OmniPoint Health
World-Class Care. Hometown Service.

Agilice su experiencia mediante el uso de un portal del paciente en línea

Un portal del paciente es un sitio web en línea segura que brinda a los pacientes un acceso conveniente las 24 horas a la información personal de salud desde cualquier lugar con una conexión a Internet. ¡Usando un nombre de usuario y contraseña seguros, pacientes pueden ver información de salud y mucho más! ¡Nuestras clínicas de atención primaria también ofrecen una conveniente aplicación móvil healow!

SOLICITAR CITAS

COMUNICARSE CON SU PROVEEDOR

VER RESULTADOS

VER EXTRACTOS Y REALIZAR PAGOS

Para inscribirse, proporcione su dirección de correo electrónico.
Le enviaremos un enlace con su información de inicio de sesión.

NOMBRE:_____

CORREO ELECTRONICO:_____

INFORMACIÓN Y AUTORIZACIÓN DE PACIENTE

OmniPoint Health
World-Class Care. Hometown Service.

Apellido:_____**Nombre**:_____**M.I**._____**DOB:** _____

Dirección de envió: _____
Ciudad Estado Código

Casa #:_____**Celular #:**_____**Empleo #:** _____

Correo Electrónico:_____**Número de seguridad social: #:**_____

Persona responsable:_____**Relación:**_____**Teléfono:**_____

Contacto de emergencia:_____**Relación:**_____**Teléfono:**_____

Sexo:
- ☐ Mujer
- ☐ Hombre
- ☐ Transgénico

Orientación Sexual:
- ☐ Lesbiana, Gay, o Homosexual
- ☐ Heterosexual o No Homosexual
- ☐ Bisexual
- ☐ No lo se
- ☐ Decido no declarar
- ☐ Otro: _____

Estado Marital:
- ☐ Soltero/a
- ☐ Casado/a
- ☐ Divorciado/a
- ☐ Viudo/a

 # de personas en el hogar:

_____

Ingreso de hogar/anual:
- ☐ Baja de $20,000
- ☐ $20,00-$40,000
- ☐ $40,00-$80,000
- ☐ Mas de $80,000

Gender Identity:
- ☐ Masculino
- ☐ Femenino
- ☐ Hombre Transgénero / Femenino a Masculino
- ☐ Mujer Transgénero / Masculino a Femenino
- ☐ Genderqueer, ni masculino ni femenino
- ☐ Decido no declarar
- ☐ Orto: _____

Idioma Primario:
- ☐ Español
- ☐ Ingles
- ☐ Vietnamese
- ☐ Otro:

Raza: Marque todo lo que corresponda
- ☐ Caucásico
- ☐ Afroamericano
- ☐ Asiático
- ☐ American Indian or Alaska Native
- ☐ Nativo de Hawái
- ☐ Otra Isleño Pacifico
- ☐ Decido no declarar

Etnia:
- ☐ Hispano or Latino
- ☐ No Hispano o Latino
- ☐ Decido no declarar

Discapacidad:
- ☐ Si
- ☐ No

Veterano:
- ☐ Si
- ☐ No

Seguro Primario:_____**ID #**_____**Grupo #**_____

Nombre Del Asegurado:_____**Fecha de Nacimiento del asegurado:** _____

Seguro Secundario:_____**ID #**_____**Grupo #**_____

Nombre del asegurado:_____ **Fecha de Nacimiento del asegurado:**_____

LOS SIGUIENTES CONSENTIMIENTOS PERMANECERAN EN VIGOR HASTA QUE SEAN REVOCADOS POR ESCRITO.

Autorización de beneficios al proveedor: Entiendo que soy responsable financieramente de todos los cargos incurridos con OmniPoint Health, en este documento después de ser referido como 'Health Center.' Por la presente, asigno y renuncio a mi interés y título de mis beneficios de seguro al Centro de Salud para todos los servicios médicos prestados.

Reconocimiento de recibo de la recepción del aviso de prácticas de privacidad. Yo, por la presente reconozco que he recibido una copia del aviso de prácticas de privacidad pará esté servicio y comprendo que voy a dar mi consentimiento para el uso y la divulgación de mi información de salud protegida para llevar a cabo el tratamiento, actividades de pago y operaciones de atención médica.

