



Hope for the spirit. Health for the body!

8515 Greenville Avenue, Suite N-210
Dallas, TX 75234
(214) 221-0855

REQUISITOS PARA INSCRIPCIÓN

1. Prueba de ingresos de todos los que trabajan en el hogar

- **Talones de cheques** más recientes, *O*
- **Declaración de impuestos**, *O*
- **Declaración de empleador** que indica que trabaja por esa organización/o individual, los **ingresos brutos y frecuencia de pago**. Esta carta debe de tener **firma, fecha y número de teléfono**.

Prueba de beneficios que reciben en el hogar

- **Estampillas de comida**
- **Vivienda publica**
- **TANF**
- **SSI**
- **Manutención de menores (Child Support)**

2. Identificación con foto valida y tarjeta de seguridad si tiene

Toda la información debe ser reciente, no mayor de 30 días.
Por favor de traer todos los documentos requeridos el día de registración.

Horarios De Registracion:

Lunes – Viernes
8:30 – 11:00 AM
1:00 – 4:00 PM

Cada año tiene que recertificar antes de Diciembre 31. Favor de traer documentos actuales mencionados anteriormente.

- Recertificaciones se aceptan Octubre 1 – Diciembre 31 para el próximo año.
- Se aceptan recertificaciones en la clínica, Ste N-108.

Ofrecemos transportación para citas médicas en la clínica de Healing Hands Ministries.

- Por favor llame al 214-221-0855 ext. 123 o 124 para hacer arreglos.
- Por favor llame por lo menos una semana antes de su cita.
- Transporte sólo está disponible para citas antes de las 2:00 PM.



Hope for the spirit. Health for the body!

8515 Greenville Avenue, Suite N-210
Dallas, TX 75234
(214) 221-0855

ENROLLMENT REQUIREMENTS FOR SLIDING FEE PATIENTS

1. Proof of Household Income from everyone in the household who works

- Most recent **pay check stubs**, *OR*
- **Tax return**, *OR*
- **Employer statement of income** which states gross income and frequency of pay. This letter must be **dated, signed** and include a **telephone number**.

Proof of benefits received from

- **Food Stamps**
- **Public Housing**
- **TANF**
- **SSI**
- **Child Support**

2. Valid Picture ID and Insurance Card if any

All information provided must be current, dated within the last 30 days.
Please make sure to bring all required documents at time of registration.

Registration Hours:

Monday – Friday
8:30 – 11:00 AM
1:00 – 4:00 PM

You will need to recertify every year before the expiration date of December 31. To recertify you will be required to bring in the updated documents mentioned above.

- Recertifications are accepted October 1 - December 31 for the following year.
- Please recertify at the clinic, Suite N-108.

Transportation for medical appointments at Healing Hands Ministries is provided for patients that live in the Dallas County.

- Please call us at (214) 221-0855 ext. 123 or 124 to make arrangements.
- Please call at least one week before your appointment.
- Transportation is only available for appointments scheduled prior to 2:00 PM.



Hope for the spirit. Health for the body!

8515 Greenville Avenue, Suite N-108 | Dallas, TX 75243 | (214) 221.0855 ext. 100

Date/Fecha: ____/____/____ Referred by/Referido por: _____

Name/Nombre: _____

Last/Apellido

First/Primer Nombre

MI/Segundo Nombre

Male/Masculino: ___ Female/Femenina: ___ SS#: _____ Married/Casado: ___ Single/Soltero: ___

Date of birth/fecha de nacimiento: _____ Ethnicity/Ethia: Hispanic, Not Hispanic
Month/Mes Day/Día Year/año Circle one/Circule Uno

Race/Raza: Asian, Black or African American, White, Other: _____ Language/Idioma: _____
Circle one/Circule Uno

Current Address/Dirección Actual: _____ Apt # _____

City/Ciudad: _____ State/Estado: _____ Zip Code/Código: _____

Permanent Address/Dirección Permanente: _____

Home Phone/Teléfono hogar(_____) _____

Cell(_____) _____ Work Phone/Teléfono de su trabajo (_____) _____

Email Address/Correo Electrónico: _____ Preferred Contact Method: Hm, Wk, Cell, Email
Circle one/Circule Uno

In case of an emergency, contact/ En caso de una emergencia, contacte a:

Name/Nombre _____ Phone/Teléfono: _____

Relationship to patient/Relación con el paciente: _____

Do you have medical insurance, Medicaid or Medicare? If Yes, What do you have? _____ NO _____
¿Tiene Aseguramiento Médico, Medicaid O Medicare? Si tienes una, Cual es? _____ No _____

Insured Name and DOB _____ Relationship to insured _____
Nombre De La Aseguración y Fecha De Nacimiento Relación con el Asegurado

**Complete this section if you are enrolling for the Healing Hands Ministries Sliding Fee Program
Complete esta sección si está registrando para el programa de descuento de Healing Hands Ministries**

Of people living in your household/ Cuantas personas viven en su casa: _____

List Name(s)/Nombre(s): _____

Do you receive federal or state assistance? Yes _____ No _____ Which? _____
¿Recibe asistencia federal o estatal? Si _____ No _____ cual? _____

What is your gross (before taxes) monthly household income? \$ _____
¿Cuál es el ingreso normal (antes de impuestos) del hogar por mes? \$ _____



Hope for the spirit. Health for the body!

