



Alcance de Servicios & Escala de Honorarios

Escala de Honorarios: Basados en la Guía de Ingresos Mínimos Federales (FPIL)

	FPIL	Cargo por consulta médica		FPIL	Cargo por consulta dental
	0-100%	\$25.00		0-100%	25% del costo usual
	101-150%	\$30.00		101-150%	50% del costo usual
	151-200%	\$35.00		151-200%	75% del costo usual

Consulta Médica: Incluye el examen por un médico, pruebas limitados generales de laboratorio de pruebas de salud, y las pruebas de laboratorio ejecutado en el sitio.

Servicios Ampliados: Son procedimientos médicos y exámenes de laboratorio que requieren pago adicional al cargo de la consulta médica o co-pay. Vea “Incentivo para el pago pronto” a continuación. Puede pedir más información en la recepción.

Incentivo para el pago pronto: Se ofrece un descuento de 40% del precio completo de los servicios prestados cuando se paga en su totalidad en el momento de la cita.

Servicios Prenatales o de Obstétrico (en ciertas ubicaciones): Se acepta seguro privado, Medicaid, y CHIP Perinatal. Pacientes sin seguro médico pueden recibir un descuento de 40% por pagar de inmediato.

Farmacia/ Recetas Médicas: Ubicada en la clínica de Bryan. Se le cobrará el costo de la receta médica más un pequeño honorario de administración. La farmacia acepta Medicaid y CHIP.

Inmunizaciones: Se le cobrará el costo de la vacuna. Algunos niños podrán calificar para recibir las vacunas gratis.

Servicios de Salud Mental: Requieren una referencia de su médico principal. La escala de honorarios para este servicio es igual a la del cargo por consulta médica.

Programa de Asistencia Médica (MAP): \$10.00/solicitud de una compañía farmacéutica. El programa MAP provee asistencia para obtener medicamentos gratis a pacientes de bajos recursos. *No todos los medicamentos están disponibles.* El asistente del MAP le dará información adicional. Este servicio requiere una referencia de su médico principal.

Asistencia de Transportación: Siempre que hay servicios de transportación disponibles en su ciudad, podemos ayudarle ponerse en contacto con estos servicios para ayudarle a venir a sus citas médicas.

Servicio de Referencias: Ofrecemos apoyo hacer citas para sus referencias.

Servicios Afuera del Horario de la Clínica y en los Fines de Semana: Llame al número de su Clínica HealthPoint local para hablar con el médico o la/el enfermera(o) de guardia. La clínica HealthPoint Memorial ofrece citas para enfermos de martes a domingo de 9:00 am a 8:00 pm para los pacientes.

Servicios NO DISPONIBLES:

- Cuidado en hospital
- Apoyo Financiero por Referencias a Especialistas
- Cualquier servicio o procedimiento no especificado en este Alcance de Servicios listados arriba

Es nuestro deseo servirle como su hogar médico para usted y su familia. Puede ser que todos los servicios no se ofrecen en cada clínica. La escala de honorarios está sujeta a cambios.

Firma del Paciente _____ Fecha _____

Effective: 02/11/2013
Revised 03/18/2014
Approved: 03/28/2014



CONSENTIMIENTO GENERAL Y DIVULGACION

La información contenida en este formulario de consentimiento se proporciona para que usted esté mejor informado acerca de los servicios de atención médica que recibirá. Después de estar seguro de que usted entiende la información que le están proporcionado sobre los servicios y si está de acuerdo en recibirlos, debe firmar este formulario para indicar que entiende y consiente a los servicios.

NOTIFICACIÓN: Las Clínicas HealthPoint (denominadas en lo sucesivo "las Clínicas") animan a los individuos a buscar un médico personal para exámenes periódicos de salud y para el tratamiento de problemas médicos o de salud mental. El objetivo de los servicios de las Clínicas es prevenir problemas de salud para los que no pueden acceder a un médico. Las Clínicas no pueden asumir la responsabilidad del pago de la atención médica o de salud mental recibida fuera de las Clínicas, incluyendo la entrega de bebés, a no ser que disponga de autorización previa.

