



**PATIENT REGISTRATION FORM / INFORMACION DE REGISTRO**

**PLEASE PRINT / FAVOR DE ESCRIBIR EN MOLDE**

P A T I E N T  / P A C I E N T E	<b>LAST NAME / APELLIDO</b>		<b>FIRST NAME / PRIMER NOMBRE</b>		<b>MIDDLE NAME / APELLIDOS</b>		<input type="checkbox"/> <b>MALE / MASCULINO</b> <input type="checkbox"/> <b>FEMALE / FEMENINA</b>		
	<b>BIRTHDATE / FECHA DE NACIMIENTO</b>			<b>SSN / NUMERO DE SEGURO SOCIAL</b>			<b>COUNTY / CONDADO</b>		
	<b>MAILING ADDRESS / DIRECCIÓN DEL CORREO</b>						<b>APT No / NUMERO DE APARTAMENTO</b>		
	<b>ZIP / CODIGO POSTAL</b>			<b>CITY / CIUDAD</b>			<b>STATE / ESTADO</b>		
	PLEASE CHECK THE NUMBER WHERE WE MAY CONFIDENTIALLY CONTACT YOU AND/OR LEAVE A MESSAGE PORFAVOR MARQUE EL NUMERO DE TELEFONO DONDE PUEAMOS DEJAR UN MENSAJE CONFIDENCIAL.								
	<input type="checkbox"/> <b>HOME PHONE / TELEFONO DE LA CASA</b>			<input type="checkbox"/> <b>CELL PHONE / TELEFONO DE CELULAR</b>			<input type="checkbox"/> <b>OK to send text reminders / Esta bien de mensajes de texto</b>		
	<b>EMAIL ADDRESS / DIRECION ELECTRONICO</b>			<b>LANGUAGE/ LENGUAJE:</b>			<b>MARITAL STATUS / ESTADO CIVIL:</b>		
				_____			<input type="checkbox"/> MARRIED / CASADO(A) <input type="checkbox"/> SINGLE / SOLTERO(A) <input type="checkbox"/> DIVORCED / SEPARATED / DIVORCIADO(A)/SEPARADO(A) <input type="checkbox"/> WIDOWED / VIUDO(A)		
	<b>ETHNICITY/ETHNICIDAD:</b>				<b>RACE/RAZA:</b>				
	<input type="checkbox"/> HISPANIC OR LATINO <input type="checkbox"/> NOT HISPANIC OR LATINO <input type="checkbox"/> UNREPORTED/REFUSED TO REPORT				<input type="checkbox"/> AMERICAN INDIAN OR ALASKA NATIVE <input type="checkbox"/> ASIAN <input type="checkbox"/> BLACK OR AFRICAN AMERICAN <input type="checkbox"/> WHITE <input type="checkbox"/> NATIVE HAWAIIAN OR OTHER PACIFIC ISLANDER <input type="checkbox"/> UNREPORTED/REFUSED TO REPORT				
<b>CITIZENSHIP / CIUDADANO:</b>									
<input type="checkbox"/> US CITIZEN / CIUDADANO			<input type="checkbox"/> LEGAL PERMANENT RESIDENT / RESIDENTE LEGAL			<input type="checkbox"/> OTHER / OTRO			

**FAMILY SIZE AND INCOME AS NOTED ON PROOF OF INCOME DOCUMENT(S) / NUMERO EN FAMILIA Y PRUEBA DE INGRESO**

<b>FAMILY SIZE/NUMERO EN FAMILIA</b>	<b>YEARLY INCOME/INGRESO DEL AÑO</b>	<b>SIGNATURE/FIRMA</b>	<b>DATE/FECHA</b>

**LIST EVERYONE WHO LIVES IN YOUR HOME**

LAST NAME / APELLIDO	FIRST NAME / PRIMER NOMBRE	RELATIONSHIP / RELACIÓN	AGE / EDAD

<b>RELEASE OF INFORMATION/FINANCIAL RESPONSIBILITY</b>	<b>LA LIBERACION DE INFORMACION/RESPONSABILIDAD FINANCIERA</b>
--	--

