Nacimiento: _____
- Phone / Telefono: _____

____Single/Soltero ____Married/ Casado ____Divorced/Divorciado ____Widow/ viuda ____Separated/Separado

Household Information / Información del Hogar

- Total number of people in your household / Número de personas en el hogar: _____
- If SINGLE, are you the Head of Household? / • Si es SOLTERO, ¿es usted el jefe de familia? ____Yes ____No

Source of Income / Fuente de Ingresos

- Employment / Empleo
- Unemployment / Desempleo
- Social Security / Seguro Social
- Other / Otro: _____
- Disability / Discapacidad

Self-Certification / Autocertificación

- I am currently unemployed and have no income / Actualmente estoy desempleado y no tengo ingresos
- I am currently living with someone who provides for my basic needs / Actualmente vivo con alguien que cubre mis necesidades básicas
- I am a day-laborer or work odd jobs for cash/ Soy un jornalero o tengo trabajos ocasionales por dinero en efectivo

Monthly Income Table / Tabla de Ingresos Mensuales

(Include information for each working member of your household / Incluya información de cada miembro trabajador de su hogar.)

Name/Nombre	\$ Weekly/semanal \$ Bi-Weekly/quincenal	\$ Monthly/ Total por Mes	\$ Annual Total/ Total Anual

Documentation Requirements / Requisitos de Documentación

- - Photo ID / Identificación con foto
- - Proof of address (utility bill, lease, etc.) / Prueba de dirección (factura de servicios, contrato de arrendamiento, etc.)

Signature/ Firma: _____

Date/Fecha: _____

RESIDENCY VERIFICATION | VERIFICACIÓN DE DOMICILIO

The following are acceptable documentation to verify your address – Only one is required, unless otherwise stated (Lo siguiente es documentación aceptable para verificar su dirección: solo se requiere una, a menos que se indique lo contrario):

- Valid TX Drivers License or State ID Card (Licencia de conducir válido de TX o tarjeta de identificación estatal)
- Utility or Phone bill or records (Factura o registros de servicios públicos o teléfono)
- Rent Receipt or Statement from **non-relative** landlord (Recibo de alquiler o estado de cuenta del arrendador que no es pariente)
- Mortgage receipt or statement from Mortgage company (Recibo de hipoteca o estado de cuenta de la compañía hipotecaria)
- DMV Records (Registros del DMV)
- School Records (Registros escolares)
- Voter Registration Card (Tarjeta de Registro de Votante)
- Child Care Provider Statement (Declaración del proveedor de cuidado infantil)
- Employment Records or Statement (Registros o Declaración de Empleo)
- Official records confirming ownership of property (Registros oficiales que confirmen que es propietario de la propiedad)
- Church Records (Registros de la iglesia)
- Notarized statement from an individual with at least one of the above listed items in their name, attesting that patient is living at their address (Declaración notariada de una persona con al menos uno de los documentos anteriores a su nombre, que atestigüe que el paciente vive en su residencia)
- Matricula Consular with household name and address (Matrícula Consular con nombre y dirección)
- **TWO** items of mail with household name and address (DOS cartas de correo con el nombre y la dirección del hogar)

Woven Health Clinic is a charitable medical clinic, which provides medical care to the uninsured residents of our community. In order to provide services and plan for our future, the requested information must be collected on a regular basis. This information is protected by the Health Information and Portability Act and cannot be shared without your permission. If we are unable to gather this information from our patients, we reserve the right to deny services to that individual. To participate in some programs, you may be asked to provide documentation of your financial and/or residential situation.

Woven Health Clinic es una clínica médica caritativa que brinda atención médica a los residentes sin seguro de nuestra comunidad. Para brindar servicios y planificar nuestro futuro, la información solicitada debe recopilarse de forma regular. Esta información está protegida por la Ley de Portabilidad e Información de Salud y no puede compartirse sin su permiso. Si no podemos recopilar esta información de nuestros pacientes, nos reservamos el derecho de negarle servicios a esa persona. Para participar en algunos programas, es posible que se le solicite que proporcione documentación de su situación financiera y/o residencial.