8515 Greenville Avenue, Suite N-108
Dallas, TX 75243
(214)221-0855

Healing Hands Ministries la curación en atención de acuerdo

Healing Hands Ministries se complace en ser un socio con usted en su atención médica. Sabemos que gestionar su salud incluye te estar involucrado. Usted, como paciente, está en control de su salud. Las decisiones que haces cada día tienen un impacto en su salud. Su dieta, ejercicio y otras decisiones que afectan su salud tanto como o más que cualquier médico.

Nos comprometemos a educarle acerca de su salud y trabajar con usted. Tener la mejor información y tomando un papel activo pueden ayudarle a tomar decisiones más saludables. Le animamos a hacer preguntas y compartir ideas con nuestro equipo de atención médica.

Lo invitamos a tomar un papel activo en su atención médica, haciendo las siguientes decisiones sabias para cada visita que usted tiene:

1. Siempre que todos los medicamentos que está tomando contigo a cada visita. (medicamentos recetados, medicamentos de venta libre, vitaminas y remedios herbales y suplementos)
2. Hacer una lista antes de las cosas que usted puede querer discutir en su cita.
3. No olvide efectuar planes de transporte con anticipación y llegar 20 minutos antes a cada cita.
4. No olvide de preguntar si no entiendes algo..
5. seguir el plan de tratamiento recomendado por su médico..
6. tome todos los medicamentos como lo indique
- 7 responder a todas las comunicaciones de la clínica.
- 8 por favor revisar las normas de la clínica, ser obediente y guardar una copia de ellos con sus registros
- 9 informar de cualquier dirección, números de teléfono, ingresos o cambios seguros.
- 10 24 horas de antelación si no puede asistir a cita.
- 11 llegando tarde para una cita que se reprogramó para la próxima vez disponible.
- 12 entiendo mi tratamiento puede ser infructuoso si no seguir órdenes del médico y referencias.
- 13 hay ningún uso de teléfono celular o cualquier carga de teléfonos celulares en la clínica.
14. HHM reserva el derecho de denegar servicios a los pacientes que se han realizado de manera que se considera inadecuada. (No cooperan, verbalmente abusivo, intoxicados, etc...)

Patient: _____
 (Paciente) Signature (firma) Date (fecha)

Screener: _____
 Signature (firma) Date (fecha)

Printed name of patient _____
 (Nombre del Paciente) Last (Apellido) First (Primer)



Hope for the spirit. Health for the body!

Forma Autorización de HIPAA

Declaración de Intenciones

Es mi entendimiento que el Congreso aprobada una ley titulada la Health Insurance Portability y Accountability Act ("HIPAA") que limita la divulgación de mi información médica protegida. Esta autorización es ser firmada ya que es crucial que mis proveedores médicos fácilmente dan mi información médica protegida a las personas designadas en esta autorización para permitir que me la ventaja de ser capaces de discutir y obtener asesoramiento de mi familia o amigos.

Por lo tanto, en virtud de 45 164.501(a)(1)(iv) CFR una entidad cubierta (siendo un proveedor de atención médica definida por HIPAA) está permitida divulgar información de salud protegida en cumplimiento y conforme a esta autorización válida bajo 45 CFR Sec. 164.508.

AUTORIZACIÓN

Yo, _____, Un individuo, autorizo a entidades cubiertas todo tal como se define en ley HIPAA, incluyendo pero no limitado a un médico, (incluyendo pero no limitado a un médico, podiatra, Quiropráctico u osteópata,) psiquiatra, psicólogo, dentista, terapeuta, enfermera, hospitales, clínicas, farmacia, laboratorio, servicio de ambulancia, centro de residencia asistida, instalación de cuidado residencial, centro de cama y comida, hogar de ancianos, compañía de seguros médica o cualquier otro médico o afiliado , para revelar la siguiente información:

Toda información sanitaria, informes o registros con respecto a mi historial médico, estado, diagnóstico, pruebas, pronóstico, tratamiento, facturación información e identidad de prestadores de salud, ya sea pasado, presente o futura y cualquier otra información que es de alguna manera relacionados con mi salud. Además, esta declaración deberá incluir la capacidad de hacer preguntas y discutir esta información médica protegida con la persona o entidad que tiene la posesión de la información médica protegida aunque estoy plenamente competente para hacer preguntas y discutir este asunto en el momento. Es mi intención dar una plena autorización a la información médica protegida a las personas nombradas en esta autorización.