Permiso diagnóstico y tratamiento: Yo entiendo que presentándome en la clínica es indicando por mi condición o necesaria médica. Yo voluntariamente autorizo y consiento para los exámenes, pruebas, y procedimientos acostumbrados en pacientes con mi condición y consiento a tratamiento médico ordenado por el medico del centro de salud, el asistente medico o la enfermera practicante.

POR FAVOR MARQUE SI O NO PARA LO SIGUIENTE:		
Entiendo que las leyes de privacidad del paciente se aplican a la telesalud. Doy mi consentimiento para recibir servicios a través de citas de telesalud, cuando corresponda.	**SI**	**NO**
Doy mi consentimiento para unirme a la red segura de intercambio de información médica, "Greater Houston Health Connect" (GHH), que comparte electrónicamente mi información medica protegida con otros proveedores e instalaciones participantes.	**SI**	**NO**
Autorizo al Centro de Salud a tomar y / o usar fotografías o imágenes electrónicas con el propósito de verificar la identidad y / o mi atención médica.	**SI**	**NO**

_____ _____ **Fecha**_____/_____/20_____

Firma paciente o Representante Autorizado **Relación con Paciente**

HOJA HISTORIAL DEL PACIENTE

OmniPoint Health
World-Class Care. Hometown Service.

Fecha:

Nombre de Paciente *(Apellido, Nombre, M.I.):*			**Fecha De Nacimiento:**
Nombre del PCP anterior o actual:		**Nombre de la Farmacia**	
Número de teléfono del PCP anterior o actual:		**Farmacia #:**	

HISTORIAL MEDICO

¿Esta sus vacunas al día? **Si** **No** **INCLUIR REGISTRO DE VACUNAS PARA MENORES DE 17 ANOS.**

Marque si tiene o ha tenido alguna de estas condiciones. **NINGUNA** ☐

☐	Acné / Problemas se la piel	☐	Infección en la Vejiga	☐	Enfermedad del Corazón	☐	Problemas tiroides	☐	Problemas de estómago / intestinal
☐	Asma / Enfermedades del Pulmón	☐	Enfermedad de transmisión sexual	☐	Alta presión	☐	Problemas de la vista	☐	Escoliosis / Problemas de espalda
☐	Tuberculosis	☐	Dolor de Cabeza / Migrañas	☐	Accidente cerebrovascular	☐	Problemas con el oído	☐	Problemas de embarazo
☐	Enfermedad del Hígado	☐	Epilepsia / Convulsiones	☐	Ataque al Corazón	☐	Anemia Drepanocítica	☐	Transfusiones de sangre
☐	Hepatitis	☐	Cáncer	☐	Diabetes	☐	Anemia	☐	Apnea del sueno

Liste otra condición de salud o preocupaciones:

HISTORIA SOCIAL Y DE COMPORTAMIENTO

NINGUNA ☐

☐	Bajo autoestima	☐	Depresion	☐	Problemas de vivienda	☐	Abuso de alcohol	☐	Problemas legales
☐	Intentos de suicidio	☐	Estress familiar	☐	Problemas de pandillas	☐	Uso de Drogas	☐	Abuso fisico / emocional
☐	Insomnio	☐	Problemas Financieros	☐	Problemas dieteticos	☐	Fumador	☐	Problemas de aprendizaje

Hay algun problema en la casa que le gustaria discutir con su medico? **Si** **No**

Se preocupa usted por la seguridad de su hogar o vecindario? **Si** **No**

CIRUGIAS / HOSPITALIZACIONES

NINGUNA ☐

Edad	Razón	Hospital

MEDICAMENTOS ACTUALES

NINGUNA ☐

Receta / Vitamina / Suplemento / Sin Receta	Cantidad / Dosis	Frecuencia

ALERGIAS / INTEROLERANCIAS MEDICAMENTOSAS

NINGUNA ☐

Alegrías / Intolerancias	Reacción

HISTORIA FAMILIAR

NINGUNA ☐

Por favor marque si alguien en su familia tiene o ha tenido alguna de las siguientes condiciones.

