Clínica Móvil de Texas A&M Health
Teléfono: (979) 436-0587
Fax: (979) 436-0046
NursingMobileClinic@tamu.edu

POLÍTICA DE OFICINA

Ubicaciones y horarios:

Consulte nuestro sitio web en https://nursing.tamu.edu/clinical-outreach/mobile-clinic.html para conocer la ubicación y el horario.

Cuidado fuera del horario de atención:

No proporcionamos atención fuera del horario de atención. Si tiene una emergencia médica, llame al 911 y vaya a la sala de emergencias más cercana.

Llegando a su cita:

Traiga a cada cita los registros médicos anteriores y / o registros de vacunación, todos los medicamentos actuales en sus frascos originales, tarjeta de seguro e identificación con foto.

Los pacientes deben llegar 15 minutos antes de la cita programada. Pacientes nuevos Si no puede completar el paquete del paciente con anticipación, llegue 30 minutos antes de su cita.

Tratamiento de Menores:

Los pacientes menores de 18 años deben estar con un padre o tutor legal O tener permiso por escrito para el tratamiento de un padre o tutor legal si están acompañados por otro adulto, a menos que el paciente califique para una excepción según la ley federal o estatal.

Uso del teléfono celular:

Con el fin de brindar la mejor atención posible, solicitamos que no se use el teléfono celular durante las visitas de los pacientes.

Recetas y resurtidos:

El mejor momento para solicitar un resurtido de medicamentos recetados es en su cita. Si necesita un reabastecimiento, comuníquese con su farmacia y ***espere 72 horas para el procesamiento***. NO espere hasta que se le haya acabado el medicamento. Algunos medicamentos tienen efectos secundarios que deben vigilarse. Requerimos citas de control cada 3-4 meses para estos medicamentos. Asegúrese de asistir a estas citas de seguimiento. Las recargas se pueden enviar electrónicamente, incluidas las sustancias controladas.

Sustancias controladas:

Si necesita el uso crónico de sustancias controladas, nuestras enfermeras practicantes lo derivarán a un especialista. Es posible que se le pida que acepte un contrato de sustancias controladas/analgésicos y que acepte someterse a pruebas de detección de drogas en orina.

Última actualización: 10/2024

Clínica Móvil de Texas A&M Health
Teléfono: (979) 436-0587
Fax: (979) 436-0046
NursingMobileClinic@tamu.edu

Información para el paciente

Nombre _____ Inicial del segundo nombre: ____ **Apellido**: _____

Nombre anterior, si corresponde: _____ Nombre preferido:_____

Dirección: _____

Ciudad: _____ **Estado**: _____ **Código Postal**: _____ **País**: _____

Teléfono de casa: _____ **Celular**: _____

Obra: _____ **Ext.** _____

Correo electrónico: _____

Autorizo a Texas A&M Health a enviar mensajes en los siguientes métodos utilizando la información anterior. Al aceptar estos términos, acepto que todas las personas asociadas con mi cuenta pueden recibir alertas que hagan referencia al garante de la cuenta y/o a los dependientes. Es posible que se apliquen cargos por mensajes de texto de mi proveedor de telefonía celular.
Es importante saber que la comunicación por mensaje de texto no siempre es segura. Los mensajes de texto pueden ser interceptados y, por esta razón, no comunicamos información de salud personal a través de este método.

☐ Correo electrónico ☐ Mensaje de voz ☐ Texto ☐ NO autorice las telecomunicaciones.