<p>I hereby authorize Samaritan Health Ministries (SHM) to release any medical or other information needed to process all insurance claims. I agree that I am responsible for payments for services rendered. I am aware that failure to pay may result in termination of the patient/clinic relationship. A photocopy of this authorization shall be considered as valid as the original. This authorization will remain in effect until revoked by me in writing.</p> <p>By signing this form, I am saying that I understand what is written above and that I voluntarily ask for and consent to treatment.</p>	<p>Con la presente autorizo a Samaritan Health Ministries (SHM) a dar información médica o otra información necesitada para procesar todos los reclamos de seguro. Estoy consiente que es mi responsabilidad el pago por servicios que recibo. Estoy consiente que el no pagar podría resultar en la terminación de mi relación con la clínica. Una fotocopia de esta autorización será considerada igual de válida como la original. Seguirá en efecto esta autorización hasta ser revocado por mí por escrito.</p> <p>Al firmar esta forma, estoy diciendo que entiendo lo que esta escrito arriba y yo voluntariamente y concientemente pido tratamiento medico.</p>
---	---

<b>PATIENT OR AUTHORIZED SIGNATURE / FIRMA DE PACIENTE O AUTORIZADA</b>	<b>DATE/FECHA</b>

## PHOTOGRAPHY/VIDEO ACKNOWLEDGEMENT

En Samaritan Health Ministries, las fotos y videos pueden tomarse periódicamente para documentar las actividades diarias, las ocasiones especiales y las metas de nuestros pacientes. Las fotos y videos tomados son propiedad de Samaritan Health Ministries y pueden ser utilizados para el sitio web, páginas de redes sociales, boletines informativos y/o cualquier otro material promocional para Samaritan Health Ministries.

Al consentir que el personal, los voluntarios u otras personas tomen su foto/video mientras participa en actividades en la clínica, usted está dando su consentimiento para que las imágenes sean utilizadas por Samaritan Health Ministries. Usted tiene derecho a negarse a tener su foto tomada o participar en cualquier video en cualquier momento.

NO doy consentimiento mi foto/video sea tomado o que mi foto sea utilizada por SHM.

\_\_\_\_\_  
Nombre dle Paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha de Nacimiento

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha

## Samaritan Health Ministries

### DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO GENERAL PARA RECIBIR SERVICIOS

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

1. Comprendo que los servicios médicos, dental, y otros servicios de salud relacionados en Samaritan Health Ministries (SHM) son proporcionados por los prestan profesionales de la salud certificados y con licencia, como por ejemplo: médicos, médicos residentes, y dentistas, así como los proveedores de medicina alternativa, incluyendo enfermeros practicantes, asistentes médicos, matronas, trabajadores sociales y psicólogos. Entiendo que tengo el derecho de pedir ver a un médico en lugar de un profesional de la salud alternativa.
2. Yo entiendo además que la Ley de Texas se impone a la recuperación de daños y perjuicios de tal voluntario a cambio de recibir servicios de atención de la salud. Estas limitaciones incluyen inmunidad de responsabilidad civil por cualquier acto u omisión, resultando en la muerte o lesiones a un paciente si: El voluntario estaba actuando de buena fe y en el curso y el alcance de los derechos de los voluntarios o de funciones dentro de la organización; El voluntario compromete la acción u omisión en el curso de la prestación de servicios de atención de la salud al paciente; Los servicios prestados están dentro del alcance de la licencia del voluntario; y Antes de que el voluntario proporciona servicios de atención de la salud, el paciente o, si el paciente es un menor de edad o de lo contrario es legalmente incompetente, padre del paciente, gestión de conservador, tutor legal u otra persona con responsabilidad legal para el cuidado del paciente firma una declaración por escrito que reconoce Que el voluntario está proporcionando atención que no se administra para o en espera de la compensación; y Las limitaciones sobre la recuperación de daños y perjuicios de la voluntaria a cambio de recibir los servicios de atención de la salud.
3. Como paciente de SHM, comprendo que si tengo una urgencia médica debo dirigirme a la sala de urgencias de un hospital.
4. Si es necesario en el curso de mi cuidado, yo consiento para mi Proveedor de Salud de SHM en conseguir acceso a mi historia de medicina, si disponible, de farmacias exteriores.
5. Los servicios se prestan independientemente de la raza, la residencia, la religión, los ingresos, el sexo, la edad, el país de procedencia, el color, las preferencias sexuales o las preferencias de anticonceptivos.
6. Tengo entendido que mis registros son confidenciales. **He revisado el Aviso de Prácticas de Privacidad de Samaritan Health Ministries, el cual explica como mi información médica y psicológica será usada y compartida.**