DESCARGO DE RESPONSABILIDAD: Entre sus servicios, las Clínicas utilizan pruebas de detección que son un método de identificación para las personas que están en riesgo de desarrollar varios problemas comunes médicos, de salud mental o de abuso de sustancias. Las pruebas de detección realizan un servicio valioso para ayudar a encontrar ciertas enfermedades o condiciones al principio de su curso. Sin embargo, estas pruebas de detección no cubren todas las enfermedades o condiciones, y pueden pasar por alto algunos casos de enfermedades / condiciones que están destinados a encontrar. No son diagnósticos y no constituyen un examen completo.

CONSENTIMIENTO GENERAL: Doy permiso a las Clínicas, su personal designado y otro personal médico que presta servicios bajo su patrocinio para realizar evaluaciones físicas o exámenes, pruebas de laboratorio u otras pruebas, poner inyecciones, dar medicamentos y otros tratamientos y prestar otros servicios de salud para el paciente identificado en este formulario. *El tratamiento de salud mental de un menor de edad no puede ser proporcionado sin el consentimiento de un representante legal autorizado.*

CONSENTIMIENTO INFORMADO: Además del consentimiento general anterior, DOY / NO DOY permiso a las Clínicas, su personal designado, y otro personal médico que presta servicios bajo su patrocinio para realizar los siguientes procedimientos: medicamentos para la tuberculosis y la enfermedad de Hansen, vacunas, medicamentos inyectables para enfermedades de transmisión sexual, métodos de planificación familiar, consejería especial PKU, tratamiento para la salud mental, tratamiento de abuso de sustancias, y pruebas del VIH.

ENTENDIMIENTO INFORMADO: Entiendo que hay ciertos peligros y riesgos relacionados con todas las formas de tratamiento, y que ninguna seguridad ni garantía se me ha dado en cuanto al resultado de la cura del cuidado y el tratamiento proporcionado.

DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN: Entiendo además, que todos los Registros Médicos, Registros de Salud Mental / Abuso de Sustancias y Registros de Servicio Social pueden ser divulgados a los representantes del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos ya los representantes de los programas o proyectos financiados por este Departamento y otras fuentes de financiación de servicios con el propósito de determinar el cumplimiento del contrato con la legislación y las regulaciones Federales / Estatales.

PREGUNTAS: Certifico que este formulario me ha sido plenamente explicado, que las líneas en blanco se han llenado y que cualquier pregunta que he tenido acerca de los servicios ha sido respondida satisfactoriamente. Además, certifico que he leído los Derechos y Responsabilidades del Paciente y de la Clínica y que acepto ese documento.

VENCIMIENTO: Entiendo que este consentimiento es válido y se conserva en vigor, siempre y cuando sea un paciente de HealthPoint, hasta que yo retire mi consentimiento, o hasta que HealthPoint cambie sus servicios y me pida que complete un nuevo formulario de consentimiento.

FIRMAS: Llene las líneas en blanco con N/A si no es aplicable.

SECCIÓN I:

Nombre del Paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____ Sexo: _____

Firma del Paciente: _____

Persona Autorizada para el Consentimiento (si no es el paciente): _____

Relación con el paciente: _____

Firma: _____ Fecha: _____

SECCIÓN II:

Nombre del Miembro del Personal: _____

Firma del Miembro del Personal: _____ Fecha: _____



DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DE PACIENTE Y DEL CENTRO

Nombre _____ Fecha de Nacimiento ____ / ____ / ____ MR # _____

Bienvenido al Centro. Nuestro objetivo es proporcionar atención médica de calidad a las personas en esta comunidad, sin importar su capacidad de pago. . Como paciente, usted tiene derechos y responsabilidades. El Centro también tiene derechos y responsabilidades. Queremos que usted entienda estos derechos y responsabilidades para que pueda ayudarnos a proporcionarle mejores servicios de salud. Por favor lea y firme esta declaración y háganos las preguntas que pueda tener.

A. **Derechos Humanos**

Usted tiene derecho a ser tratado con respeto y dignidad sin importar la raza, color, estado civil, religión, sexo, origen, antepasados, discapacidad física o mental, edad, estado de veterano de Vietnam, orientación sexual, afiliación política, o la capacidad de pagar por los servicios.