Fecha de nacimiento: _____

Sexo al nacer: ☐ Masculino ☐ Femenino

Identifíquese como: _____

Número de Seguro Social: _____

Estado civil:

☐ Pareja ☐ Casada ☐ Soltera

☐ Divorciados ☐ Viudos ☐ Separados Legalmente

Idioma: _____

Servicios de traducción necesarios: ☐ Sí ☐ No

Raza: ☐ Negarse a especificar

☐ Indio americano o nativo de Alaska

☐ Asiático

☐ Negro o afroamericano

☐ Nativo de Hawái u otras islas del Pacífico

☐ Blanco

☐ Otros (especifique): _____

Origen étnico: ☐ Negarse a especificar

☐ Hispano o latino ☐ No hispano o latino

Clínica Móvil de Texas A&M Health
Teléfono: (979) 436-0587
Fax: (979) 436-0046
NursingMobileClinic@tamu.edu

Si es menor de edad o paciente con tutor legal *(proporcione copias de los documentos de tutela actualizados)*

Nombre de la madre: _____ Fecha de nacimiento:_____

Teléfono: _____

Nombre del Padre: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Teléfono: _____

Nombre del tutor legal: _____ Fecha de nacimiento:_____

Teléfono: Teléfono: _____ Relación con el paciente: _____

Contacto de emergencia

Nombre: _____ Inicial del segundo nombre: ____

Apellido: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ **Estado**: _____ **Código Postal**: _____

Relación con el paciente: _____ **Teléfono de casa**: _____

Celular: _____ **Trabajo**: _____ **Ext**. _____

¿Autoriza que su información de salud sea divulgada al Contacto de Emergencia mencionado anteriormente?

☐ Sí ☐ No

Farmacia preferida

Nombre: _____ **Teléfono**: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ **Estado**: _____ **Código Postal**: _____

Clínica Móvil de Texas A&M Health
Teléfono: (979) 436-0587
Fax: (979) 436-0046
NursingMobileClinic@tamu.edu

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA

Autorizo a Texas A&M Health a discutir la información de salud con las siguientes personas. Esta autorización permanecerá en vigor hasta que se actualice en una visita programada o se revoque por escrito. El paciente o tutor legal debe completar un formulario de autorización para la divulgación de información médica por separado para que se divulguen los documentos de la historia clínica.

Autorizo a Texas A&M Health a discutir la información de salud con las siguientes personas

☐ NO divulgue ninguna información, excepto a los proveedores de atención médica.

Nombre: _____ Inicial del segundo nombre: _____ **Apellido**:_____

Relación con el paciente: _____ **Teléfono**: _____

Nombre: _____ Inicial del segundo nombre: _____ **Apellido**:_____

Relación con el paciente: _____ **Teléfono**: _____

Nombre: _____ Inicial del segundo nombre: _____ **Apellido**:_____

Relación con el paciente: _____ **Teléfono**: _____

ACUSE DE RECIBO Y CONSENTIMIENTO DE RECEPCIÓN DE AVISO DE

He revisado el Aviso de Privacidad del Centro de Ciencias de la Salud de Texas A&M. Esta política explica cómo se usará y se dará a conocer mi información médica. Puedo obtener una copia de este documento sin costo alguno para mí si lo solicito.

Inicial del paciente/tutor legal: _____

Clínica Móvil de Texas A&M Health
Teléfono: (979) 436-0587
Fax: (979) 436-0046
NursingMobileClinic@tamu.edu

CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO MÉDICO Y ACUERDO FINANCIERO

Por la presente, doy mi consentimiento voluntario para el tratamiento médico, incluidos los procedimientos de diagnóstico, quirúrgicos y otros servicios médicos, proporcionados por Texas A&M Health o sus designados autorizados, según lo consideren necesario a su juicio profesional para brindar la atención médica adecuada.

Todos los honorarios médicos deben pagarse en el momento de su cita, a menos que se hayan aprobado otros arreglos.

- Los servicios se prestan al paciente, no a la compañía de seguros. Nuestra oficina presentará una solicitud a su seguro si se recibe la información adecuada.
    - Usted es responsable de los copagos, deducibles, servicios no cubiertos, coseguros y artículos considerados "no médicamente necesarios" por su seguro.
    - Para reclamaciones impagas de más de 45 días, es su responsabilidad hacer un seguimiento con su compañía de seguros, y el saldo puede considerarse vencido y pagadero.
- Es su responsabilidad notificar a la oficina de cualquier cambio en su seguro o datos demográficos.
- Usted será responsable de cualquier cargo que ocurra si los cambios en su seguro actual no se comunican en el momento del servicio.
- Los gastos incurridos para cobrar la deuda responsable del paciente pueden cargarse al paciente o al garante.

