

## La Misión Family Healthcare Servicio Médico Y Dental

19780 HWY 281 South  
San Antonio, TX 78221  
(210) 626-0600

<b># 1</b>	Se necesita una forma de identificación para cada miembro adulto de la familia.	Identificación con foto (Del paciente)	Licencia de Conducir
		ID extranjera	Pasaporte
		ID del estado	Tarjeta de Credito O Debito Con Foto

<b># 2</b>	Copia de la tarjeta de Seguro Social de cada miembro de la familia (si aplica)
----------------	--

<b># 3</b>	Prueba de Dirección <b>(solo se necesita una )</b>	Recibo de la luz	Recibo de Cable
		Recibo de agua	Recibo de Celular
		Contrato de arrendamiento	Carta de Seguro Médico
		Seguro de Carro	Carta de Cupones para alimentos

<b># 4</b>	<b>Tipos de Ingresos</b> por cada miembro de la familia que trabaja	<b>Comprobante de Ingresos Requeridos</b>
	Trabajadores por cuenta propia	Necesita una copia actual o más reciente de su <b><u>Declaración de Impuestos ( todas las páginas)</u></b>
	Recibe Comprobante de pago por trabajo	Traiga los recibos de pago de un mes (de los últimos 30 días) por cada miembro de la familia que trabaje.
	Ingresos solo en efectivo	Recoja y obtenga el <b>formulario de verificación de ingresos firmado por su empleador antes de asistir a la cita de elegibilidad</b> (el formulario es válido por 6 meses)
	Seguro Social	<b>Carta de Seguro Social Reciente</b>
	Manutención de menores y Seguro Social	Una copia de la carta oficial de manutención infantil o SSI
	Estudiante Universitario	Carta de préstamo para estudiantes educativos reciente
	Desempleado	<b>Carta de la fuerza laboral de Texas</b>
	Recibe ayuda de una tercera persona	Obtenga un formulario de apoyo financiero por parte de un tercero y traerlo firmado por alguien que lo esté ayudando mientras está desempleado.

**ASCENSION DEPAUL SERVICES OF SAN ANTONIO  
LA MISIÓN FAMILY HEALTH CARE  
FORMA DE REGISTRO**

**INFORMACION DEL PACIENTE**

Nombre del Paciente: _____		Apellido: _____	
Fecha de nacimiento: _____		Seguro Social #: _____	
Direccion: _____			
calle		ciudad	
		zona postal	
# Telefono (casa): _____		# (Celular): _____	
Sexo: Masculino _____ Femenino _____ Soltero _____ Casado _____ Separado _____ Divorciado _____			
Lugar donde trabaja: _____		# de trabajo: _____	
Contacto de emergencia: _____		Telefono: _____	
Ingreso Mensual del Hogar \$ _____		Idioma Principal: _____	
Grado escolar mas alto que alcanzo _____		Su grado escolar actual _____	
_____ Mastria _____		Bachillerato _____ Algo de Colegio _____ Asociado _____ Preparatoria _____ GED _____	

**PERSONA RESPONSABLE DE PAGAR SUS GASTOS**

Nombre: _____		Apellido: _____	
Direccion: _____			
Fecha de nacimiento: _____		Seguro Social: _____	
Telefono: _____		Parantesco con el paciente: _____	
Ingreso: Semanal \$ _____		Dos Semanas\$ _____ Mensual \$ _____	

**INFORMACION DE ASEGURANZA**

Nombre: _____		ID /Policy/ Group# _____	
Telefono #: (      ) _____			

**COSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO**

Yo doy mi consentimiento para ser examinado	
Y recibir tratamiento en La Misión Family Health Care	
<b>Asignamiento Y Liberacion</b>	
Yo autorizo que los beneficios de mi seguridad sean pagados directamente a	
Daughters Of Charity Services Of San Antonio. Entiendo que soy responsable de pagar los gastos	
Que no sean cubiertos por mi seguridad si alguna. Tambien autorizo a Daughters Of Charity Services	
Of San Antonio a liberar cualquier informacion que sea necesaria para procesar este cobro.	

