

Tejas Health Care

753 E. Travis St.
La Grange, TX 78945

220 W. Guadalupe St
La Grange, TX 78945

185 Decker Dr.
Giddings, TX 78942

PATIENT INFORMATION

PATIENT NAME (Last, First Middle) _____

SEX AT BIRTH ☐ M ☐ F

BIRTHDATE ____/____/____

SSN ____/____/____

PATIENT ADDRESS _____ APT # _____

CITY _____ ST _____ ZIP _____

HOME PHONE _____ WORK PHONE _____ CELL NUMBER _____

EMAIL _____

PREFERRED METHOD OF COMMUNICATION ☐ Telephone ☐ E-mail (Patient Portal) ☐ US mail

EMERGENCY CONTACT _____ RELATION TO PATIENT _____ PHONE _____

PRIMARY INSURANCE NAME _____ ID# _____ GROUP # _____ POLICY HOLDER _____

SECONDARY INSURANCE NAME _____ ID# _____ GROUP # _____ POLICY HOLDER _____

Preferred Language

- ☐ ENGLISH
☐ SPANISH

Ethnicity (check one)

- ☐ HISPANIC OR LATINO
☐ NOT HISPANIC OR LATINO

Race

- ☐ WHITE OR HISPANIC
☐ BLACK OR AFRICAN
AMERICAN
☐ ASIAN
☐ AMERICAN INDIAN OR
ALASKA
☐ NATIVE HAWAIIAN
☐ OTHER PACIFIC
ISLANDER

Marital Status

- ☐ SINGLE
☐ MARRIED
☐ WIDOWED
☐ DIVORCED

Are you living:

- ☐ DOUBLED UP (LIVING WITH
OTHERS)
☐ IN A HOMELESS SHELTER
☐ ON THE STREET
☐ TRANSITIONAL HOUSING
☐ NOT HOMELESS

Veteran Status

- ☐ ACTIVE DUTY
☐ DISCHARGED (VETERAN)
☐ NATIONAL GUARD
☐ RESERVES
☐ NONE

Farmer Worker Status

- ☐ MIGRATORY FARM WORKER
☐ NOT A FARM WORKER
☐ SEASONAL FARM WORKER

Please provide the information requested to assist Tejas Health Care receive funding which allows us to provide health care to our communities most vulnerable. If you choose not to provide this information, please initial here

What is your monthly household income?

How many people are in your household? (include yourself)

PARENT/ GUARDIAN INFORMATION IF PATIENT IS A MINOR

NAME _____ BIRTHDATE ____/____/____ SSN ____/____/____

MAILING ADDRESS _____

CITY, STATE ZIP _____

HOME PHONE _____ CELL PHONE _____

RELATIONSHIP TO PATIENT _____

NAME _____ BIRTHDATE ____/____/____ SSN ____/____/____

MAILING ADDRESS _____

CITY, STATE ZIP _____

HOME PHONE _____ CELL PHONE _____

RELATIONSHIP TO PATIENT _____

Tejas Health Care

753 E. Travis St.
La Grange, TX 78945

220 W. Guadalupe St
La Grange, TX 78945

185 Decker Dr.
Giddings, TX 78942

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

NOMBRE DEL PACIENTE _____

SEXO AL NACER ☐ M ☐ F FECHA DE NACIMIENTO ____/____/____ SSN ____/____/____

DIRECCION _____ APT # _____

CIUDAD _____ ESTADO _____ ZONA POSTAL _____

TEL CASA _____ TEL TRABAJO _____ CELULAR _____

CORREO ELECTRÓNICO _____

METODO DE COMUNICACION DE PREFERENCIA ☐ Telefono ☐ Correo Electrónico ☐ US Correo

CONTACTO DE EMERGENCIA _____ RELACION _____ TELEFONO _____

SEGURO PRIMERO _____ ID# _____ GRUPO # _____ POLICY HOLDER _____

SEGURO SECONDARIO _____ ID# _____ GRUPO# _____ POLICY HOLDER _____

Idioma de Preferencia

- ☐ INGLES
☐ ESPANOL

Grupo Étnico (check one)

- ☐ HISPANO O LATINO
☐ NO HISPANO O LATINO

Raza

- ☐ BLANCO O HISPANO
☐ NEGRO O AFRO-AMERICANO
☐ ASIATICO
☐ INDIO AMERICANO O NATIVO DE ALASKA
☐ NATIVO DE HAWAII
☐ OTRO-ISLAS DEL PACIFICO

Estado Civil

- ☐ SOLTERO
☐ CASADO
☐ VIUDO
☐ DIVORCIADO

Condiciones de Vivienda

- ☐ COMPARTE HABITACION
☐ VIVE EN UN REFUGIO
☐ EN LA CALLE (SIN HOGAR)
☐ VIVE EN UN LUGAR DE TRANSICION
☐ EN UN HOGAR

Status de Veterano

- ☐ ACTIVO
☐ INACTIVO (VETERANO)
☐ GUARDIA NACIONAL
☐ RESERVA
☐ NINGUNO

Condiciones de Trabajador Agriculto

- ☐ TRABAJADOR AGRICULTOR
☐ NO ES UN TRABAJADOR AGRICULTOR
☐ TRABAJADOR AGRICULTOR DE TEMPORADA

Please provide the information requested to assist Tejas Health Care receive funding which allows us to provide health care to our communities most vulnerable. If you choose not to provide this information, please initial here

Cual es su ingreso mensual?

Cuántas personas viven en su casa?
(incluyéndose usted)

INFORMACIÓN DEL PADRE / GUARDIAN SI EL PACIENTE ES MENOR

NOMBRE _____ DOB ____/____/____ SSN ____/____/____

DIRECCION _____

CIUDAD, ESTADO ZONA POSTAL _____

TELEFONO _____ CELULAR _____

RELACION A PACIENTE _____

NOMBRE _____ DOB ____/____/____ SSN ____/____/____

DIRECCION _____

CIUDAD, ESTADO ZONA POSTAL _____

TELEFONO _____ CELULAR _____

RELACION A PACIENTE _____

TEJAS HEALTH CARE AUTHORIZATION TO RELEASE INFORMATION - HIPAA

Name of Patient / Nombre de Paciente: _____

Address / dirección: _____

Date of Birth / fecha de nacimiento: _____

The Health Information Portability and Accountability Act (HIPAA) allows patients to request a restriction regarding how information is disclosed. / La Información de la Salud Portability y el Acto de la Responsabilidad permiten que pacientes soliciten una restricción con respecto a cómo información se revela.

