



**CHAMBERS
HEALTH
PORTAL DE
PACIENTE**

**ACCEDE A TU
REGISTROS MÉDICOS EN LÍNEA EN
www.chambershealth.org
HAGA CLIC EN "Clinic Patient Portal"**



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

NOMBRE: _____

CORREO ELECTRONICO: _____



VER RESULTADOS DE LABORATORIO



ENVIE MENSAJES SEGUROS



SOLICITAR CITAS



INFORMACIÓN Y AUTORIZACIÓN DE PACIENTE

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

Dirección de envió: _____
Ciudad Estado Código

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

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

Persona responsable: _____ Relación: _____ Teléfono: _____

Contacto de emergencia: _____ Relación: _____ Teléfono: _____

| | | | | |
|--|---|---|--|---|
| Sexo: | Orientación Sexual: | Estado Marital: | # de personas en el hogar: | Ingreso de hogar/anual: |
| <input type="checkbox"/> Mujer | <input type="checkbox"/> Lesbiana, Gay, o Homosexual | <input type="checkbox"/> Soltero/a | _____ | <input type="checkbox"/> Baja de \$20,000 |
| <input type="checkbox"/> Hombre | <input type="checkbox"/> Heterosexual o No Homosexual | <input type="checkbox"/> Casado/a | | <input type="checkbox"/> \$20,00-\$40,000 |
| <input type="checkbox"/> Transgénero | <input type="checkbox"/> Bisexual | <input type="checkbox"/> Divorciado/a | | <input type="checkbox"/> \$40,00-\$80,000 |
| | <input type="checkbox"/> No lo se | <input type="checkbox"/> Viudo/a | | <input type="checkbox"/> Mas de \$80,000 |
| | <input type="checkbox"/> Decido no declarar | | | |
| | <input type="checkbox"/> Otro: _____ | | | |
| Gender Identity: | Idioma Primario: | Raza: Marque todo lo que corresponda | Etnia: | |
| <input type="checkbox"/> Masculino | <input type="checkbox"/> Español | <input type="checkbox"/> Caucásico | <input type="checkbox"/> Hispano or Latino | |
| <input type="checkbox"/> Femenino | <input type="checkbox"/> Ingles | <input type="checkbox"/> Afroamericano | <input type="checkbox"/> No Hispano o Latino | |
| <input type="checkbox"/> Hombre Transgénero / Femenino a Masculino | <input type="checkbox"/> Vietnamese | <input type="checkbox"/> Asiático | <input type="checkbox"/> Decido no declarar | |
| <input type="checkbox"/> Mujer Transgénero / Masculino a Femenino | <input type="checkbox"/> Otro: _____ | <input type="checkbox"/> American Indian or Alaska Native | | |
| <input type="checkbox"/> Genderqueer, ni masculino ni femenino | | <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái | Discapacidad: | Veterano: |
| <input type="checkbox"/> Decido no declarar | | <input type="checkbox"/> Otra Isleño Pacifico | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> Si |
| <input type="checkbox"/> Orto: _____ | | <input type="checkbox"/> Decido no declarar | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> No |

Seguro Primario: _____ ID # _____ Grupo # _____

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

Seguro Secundario: _____ ID # _____ Grupo # _____

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

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

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

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

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

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

Fecha _____ / _____ /20_____
Firma paciente o Representante Autorizado _____ Relación con Paciente _____

Aviso de Practicas de Privacidad

Revisado en Junio de 2013

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

Este aviso se aplica a todos los registros de su atención generados por estas instalaciones.

- Bayside Community Hospital, 200 Hospital Drive, P.O. Box 398, Anahuac, Texas 77514, (409) 267-3143
- Bayside Clinic, 621 South Ross Sterling, Anahuac, Texas 77514, (409) 267-4126
- West Chambers Medical Clinic, 9825 Eagle Drive, Baytown, Texas 77520, (281) 576-0670
- The Wellness Center at Bayside, 2202 South Main Street, Anahuac, Texas 77514, (409) 267-3700

Nuestras responsabilidades:

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

Nuestros usos y divulgaciones: Como podemos usar y divulgar su información médica.

Para tratamiento: Podemos divulgar información medica sobre usted a médicos, enfermeras, técnicos, estudiantes de medicina u otro personal de la clínica u hospital que participe en su atención en cualquiera de las instalaciones.

Para pago: Para facturar y cobrarle a usted, su compañía de seguros o un tercer grupo.

Para operaciones de atención medica: Podemos utilizar la información de su expediente medico para evaluar la atención y los resultados en su caso y en otros similares.

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

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

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

Sus Derechos de información medica

Tienes derecho a:

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

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

CAMBIOS EN ESTE AVISO

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

QUEJAS

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

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