***Comprendo la información anterior y voluntariamente solicito y doy mi consentimiento para recibir servicios de la clínica para mí o el menor a quien acompaño. Comprendo que este consentimiento es válido hasta que sea revocado por escrito.***

Firma del paciente o adulto autorizado: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del intérprete, de haber alguno: \_\_\_\_\_

Nombre del adulto autorizado (si se trata de un menor): \_\_\_\_\_



## SAMARITAN HEALTH MINISTRIES

### AUTORIZACION PARA DAR INFORMACION

Este documento provee la autorización para dar información a las personas indicadas a continuación. No podemos dar información a personas no incluidas en esta lista, sin previa autorización a menos de que sea autorizado por la ley.

Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ C.P.: \_\_\_\_\_

Teléfono #: \_\_\_\_\_ Direccion Electronico: \_\_\_\_\_

Personas autorizadas para recibir información médica o quienes pueden recoger medicamentos.

Nombre: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_

Teléfono #: \_\_\_\_\_

Information autorizada:

Fecha de próxima cita  Resultados de laboratorio  Reporte radiológico  Medicamentos

Nombre: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_

Teléfono #: \_\_\_\_\_

Information autorizada:

Fecha de próxima cita  Resultados de laboratorio  Reporte radiológico  Medicamentos

Nombre: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_

Teléfono #: \_\_\_\_\_

Information autorizada:

Fecha de próxima cita  Resultados de laboratorio  Reporte radiológico  Medicamentos

Firma del paciente \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Testigo: \_\_\_\_\_



## Derechos y Responsabilidades del Paciente

### Responsabilidades del Paciente

La atención médica eficaz requiere de la participación y la responsabilidad del paciente. Para asegurar el mejor tratamiento y resultados, le pedimos lo siguiente:

- **Brinde tanta información como sea posible** sobre su salud e historial médico. Díganos todo lo que sabe sobre su enfermedad actual, historial de salud, medicamentos que está tomando (incluso medicamentos de venta libre y a base de hierbas), alergias a medicamentos y cualquier cosa más sobre su salud que nos ayudaría a tratarlo.
- **Comuníquese con nosotros.** Infórmenos si no comprende lo que nuestro personal le dice o si no comprende su plan de tratamiento. Si elige no seguir el plan de tratamiento recomendado, informe a su proveedor de su decisión.
- **Háganos saber con al menos 24 horas de anticipación si necesita cancelar una cita** para que podamos ofrecer la hora de su cita a otro paciente.
- **Acepte la responsabilidad de sus acciones** si rechaza el tratamiento o no sigue las instrucciones del proveedor.
- **Pregunte a su proveedor o asistente médico** cuándo y cómo recibirá los resultados de pruebas y procedimientos.
- **Informe a su proveedor sobre cambios inesperados en su condición.**
- **Siga las reglas y regulaciones de la clínica.**
- **Actúe de manera respetuosa** con otros pacientes, nuestro personal, nuestros voluntarios y propiedad de la clínica. Las amenazas, las palabrotas y el lenguaje abusivo no serán tolerados.
- **Respete la privacidad de otros pacientes** que están siendo atendidos en nuestra práctica, lo cual incluye no tomar fotografías.
- **Cumpla con su obligación financiera** con Samaritan Health Ministries.

