



Información del paciente

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_ Telefono: \_\_\_\_\_  
Ciudad, estado, código postal: \_\_\_\_\_ Historial médico: \_\_\_\_\_  
Alergias: \_\_\_\_\_  
Medicamentos que toma actualmente: \_\_\_\_\_  
Nombre de la farmacia, número de teléfono: \_\_\_\_\_

Información del padre / tutor

Nombre: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_  
Ciudad, estado, código postal: \_\_\_\_\_  
Teléfono durante el día : \_\_\_\_\_  
Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Contacto de emergencia

Nombre: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_  
Ciudad, estado, código postal: \_\_\_\_\_  
Teléfono durante el día : \_\_\_\_\_  
¿ Presentar por teléfono / en persona para la visita? S / N

Información de la escuela

Nombre: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_  
Ciudad, estado, código postal: \_\_\_\_\_  
Teléfono: \_\_\_\_\_

Información del médico

Nombre: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_  
Ciudad, estado, código postal: \_\_\_\_\_  
Teléfono: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

Información del seguro

Compañía: \_\_\_\_\_ Suscriptor: \_\_\_\_\_  
Número de póliza: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
Número de grupo: \_\_\_\_\_ Número de seguro social: \_\_\_\_\_

**\* Proporcione copias de la tarjeta del seguro y la licencia de conducir de los padres \***



Health Maintenance Organization & MEDICAID

\_\_\_\_\_ Notificación de la organización de mantenimiento de la salud: la mayoría de las organizaciones de mantenimiento de la salud (HMO) tienen ciertos requisitos que un miembro debe cumplir para tener cobertura de beneficios para la atención de emergencia. Estos pueden incluir, entre otros, cualquiera o todas las siguientes consideraciones: 1) Notificación de un médico de atención primaria y / o 2) Uso de instalaciones y proveedores participantes y / o 3) Tratamiento de una afección considerada de emergencia. naturaleza de acuerdo con la definición de HMO especificada en el acuerdo de beneficios grupales del miembro y / o 4) los servicios requeridos no estaban disponibles en el consultorio del médico de atención primaria y / o los servicios requeridos se indicaron fuera del horario de atención del médico. Es responsabilidad del el paciente / asegurado debe seguir los requisitos de cobertura prescritos para garantizar la cobertura total de beneficios bajo su programa HMO . El no hacerlo puede resultar en una reducción o denegación de la cobertura de beneficios, en cuyo caso la responsabilidad financiera debe ser asumida por el paciente / parte asegurada. CUALQUIER COPAGO APLICABLE SE DEBE EN EL MOMENTO EN QUE SE ENVIARON LOS SERVICIOS. Este aviso se proporciona como un recordatorio para que los pacientes los ayuden en la coordinación con su respectivo pagador HMO. Los servicios de emergencia hospitalarios están disponibles para todos los pacientes que soliciten dicha atención. El hospital no se hace responsable de los requisitos de precertificación asociados con estos servicios.

\_\_\_\_\_ Reconocimiento de Medicaid: Entiendo que, en opinión de Palo Pinto General Hospital District que opera bajo el nombre de Palo Pinto General Hospital Clinic Network, los servicios o artículos que he solicitado que se me proporcionen pueden no estar cubiertos por la asistencia médica de Texas. programa como razonable o médicamente necesario para mi atención. También entiendo que si el agente de seguros de salud del Departamento de Servicios Humanos de Texas o el agente de seguros de Atención Administrada de Medicaid determina que los servicios o artículos que solicito y recibo no son médicamente necesarios, no son un beneficio, o no se realizan con una autorización previa o con un proveedor de la red, soy responsable del pago de estos servicios o artículos que no están cubiertos. Entiendo que Palo Pinto Hospital General de Distrito me puede facturar por el siguiente: 1) Cualquier servicio que no es un beneficio de cada tratamiento tradicional de Medicaid de Texas o una de las (por ejemplo, artículos de cuidado personal Managed Care Medicaid, medicamentos para llevar a casa, la línea de base estudios, muletas, etc.) 2) Todos los servicios incurridos en días no cubiertos debido a la elegibilidad o limitación por período de enfermedad. La responsabilidad total se determinará revisando la declaración detallada e identificando por fechas, los servicios no cubiertos. 3) La reducción en el pago debido a la reducción de gastos por necesidades médicas. La responsabilidad del destinatario será igual al monto de los cargos totales aplicados a la reducción. 4) Los servicios que se brindan a los beneficiarios de Managed Care Medicaid con los que Palo Pinto General Hospital Clinic Network no tiene contrato. Esto no renuncia a ningún derecho al que pueda tener derecho o según las leyes de los reglamentos de Medicaid.