B. **Pago por servicios**

1. Usted es responsable de darnos información precisa sobre su situación financiera actual y cualquier cambio en su situación financiera. Necesitamos esta información para decidir cuánto cobrar a usted y/o para que podamos facturar a un seguro privado, Medicaid, Medicare, u otros beneficios para los cuales usted puede ser elegible. Si sus ingresos son menores al nivel federal de pobreza, se le cobrará una tarifa de descuento.
2. Usted tiene el derecho de recibir explicaciones de nuestra factura. Usted debe pagar o hacer arreglos para pagar, todos los honorarios acordados por los servicios médicos con la excepción de los servicios dentales, que se proporcionan sobre una base pre pagada. Si usted no puede pagar de inmediato, por favor háganoslo saber para que podamos brindarle la atención ahora y elaborar un plan de pago.
3. La ley federal nos prohíbe negarle los servicios de atención primaria de salud que son necesarios médicamente, únicamente porque usted no puede pagar por estos servicios.

C. **Privacidad**

Usted tiene derecho a tener sus entrevistas, exámenes y tratamiento en privado. Sus registros médicos también son privados. Sólo las personas autorizadas legalmente pueden ver sus registros

médicos, a menos que usted solicite por escrito que se los mostremos, o le demos una copia de estos, a otra persona. En ciertos casos, el Departamento Estatal de Servicios de Salud de Texas puede solicitar que el centro le reporte sobre su condición de salud o el estado de su enfermedad.

Una explicación completa de sus derechos de privacidad se le dará junto con este documento y se llama Aviso sobre los Derechos de Privacidad del Cliente. El Aviso sobre los derechos de Privacidad del Cliente establece las maneras en que sus registros médicos pueden ser usados o revelados por el centro y los derechos que le corresponden bajo la Ley de Responsabilidad y Portabilidad del Seguro Médico ("HIPAA") Al firmar este documento usted está indicando que ha recibido este aviso.

D. Cuidado de la Salud

1. Usted es responsable de proporcionarnos información completa y actualizada sobre su estado de salud o enfermedad, para que podamos darle una atención médica adecuada. Usted tiene el derecho, y se le anima, a participar en las decisiones sobre su tratamiento.
2. Usted tiene el derecho a la información y explicaciones en el idioma que habla normalmente y en palabras que usted entienda. Usted tiene el derecho a la información sobre su salud o enfermedad y su plan de tratamiento, incluyendo: la naturaleza de su tratamiento; los beneficios esperados; sus riesgos y peligros (y las consecuencias de rechazar el tratamiento); las alternativas razonables, si las hay (y sus riesgos y beneficios); y el resultado esperado, si se conoce.
3. Usted tiene el derecho de recibir información sobre las "Directivas Anticipadas". Si no desea recibir esta información, o si no es médicamente aconsejable compartir esa información con usted, se la entregaremos a su representante legal autorizado.
4. Usted es responsable del uso apropiado de nuestros servicios, lo cual incluye seguir las instrucciones de nuestro personal, hacer y mantener las citas programadas, y solicitar una cita urgente solamente cuando está enfermo. Es posible que no seamos capaces de verlo a menos que tenga una cita. Si no puede seguir las instrucciones del personal, por favor díganos para que podamos ayudarle.
5. Si usted es un adulto, tiene derecho a rechazar el tratamiento o los procedimientos en la medida permitida por la ley y reglamentos aplicables. A este respecto, usted tiene el derecho de ser informado de los riesgos, peligros y consecuencias de su rechazo a dicho tratamiento y procedimientos. Usted es responsable de las consecuencias y de los resultados de rechazar el tratamiento o los procedimientos recomendados. Si usted rechaza el tratamiento o los procedimientos que su proveedor del cuidado de salud cree que son los más convenientes para usted, se le puede solicitar firmar una de estos documentos: Rechazo a permitir Tratamiento o Servicios Médicos o En contra del Consejo Médico.

6. Usted tiene derecho a la atención médica y al tratamiento que sea razonable para su condición y dentro de nuestra capacidad, sin embargo, el Centro no es un centro de atención de emergencia. Usted tiene el derecho a ser transferido o ser referido a otro centro para los servicios que no podemos proporcionar. El Centro no paga por los servicios que reciba con otro proveedor de salud.
7. Si usted está con dolor, tiene el derecho de recibir una evaluación y un manejo del dolor adecuado, según sea necesario.