I give permission to discuss verbally with the person(s) stated below:

(Example: Spouse, relative, school, none) / Doy el permiso para discutir la información siguiente con la persona (s) expresada abajo: Ejemplo: Esposo, el pariente, la escuela, ninguno)

Name / El Nombre: _____

Name / El Nombre: _____

Name / El Nombre: _____

Emergency Contact Information Emergencia Informacion Del Paciente

Please list the family members or other persons, if any, whom we may contact in the case of an EMERGENCY IN CARING FOR YOU. / Indique el nombre de el miembro familiar o cualquier otra personal a quien le puedanos comunicar y compartir su condicion medica SOLO EN CASO DE UNA EMERENCIA.

Name/ el Nombre: _____

Relationship/Relacion _____ Phone number/ Numero de Telefono _____

Acknowledgement or Review of Notice of Privacy Practices Reconocimiento de haber revisado El Aviso De Practicas De Privacidad

I have reviewed Tejas Health Care's Notice of Privacy Practices, which explains how my medical and psychological information will be used and disclosed. I understand that I am entitled to receive a copy of this document. / Yo revise el Aviso de Practicas de Privacidad de Tejas Health Care, que explica como mi informacion medica y psicologica sera usada y cmompartida. Yo estoy consiente de que tengo derecho a recibir una copia de este documento.

This form was read by me or was read to me and I understand its meaning. Esta forma fue leida por mi o fue leida a mi y yo entiendo su significado.

(Signature of Patient or Authorized Representative)
(Firma de Paciente)

(Date / la fecha)

(Print Name and relationship of Person Authorized to Consent, if other than the patient)
(Imprime el nombre de Persona y Relacion Autorizó para consentir en Liverar de Informacion)

This Page Intentionally Left Blank

Esta Página Se Ha Dejado En Blanco Intencionalmente

Adult Health History

Name _____ Date of Birth _____ Today's Date _____

Note: This form provides information about your healthcare history, is confidential, and part of your medical record.

Personal/Social:

Marital Status: (Circle One) Single Married Divorced Widowed Domestic Partner

Occupation: _____

of Children: _____ #of Sexual Partners: _____ Contraceptive Method Use: _____

Use of Alcohol: Never Socially Daily How many drinks per day: _____

Use of Street Drugs: No Yes If yes, what kind: _____

Use of Tobacco: No Quit Yes If yes, how much per day: _____

Gender Identity: Male Female Transgender Male/ Female-to-Male Transgender Female/ Male-to-Female Choose Not to Disclose

Sexual Orientation: Straight (Not Lesbian or Gay) Lesbian or Gay Bisexual Something Else Don't Know Choose Not to Disclose

Allergies to Medication(s) or Food(s): No Yes If yes, list allergies and Reactions: _____

Have you ever had surgery or been hospitalized? No ☐ Yes ☐ If yes, please list below:

Event	Side	Date	Reason

Self-Medical History: (Check All That Apply)

ADHD/ADD	Cancer:	GERD	Alcoholism
Anemia	What kind:	Heart Disease	Osteoporosis
Anxiety	When:	Hepatitis/Liver Disease	Seizure Disorders
Asthma	Depression	Hypertension	Stroke
COPD	High Cholesterol	Bleeding Disorders	Thyroid Disease
Diabetes	Headaches/Migraines	Tuberculosis	Other:

Have you been in the past 12 months or are you currently under the care of another health professional, if so please list _____

Family Medical History: (Check All That Apply and List Family member)

M- Mother **MGM-** Maternal Grandmother **MU-** Maternal Uncle **PA-** Paternal Aunt
F- Father **MGF-** Maternal Grandfather **PGF-** Paternal Grandfather **PU-** Paternal Uncle
S- Sibling **MA-** Maternal Aunt **PGM-** Paternal Grandmother

ADD/ADHD	Asthma	Diabetes	Tuberculosis
Alcoholism	Cancer	High Cholesterol	Seizure Disorder
Alzheimer's Disease	What Kind:	Anxiety	Hypertension
Arthritis	Depression	COPD	Other:

Medication(s) you are currently taking:

Name of Medication	Dosage of Medication	Provider that prescribed RX

(Continue listing on back of page if necessary)

*Pharmacy you are using: _____

Historial de Salud Para Adulto

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____ Fecha de Hoy: _____

Nota: Esta Forma incluye información sobre su historia médica. Si usted no entiende alguna pregunta o palabra, por favor pida asistencia.

Historia Personal/ Social

Status Matrimonial: Soltero(a) Casado(a) Divorciado(a) Viudo(a) Otro Número de parejas sexuales en la vida: _____

Ocupación: _____

Niños en el hogar: _____ Que método anticonceptivo: _____

Uso de alcohol: Nunca Socialmente Cada día Tragos por semana _____

Uso de drogas: No Sí Tipo y frecuencia: _____

Uso Tabaco: No Deja Sí Cuanto por día _____

Identidad de Genero: Hombre Mujer Transgender Hombre/ Mujer a Hombre Transgender Mujer/ Hombre a Mujer Decidio No Revelar

Orientacion Sexual: Heterosexual (No Lesbiana o Es Gay) Lesbiana o Es Gay Bisexual Algo Diferente No Lo Se Decidio No Revelar

Alergias a Medicamentos o Alimentos: No Sí Lista de alergias y reacciones: _____

Ha tenido alguna vez una cirugía o ha sido hospitalizado? No Sí Por favor, haga una lista a continuación:

Evento	Lado	Dato	Razón

Historia Médica Propia (marque todo lo que corresponda)

Enfermedades de corazón		Cancer:		Artritis		Trastornos convulsivos	
Alto Colesterol		Que tipo:		Osteoporosis		Carrera	
Alto presión de la sangre		Cuando:		Asma		Enfermedad de tiroides	
Embolia		Depresión o Ansiedad		Tuberculosis		Migrañas	
Ataques epilépticos		Enfermedades de riñones		Alcoholismo		COPD	
Diabetes		Glaucoma		Cualquier embrazo		Otro:	

Historia Familiar (marque todo lo que corresponda y lista de miembros de la familia)

Por ejemplo: P-Padre, M-Madre, AM-Abuela Materna, AB-Abuelo Paterno

Déficit de atención		Asma		Diabetes		Tuberculosis	
Alcoholismo		Cancer		Alto Colesterol		Convulsiones	
Alzheimer		Que Tipo:		Ansiedad		Hipertensión	
Artritis		Depresión		COPD		Otro:	

Medicamentos que está tomando actualmente

Nombre de la medicación	Dosificación	Médico que le prescribió

Farmacia que está utilizando: _____



CHILD HEALTH HISTORY

Name: _____ Date of Birth: _____ Today's Date: _____

Note: This form provides information about your healthcare history, is confidential, and part of your medical record.