<b>Firma:</b> _____	<b>Fecha:</b> _____
---------------------	---------------------

**ASCENSION DEPAUL SERVICES OF SAN ANTONIO  
LA MISIÓN FAMILY HEALTH CARE  
FORMA DE REGISTRO**

**INFORMACION DEL PACIENTE**

**INFORMACION DE INGRESO**

Salario \$ \_\_\_\_\_ Seguro Social \$ \_\_\_\_\_ Unemployment \$ \_\_\_\_\_

Estampias \$ \_\_\_\_\_ Child Support \$ \_\_\_\_\_ Workmans Comp\$ \_\_\_\_\_

TANF \$ \_\_\_\_\_ **Ingreso Total\$** \_\_\_\_\_

**GASTOS DEL HOGAR:**

**MENSUAL**

Renta \$ \_\_\_\_\_ Utilidades \$ \_\_\_\_\_ Comida \$ \_\_\_\_\_ Otro \$ \_\_\_\_\_ **Gastos Total:\$** \_\_\_\_\_

**POR FAVOR NOMBRE CADA PERSONA QUE VIVE EN SU HOGAR**

NOMBRE	Fecha de nacimiento	Numero de Seguro Social	Parentesco	Ingreso Mensual
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				
9.				

**ASCENSION DEPAUL SERVICES OF SAN ANTONIO**  
**LA MISIÓN FAMILY HEALTH CARE**  
**DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DEL CLIENTE**

**Los clientes tienen derecho** a ser tratados con respeto y dignidad sin importar su raza, religión, sexo, edad, discapacidad, nacionalidad de origen y capacidad de pago por los servicios recibidos.

**Los clientes tienen derecho** a recibir una explicación de los servicios que recibió y los costos de cada uno de esos servicios.

**Los clientes tienen derecho** a que no se les nieguen los servicios necesarios y que son ofrecidos en La Misión Family Health Care debido a que no puedan pagar por ellos.

**Los clientes tienen derecho** y son animados a participar en las decisiones hechas con respecto a los servicios que recibió.

**Los clientes tienen derecho** a recibir información con respecto a su salud dental, a una evaluación y manejo apropiados del dolor y a su plan de tratamiento, incluyendo sus riesgos y los resultados que se esperan (si son conocidos).

**Los clientes tienen derecho** a rehusar (refuse) el tratamiento de acuerdo a lo permitido por la ley y a ser informado de los riesgos que corre al rehusarlo.

**Los clientes tienen derecho** a recibir los servicios y tratamiento que son razonables de acuerdo a su problema dental y que son proveídos en La Misión Family Health Care. Los clientes también tienen derecho a ser transferidos a otra clínica para recibir los servicios que La Misión no puede ofrecerles. En este ultimo caso los gastos incurridos serán pagados por el cliente.

**Los clientes tienen derecho** a comunicarle al personal de La Misión Family Health Care que no estuvieron satisfechos con los servicios que recibieron y se les estimula para que ofrezcan sugerencias acerca de como mejorar los servicios ofrecidos.

**Los clientes tienen derecho** a ser notificados con anterioridad (in advance) si La Misión ya no podrá seguir ofreciéndoles servicios. La notificación será hecha por escrito, explicará las razones de la decisión y a donde podrá ir el cliente a recibir otros servicios. Razones que pueden llevar a la despedida del cliente incluyen:

1. Falta de seguir las reglas de las Responsabilidades de los Clientes de La Misión.
2. Falta intencional de reportar correctamente su ingreso financiero.
3. Falta intencional de ocultar información correcta tocante a la salud del cliente.
4. Falta intencional de no seguir con su plan de tratamiento dental.
5. Conducta abusiva, ya sea física o verbal, hacia el personal de La Misión.

**ASCENSION DEPAUL SERVICES OF SAN ANTONIO**  
**LA MISIÓN FAMILY HEALTH CARE**  
**DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DEL CLIENTE**

**Los clientes son responsables** de proveer a La Misión Family Health Care con la información adecuada y verdadera acerca de su estado financiero y de cualquier cambio en su estado económico. Esta información nos ayuda a determinar la elegibilidad del cliente por los servicios que ofrecemos.

**Los clientes son responsables** de pagar por los servicios que recibió al momento en que son recibidos.

**Los clientes son responsables** de pagar por los servicios recibidos de acuerdo a los resultados de la evaluación de su capacidad de pago. Si el cliente no puede pagar deberá informarle a La Misión para que puedan hacerle un plan de pago.