E. Reglas del Centro

1. Usted tiene derecho a recibir información sobre cómo utilizar adecuadamente los servicios del Centro. Usted es responsable de usar los servicios del Centro de una manera apropiada. Si tiene alguna pregunta, por favor háganosla.
2. Usted es responsable de la supervisión de los niños que vienen con usted al Centro. Usted es responsable de su seguridad y de la protección de otros pacientes y de nuestra propiedad.
3. Usted tiene la responsabilidad de mantener sus citas programadas. Las faltas a las citas causan retraso en el tratamiento de otros pacientes. Si usted no mantiene sus citas programadas se le puede solicitar reunirse con el Director Médico o la persona designada para determinar la razón de las faltas a sus citas y si puede continuar como paciente del Centro.

F. Quejas

1. Si usted no está satisfecho con nuestros servicios, por favor díganoslo. Queremos sugerencias para poder mejorar nuestros servicios. Nuestro personal le dirá cómo presentar una queja. Si usted no está satisfecho con la forma en que manejamos su queja, puede quejarse a la Junta Directiva.
2. Si usted presenta una queja, no se le castigará, discriminara o se tomara venganza por esa razón y el Centro seguirá prestándole los servicios.

G. Terminación

Si el Centro decide que debemos dejar de tratarlo como paciente, usted tiene el derecho de recibir un aviso anticipado por escrito que explique la razón de la decisión y se le darán treinta (30) días para encontrar otros servicios de salud. Sin embargo, el Centro puede decidir interrumpir el tratamiento inmediatamente y sin previo aviso, si usted ha creado una amenaza

para la seguridad del personal y/o de otros pacientes. Usted tiene el derecho de recibir una copia de la política y procedimiento del Centro "Comunicación al Paciente sobre Incumplimiento y Terminación".

Las razones por las cuales podemos dejar de verle incluyen:

- No obedecer las reglas y políticas del Centro, tales como mantener las citas programadas;
- Fallo intencional de informar con precisión su situación financiera;
- Fallo intencional de reportar la información exacta sobre su salud o enfermedad;
- Fallo intencional para seguir el programa de cuidado de la salud, como instrucciones acerca de la toma de medicamentos, prácticas personales de salud, o citas de seguimiento, según lo recomendado por su proveedor, y/o;
- Crear una amenaza para la seguridad del personal y/u otros pacientes.

H. Apelaciones

Si el Centro le ha dado aviso de terminación de la relación Paciente y Centro, usted tiene el derecho de apelar la decisión ante la Junta Directiva. A menos que tenga una emergencia médica, no vamos a seguir viéndolo como paciente mientras está apelando la decisión.

Firma: _____ / ____ / ____
(Fecha)

Nombre: _____
(Nombre escrito)

Si firma por un menor: _____
(Nombre del Menor escrito)

Leído por: _____
(Nombre escrito de la persona)

BRAZOS VALLEY COMMUNITY HEALTH SERVICES

ADVANCE DIRECTIVE NOTIFICATION

You must make two decisions about your life in order to write an Advance Directive document. You must first decide what you want if faced with certain health situations. Secondly, you must communicate the information to others. This is done through an Advance Directive.

This document tells your doctor what kind of care you would like to have if you become unable to make medical decisions (if you are in a coma, for example)

When you complete and sign and date an Advance Directive the document is then used to help others understand your wishes and values about medical care in the case where you cannot speak for yourself.

It is important to give a copy of this document to all of your doctor's offices, your local hospital, family members who may need this information, your lawyer, and other persons who could be involved in these life decisions.

We are required to inform you of your right to have an Advance Directive.

Patient Name: _____ Today's Date: _____

BRAZOS VALLEY COMMUNITY HEALTH SERVICES

NOTIFICACION POR ADELANTADO

Tu tienes derecho de hacer Decisiones por Adelantada, Primero: Tienes que fijar una decision de tu situacion de salud. Segundo, tienes que comunicarle a otros de tus decisions que tomaste por Adelantado.

Este documento le indica a tu doctor que clase de cuidado tu quieres si tu estas indispuesto para hacer decisiones de salud (como en estado de coma, por ejemplo).