PERSONAL/SOCIAL									
Marital Status: ☐ Single ☐ Married ☐ Divorced ☐ Widowed Domestic Occupation: _____			Children: ☐ Number of Children _____ ☐ Number of Sexual Partners _____ Contraceptive Method Use: _____			Use of Alcohol: ☐ Never ☐ Socially ☐ Daily How many drinks per day: _____		Use of Street Drugs: ☐ Yes ☐ No If yes, what kind: _____	
Use Of Tobacco: ☐ Yes ☐ No ☐ Quit If yes, how much per day: _____			Gender Identity: ☐ Male ☐ Female ☐ Transgender: Male/Female-to-Male ☐ Transgender: Female/Male-to-Female ☐ Choose Not To Disclose			Sexual Orientation: ☐ Straight (Not Lesbian or Gay) ☐ Lesbian or Gay ☐ Bisexual ☐ Something Else ☐ Don't Know ☐ Choose Not To Disclose			
Does the child have siblings? ☐ Yes ☐ No How many sisters: _____ How many brothers: _____			School Grade in school: _____ Usual grades in school: (A, B, C's etc.): _____			Daycare/Childcare Is your child in daycare/childcare: ☐ Yes ☐ No Any second hand exposure: _____			
BIRTH/DELIVERY									
Birth Weight: _____			Birth Length: _____		Full Term: ☐ Yes ☐ No		Premature (weeks): _____		
Type of Delivery: ☐ Vaginal ☐ C-Section ☐ Forceps ☐ Other/Explanation: _____						Maternal/Delivery Complications: _____			
NUTRITION/ELIMINATION									
Newborn – 12 Months: ☐ Bottle ☐ Breastfed Ounces feed: _____ How often: _____					Number of Wet Diapers in a day: _____ Number of bowel movements in a day: _____				
All Ages: Concerns with nutrition/bladder/bowel movement: _____									
ALLERGIES									
Allergies to Medication(s) or Food(s): ☐ Yes ☐ No If yes, please list allergies and reactions: _____									
Have you ever had surgery or been hospitalized? ☐ Yes ☐ No - If yes, please list below:									
Event: _____			Date: _____		Reason: _____				
FAMILY HISTORY : (Check all that may apply and list family member)									
M – Mother F – Father B – Brother S - Sister MGF – Maternal Grandfather MGM – Maternal Grandmother MU – Maternal Uncle MA – Maternal Aunt PGF – Paternal Grandfather PGM – Paternal Grandmother PU – Paternal Uncle PA – Paternal Aunt									
ADD/ADHD	☐	Asthma	☐	Diabetes	☐	Tuberculosis	☐	Alcoholism	☐
Cancer	☐	High Cholesterol	☐	Seizure Disorder	☐	Alzheimer's Disease	☐	What kind?	
Anxiety	☐	Hypertension	☐	Arthritis	☐	Depression	☐	COPD	☐
MEDICATION(S) – you are currently taking:									
Name Of Medication				Dosage of Medication			Provider that prescribed the RX		
Pharmacy you are currently using: _____									



HISTORIA DE SALUD INFANTIL

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Fecha: _____

Nota: Esta forma proporciona información sobre su historia de atención médica, es confidencial y forma parte de su registro médico.

PERSONAL/SOCIAL									
Estado civil: ___ Soltero ___ Casado ___ Divorciado ___ Viudo Ocupación doméstica: _____			Hijos: ___ Número de niños ___ Número de parejas sexuales Uso del método anticonceptivo: _____			Uso De Alcohol: ___ Nunca ___ Socialmente ___ Diario ¿Cuántas bebidas al día? _____		Uso de drogas: ___ Sí ___ No Si es así, de qué tipo: _____	
Uso De Tabaco: ___ Sí ___ No ___ Deje de fumar ¿Si es así, cuantos por día? _____			Identidad de género: ___ Hombre ___ Mujer ___ Transgénico: hombre / mujer a hombre ___ Transgénico: Mujer / Hombre a Mujer ___ Decido no anotar			Orientación Sexual: ___ Hetera/o (no lesbiana o gay) ___ Lesbiana o Gay ___ Bisexual ___ Algo Mas ___ No se ___ Decido no anotar			
¿El niño/a tiene hermanos? ___ Sí ___ No Cuántas hermanas: _____ Cuántos hermanos: _____			Escuela Grado en la escuela: _____ Calcificaciones usuales: (A, B, C's etc.): _____			Guardería/Cuidado de Niño's Esta su niño en guardería: ___ Yes ___ No Cualquier exposición de segunda mano: _____			
NACIMIENTO									
Peso al Nacer: _____		Longitud al Nacer: _____		¿Termino Completo? ___ Sí ___ No		Prematuro (Semanas): _____			
Tipo De Parto: ___ Vaginal ___ Cesaria ___ Pinzas ___ Otro/Explicación: _____						Complicaciones De Parto/Maternal: _____			
NUTRICIÓN:									
Recién Nacido – 12 Meses: ___ Botella ___ Amamantado Cuántas onzas: ___ Con que frecuencia: _____				Número de pañales mojados en un día: _____ Número de pañales sucios en un día: _____					
Todas las edades: Preocupaciones con la nutrición / vejiga / movimiento intestinal: _____									
ALERGIAS:									
Alergias a los medicamentos o alimentos: ___ Sí ___ No Por favor anote las alergias y reacciones: _____									
¿Alguna vez lo han operado o ha sido hospitalizado? ___ Sí ___ No – Por favor anote cuando y la razón: _____									
Evento: _____			Cuando: _____			Razón: _____			
HISTORIA DE LA FAMILIA: (Marque todo lo que corresponda y liste a un miembro de la familia) M – Madre P – Padre Ho – Hermano Ha - Hermana AMO – Abuelo Materno AMA – Abuela Materna TMO – Tío Materno TMA – Tía Materna APO – Abuelo Paterno APA – Abuela Paterno TPO – Tío Paterno TPA – Tía Paterna									
ADD/ADHD		Asma		Diabetes		Tuberculosis		Alcoholismo	
Cancer		Colesterol Alto		Convulsiones		Alzheimer		¿Qué tipo?	
Ansiedad		Hipertensión		Artritis		Depresión		COPD	
MEDICAMENTO(S) – que está tomando recientemente:									
Nombre del Medicamento: _____				Dosis: _____			Proveedor que receto al receta: _____		

Cual farmacia está usando: _____

CONSENT FOR TREATMENT

1. **CONSENT FOR TREATMENT.** I, the undersigned, voluntarily consent to the procedures which may be performed during this visit at Tejas Health Care. I authorize and consent to diagnostic testing, screenings, lab work, physical exams, medication administration and/or treatment as ordered by my physician(s). I authorize my physician(s), Tejas Health Care team members, including nurse practitioners, physician assistants, behavioral health consultants and others as necessary to provide care and perform procedures as needed in accordance with the physician(s) orders. I understand that nursing and other health care team members in training may be among the individuals who provide care to me. Tejas Health Care patients may be referred to providers from other healthcare specialties within the Tejas Health Care treatment plan. **Initial:** _____

