



# HealthPoint - Cameron ISD Clinica



Estimadas Familias de Cameron ISD,

**¡Cameron ISD y HealthPoint** se complacen en anunciar la disponibilidad ampliada de atención en su distrito escolar! Nuestras clínicas escolares ofrecen acceso a los proveedores de HealthPoint, con una amplia gama de servicios de telesalud diseñados para que obtener atención médica sea tan fácil como caminar por el pasillo o visitar un campus cercano.

Los servicios están disponibles a través de **la Clínica de Escuelas primaria** de Caameron ISD. Estos servicios incluyen atención aguda de telesalud, chequeos de niño sano, exámenes físicos para deportes, educación de salud sobre nutrición, prevención de enfermedades y lesiones, vacunas y recetas según sea necesario. La clínica está abierta durante el horario escolar regular. Los padres/tutores pueden participar en la visita por teléfono o videoconferencia o recibir un informe detallado posterior a la cita.

La clínica escolares de HealthPoint para Cameron ISD brindan atención únicamente a los estudiantes registrados y al cuerpo docente y al personal actual de CISD.

**Regístrese usted o a su hijo hoy** llenando y devolviendo la documentación adjunta de una de las siguientes maneras:

1. Escaneado y enviado por correo electrónico a [CameronISD@HealthPoint-tx.com](mailto:CameronISD@HealthPoint-tx.com).
2. En un sobre sellado al campus de su hijo
3. Entregado en HealthPoint – Rockdale Clinic: 1701 Pecos Ave., Rockdale, TX 76567.

HealthPoint acepta todos los principales seguros, CHIP, Medicaid, Medicare y tiene especialistas en elegibilidad disponibles todos los días. HealthPoint también ofrece una escala móvil de tarifas basada en los ingresos para quienes no tienen seguro. **Asegúrese de incluir una copia de su identificación y su(s) tarjeta(s) de seguro si las tiene para evitar demoras.**

Cameron ISD y HealthPoint le agradecen por confiarnos el cuidado diario de sus hijos. Si tiene preguntas o inquietudes, no dude en comunicarse con Jennifer Reynolds con HealthPoint al (979) 209-9955. Nuesotros numero directos de la Clinica CISD son: (979) 977-6380.

Sinceramente,

**Terri Sabella**  
**Punto de salud, Director Ejecutivo**

### Información

Apellido:		Nombre:					
Fecha de Nacimiento:		SSN:		Idoma principal:			
Género	<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Otro	Colegio::		Clasificación:			
Estatus:	<input type="checkbox"/> Estudiante	<input type="checkbox"/> Nuevo estudiante	<input type="checkbox"/> Hermano/Hermana	<input type="checkbox"/> Empleado	<input type="checkbox"/> Niño del personal		
Domicilio de envío: _____							
teléfono de casa:		teléfono del trabajo:		ext:			
celular:		correo electrónico:					
Contacto preferido:	<input type="checkbox"/> teléfono celular	<input type="checkbox"/> teléfono de casa	<input type="checkbox"/> teléfono del trabajo	<input type="checkbox"/> correo electrónico	<input type="checkbox"/> correo		
Marital Status:	<input type="checkbox"/> Single	<input type="checkbox"/> Married	<input type="checkbox"/> Partner	<input type="checkbox"/> Divorced	<input type="checkbox"/> Legally Separated	<input type="checkbox"/> Widowed	<input type="checkbox"/> Unknown
Raza:	<input type="checkbox"/> Blanca (incluyendo Hispanic or Latino)	<input type="checkbox"/> De Color o Afroamericano		<input type="checkbox"/> Nativo Americano/Nativo Alaskan			
<small>-Check all that apply</small>	<input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> Nativo Hawaiano	<input type="checkbox"/> Isleño del Pacífico o de Otra Raza		<input type="checkbox"/> No deseo informar		
Raza:	<input type="checkbox"/> Hispano / Latino		<input type="checkbox"/> No de ascendencia Hispano / Latino				

### Seguranza o Origen del Pago

Por favor envíe copias/fotos de las tarjetas de seguro médico con las formas completados para evitar retrasos en el registro. Si no tiene seguro médico, haga una cita de elegibilidad llamando al: 979-567-7080

<input type="checkbox"/> Medicaid	<input type="checkbox"/> CHIP	<input type="checkbox"/> Medicare	<input type="checkbox"/> Pago Privado (pago personal)	<input type="checkbox"/> Otro _____
<input type="checkbox"/> Seguranza - Nombre _____		<input type="checkbox"/> Medicare con Seguro Suplemento - Nombre: _____		