	Madre	Padre	Hermano	Hermana	Nino	Abuela Materna	Abuelo Materno	Abuela Paterna	Abuelo Paterno	Otro:
Cáncer										
Diabetes										
Alta presion										
Accidente cerebrovascular										
Ataque del Corazon (< 55 anos)										
Problemas tiroides										
Tuberculosis										
Abuso de drogas										
Abuso de alcohol										
Problemas de aprender										
Problemas mentales										
Otro:										

TEXAS Health and Human Services | Texas Department of S Health Services

REGISTRO DE INMUNIZACIÓN (ImmTrac2) FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO PARA MENORES

(Favor de escribir claramente con letra de molde)

Apellido del Niño(a)

Nombre del Niño(a) **Segundo Nombre del Niño(a)**

/ / *Solamente niños menores de 18 años. **Género:** ☐ **Masculino** ☐ **Femenino**

Fecha de Nacimiento del Niño(a)

Dirección del Niño(a), Calle **Apartamento #** **Teléfono** -

Ciudad **Estado** **Código Postal** **Condado**

Nombre de la Madre **Apellido de Soltera de la Madre**

ImmTrac2, el registro de inmunización de Texas, es un servicio gratis que proporciona el Departamento Estatal de Servicios de Salud de Texas (DSHS). El registro de inmunización es un servicio seguro y confidencial que consolida y guarda el récord de inmunizaciones de su niño(a) (menor de 18 años de edad). Con su consentimiento, la información de la inmunización de su niño(a) será incluida en ImmTrac. Los doctores, departamentos de salud pública, escuelas y otros profesionales autorizados pueden tener acceso al historial de inmunización de su niño(a) para asegurar que las vacunas importantes no le falten.

El Departamento Estatal de Servicios de Salud le anima a participar voluntariamente en el registro de inmunización de Texas

Consentimiento Para Registrar al Menor y Dar a Conocer los Documentos de Inmunización a las Entidades Autorizadas

Entiendo que, con mi consentimiento a continuación, autorizo que se dé a conocer la información de inmunización del menor al DSHS, y además entiendo que el DSHS incluirá esta información en el registro central de inmunización del estado ("ImmTrac2"). Una vez que la información del menor esté en ImmTrac2, por ley la puede acceder:

- el distrito de salud pública o el departamento de salud local, para propósitos de salud pública dentro de sus áreas de jurisdicción;
- el médico, o algún otro médico o proveedor de atención de salud legalmente autorizado para administrar vacunas, en el tratamiento del menor como paciente;
- la agencia estatal que tenga la custodia legal del menor;
- la escuela o la guardería de Texas en que el menor esté inscrito;
- el pagador, actualmente autorizado por el Departamento del Seguro de Texas para operar en Texas, con respecto a la cobertura del menor.

Entiendo que puedo retirar este consentimiento para incluir información sobre el menor en el Registro de ImmTrac2 y mi consentimiento para dar a conocer la información del registro en cualquier momento mediante comunicación escrita a Texas Department of State Health Services, ImmTrac2 Group – MC 1946, P. O. Box 149347, Austin, Texas 78714-9347.

Al firmar abajo, YO AUTORIZO el consentimiento para registrarlo. Deseo INCLUIR la información de mi niño(a) en el registro de inmunización de Texas.

Alguno de los padres, tutor legal o administrador de bienes: _____

Escriba con letra de molde

_____ Fecha

_____ Firma

Notificación Sobre Privacidad: Tan solo por unas cuantas excepciones, usted tiene el derecho de solicitar y de ser informado sobre la información que el Estado de Texas reúne sobre usted. A usted se le debe conceder el derecho de recibir y revisar la información al requerirla. Usted también tiene el derecho de pedir que la agencia estatal corrija cualquier información que se ha determinado sea incorrecta. Diríjase a *http://www.dshs.texas.gov* para más información sobre la Notificación sobre privacidad. (Referencia: Government Code, sección 552.021, 552.023, 559.003 y 559.004)

Al rellenarlo, mándelo por fax o correo postal al Grupo ImmTrac2 del DSHS o a un proveedor de salud inscrito.