2. **CONSENT FOR TESTING.** I understand that Texas law allows for testing in the event of accidental exposure of a healthcare worker to blood or bodily fluids to ensure that the healthcare worker has not received a communicable disease for which he/she may need treatment. If a healthcare worker is exposed, I consent to have Tejas Health Care team members draw my blood and run tests for communicable diseases as needed. The cost of this testing will not be charged to my bill. I also acknowledge that tests for certain communicable disease may be reported to public health agencies as required by law. If necessary in the course of my care, I consent for my Tejas Health Care provider to access my medication history, if available, from retail pharmacies. **Initial:** _____

3. **EMERGENCY CARE NOT PROVIDED.** I understand that Tejas Health Care clinics provide ambulatory health care services and do not have the resources for emergency medical care. As a patient, I understand that I need to go to a hospital emergency room if I have medical emergency. I understand that by signing below. In the event my Tejas Health Care provider refers me to an outside health care provider for further diagnosis or treatment, I acknowledge that it is my responsibility to comply with any such referrals. **Initial** _____

4. **INTEGRATED CARE.** I understand that I am visiting a provider that integrates both physical health and behavioral health concerns when making treatment decisions. I understand that my information may be shared between the physical health and behavioral health providers. **Initial** _____

5. **PAYMENT AGREEMENT / ASSIGNMENT OF INSURANCE BENEFITS.** In consideration of the services provided, I agree to pay all charges for services at the regular rates, unless prohibited by law or insurance agreement. I understand that failure to pay these charges within 60 days of receipt of bill may result in referral to an agency or attorney for collection. If the account for these services is referred to an attorney for collection, I agree to pay reasonable attorney fees and collection expenses in addition to the balance of the account. **Specific services may not be covered services by your health plan / Medicare benefits and you are, by signing below, accepting financial responsibility.** I hereby assign and authorize payment directly to Tejas Health Care for all benefits otherwise payable to me by my insurance company or any other payor. I agree to pay Tejas Health Care all charges not paid by my Insurance Company, unless prohibited by law or insurance agreement. **Initial:** _____

I understand that Pre-Certification is primarily the patient's responsibility. If my insurance company requires immediate notification of my admission, I understand that I must make the notification. I understand that it is my responsibility to pursue resolutions for benefit reductions or non-payment. **Initial:** _____

Texas Medicaid: Please confirm: I ___do ___do not have Medicaid benefits. **Initial:** _____

Eligibility: I understand that if I want to apply for Tejas Health Care's Financial Program, eligibility determination should be requested in advance. I understand that I must provide all required documentation. Would you like to receive information about the Financial Program at this time?
_____ Yes _____ No **Initial:** _____

6. RELEASE OF PATIENT HEALTHCARE INFORMATION. I understand that as part of my healthcare, Tejas Health Care originates and maintains health records describing my health history, symptoms, examination and test results, diagnoses, treatment and any plans for future care or treatment. I understand that there are times when the law allows Tejas Health Care to release such information without my authorization, including, but not limited to, for the purposes of treatment, payment or health care operations. **Initial:** _____

7. NOTICE OF PRIVACY PRACTICES – HIPAA. I acknowledge that I have received a copy of the notice of HIPAA privacy practices. I understand that the Notice describes the uses and disclosures of my protected health information by Tejas Health Care and informs me of my rights with respect to my protected health information. I understand that I have the right to review the notice prior to signing this consent and to request a copy of this notice. **Initial:** _____

9. PATIENT'S BILL OF RIGHTS. I acknowledge that I have received a copy of the Patient Rights and Responsibilities and that it is my responsibility to read the information provided. **Initial:** _____

I, the undersigned, have read and understand this authorization for treatment and terms and conditions of admission. By my signature, I accept all terms and conditions. If I am executing this document on behalf of this patient, I certify that I have the authority to execute this form on behalf of the patient.

Signature of Patient or Personal Representative

Date of Birth

Printed Name of Patient or Personal Representative

Date

If Personal Representative, indicate relationship to patient: _____

CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO

1. CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO. Yo el firmante, autorizo voluntariamente a los procedimientos que se puedan realizar durante esta visita en la clínica de Tejas. Autorizo y consiento a las pruebas de diagnóstico, exámenes, exámenes de laboratorio, exámenes físicos, administración de medicamentos y / o tratamiento según lo ordenado por mi médico(s). Autorizo a mi médico(s), los miembros del equipo de Tejas, incluyendo enfermeras practicantes, asistentes médicos, consultores de salud mental y otros que sean necesarios para proporcionar atención y realice los pasos según sea necesario de acuerdo con mi médico(s). Yo entiendo que las enfermeras y otros miembros del equipo de Tejas estén entrenando puedan ser una de las personas que prestan atención a mí. Pacientes de la clínica de Tejas pueden ser referidas a los proveedores de cuidado de la salud de otras especialidades dentro del plan del tratamiento. **Inicial:** _____

2. CONSENTIMIENTO PARA LAS PRUEBAS. Yo entiendo que la ley de Texas permite realizar pruebas en caso de exposición accidental de sangre o fluidos para asegurar que el trabajador de la salud no haya recibido una enfermedad contagiosa para la cual él / ella puede necesitar tratamiento. Si un trabajador de la clínica de Tejas está expuesto, doy consentimiento para que la clínica de Tejas me haga una prueba de sangre y de ejecución de las enfermedades transmisibles, según sea necesario. El costo de estas pruebas no serán cargadas a mi cuenta. También reconozco que las pruebas para ciertas enfermedades transmisibles pueden ser reportadas a las agencias de salud pública como lo requiere la ley. Si es necesario, en el curso de mi cuidado, consiento para que mi médico de la clínica de tejas pueda acceder a mi historial de medicamentos, si está disponible, desde las oficinas de farmacia.