### Información de Empleo y Hogar

<input type="checkbox"/> Tiempo Completo	<input type="checkbox"/> Desempleado	<input type="checkbox"/> Militar en Servicio Activo	Familia en Hogar: _____		
<input type="checkbox"/> Tiempo parte	<input type="checkbox"/> Retirado		Sueldos Completos: _____ Por - Sem - Mes - Año		
<input type="checkbox"/> Empresario	<input type="checkbox"/> Estudiante				

### Persona Responsable

<input type="checkbox"/> Yo mismo (paciente mencionado anteriormente)	Por favor, avisa antes de cada visita:				
<input type="checkbox"/> Garante; por favor complete los siguientes detalles					
Apellido:		Nombre:			
Fecha de Nacimiento:		Relación con el paciente:			
Domicilio: _____					
Mejor número de teléfono de contacto:		Hogar	Cell	Celular	Trabajo

### Contacto de Emergencia

Apellido:		Nombre:			
teléfono de casa:		teléfono del trabajo:		ext:	
Celular:		Relación con el paciente:			

### Preferida Farmacia:

Preferida Farmacia:	
Domicilio:	
<b>Médico de atención primaria</b>	<b>Número de teléfono del médico</b>

Reconozco mi responsabilidad de pagar los servicios recibidos y entiendo que seré responsable de cualquier cargo que no pague mi seguro médico o que no esté cubierto por los programas de HealthPoint.

Inicial por favor



# CONSENTIMIENTO GENERAL PARA EL TRATAMIENTO



La información brindada en este documento de consentimiento describe los derechos, como nuestro paciente, a estar informado sobre las condiciones y los procedimientos médicos o de diagnóstico recomendados que el proveedor puede usar a lo largo de la relación del paciente con HealthPoint.

Yo, \_\_\_\_\_,

(Nobre en escrito de Persona Responsable)

nacido el \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_,

(FECHA NACIMIENTO DEL PACIENTE)

Doy mi consentimiento y solicito que mi proveedor de atención médica, junto con el personal necesario, realice exámenes, imágenes de foto/video, pruebas y tratamientos médicos razonables y necesarios con el fin de evaluar y controlar cualquier afección o enfermedad que tenga actualmente o pueda desarrollar.

Doy mi consentimiento explícito a HealthPoint para obtener mis registros de vacunas que la escuela tiene archivados..

Entiendo que HealthPoint es una clínica de atención primaria que se enfoca en la atención médica preventiva. Reconozco que solo una cantidad limitada de estos exámenes, pruebas o tratamientos de atención primaria requieren la divulgación de riesgos específicos, según lo exige el Panel de Divulgación Médica de Texas; Si mi proveedor de atención médica recomienda un tratamiento que requiere la divulgación de riesgos específicos, se me pedirá que firme documentos adicionales que indiquen que me han informado sobre los riesgos y peligros específicos del procedimiento o tratamiento recomendado.

Entiendo que existen ciertos riesgos o peligros asociados con cualquier forma de tratamiento o prueba, y que no se me ha dado ninguna garantía sobre un resultado o cura de cualquier tratamiento o prueba proporcionado por HealthPoint o su personal. Además, reconozco que HealthPoint no asume ninguna responsabilidad, financiera o de otro tipo, por los servicios o la atención recibidos fuera de HealthPoint. Reconozco que HealthPoint puede divulgar la información mínimamente necesaria para cumplir con las leyes federales y estatales, incluida la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos de 1996 y la Ley de Privacidad de Registros Médicos de Texas.

Además, se puede divulgar información limitada a ciertas agencias federales y estatales que brindan fondos a HealthPoint para garantizar el cumplimiento de las responsabilidades legales.

Entiendo que HealthPoint es una instalación considerada federal según la Ley Federal de Reclamos por Daños, lo que significa que HealthPoint se considera parte del gobierno federal a los efectos de la responsabilidad civil.

Este consentimiento permanecerá en vigor hasta que retire mi consentimiento. Si HealthPoint cambia la naturaleza de sus servicios, o han pasado al menos dos años desde mi última cita, se me pedirá que complete otro consentimiento general para el tratamiento.

Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas con respecto a este consentimiento, y certifico que se me ha explicado completamente este documento y que entiendo su contenido its contents.