Al firmar,

- Autorizo a Texas A&M Health a presentar facturas a mi compañía de seguros por los servicios prestados por mis proveedores médicos.
- Autorizo la divulgación de información de la información médica necesaria del paciente para procesar reclamos asociados con la atención médica.
- Autorizo que se realice el pago a Texas A&M Health por los servicios prestados por ellos.
- He recibido y/o acepto los siguientes acuerdos y/o políticas:
    - **Política de Office recibida y política de no presentación**
    - **Autorización para divulgar información médica a un representante personal**
    - **Aviso de privacidad**
    - **Consentimiento para la conciliación de recetas**
    - **Acuerdo de consentimiento para telecomunicaciones/correos electrónicos**
    - **Consentimiento para el tratamiento médico y acuerdo financiero**

_____ _____

Nombre del paciente (en letra de imprenta) *Fecha*

_____ _____

Firma del paciente o tutor legal *Relación con el paciente*

Clínica Móvil de Texas A&M Health
Teléfono: (979) 436-0587
Fax: (979) 436-0046
NursingMobileClinic@tamu.edu

CONSENTIMIENTO PARA QUE MI(S) PROVEEDOR(ES) DE ATENCIÓN MÉDICA VEA MI INFORMACIÓN DE SALUD EN EL INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN DE SALUD

Este consentimiento le permite permitir que Texas A&M Health vea y acceda a su información de salud a través de un sistema computarizado llamado Intercambio de Información de Salud. El Intercambio de Información de Salud recopila información de los lugares donde usted recibe tratamiento médico y la pone a disposición electrónicamente para su proveedor en Texas A&M Health. Su información de salud es utilizada por su proveedor en Texas A&M Health para una atención de mayor calidad y para coordinar su atención médica con otros proveedores de atención médica.

Si da su consentimiento, los proveedores de Texas A&M Health podrán ver toda su información de salud en el Intercambio de Información de Salud para su atención.

1. Cuando usted da su consentimiento, los participantes del Intercambio de Información de Salud (como médicos, hospitales, laboratorios, centros de radiología y farmacias) tendrán acceso a su información de salud. Solo se puede utilizar para:
    - Proporcionarle tratamiento médico y servicios relacionados.
    - Evaluar y mejorar la calidad de la atención médica proporcionada a todos los pacientes, utilizando información de salud anónima.
2. La información sobre usted proviene de organizaciones participantes que le han brindado atención médica. Estos pueden incluir hospitales, médicos, farmacias, laboratorios clínicos y otras organizaciones de atención médica. Sus registros de salud pueden incluir antecedentes de enfermedades o lesiones que haya tenido (como diabetes o un hueso roto), resultados de pruebas (como radiografías o análisis de sangre) y listas de mediaciones que su médico le haya recetado. Esto puede incluir información creada antes de la fecha de este formulario de CONSENTIMIENTO. Esta información puede estar relacionada con condiciones de salud delicadas, que incluyen, entre otras:
    - Problemas de consumo de alcohol o drogas
    - Enfermedades genéticas (hereditarias) o pruebas
    - VIH/SIDA
    - Condiciones de salud mental
    - Control de la natalidad y aborto (planificación familiar)
    - Enfermedades de transmisión sexual
3. La información electrónica sobre usted puede ser divulgada por un médico participante a otros solo en la medida permitida por las leyes federales y estatales. Si en algún momento sospecha que alguien que no debería haber visto o recibido información sobre usted lo ha hecho, debe notificar a su proveedor.