Inicial: _____

3. ATENCIÓN DE EMERGENCIA NO PREVISTA. Entiendo que las clínicas de Tejas proporcionan servicios ambulatorios de salud y no tienen los recursos para la atención médica de emergencia. Como paciente, entiendo que tengo que ir a una sala de emergencias de un hospital si tengo una emergencia médica. Yo entiendo que al firmar a continuación. En el caso de que mi médico de la clínica de Tejas me remite a un doctor de atención médica fuera de la clínica para cuidado de un diagnóstico o tratamiento, reconozco que es mi responsabilidad de cumplir con tales referencias. **Inicial:** _____

4. ATENCIÓN INTEGRAL. Entiendo que estoy visitando a un proveedor que integra tanto a la salud física y problemas de salud de comportamiento al tomar decisiones de tratamiento. Yo entiendo que mi información puede ser compartida entre los proveedores de salud física y los proveedores de salud conductual. **Inicial:** _____

5. ACUERDO DE PAGO / ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS DE SEGURO. En consideración de los servicios proveídos, yo acepto pagar todos los cargos en tarifa regular, sola que se prohíba por la ley o que sea contra mi acuerdo de seguro médico. Yo entiendo que al fallar de pagar estos cargos entre los 60 días de mi recibo de mi cuenta puede resultar en una referencia a una agencia o abogado de colección. Si mi cuenta esta referida a un abogado de colección, yo acepto pagar los cobros razonables

de un abogado conjunto los cobros de colección a la adición de mi balance de mi cuenta. **Servicios específicos puedan no estar cubiertos por mi plan de seguro médico o por beneficios de Medicare y usted firmando abajo está aceptando la responsabilidad financiera.** Yo aquí autorizo pago directamente a la clínica de Tejas por todos los beneficios que yo recibiere. Yo acepto pagarle a clínica de Tejas todos los cargos que no pague mi seguridad, a no ser que sea prohibido por la ley o por el contrato de mi seguridad médica. **Inicial:** _____

Yo entiendo que el pre certificación es primeramente la responsabilidad del paciente. Si la compañía de mi seguridad requiere notificación inmediata de mi admisión, yo entiendo que yo debo hacer esa notificación. Yo entiendo que es mi responsabilidad para seguir resoluciones de reducción de beneficios o la falta de pago. **Inicial:** _____

Texas Medicaid: Por favor confirme: Yo ____ Si tengo ____ No Tengo beneficios de Medicaid.
Initial: _____

6. DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD DEL PACIENTE. Entiendo que como parte de mi cuidado de la salud, la clínica de Tejas origina y mantiene registros de salud que describen mi historia médica, síntomas, resultados de exámenes y pruebas, diagnósticos, tratamiento y cualquier plan para el cuidado o tratamiento futuro. Yo entiendo que hay momentos en que la ley permite que la clínica de Tejas pueda divulgar dicha información sin mi autorización, incluyendo, pero no limitado a, para los propósitos de tratamiento, pago o atención médica. **Inicial:** _____

7. AVISO DE NORMAS DE PRIVACIDAD - HIPAA. Reconozco que he recibido una copia de la notificación de las prácticas de privacidad de HIPAA. Yo entiendo que el Aviso describe los usos y revelaciones de mi información de salud protegida por la clínica de Tejas y me ha informado de mis derechos con respecto a mi información de salud protegida. Yo entiendo que tengo el derecho de revisar el aviso antes de firmar este consentimiento y solicitar una copia de este aviso. **Inicial:** _____

9. DERECHOS DE MI CUENTA. Reconozco que he recibido una copia de los Derechos y Responsabilidades del Paciente y que es mi responsabilidad leer la información proporcionada.
Inicial: _____

Yo, el que está firmando abajo, he leído y entendido esta autorización para el tratamiento y los términos y condiciones de admisión. Con mi firma, acepto todos los términos y condiciones. Estoy cumpliendo este documento en nombre de este paciente, certifico que tengo la autoridad para ejecutar este formulario en nombre del paciente.

Firma de Paciente o Representante Personal

Fecha de Firma

Nombre impreso del paciente o el Representante Personal

Si es el Representante Personal, indique su relación al paciente: _____

Tejas Health Care

PATIENT AND CENTER RIGHTS AND RESPONSIBILITIES

Name: _____ Date of Birth: ____/____/____ MR#: _____

Welcome to Tejas Health Care. Our goal is to provide quality health care to qualified persons in this community, regardless of their ability to pay. As a patient, you have rights and responsibilities. Tejas Health Care (Tejas) also has rights and responsibilities. We want you to understand these rights and responsibilities so you can help us provide better health care for you. Please read and sign this statement and ask us questions you might have.

A. Human Rights

You have a right to be treated with respect regardless of race, color, marital status, religion, sex, national origin, ancestry, physical or mental handicap or disability, age (over 40), Vietnam era veteran status, or other grounds not permitted by applicable federal, state and local laws or regulations.

B. Payment For Services

1. You are responsible for giving Staff accurate information about your present financial status and any changes in your financial status. The Staff need this information to decide how much to charge you and/or so they can bill private insurance, Medicaid, Medicare, or other benefits for which you may be eligible. If your income is less than the federal poverty guidelines, you will be charged a discounted fee.
2. You have a right to receive explanations of Tejas' bill. You must pay, or arrange to pay, all agreed fees for medical services, with the exception of dental services, which are provided on a prepaid basis. If you cannot pay right away, please let Staff know so they can provide care for you now and work out a payment plan.
3. Federal law prohibits Tejas from denying you primary health care services which are medically necessary, solely because you cannot pay for these services.

C. Privacy

You have a right to have your interviews, examinations and treatment in privacy. Your medical records are also private. Only legally authorized persons may see your medical records unless you request in writing for us to show them to, or copy them for, someone else. A complete discussion of your privacy rights will be given to you along with this document and is named Tejas' Notice of Privacy Practices. Staff will request that you acknowledge your receipt of our Notice of Privacy Practices. The Notice of Privacy Practices sets forth the ways in which your medical records may be used or disclosed by Tejas and the rights granted to you under the Health Insurance Portability and Accountability Act ("HIPAA").

D. Health Care

1. You are responsible for providing Tejas complete and current information about your health or illness, so that we can give you proper health care. You have a right, and are encouraged, to participate in decisions about your treatment.
2. You have a right to information and explanations in the language you normally speak and in words that you understand. You have a right to information about your health or illness, treatment plan, including the nature of your treatment; its expected benefits; its inherent risks and hazards (and the consequences of refusing treatment); the reasonable alternatives, if any (and their risks and benefits); and the expected outcome, if known. This information is called obtaining your informed consent.
3. You have the right to receive information regarding "Advance Directives." If you do not wish to receive this information, or if it is not medically advisable to share that information with you, we will provide it to your legally authorized representative.
4. You are responsible for appropriate use of Center services, which includes following Staff instructions, making and keeping scheduled appointments, and requesting a "walk in" appointment only when you are ill. Center professionals may not be able to see you unless you have an appointment. If you are unable to follow instructions from the Staff, please tell them so they can help you.

5. If you are an adult, you have a right to refuse treatment or procedures to the extent permitted by applicable laws and regulations. In this regard, you have the right to be informed of the risks, hazards, and consequences of your refusing such treatment or procedures. Your receipt of this information is necessary so that your refusal will be "informed." You are responsible for the consequences and outcome of refusing recommended treatment or procedures. If you refuse treatment or procedures that your healthcare providers believe is in your best interest, you may be asked to sign a Refusal to Permit Medical Treatment or Services form or Against Medical Advice form (as appropriate).
6. You have a right to health care and treatment that is reasonable for your condition and within our capability, however, Tejas is not an emergency care facility. You have a right to be transferred or referred to another facility for services that Tejas cannot provide. Tejas does not pay for services that you receive from another healthcare provider.
7. If you are in pain, you have a right to receive an appropriate assessment and pain management, as necessary.