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL PACIENTE O PERSONA LEGALMENTE AUTORIZADA

\_\_\_\_\_  
NOMBRE DE LA OTRA PERSONA LEGALMENTE AUTORIZADA  
(si corresponde)

\_\_\_\_\_  
RELACIÓN DE LA PERSONA LEGALMENTE AUTORIZADA AL  
PACIENTE (si corresponde)

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
FECHA DE HOY

Nombre del Paciente:

\_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

### ¡Bienvenido a HealthPoint!

Nuestro objetivo es brindar atención médica de la más alta calidad que sera asequible y accesible para todos. Como paciente, usted tiene derechos y responsabilidades. El centro también tiene derechos y responsabilidades. Queremos que comprenda estos derechos y responsabilidades para que pueda ayudarnos a brindarle una mejor atención médica. Lea y firme esta declaración y háganos las preguntas que pueda tener.

Sus derechos como nuestro paciente:

#### Sin discriminación

- Tiene derecho a ser tratado con respeto independientemente de su raza, color, estado civil, religión, sexo, origen nacional, ascendencia, impedimento o discapacidad física o mental, edad, condición de veterano u otros motivos, según lo dispuesto por las leyes federales, estatales. y leyes o reglamentos locales.

#### Pago

- Si bien se espera que todos los pacientes de centros de salud calificados a nivel federal participen financieramente en sus visitas de salud, no se le negarán los servicios debido a la incapacidad de pagar en el momento de la visita. La clínica puede ayudarlo al evaluarlo para determinar su elegibilidad para participar en varios programas estatales y federales que pagan algunas o todas sus visitas de salud, así como al brindarle opciones para planes de pago.
- Usted tiene derecho a recibir explicaciones sobre la factura que recibió de la clínica.

#### Privacidad

- Tienen derecho a que sus entrevistas, exámenes y tratamiento se realicen en privado. Sus registros médicos también son privados.
- Tiene derecho a recibir una discusión completa de sus derechos de privacidad como nuestro paciente en forma de nuestro "Aviso de derechos de privacidad del paciente"; este documento proporciona una revisión exhaustiva de las formas en que podemos usar o divulgar sus registros médicos. Al firmar el "Derechos y responsabilidades del paciente y del centro", usted reconoce que ha recibido y entendido nuestro "Aviso de derechos de privacidad del paciente".

#### Cuidado de la salud

- Usted tienen el derecho, y se les anima, a participar en las decisiones sobre su tratamiento.
- Usted tiene derecho a información sobre su salud o enfermedad, y su plan de tratamiento, incluyendo: la naturaleza de su tratamiento; sus beneficios esperados; sus riesgos y peligros inherentes (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. Después de ser informado de esta información y proporcionar su consentimiento, nos está dando lo que se conoce como "consentimiento informado"
- Usted tiene derecho a información y explicaciones en el idioma que habla normalmente y en palabras que entienda.
- Usted tienen derecho a recibir información sobre "Directivas Anticipadas". Si no desea recibir esta información, o si no es médicamente recomendable compartir esa información con usted, se la proporcionaremos a su representante legalmente autorizado.
- Si usted es un adulto, tiene derecho a rechazar el tratamiento o los procedimientos en la medida permitida por las leyes y regulaciones aplicables. Usted tiene derecho a ser informado de los riesgos, peligros y consecuencias de rechazar dicho tratamiento o procedimientos. Su recepción de esta información es necesaria para que su rechazo sea "informado".

- 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 derecho a ser transferido o referido a otra instalación por servicios que el centro no puede proporcionar. El centro no paga por los servicios que usted recibe de otro proveedor de atención médica.
- Si tiene dolor, tiene derecho a recibir una evaluación adecuada y el manejo del dolor, según sea necesario.

## Reglas del centro

- Tiene derecho a recibir información sobre cómo utilizar adecuadamente los servicios del centro.  
Si tiene alguna pregunta, por favor pregúntenos.
- Si el centro decide que debemos dejar de tratarlo como paciente, tiene derecho a un aviso por escrito previo que explique el motivo de la decisión, y se le darán treinta (30) días para encontrar otro proveedor de atención primaria.
- Usted tiene derecho a recibir una copia de la Política y Procedimiento de "Incumplimiento y Terminación" del centro.
- Si el centro le ha dado aviso de terminación, usted tiene derecho a apelar la decisión ante el Director Médico.

## Quejas

- Tiene derecho a decirnos cómo podemos mejorar los servicios que le ofrecemos. El personal le dirá cómo hacer una sugerencia o presentar una queja. Si no está satisfecho con la forma en que el personal maneja su situación, puede comunicarse con la administración del centro.
- Aunque lo alentamos a que nos presente sus inquietudes directamente, siempre tiene derecho a llevar cualquier queja al Departamento de Servicios de Salud del Estado de Texas o Salud y Servicios Humanos.