MEDICAL RECORDS RELEASE FORM | FORMULARIO DE DIVULGACIÓN DE EXPEDIENTES MÉDICOS

I do hereby consent and authorize Woven Health Clinic to release copies of my medical records.

Por la presente doy mi consentimiento y autorizo a Woven Health Clinic a divulgar copias de mis registros médicos.

Patient Name (Nombre): _____ DOB: _____

Phone Number (Número de teléfono): _____

Address (Direccion): _____

City (Ciudad) State (Estado) Zip (Codigo Postal): _____

Records requested to/from Woven Health Clinic (Registros solicitados hacia/desde Woven Health Clinic)

Facility Name (Nombre de la instalación): _____

Address (Direccion): _____

City (Ciudad) State (Estado) Zip (Codigo Postal): _____

Phone Number (Número de teléfono): _____

Email (Correo electrónico): _____ Fax: _____

Please select all of the specific documents that apply to this request:

Seleccione todos los documentos específicos que se aplican a esta solicitud:

- | | |
|---|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Clinic Notes (Notas clínicas) | Visit Dates (If Applicable): _____ |
| <input type="checkbox"/> Progress Notes (Notas de progreso) | |
| <input type="checkbox"/> History and Physical (Historia y Física) | |
| <input type="checkbox"/> Discharge Summary (Resumen de alta) | |
| <input type="checkbox"/> Lab Reports (Informes de laboratorio) | |
| <input type="checkbox"/> Imaging Reports (imagine informes) | |
| <input type="checkbox"/> Medications List (Lista de medicamentos) | |
| <input type="checkbox"/> Behavioral Health (Salud mental) | |
| <input type="checkbox"/> Nutrition (Nutrición) | |
| <input type="checkbox"/> Other (Otro): _____ | |

Signature: _____ Date: _____



Consentimiento del Paciente para Divulgar su Información de Salud Protegida (PHI)

Muchos de nuestros pacientes permiten que los miembros de la familia, como su cónyuge, padres u otras personas, llamen y soliciten la prueba resultados/procedimientos, citas y recogida de recetas. Bajo los requisitos de HIPPA, nosotros no se les permite dar esta información a nadie sin el consentimiento por escrito del paciente. Si desea divulgar su información médica protegida (PHI, por sus siglas en inglés) a cualquier otra persona que no sea usted, debe completar este formulario. Este formulario vencerá ÚNICAMENTE mediante notificación por escrito de su parte.

Yo, _____, doy mi consentimiento a la Clínica Woven Health Clinic de divulgar mi información de Salud protegida (PHI) incluyendo resultados de laboratorios, medicamentos, Prescripciones, Muestras, notas del medico proveedor, etc. A la(s) siguiente(s) persona(s) ya sea par teléfono en persona.

Nombre	Relacion	de telefono (si es different del paciente)
Nombre	Relacion	de telefono (si es different del paciente)
Nombre	Relacion	de telefono (si es different del paciente)

Autorizacion para dejar mi Información Personal por medios alternativos:

Por favor, marque todo lo que corresponda: (los mensajes detallados pueden incluir resultados de laboratorios / exámenes)

- Puede dejar un mensaje detallado por correo de voz al # de teléfono de la casa: _____
- Puede dejar un mensaje detallado por correo de voz al de teléfono del celular: _____
- Puede dejar un mensaje detallado por correo de voz al # de teléfono del trabajo: _____
- Puede dejar información con el/la esposo(a) (nombre) _____
- Puede dejar información con otro miembro de familia (nombre/relacion): _____
- NO DEJAR ninguna información detallada a ningún número de teléfono. _____
- SOLAMENTE puede dejar información sobre recordatorios de citas: _____

Nombre del Paciente (por favor imprenta)

Fecha

Nombre del Paciente (firma)

Fecha