E. Center Rules

1. You have a right to receive information on how to appropriately use Tejas's services. You are responsible for using Tejas's services in an appropriate manner. If you have any questions, please ask us.
2. You are responsible for the supervision of children you bring with you to Tejas. You are responsible for your children's safety and the protection of other patients and our property.
3. You have a responsibility to keep your scheduled appointments. Missed scheduled appointments cause delay in treating other patients. If you are unable to keep an appointment you must call within 24 hours of your scheduled appointment to reschedule or cancel. If you do not keep your scheduled appointments you may be asked to meet with the Tejas' Chief Executive Officer to determine the reason for your missed appointments and whether you can continue as a patient of Tejas.

F. Complaints

1. If you are not satisfied with our services, please tell us. We want suggestions so we can improve our services. Staff will tell you how to file a complaint. If you are not satisfied with how the Staff handles your complaint, you may complain to Tejas' Governing Board.
2. If you complain, no Center representative will punish, discriminate or retaliate against you for filing a complaint, and Tejas will continue to provide you services.

G. Termination

If Tejas decides that we must stop treating you as a patient, you have a right to advance written notice that explains the reason for the decision, and you will be given thirty (30) days to find other health care services. However, Tejas can decide to stop treating you immediately, and without written notice, if you have created a threat to the safety of the Staff and/or other patients. You have a right to receive a copy of Tejas' Termination of the Patient and Center Relationship Policy and Procedure.

Reasons for which we may stop seeing you include:

1. Failure to obey Center rules and policies, such as keeping scheduled appointments;
2. Intentional failure to report accurately your financial status;
3. Intentional failure to report accurate information concerning your health or illness;
4. Intentional failure to follow the health care program, such instructions about taking medications, personal health practices, or follow up appointments, as recommended by your healthcare provider(s), and/or
5. Creating a threat to the safety of the Staff and/or other patients.

H. Appeals

If Tejas has given you notice of termination of the patient and Center relationship, you have the right to appeal the decision to the Governing Board. Unless you have a medical emergency, we will not continue to see you as a patient while you are appealing the decision.

Signature: _____

Name: _____
[Print Name]

____/____/____
Date

PACIENTES Y CENTRO DE DERECHOS Y RESPONSABILIDADES

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

Bienvenido a Tejas Health Care

Nuestro objetivo es proporcionar atención médica de calidad a las personas calificadas en esta comunidad, sin importar su capacidad de pago. Como paciente, usted tiene derechos y responsabilidades. Cuidado de la Salud de Tejas (el Centro) también tiene derechos y responsabilidades. Queremos que usted entienda estos derechos y responsabilidades para que pueda ayudarnos a proporcionar un mejor cuidado de salud para usted. Favor de leer y firmar esta declaración y hacernos preguntas que pueda tener.

A. Derechos Humanos

Usted tiene el derecho a ser tratado con respeto sin importar la raza, color, estado civil, religión, sexo, origen nacional, ascendencia, discapacidad física o mental o la discapacidad, la edad (mayor de 40), condición de veterano de Vietnam era, o por otros motivos no permitido por las leyes o reglamentos federales, estatales y locales aplicables.

B. Pago por Servicios

1. Usted es responsable de dar Staff información precisa sobre su situación financiera actual y cualquier cambio en su situación financiera. El personal necesita esta información para decidir cuánto cobrar usted y / o para que puedan cobrar el seguro privado, Medicaid, Medicare, u otros beneficios para los cuales usted puede ser elegible. Si sus ingresos son menos de las pautas federales de pobreza, se le cobrará una tarifa de descuento.
2. Usted tiene el derecho de recibir explicaciones de la cuenta del Centro. 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 prepagada. Si usted no puede pagar de inmediato, por favor, que el personal sepa lo que pueden proporcionar cuidado para usted ahora y elaborar un plan de pago.
3. La ley federal prohíbe el Centro de usted negar los servicios de atención primaria de la salud que son médicamente necesarios, únicamente porque usted no puede pagar por estos servicios.

C. Privacidad

Usted tiene derecho a tener sus entrevistas, exámenes y tratamiento en la intimidad. Sus registros médicos también son privados. Sólo las personas autorizadas legalmente pueden ver sus expedientes médicos a menos que usted solicite por escrito para nosotros para mostrar que, o copiarlos para, alguien más. Una discusión completa de sus derechos de privacidad se le dará a usted junto con este documento y se llama Aviso de Prácticas de Privacidad del Centro. El personal solicitará que usted reconozca el recibo de nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad. El Aviso de prácticas de privacidad establece la manera en que sus registros médicos se pueden utilizar y comunicar por el Centro y los derechos que le correspondan en virtud de la Portabilidad del Seguro de Salud y la Ley de Responsabilidad (HIPAA).

D. Cuidado de la Salud

1. Usted es responsable de proporcionar al Centro de información completa y actualizada sobre su estado de salud o enfermedad, de manera que podemos 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, plan de tratamiento, incluyendo la naturaleza de su tratamiento; los beneficios esperados; sus riesgos inherentes y los riesgos (y las consecuencias de rechazar el tratamiento); las alternativas razonables, si los hubiera (y sus riesgos y beneficios); y el resultado era de esperar, si se conoce. Esta información se denomina obtención de su consentimiento informado.
3. Usted tiene el derecho a recibir información sobre las " directivas anticipadas. " Si usted no desea recibir esta información, o si no es médicamente aconsejable compartir esa información con usted, vamos a ofrecer a su representante legal.
4. Usted es responsable de un uso adecuado de los servicios del Centro, que incluye instrucciones siguientes Funcionarios, hacer y mantener las citas programadas y solicitar un "paseo en " la cita solamente cuando está enfermo. Profesionales de los centros pueden no ser capaces de ver que a menos que tenga una cita. Si usted es incapaz de seguir las instrucciones del personal, informe a ellos para que puedan ayudarlo.

5. Si usted es un adulto, usted tiene el derecho a rechazar el tratamiento o los procedimientos en la medida permitida por las leyes y reglamentos aplicables. En este sentido, usted tiene el derecho a ser informado de los riesgos, los peligros y las consecuencias de su deniega dicho tratamiento o procedimientos. Su recibo de esta información es necesario para que su negativa se "informó". Usted es responsable de las consecuencias y los resultados de rechazar el tratamiento o los procedimientos recomendados. Si usted rechaza el tratamiento o los procedimientos que sus profesionales de la salud creen que es lo mejor para usted, se le puede pedir que firme una negativa a permitir el tratamiento médico o la forma de Servicios o en contra de la forma de consulta médica (según el caso).
6. Usted tiene el derecho a la atención médica y el tratamiento que es 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 de ser transferido o derivado a otro centro para los servicios que el Centro no puede proporcionar. El Centro no paga por los servicios que reciba de otro profesional de la salud.
7. Si usted está en el dolor, usted tiene derecho a recibir una adecuada evaluación y tratamiento del dolor, según sea necesario.