**Los clientes son responsables** de proveer a La Misión Family Health Care con información completa y verdadera de su salud, para que así la clínica pueda ofrecerle los servicios y cuidados adecuados.

**Los clientes son responsables** de utilizar responsablemente los servicios que le ofrece La Misión Family Health Care, por ejemplo:

1. Asistiendo puntualmente a sus citas.
2. Notificando con tiempo suficiente cuando necesite cancelar o cambiar su cita para otro día.

**Los clientes son responsables** por la supervisión de sus niños mientras estén adentro de La Misión Family Health Care.

**Los clientes son responsables** de cooperar con La Misión Family Health Care para mantener standards de seguridad y participar en actividades que son designadas para su propia seguridad y la seguridad de los demás clientes que acuden a la clínica.

---

Firma Del Cliente

---

Fecha

**ASCENSION DEPAUL SERVICES OF SAN ANTONIO**  
**LA MISIÓN FAMILY HEALTH CARE**  
**CONSENTIMIENTO DE USO Y REVELACION DE INFORMACION DE LA SALUD**

1. Este documento es para informarle que como su proveedor de servicios de la salud, las Daughters of Charity Services of San Antonio, también referida en este documento como DCSSA, podrá usar y revelar información referente a su estado de salud que le identifica, y que consiste en su condición física y mental pasada, presente, y futura; así como también su historial de pago pasado, presente y futuro. Esta información referente a su estado de salud es llamada en este documento “ **Información de la Salud Protejida**”.
2. La información contenida en su “ Información de la Salud Protejida” será usada y revelada por DCSSA para poder llevar a cabo asuntos administrativos referente al tratamiento y pagos por los servicios recibidos, así como para otras operaciones administrativas.
3. Para una descripción más completa acerca de cómo DCSSA puede usar y revelar su “**Información de la Salud Protejida**”, así como para averiguar el significado específico de “tratamiento”, “pago” y “operaciones administrativas” haga el favor de referirse al documento “Aviso de Prácticas Privadas” de DCSSA. Usted tiene el derecho a revisar este documento antes de firmar este Consentimiento. Los términos de este Aviso de Prácticas Privadas pueden cambiar de tiempo en tiempo; por lo tanto, para obtener una forma actualizada haga el favor de comunicarse con:

**Margarita Arroyo, Director of Compliance**  
**LA MISIÓN FAMILY HEALTH CARE**  
**19780 US HWY 281 SOUTH**  
**SAN ANTONIO, TEXAS 78221**

4. Usted tiene derecho a solicitarle a DCSSA el uso o revelado restringido de su “Información de la Salud Protejida” mientras efectúa operaciones de tratamiento, pago o administrativas; sin embargo, no se requiere que DCSSA este de acuerdo con usted en la aplicación de dichas restricciones. Si DCSSA está de acuerdo con su solicitud de restricciones, entonces DCSSA está obligada a cumplirlas.
5. Usted tiene el derecho a revocar este Consentimiento. Esta revocación tiene que ser hecha por escrito y dirigida a DCSSA. Esta revocación será válida excepto al grado en que DCSSA haya tomado acción en confianza a su firma original de este Consentimiento.

Al firmar este documento usted admite que ha leído y entendido este Consentimiento. Además, al hacerlo usted le da permiso y autoriza a DCSSA a usar o revelar su “Información de la Salud Protejida” mientras lleva a cabo asuntos administrativos referentes a tratamiento, pago y otras operaciones administrativas y en acuerdo a los términos de este Consentimiento.

---

**Firma del Paciente**

---

**Fecha**

---

**Nombre del Paciente (con letras de molde)**

ASCENSION DEPAUL SERVICES OF SAN ANTONIO  
LA MISIÓN FAMILY HEALTH CARE  
CANCELACIONES DE CITAS

**EFFECTIVO MARZO 1, 2018**

Debido a la demanda de servicios  
Medicos Y Dentales Y el gran  
porcentaje de personas que no  
asisten a sus citas vamos a cobrar  
**\$25.00** si no da aviso de  
Cancelacion con 24 Horas de  
Anticipacion.

---

Firma Del Cliente

---

Fecha

---