4. Su consentimiento entra en vigencia al firmar este formulario y permanecerá vigente hasta el día en que lo revoque con Texas A&M Health.
5. Puede revocar su consentimiento en cualquier momento firmando un nuevo formulario de consentimiento durante el proceso de registro. Los cambios en su estado de consentimiento pueden tardar hasta 72 horas en activarse/revocarse en el sistema.

Clínica Móvil de Texas A&M Health
Teléfono: (979) 436-0587
Fax: (979) 436-0046
NursingMobileClinic@tamu.edu

6. Las leyes y regulaciones federales y estatales protegen su información médica. HIPAA, la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996, es la ley federal que protege sus registros médicos y limita quién puede ver y recibir su información de salud, incluida la información de salud electrónica. Las protecciones de HIPAA se fortalecieron aún más con otra ley federal, la Ley HITECH de 2009, que puede imponer severas multas financieras a cualquier persona que viole sus derechos de privacidad médica. Toda la información de salud disponible en el Intercambio de Información de Salud, incluida su información médica, está encriptada según los estándares federales. El Aviso de Prácticas de Privacidad de Texas A&M Health describe cómo se usa y protege su información médica.
7. Usted tiene derecho a recibir una copia de este Formulario de Consentimiento después de firmarlo.

Texas A&M Health son miembros actuales de los siguientes Intercambios de Información de Salud:

- Calidad de la atención
- Pozo común
- Área metropolitana de Houston Healthconnect

Inicial por **SOLO UNO** para indicar su consentimiento o denegar el consentimiento.

_____ **DIDO CONSENTIMIENTO** para que los proveedores de Texas A&M Health accedan a mi información de salud a través de **TODOS los** Intercambios de Información de Salud disponibles (enumerados anteriormente)

_____ **NIEGO MI CONSENTIMIENTO** para que los proveedores de Texas A&M Health accedan a mi información de salud a través de los Intercambios de Información de Salud

_____ _____
Nombre del paciente (en letra de imprenta) *Fecha*

_____ _____
Firma del paciente o tutor legal *Relación con el paciente*

Clínica Móvil de Texas A&M Health
Teléfono: (979) 436-0587
Fax: (979) 436-0046
NursingMobileClinic@tamu.edu

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE PARA USAR SUNOH. LA IA DURANTE LOS ENCUENTROS MÉDICOS

Estamos comprometidos a brindarle la mejor atención posible y, como parte de este compromiso, buscamos continuamente formas de mejorar nuestros servicios.

Texas A&M Health utiliza Sunoh.ai, una herramienta de inteligencia artificial (IA) que nos ayuda durante los encuentros con los pacientes mediante la generación de notas clínicas basadas en nuestras conversaciones grabadas. La conversación grabada se eliminará automáticamente en un plazo de 7 días. Esta herramienta nos permite centrarnos más en usted, el paciente, y menos en la documentación informática.

¿Qué es Sunoh.ai?
Sunoh.ai es una herramienta que escucha la conversación durante una consulta médica y genera un resumen escrito o "nota" basada en esa conversación. Luego, esta nota es revisada y aprobada por el proveedor.

¿Cómo te afectará esto?
La herramienta de IA no interactúa contigo directamente. Simplemente escucha la conversación y crea un resumen. Esto puede permitir que el proveedor se concentre más en la visita y menos en tomar notas.

Privacidad y confidencialidad de los datos
Le aseguramos que su privacidad es nuestra máxima prioridad. La herramienta de IA se adhiere estrictamente a las pautas de cumplimiento de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos (HIPAA) para garantizar que sus datos estén seguros y protegidos. Solo los profesionales de la salud involucrados en su atención tendrán acceso a estas notas.

Consentimiento
Su participación es completamente voluntaria. Si está de acuerdo con el uso de Sunoh.ai durante sus consultas, firme y ponga la fecha a continuación. Si tiene alguna pregunta o inquietud, no dude en preguntar.

_____	_____
Nombre del paciente (en letra de imprenta)	*Fecha*
_____	_____
Firma del paciente o tutor legal	*Relación con el paciente*