¿Tiene preguntas? (800) 252-9152 • (512) 776-7284 • Fax: (866) 624-0180 • www.ImmTrac.com

Texas Department of State Health Services • ImmTrac2 Group – MC 1946 • P. O. Box 149347 • Austin, TX 78714-9347

PROVIDERS REGISTERED WITH ImmTrac2: Please enter client information in ImmTrac2 and **affirm** that consent has been granted. **DO NOT fax to ImmTrac2. Retain this form in your client's record.**

TEXAS Health and Human Services | Texas Department of State Health Services

Programa de Vacunas para los Niños de Texas

Registro de la determinación de elegibilidad del paciente

En el consultorio del proveedor de servicios de salud debe mantenerse, durante un mínimo de cinco (5) años, un registro de todos los niños de 18 años de edad o menores que reciban inmunizaciones por medio del Programa de Vacunas para los Niños de Texas (TVFC). Dicho registro lo puede rellenar el padre o la madre, el tutor, el individuo cuyo nombre aparece en el registro, o el proveedor de servicios de salud. En cada visita para inmunización debe determinarse y documentarse el estado de elegibilidad para el TVFC a fin de asegurar que el menor es elegible para el programa. Aunque no se requiere la verificación de las respuestas, es necesario conservar este registro, o uno similar, para cada niño que reciba vacunas bajo el Programa TVFC.

1. Nombre del menor: _____
   Apellido Primer nombre Inicial del 2.o nombre
2. Fecha de nacimiento del menor: ____/____/____
   mm dd aaaa
3. Padre, tutor o individuo del registro: _____
   Apellido Primer nombre Inicial del 2.o nombre
4. Nombre del proveedor primario: _____
   Apellido Primer nombre Inicial del 2.o nombre
5. Para determinar si un menor (de 0 a 18 años de edad) es elegible para recibir vacunas federales por medio del Programa TVFC, en cada cita o visita para inmunización anote la fecha y marque la categoría de elegibilidad apropiada. Si marca una columna de la A a la F, el menor es elegible para el Programa TVFC. Si marca la columna G, el menor no es elegible para las vacunas federales VFC.

Fecha	Elegible para las vacunas VFC				Elegible con programa estatal		No elegible
	A	B	C	D	E	F	G
	Inscrito en Medicaid	No tiene seguro médico	Indoamericano o nativo de Alaska	* Con seguro insuficiente, recibe atención de un FQHC, una RHC, o un proveedor delegado	** Otras situaciones de seguro insuficiente	*** Inscrito en el CHIP	Tiene seguro médico que cubre vacunas

** El seguro insuficiente incluye a los niños cuyo seguro médico no incluye vacunas o solo cubre ciertos tipos específicos de vacunas. Los niños solo son elegibles para recibir vacunas que no están cubiertas por el seguro. Además, para recibir las vacunas de VFC, los niños con seguro insuficiente deben ser vacunados en un Centro de Salud Federalmente Acreditado (FQHC), en una Clínica de Salud Rural (RHC), o por un proveedor delegado autorizado. El proveedor delegado debe tener un contrato por escrito con un FQHC o una RHC y con el programa de inmunización estatal, local o territorial para poder vacunar a los niños con seguro insuficiente.*

*** Otros niños con seguro insuficiente son aquellos que, aunque están insuficientemente asegurados, no son elegibles para recibir las vacunas federales por medio del Programa TVFC porque el proveedor o centro no es un FQHC, o una RHC, o un proveedor delegado. Sin embargo, estos niños pueden ser atendidos si las vacunas son proporcionadas por el programa estatal para dar cobertura a los niños que no son elegibles para el TVFC.*

**** Niños inscritos en el programa estatal separado CHIP (Children's Health Insurance Program). Estos niños se consideran asegurados y no son elegibles para recibir vacunas mediante el Programa VFC. Cada estado proporciona orientación específica sobre cómo se adquieren y administran las vacunas del CHIP a través de los proveedores participantes.*

Programa de Vacunas para los Niños de Texas

Registro de la determinación de elegibilidad del paciente
(Continuación)

Fecha	Elegible para las vacunas VFC				Elegible con programa estatal		No elegible
	A	B	C	D	E	F	G
	Inscrito en Medicaid	No tiene seguro médico	Indoamericano o nativo de Alaska	* Con seguro insuficiente, recibe atención de un FQHC, una RHC, o un proveedor delegado	** Otras situaciones de seguro insuficiente	*** Inscrito en el CHIP	Tiene seguro médico que cubre vacunas

Medicaid:

Número de Medicaid: _____

Fecha de elegibilidad: _____

CHIP:

Número de CHIP: _____

Número de grupo: _____

Fecha de elegibilidad: _____

Seguro privado:

Nombre de la aseguradora: _____

Número de contacto de la aseguradora: _____

Nombre del seguro: _____

Número de póliza o del asegurado: _____

CHAMBERS COUNTY PUBLIC HOSPITAL DISTRICT #1

Aviso de Practicas de Privacidad

Revisado en Junio de 2013

OmniPoint Health
World-Class Care. Hometown Service.