---

Relación con el paciente

---

Firma del paciente o representante Fecha



PALO PINTO GENERAL HOSPITAL  
400 SW 25th AVENUE  
MINERAL WELLS, TX 76087  
(940) 325-7891

Release of Information  
Rev. 11/2017  
1 of 1

## AUTHORIZATION FOR RELEASE OF INFORMATION

### AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA A TERCER PAGADOR / OTROS ESPECIFICADOS

Nombre del paciente:

Dirección del paciente:

Teléfono:

El abajo firmante autoriza y solicita a PALO PINTO GENERAL HOSPITAL que divulgue y proporcione información a cualquiera o todos los seguros, con acceso a mis registros hospitalarios con el propósito de revisión y examen, y además autoriza y solicita que se divulgue la información y se proporcionen copias según lo solicitado.

Lo anterior está sujeto a las limitaciones que se indican a continuación:

Limitado a los registros relacionados con la admisión y el tratamiento de las siguientes afecciones o lesiones \_\_\_\_\_.

Cubre los registros por el período de tiempo desde \_\_\_\_\_ hasta el alta.

\*  Se pueden publicar todos los registros.

Se pueden divulgar todos los registros, excepto los tratamientos o diagnósticos asociados con:

Atención psiquiátrica

Virus de la inmunodeficiencia humana (SIDA)

Otro: (especificar)

Esta autorización está sujeta a revocación en cualquier momento, excepto en la medida en que se hayan tomado medidas basándose en ella .

Renuncio a todas las disposiciones de las leyes estatales y federales relacionadas con la confidencialidad y la naturaleza privilegiada de dicha información y libero a Palo Pinto General Hospital de la responsabilidad que pueda surgir de la divulgación de la información anterior.

---

**Firma Fecha / Hora**

---

**Firma del testigo Fecha / hora**

**Receipt of Notice of Privacy Practices - HIPAA**

ESTE AVISO DESCRIBE UNA DESCRIPCIÓN GENERAL DE CÓMO SE PUEDE UTILIZAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO USTED PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR REVISARLO DETENIDAMENTE. UNA COPIA COMPLETA DE NUESTRAS PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD ESTÁ DISPONIBLE BAJO PEDIDO.

Cómo podemos usar y divulgar su información médica. Usamos su información médica para el tratamiento, para que le paguen por el tratamiento, con fines administrativos y para evaluar la calidad de la atención que recibe. Por ejemplo, su información médica puede compartirse con otros proveedores a los que se le deriva. La información se puede compartir por papel, correo, fax, correo electrónico u otros métodos. Podemos divulgar su información médica sin su autorización por varias razones. Pero más allá de esas situaciones, le pediremos su autorización por escrito antes de usar o divulgar su información médica . Si firma una autorización para divulgar información, puede revocarla más tarde para detener cualquier uso y divulgación posterior.

Tus derechos. En la mayoría de los casos, tiene derecho a ver u obtener una copia de su información médica que usamos para tomar decisiones sobre usted. Si solicita copias, podemos cobrarle una tarifa basada en el costo. También tiene derecho a solicitar una lista de ciertos tipos de divulgaciones de su información que hemos realizado. Si cree que su información médica es incorrecta o falta información. tiene derecho a solicitar que corriamos la información existente o agreguemos la información que falta. A su petición que pueda ser excluido de las listas públicas.

Nuestro deber legal. La ley nos exige proteger la privacidad de su información médica, proporcionar este aviso sobre nuestras prácticas de privacidad, seguir las prácticas de privacidad que se describen en este aviso y solicitar su acuse de recibo de este aviso. Podemos cambiar nuestras políticas de privacidad en cualquier momento. Puede solicitar una copia de nuestro aviso en cualquier momento. Para obtener más información sobre nuestras políticas de privacidad, comuníquese con la persona que figura a continuación.

Quejas de privacidad. Si le preocupa que hayamos violado sus derechos de privacidad, nuestras políticas de privacidad o si no está de acuerdo con una decisión que tomamos sobre su acceso a su información médica. Y ou puede comunicarse con la persona indicada a continuación. También puede enviar una queja por escrito al Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU . La persona que figura a continuación puede proporcionarle la dirección adecuada si lo solicita.

Si tiene alguna pregunta o queja, comuníquese con:  
Gestión de riesgos / Gestión de la calidad al (940) 328-6232 o (940) 328-6277

Acuse de recibo del Aviso de prácticas de privacidad:



PALO PINTO GENERAL HOSPITAL  
400 SW 25th AVENUE  
MINERAL WELLS, TX 78007  
(840) 325-7891

Insurance Authorization  
Rev. 11/2017  
1 of 1

## INSURANCE AUTHORIZATION

**Autorización y asignación de seguro:** Por la presente autorizo a PPGH Clinic Network a proporcionar información a las compañías de seguros sobre mi enfermedad y tratamiento y por la presente asigno a PPGH Clinic Network todos los pagos por servicios médicos prestados a mí o a mi hijo menor. Entiendo que soy responsable de proporcionar la información del seguro o se me considerará un pago privado. Entiendo que soy responsable de cualquier monto que no cubra el seguro. Por la presente autorizo al Departamento de Servicios Sociales a contactar y proporcionar información apropiada a recursos comunitarios externos según se considere necesario.

**Declaración del garante:** Asumo la responsabilidad financiera por el pago de todos los cargos por los servicios prestados al paciente mencionado anteriormente .