## Derechos del Paciente

En Samaritan Health Ministries queremos que comprenda sus derechos y tenga las expectativas más altas cuando se trata de su cuidado. Si bien habrá momentos en los que no es posible lograr todos los objetivos durante su visita, estamos comprometidos a brindar la mejor atención posible.

**Ser tratado con respeto.** Nos comprometemos a atender a los pacientes con consideración y sin discriminación en todo momento.

**Participe en su atención médica.** Tiene derecho a toda la información que necesita para tomar las mejores decisiones posibles, incluidas las opciones de tratamiento y los resultados de las pruebas. Tiene derecho a aceptar o rechazar un plan de tratamiento. Su atención mejorará si participa en las decisiones.

**Privacidad y Confidencialidad.** Tiene derecho a hablar en confianza con sus proveedores de salud y, dentro de los límites legales, tener su privacidad protegida en todo momento.

La ley exige que Samaritan Health Ministries mantenga privada la información de su cuidado de salud (Información de Salud Protegida – PHI) y eduque a nuestro personal sobre privacidad y confidencialidad.

**Tener un familiar con usted.** Es posible que un familiar lo acompañe durante su conversación con su proveedor de salud.

**Conozca los nombres y los títulos/ funciones de nuestro personal.** Esperamos que nuestro personal lleve una insignia de identificación. Si no ve una insignia, no dude en preguntarnos nuestro nombre y nuestra función (proveedores, enfermeras, asistentes, recepcionista, etc.)

**Ser examinado en privado.** Es posible que su proveedor esté trabajando con un estudiante de salud. Tiene el derecho a solicitar que su examen se complete sin nadie más en la habitación (a menos que se requiera un acompañante para exámenes sensibles).

---

Nombre del Paciente

---

Fecha de nacimiento

---

Firma del Paciente

---

Fecha

---

Testigo

---

Fecha

### Preguntas / Preocupaciones

Si tiene alguna inquietud sobre su visita a nuestra clínica, puede:

- Contarnos su experiencia a través de una de nuestras encuestas.
  - Pedir hablar con un supervisor.
  - Comunicarse con el Director Ejecutivo en [smunoz@theshm.org](mailto:smunoz@theshm.org)
- Quejas sobre médicos, así como otras personas licenciadas y registradas en Texas Medical Board, incluso los asistentes médicos, pueden ser reportadas para su investigación a :

Texas Medical Board  
Attention: Investigations  
333 Guadalupe, Tower 3, Suite 610  
P.O. Box 2018, MC – 263  
Austin, TX 78768-2018

Hay ayuda disponible para presentar una queja llamando al (800) 201-9353  
Para obtener más información visite el sitio web de [Texas Medical Board](#).

- Quejas sobre enfermeras, así como otras personas licenciadas y registradas en Texas Board of Nursing, incluso las enfermeras practicantes, pueden ser reportadas para su investigación solicitando un formulario de queja al (512) 305-6838 o en el sitio web BON , [BON complaints](#). El formulario se puede devolver a:

Texas Board of Nursing  
Attention: Enforcement  
Suite 3-460  
333 Guadalupe St.  
Austin, TX 78768  
Teléfono: (512) 305-6838

Fax: (512) 305-6870

Correo electrónico: [complaints@bon.texas.gov](mailto:complaints@bon.texas.gov)

- Quejas sobre el personal de atención de salud dental, incluso dentistas, higienistas y asistentes dentales, pueden reportarse a:

Texas State Board of Dental Examiners

Attn: Investigations Division

333 Guadalupe St.

Tower 3, Suite 800

Austin, TX 78701-3942

Fax: (512) 692-2517

Correo electrónico: [complaints@tsbde.texas.gov](mailto:complaints@tsbde.texas.gov)