E Reglas Centrales:

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 usted tiene alguna pregunta, por favor pregunte.
2. Usted es responsable de la supervisión de los niños que lleve con usted al Centro. Usted es responsable de la seguridad de sus hijos y la protección de otros pacientes y de nuestra propiedad.
3. Usted tiene la responsabilidad de mantener a sus citas programadas. Citas incumplidas causan retraso en el tratamiento de otros pacientes. Si no las citas programadas se le pueden pedir reunirse con el Director Ejecutivo del Centro para determinar la razón de las citas perdidas y si puede continuar como paciente del Centro.

F. Quejas

1. Si usted no está satisfecho con nuestros servicios, por favor díganos. Queremos sugerencias para que podamos mejorar nuestros servicios. El personal le indicará cómo presentar una queja. Si usted no está satisfecho con la forma en que el personal se encarga de su queja, puede quejarse al Consejo de Dirección del Centro.
2. Si usted se queja, ningún representante del Centro castigará, discriminar o tomar represalias contra usted por presentar una queja, y el Centro seguirá proporcionarle servicios.

G. Terminación

Si el Centro decide que debemos dejar que lo trata como un paciente, usted tiene derecho a presentar una notificación por escrito que explica la razón de la decisión , y se le dará treinta (30) días para encontrar otros servicios de atención de la salud. Sin embargo, el Centro puede decidir dejar de tratarlo inmediatamente y sin previo aviso por escrito, si ha creado una amenaza para la seguridad del personal y / o de otros pacientes. Usted tiene el derecho de recibir una copia de la Terminación del Paciente y el Centro de Política de Relación y Procedimiento del Centro.

Razones por las cuales podemos dejar de ver que se incluyen:

1. El incumplimiento de las normas y políticas, tales como acudir a las citas programadas;
2. Falla intencional de informar con precisión su situación financiera;
3. Omisión intencional de proporcionar información exacta sobre su salud o enfermedad;
4. No seguir intencionalmente el programa de cuidado de la salud, tales instrucciones sobre cómo tomar los medicamentos, las prácticas de salud personales, o citas de seguimiento, según lo recomendado por su proveedor (s) de salud, y / o.
5. Creación de una amenaza para la seguridad del personal y / o de otros pacientes.

H. Apelaciones

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

Firma: _____

Fecha _____

Nombre: _____

Patient Phone, Text, and E-mail Consent

Today's Date: _____ Patient Name: _____

Date of Birth: _____ Phone Number: _____

Cell Phone Number (to receive text messages): _____

I agree to be contacted by Tejas Health Care via phone, text, and/or e-mail. Generally, text and e-mail correspondence should be between the provider and an adult patient 18 years or older, or parent or legal guardian of a minor. Examples of messages I might receive could include appointment reminders, service announcements, or general health education and awareness tips. These messages may contain information such as patient's name, appointment date, location, and provider name. Messages will never include actual lab or test results or diagnosis information. Additionally, e-mail and text messages must never be used for results of testing related to HIV, sexually transmitted disease, hepatitis, drug abuse or presence of malignancy, or for alcohol abuse or mental health issues. Unless your provider tells you specifically that the text or e-mail will be conducted via a secure server, consider e-mail like a postcard that can be viewed by unintended persons. E-mail and text messages should be used only for non-sensitive and non-urgent issues. Types of information appropriate for e-mail include:

- Questions about prescriptions
- Routine follow-up inquiries
- Appointment scheduling
- Reporting of self-monitoring measurements

I understand that standard text messaging and data rates may apply under my cell phone service agreement but that Tejas Health Care will not charge a fee for this service. Message frequency is dependent on patient activity. Should I change my phone, cell or e-mail, I understand I am responsible for notifying Tejas Health Care of the change and for providing new information if I wish for the service to continue. **I have read and understand the information above, and had any questions answered to my satisfaction. I agree to the guidelines for e-mail communication. Accordingly:**

- ☐ I hereby give my consent to receive text messages from Tejas (as per above number).
- ☐ I hereby give my consent to receive phone reminders or have reminders left on an answering machine from Tejas (as per above number).
- ☐ I hereby give my consent to receive e-mails from Tejas (as per above e-mail).

Printed Name

Signature of Requesting Patient/Representative (state relationship)

Date

Consentimiento de Teléfono, Texto y Correo Electrónico

Fecha de hoy: _____ Nombre del paciente _____

Fecha de nacimiento: _____ Número de teléfono: _____

Número de teléfono celular (para recibir mensajes de texto): _____

Estoy de acuerdo en ser contactado por la salud de Tejas vía teléfono, texto o correo electrónico. En general, correspondencia texto y correo electrónico debe ser entre el proveedor y un paciente adulto de 18 años o más, o padre o tutor legal de un menor de edad. Ejemplos de mensajes que podría recibir podrían incluir recordatorios de citas, anuncios de servicios o consejos de educación y concientización de salud general. Estos mensajes pueden contener información como el nombre del paciente, fecha, ubicación y nombre del proveedor. Mensajes nunca incluirá laboratorio real o resultados de la prueba o información de diagnóstico. Además, correo electrónico y mensajes de texto nunca deben utilizarse para obtener los resultados de las pruebas relacionadas con el VIH, enfermedades de transmisión sexual, hepatitis, abuso de drogas o presencia de malignidad, o por problemas de salud mental o abuso de alcohol. A menos que su proveedor le dice específicamente que el texto o el correo electrónico se realizará a través de un servidor seguro, considere correo como una postal que puede ser vista por personas no deseadas. Correo electrónico y mensajes de texto deben utilizarse sólo para cuestiones no sensibles y no urgente. Tipos de información apropiada para el correo electrónico incluyen:

- Preguntas sobre las recetas
- Consultas de seguimiento rutinario
- Programación de cita
- Informes de auto-control de medidas de

Entiendo que se apliquen tarifas de mensajería y datos de texto en mi contrato de servicio de teléfono celular, pero que el cuidado de la salud de Tejas no cobrará un cargo por este servicio. Mensaje frecuencia es dependiente de actividad del paciente. Si cambio mi teléfono, celular o correo electrónico, entiendo que soy responsable de notificar a la atención de la salud de Tejas del cambio y para proporcionar nueva información si deseo continuar el servicio. **he leído y entiendo la información de arriba, y habían preguntas contestadas a mi satisfacción. Estoy de acuerdo con las directrices para la comunicación por correo electrónico. Por consiguiente:**

- ☐ Por la presente doy mi consentimiento para recibir mensajes de texto de Tejas (como por encima de número).
- ☐ Por la presente doy mi consentimiento para recibir recordatorios de teléfono o tener recordatorios de dejado en un contestador de Tejas (como por encima de número).
- ☐ Por la presente doy mi consentimiento para recibir correos electrónicos de Tejas (como por encima de correo electrónico).