**Ley de Protección al Consumidor Telefónico:** Usted acepta, para que podamos dar servicio a su cuenta o cobrar el dinero que deba, Palo Pinto General Hospital, y / o los agentes pueden comunicarse con usted por teléfono a cualquier número de teléfono asociado con su cuenta, incluido el teléfono inalámbrico números, lo que podría resultar en cargos para usted. También podemos comunicarnos con usted enviándole un mensaje de texto o correos electrónicos, utilizando la dirección de correo electrónico que proporcione. Los métodos de contacto pueden incluir el uso de mensajes de voz pregrabados / artificiales y / o el uso de servicios de marcación automática según corresponda. He / hemos leído esta divulgación y acepto que Palo Pinto General Hospital, su empleado y / o agentes pueden comunicarse conmigo / con nosotros como se describe anteriormente.

(No se aceptan todos los seguros).

---

Firma del paciente o del representante Relación con el paciente Fecha



**Treatment Consent Form**

---

**CONSENT FOR MEDICAL TREATMENT:** I hereby give my permission to receive medical treatment for myself or my minor child(ren) by physicians and/or mid-level providers at the PPGH Family Health Clinic, a service of Palo Pinto General Hospital.

**CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO MEDICAL:** Doy mi permiso para recibir tratamiento par mi y mis criaturas demenores de edad por medicos en la Family Health Clinic, un servicio de Palo Pinto General Hospital.

**PLEASE READ AND INITIAL THE FOLLOWING:**

If you wish to change your treating physician to one of the providers at the PPGH Family Health Clinic, we will need you to initial below and request a Release of Medical Records Form from the front desk to send to your previous treating physician.

\_\_\_\_\_ Yes                                  \_\_\_\_\_ No

**Por favor lee e inicial el siguiente:**

Si usted deseara cambiar su medico tratante para uno de los proveedores en the PPGH Family Health Clinic, lenecesitaremos inicial debajo y solicitaran una Liberacion de Forma de Registros Medica de frente escritorio a enviara su previo tratante medico.

\_\_\_\_\_ Si                                          \_\_\_\_\_ No

**Acknowledgment of receipt of Patient Rights**

**Pamphlet. Recibo de reconiciemento de Patient Rights Pamphlet.**

\_\_\_\_\_  
Signature of Patient or Representative

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Relationship to Patient



## **AUTORIZACIÓN HIPAA PARA EL USO O DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA**

Este formulario es para usar cuando se requiere dicha autorización y cumple con las Normas de Privacidad de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos de 1996 (HIPAA).

Nombre del paciente en letra de imprenta: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ SSN: \_\_\_\_\_

### **I. Mi autorización**

De conformidad con el Código Administrativo de Texas, Título 1, Parte 15, Capítulo 354, Subcapítulo A, División 33, Regla §354.1432; para un niño que recibe servicios médicos de telemedicina en un entorno basado en la escuela, una notificación que incluye un resumen de los servicios debe ser proporcionada al médico de cabecera o proveedor , junto con una copia del resumen que se proporciona a los padres / tutor legal .

Autorizo al Palo Pinto General Hospital a usar o divulgar la información médica de mi hijo .

La parte anterior puede divulgar esta información médica al siguiente destinatario:

Médico de atención primaria: \_\_\_\_\_

Dirección : \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Zip \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

Correo electrónico del médico \_\_\_\_\_

Correo electrónico del padre / tutor legal \_\_\_\_\_

El propósito de esta autorización es proporcionar comunicación entre el médico de mi hijo y los proveedores de telemedicina en la escuela.

Esta autorización está vigente para el año escolar 2020-2021.

De conformidad con el Código Administrativo de Texas , Título 1, Parte 15, Capítulo 354, Subcapítulo A, División 33, Regla §354.1432 ; un niño que recibe servicios médicos

de telemedicina en un entorno escolar, se debe proporcionar una notificación al médico o proveedor de atención primaria.

## II. Mis derechos

Entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorización, por escrito, en cualquier momento, excepto cuando ya se hayan hecho usos o divulgaciones con base en mi permiso original. Es posible que no pueda revocar esta autorización si su propósito era obtener un seguro. Para revocar esta autorización, debo hacerlo por escrito y enviarla a la parte divulgadora correspondiente.

Entiendo que los usos y divulgaciones que ya se han realizado en base a mi permiso original no se pueden retirar.

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

Entiendo que el tratamiento por parte de cualquier parte no puede estar condicionado a mi firma de esta autorización (a menos que el tratamiento se busque solo para crear información médica para un tercero o para participar en un estudio de investigación) y que puedo tener derecho a negarme firmar esta autorización.

Recibiré una copia de esta autorización después de haberla firmado. Una copia de esta autorización es tan válida como el original.

- El paciente es menor de edad: \_\_\_\_\_ años de edad

Firma del representante autorizado: \_\_\_\_\_

Fecha : \_\_\_\_\_

Nombre en letra de imprenta del representante autorizado: \_\_\_\_\_

Autoridad del representante para firmar en nombre del paciente:  - Padre  - Tutor legal

- Orden judicial  - Otro: \_\_\_\_\_