## Pago

- Usted tiene la responsabilidad de proporcionar al personal información precisa sobre su seguro actual y / o estado financiero, así como cualquier cambio en su seguro y / o estado financiero. El personal necesita esta información para determinar su responsabilidad financiera y/ o para que puedan facturar a un seguro privado, Medicaid, Medicare o determinar otros beneficios para los que puede ser elegible. Si sus ingresos son inferiores a las pautas federales de pobreza, se le cobrará una tarifa nominal.
- Usted tiene la responsabilidad de pagar, o hacer arreglos para pagar, todos los honorarios acordados por servicios médicos y dentales. Si no puede pagar de inmediato, informe al personal para que se puedan hacer los arreglos

## Privacidad

- Usted tiene la responsabilidad de informarnos de las personas, si las hubiera, que pueden o no acceder a sus registros médicos. Es importante que conozcamos esta información desde el comienzo de su relación con nosotros para que podamos evitar cualquier confusión futura. El personal puede proporcionarle un formulario para indicar a las personas a las que está dando acceso a su registro médico privado.
- Si usted es un padre o custodio, informe al personal si alguien que no sea usted o el tutor legal del niño puede estar trayendo al niño para recibir servicios.

## Cuidado de la salud

- Usted tiene la responsabilidad de proporcionar al centro información completa y actualizada sobre su salud o enfermedad, para que podamos brindarle la atención médica adecuada.
- Usted tiene la responsabilidad de asumir las consecuencias y los resultados de rechazar el tratamiento o los procedimientos recomendados. Si rechaza el tratamiento o los procedimientos que sus proveedores de atención médica creen que es lo mejor para usted, puede ser solicitado que firme el "Patient Declination of Care" form.

- Usted es responsable del uso apropiado de los servicios del centro, que incluye seguir las instrucciones del personal y hacer y mantener citas programadas. Es posible que los profesionales del centro no puedan verlo a menos que tenga una cita.

## Reglas del centro

- Usted tiene la responsabilidad de utilizar los servicios del centro de una manera apropiada, esto significa que debe comportarse respetuosamente con todo el personal y otros pacientes en todo momento mientras accede a los servicios clínicos. No se tolerará ningún comportamiento amenazante, abusivo, violento, fraudulento, intencionalmente ofensivo o cualquier comportamiento ilegal. Si se considera que su comportamiento interrumpe la relación de manera consistente o permanente entre su proveedor de atención médica y usted, entonces su relación con el centro puede terminarse de conformidad con las políticas y procedimientos del centro.
- Usted tiene la responsabilidad de supervisar a los niños que trae consigo al centro.
- Usted tiene la responsabilidad de la seguridad de sus hijos y la protección de otros pacientes y de nuestra propiedad.
- Usted tiene la responsabilidad de cumplir con sus citas programadas. Faltar a las citas programadas causa retraso en el tratamiento de otros pacientes. Si no cumple con las citas programadas y / o no proporciona una notificación oportuna al centro, de conformidad con las políticas y procedimientos del centro, puede perder el privilegio de programar citas futuras.

## Derechos de HealthPoint como su proveedor

### Privacidad

- En ciertos casos, es posible que se requiera que HealthPoint divulgue sus registros médicos a agencias estatales o federales con el fin de informar o investigar obligatoriamente.
- El centro también puede verse obligado a divulgar sus registros médicos de conformidad con una orden judicial válida.

- HealthPoint tiene el derecho de dejar de tratarlo como paciente si comete una violación sustancial de las reglas del centro.
- HealthPoint tiene el derecho de terminar su relación con usted de inmediato y sin previo aviso por escrito si crea una amenaza para la seguridad del personal del centro otros pacientes.

## Responsabilidades de HealthPoint como su proveedor

### Generalmente

- HealthPoint tiene la responsabilidad de garantizar que se le brinde atención de calidad en un entorno que proteja y promueva sus derechos como nuestro paciente.

### Quejas

- HealthPoint tiene la responsabilidad de garantizar que ningún representante del centro lo castigue, discrimine o tome represalias contra usted por presentar una queja, y el centro continuará brindándole servicios.

---

FIRMA DEL PACIENTE O PERSONA AUTORIZADA

---

NOMBRE DE LA PERSONA AUTORIZADA (si corresponde)

---

RELACIÓN DE LA PERSONA AUTORIZADA CON EL PACIENTE (si corresponde)

---

FECHA DE HOY





Enumere los nombres de los padres, tutores legales y / o cualquier tutor gerente del menor:

Nombre y Número de Teléfono

Relación con el menor de edad

Nombre y Número de Teléfono

Relación con el menor de edad

Nombre y Número de Teléfono

Relación con el menor de edad

Fecha	Signos/Síntomas	Padre/Tutor Legal Contactado	# de Teléfono	Por

Revised: 07.19.2023