Este aviso describe cómo se puede usar y divulgar su información médica y como puede acceder a esta información. Por favor revísela con atención.

Nuestras responsabilidades:
Estamos obligados por ley a mantener la privacidad y seguridad de su información médica protegida.

Nuestros usos y divulgaciones: Como podemos usar y divulgar su información médica.
Para tratamiento: Podemos divulgar información medica sobre usted a médicos, enfermeras, técnicos, estudiantes de medicina u otro personal de la clínica u hospital que participe en su atención en cualquiera de las instalaciones.
Para pago: Para facturar y cobrarle a usted, su compañía de seguros o un tercer grupo.
Para operaciones de atención medica: Podemos utilizar la información de su expediente medico para evaluar la atención y los resultados en su caso y en otros similares.

También Podemos usar y divulgar información médica: A los socios comerciales con los que hemos contratado para realizar el servicio acordado y facturarlo; Para recordarte que tienes una cita; Para evaluar su satisfacción con nuestros servicios; Para informarle sobre alternativas de tratamiento, beneficios o servicios relacionados con la salud; Para contactarlo como parte de los esfuerzos de recaudación de fondos; Informar a los directores de funerarias de conformidad con la ley aplicable; Para actividades basadas en la población relacionadas con la mejora de la salud o la reducción de los costes sanitarios; y para realizar programas de formación o revisar la competencia de los profesionales sanitarios.

Según lo requiera la ley, también podemos usar y divulgar información medica para los siguientes tipos de entidades, incluidas, entre otras, las siguientes; Administración de Alimentos y Medicamentos, Autoridades de Salud Publica o Legales encargadas de prevenir o controlar enfermedades, lesiones o discapacidades, Instituciones Correccionales, Agentes de Compensación Laboral, Organizaciones de Donación de Órganos y Tejidos, Autoridades de Comando Militares, Agencias de Supervisión de la Salud, Directores de Funerarias, Forenses y Directores médicos, Agencias de Inteligencia y Seguridad Nacional, Servicios de Protección para el Presidente y Otros.

Cumplimiento de la ley: Para los fines requeridos por la ley o en respuesta a una citación judicial valida.

Sus Derechos de información medica
Tienes derecho a:

- Inspeccionar y copiar, solicitar una enmienda, solicitar un informe de divulgaciones, solicitar restricciones, solicitar comunicaciones confidenciales y recibir una copia completa de este aviso.
- Imprima o vea una copia del enlace Aviso de prácticas de privacidad en www.omnipointhealth.com.

Para ejercer cualquiera de sus derechos, obtenga los formularios requeridos del Oficial de Privacidad y envié su solicitud por escrito.

CAMBIOS EN ESTE AVISO
Nos reservamos el derecho de cambiar este aviso y el aviso corregido o modificado será efectivo para la información que ya tenemos sobre usted, así como cualquier información que recibamos en el futuro. El aviso actual se publicará en cada Clínica y Hospital e incluirá la fecha efectiva. Además, cada vez que se registre o sea admitido en el centro quirúrgico para recibir tratamiento o servicios de atención medica como paciente, le ofreceremos una copia del aviso efectivo.

QUEJAS
Si cree que se han violado sus derechos de privacidad, puede presentar una queja ante el centro siguiendo el proceso descrito en la documentación de Derechos del paciente. También puede presentar una queja ante la secretaria del Departamento de Salud y Servicios Humanos. Todas las quejas deben ser presentadas por escrito. Usted no será penalizado por presentar una queja.

Si tiene alguna pregunta sobre este aviso, comuníquese con el Oficial de privacidad de la instalación al (409) 267-3143.