Cuando tu hallas completado y firmado tu Decision por Adelantado, este documento le ayudara a otros entender tus deseos del cuidado medico que deseas en caso de que no puedas hablar.

Es muy importante que le des una copia de este documento a la oficina de tu doctor, a el hospital de tu localidad y a los miembros de tu familia, tu licenciado y a otras personas que esten involucradas en las decisiones de tu vida.

Nosotros necesitamos la informacion de tus Derechos por Adelantado.

Nombre del Paciente: _____ Fecha: _____

AZ&ME Certificaciones del Programa de Ahorro de Prescripción

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

FECHA DE NACIMIENTO DEL PACIENTE: _____

Este paciente ha sido encontrado elegible para participar en el Programa de Ahorro de Prescripción, AZ&ME, basado en la revisión más reciente de su información de registro proporcionada al solicitar servicios en HealthPoint.

El paciente afirma que él / ella no tiene otra forma de cobertura de medicamentos recetados (seguro privado, Medicaid, Medicare, etc.)

Determinación De Ingresos: Número de personas en su hogar = _____

Total combinado de ingresos del hogar? \$ _____ Mensual /Anual (por favor, circule la opción correcta)

El ingreso anual documentado del paciente es:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> \$ 35,000 para una familia de 1 | <input type="checkbox"/> \$ 80,000 para una familia de 5 |
| <input type="checkbox"/> \$ 48,000 para una familia de 2 | <input type="checkbox"/> \$ 95,000 para una familia de 6 |
| <input type="checkbox"/> \$ 60,000 para una familia de 3 | <input type="checkbox"/> \$ 105,000 para una familia de 7 |
| <input type="checkbox"/> \$ 70,000 para una familia de 4 | <input type="checkbox"/> \$ 115,000 para una familia de 8 |

Como lo demuestran las copias de uno de los siguientes documentos: Forma 1040 Forma 4506T
 Forma W-2 Talones de Cheque de Salario Cartas de Empleadores Forma 1099
 Documentación de Desempleo Declaraciones del Seguro Social Carta de Apoyo

.....

_____ Certifico que no tengo ningún otro tipo de cobertura de seguro para medicamentos con receta y que si obtengo esta cobertura en el futuro se los notificaré. (Incluye seguro privado, Medicaid, Medicare)

_____ Certifico que este formulario me ha sido leído en un idioma en el que soy fluido y que he provisto información correcta y precisa. También certifico que notificaré al Programa de Asistencia para Medicamentos de los cambios en el estado de mi seguro o de mis ingresos a medida que ocurran. He tenido respuesta a todas mis preguntas y entiendo mis responsabilidades en este Programa de Asistencia de Medicamentos.

_____ Doy permiso para que el Programa de Ahorro de Prescripción, AZ&ME o la persona designada revise mis registros con fines de auditoría por el período de tiempo que reciba servicios a través de este programa.

_____ / _____ Toda la información anterior está completa en lo mejor de mi capacidad.
(Iniciales del paciente y del representante de la agencia)

Firma del Paciente

Fecha

Firma del Representante de HealthPoint

Fecha

Instrucciones al personal: Introduzca "AZ&ME" en el cuadro en la parte inferior de la pantalla de información del paciente bajo la Sección "Seguros" con la fecha de terminación del plazo de inscripción!

Su Portal del Paciente de **HealthPOINT** es una buena manera de mantenerse involucrado en su salud personal!

Con usar su Portal del Paciente, usted tendrá acceso a sus registros médicos y comunicarse con su centro de salud en cualquier momento via Internet! Para empezar a usar el Portal del Paciente, proveanos su correo electrónico personal.

Una vez que se conecte a la red segura, usted tendrá acceso a:



Citas

Reservar y darle seguimiento a sus citas



Resultados de laboratorio

Obtener y ver los resultados de laboratorio



Registros Médicos

Ver su expediente médico personal



Mensajes

Recibir y enviar mensajes a los empleados



Recordatorios

Recibir recordatorios de salud



Información de Contacto

Actualizar su información demográfica



Referencias

Ver y solicitar referencias

Health Centers

Busque el enlace en www.healthpoint-tx.com

**Health
POINT**



Patient Portal