Nombre

Firma de solicitud de paciente/representante (relación Estado) impreso

Fecha

NextGen Patient Portal CONSENT FORM

Patient Name: _____

Date of Birth: _____

Patient's Email address*: _____

Patient Phone Number: _____

***Please provide a personal email address to which you have consented, frequent access; DO NOT use your workplace email address.**

The Tejas Health Care "Patient Portal" is a secure, confidential, easy-to-use website, administered and maintained by NextGen HealthCare on behalf of Tejas Health Care. The portal uses encryption and gives 24-hour access to your medical record. Secure messages and information can only be viewed by someone entering the correct username and password to log in to the Patient Portal site. We will assign you this login information upon completion of this form. From this portal you can:

- Request an appointment
- Request a medication refill
- Obtain lab results
- Receive confidential messages from your physician
- View statements
- View your medical history

Once you have reviewed, signed and returned this form to Tejas Health Care, you will be sent an instruction sheet via email that includes an activation code known as an enrollment token. The enrollment token will allow you to log in to the system. You can access the Patient Portal page through our website at www.tejashealthcare.org.

For your ease of use and to maintain the security of your health information, you should:

- Read the Patient Portal user guide on our website: www.tejashealthcare.org.
- Advise us of any changes in your primary contact email address
- Use caution when communicating highly sensitive or personal information via Portal messages
- Always follow up your inquiry in person or over the phone if a portal inquiry is not responded to within a reasonable time
- Not allow anyone else to have access to your username and password
- Exercise caution when accessing the Patient Portal in public areas or using unsecured connections
- The Patient Portal is intended to save you time. **It should never be used in an emergency situation.**

Patient/Care Manager acknowledgment and Consent: *(Please initial on the blanks below)*

_____ I acknowledge that I have read and fully understand the terms and conditions of utilizing Tejas Health Care's Patient Portal as outlined and described in (i) this consent form, (ii) the Tejas Health Care Patient Portal FAQs and (iii) NextGen's Privacy Policy which you will need to accept the first time you log in to the portal.

_____ I hereby authorize Tejas Health Care to release my health information via the Patient Portal in accordance with the documents listed in (i) to (iii) above and Tejas Health Care's Notice of Privacy Practices.

_____ In order for this Consent Form to be valid, activation of my Patient Portal account access feature must occur within thirty (30) days from the date of this Consent Form.

_____ I understand that I may discontinue my Patient Portal account at any time by contacting Tejas at (979) 968-2000.

Patient Signature

Date

Parent/Guardian/Care Manager Signature

Date

Please fax this form to 979-968-2001 or mail to:

Tejas Health Care
753 E. Travis Street
La Grange, TX 78945

FORMA DE CONSENTIMIENTO Portal del Paciente de NextGen

Nombre del Paciente: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Correo Electrónico del Paciente: _____

Teléfono del Paciente: _____

*** Por favor introduzca una dirección de correo electrónico personal a la que ha dado su consentimiento, el acceso frecuente; NO utilice su dirección de correo electrónico de trabajo.**

El "Portal del Paciente" Tejas de Cuidado de la Salud es seguro, confidencial, un sitio web de fácil uso, administrado y mantenido por NextGen HealthCare en nombre de la clínica de Tejas. El portal utiliza el cifrado y da acceso las 24 horas a su expediente médico. Mensajes seguros y la información sólo pueden ser vistos por alguien que entra en el nombre de usuario y la contraseña correcta para iniciar sesión en el sitio Portal del Paciente. Le asignaremos esta información de acceso al llenar este formulario.

Desde este portal se puede:

- Solicitar una cita
- Solicitar una recarga de medicamentos
- Obtener resultados de laboratorio
- Recibir mensajes confidenciales de su médico
- Ver las declaraciones
- Ver su historia médica

Una vez que haya revisado, firmado y devuelto este formulario para Tejas de Cuidado de la Salud, se le enviará una hoja de instrucciones por correo electrónico que incluye un código de activación conocido como un testigo de la inscripción. La ficha de inscripción le permitirá iniciar sesión en el sistema. Puede acceder a la página Portal del Paciente a través de nuestro sitio web en www.tejashealthcare.org.

Para su facilidad de uso y de mantener la seguridad de su información de salud, usted debe:

- Leer la guía de usuario del Portal del Paciente en nuestro sitio web: www.tejashealthcare.org.
- Avisanos de cualquier cambio en su dirección de correo electrónico de contacto principal
- Tenga cuidado al comunicar información altamente confidencial o personal a través de mensajes de Portal
- Siga siempre a su consulta en persona o por teléfono, si una investigación portal no se respondió a en un plazo razonable
- No permitir que nadie más tiene acceso a su nombre de usuario y contraseña
- Tenga cuidado al acceder al Portal del Paciente en áreas públicas o mediante conexiones no seguras
- El Portal del Paciente se pretende ahorrar tiempo. **Nunca se debe utilizar en una situación de emergencia.**

Atención y Consentimiento del Paciente/Gerente de Cuidado: (Escriba sus iniciales en los espacios a continuación)

_____ Yo reconozco que he leído y entendido los términos y condiciones de utilización de Tejas de Cuidado de Salud de Portal del Paciente como se indica y describe en (i) este formulario de consentimiento, (ii) el Tejas Cuidado de la Salud del Paciente Portal FAQs y (iii) de NextGen Política de Privacidad que tendrá que aceptar la primera vez que inicie sesión en el portal.

_____ Autorizo a la clínica de Tejas de liberar mi información de salud a través del Portal del Paciente de conformidad con los documentos enumerados en (i) a (iii) anteriores y el Aviso de Prácticas de Privacidad de la clínica de Tejas.

_____ Para que este formulario de consentimiento sea válido, la activación de mi función de acceso a la cuenta del paciente Portal debe ocurrir dentro de los treinta (30) días a partir de la fecha de este formulario de consentimiento.

_____ Yo entiendo que puedo suspender mi cuenta Portal del Paciente en cualquier momento poniéndome en contacto con la clínica de Tejas al (979)968-2000.

Firma del Paciente

Fecha

Firma del Padre/Guardián /Gerente de Cuidado Médico

Fecha

Envíe por fax este formulario al 979-968-2001 o por correo a:

753 E. Travis St.
La Grange, Tx, 78945