Yo autorizo la divulgación de información, incluyendo el diagnóstico, registros, examen rendido a mi y reclama información. Esta información puede ser divulgada para:

Esposo(a) _____
Niños(as) _____
Padre(s) _____
Otro _____

Por favor de no dar cualquier información médica a nadie.

Completa los siguientes indicando los elementos que desea que le quieren divulgó. La firma de un paciente menor de edad se requiere para la liberación de algunos de estos artículos. Si toda información de salud debe ser liberado, entonces la casilla sólo primera.

- Todas informacion de salud** Historia examen Medicamentos de pasado/ presente Resultados de laboratorio
- Médico ordena Paciente alergias Informes de operación Informes de consultas
- Notas de Progreso Resumen diagnóstico Informes de Prueba descarga Datos de facturación
- Informes de Electrocardiograma/Cardiología Informes de Patología Informes de radiología e imágenes
- Registros de salud mental (excluyendo notas de psicoterapia) información genética (incluidos los resultados de la prueba genética)
- Drogas, Alcohol o abuso de sustancias registros HIV/AIDS tratamiento o resultados de prueba
- Otro _____

Firma _____ **Fecha** _____
Signature of Individual or Individual's Legally Authorized Representative

TERMINACIÓN

Esta autorización terminará en la primera que se produzca de: (1) dos años después de mi muerte o (2) sobre mi revocación escrita realmente recibido por la entidad cubierta. Acuse de recibo de mí escrito revocación puede ser por correo certificado, correo certificado, facsímil o cualquier otro recibo que conste la recepción efectiva por la entidad cubierta. Esta revocación deberá ser efectiva a la recepción efectiva de la notificación por la entidad cubierta excepto en la medida en que la entidad cubierta ha actuado en la confianza en él. Esta autorización no es afectada por mi posterior discapacidad o incapacidad.

RE-DIVULGACIÓN

Al firmar esta autorización, reconozco que la información usada o divulgada de conformidad con esta autorización puede ser sujeta a re-divulgación por la persona o personas cuyo nombre se haya escrito anteriormente, y la información divulgada una vez ya no estará protegida por las reglas creadas en HIPAA. Ninguna entidad cubierta requerirá mis personas autorizadas a indemnizar a la entidad cubierta o de acuerdo para llevar a cabo cualquier acto en orden a la entidad cubierta cumplir con esta autorización.

INSTRUCCIONES PARA MI LAS PERSONAS AUTORIZADAS

Mi persona autorizada tendrá derecho a entablar una acción legal en cualquier forma aplicable contra cualquier entidad cubierta que se niega a reconocer y aceptar esta autorización para los fines que he expresado. Además, mis personas autorizadas están autorizadas a firmar todos los documentos que estimen convenientes obtener la información médica protegida las personas autorizadas.

DOCUMENTO VÁLIDO

Una copia o facsímil de esta autorización original se aceptarán como si se tratara de un documento original. RENUNCIA y liberación desligo de cualquier entidad cubierta que actúa al amparo de esta autorización de cualquier responsabilidad que se acumulen los libere mi protegida información médica y de cualquier acción tomada por mi persona autorizada.

Firmado el día _____ de _____, 20_____.
Día Mes Año

Firma del individuo o persona de representante legalmente autorizado

Nombre en molde



Hope for the spirit. Health for the body!

Consentimiento Para Tratamiento y Pago

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____

Nombre de la persona dar su consentimiento si es diferente de paciente:

[Nombre]: _____

Relación al paciente: Propia Padre Guardián Otras: _____

Voluntariamente y por la presente autorizo a autorizar a los proveedores de salud del centro para proporcionar servicios de salud a mí en centros de servicio del centro. Los servicios pueden incluir, sin limitación, rutina evaluación física y mental; pruebas de diagnóstico y monitoreo y procedimientos; exámenes y tratamiento médico o dental; procedimientos de laboratorio de rutina y pruebas; radiografías y otros estudios imagen lógicos; Administración de medicamentos; y los procedimientos y tratamientos prescritos por profesionales de la salud del centro. Los servicios también pueden incluir Consejería necesarios para recibir servicios apropiados, incluida la planificación familiar (como se define en las leyes federales y reglamentos).

Entiendo que pedirá firmar un consentimiento informado independiente para cada vacuna para administrarse a mí y que recibiré una "Información Declaración de la vacuna" (VIS) antes de recibir cada vacuna

Entiendo que hay ciertos peligros y riesgos asociados con todas las formas de tratamiento, y dado mi consentimiento sabiendo esto.

Entiendo que este consentimiento es válido y permanece en vigor mientras yo soy un paciente del centro, hasta que puedo retirar mi consentimiento, o hasta que el centro cambia sus servicios y me pide que complete un nuevo formulario de consentimiento.

Entiendo que el pago por el servicio médico es debido en el día de la visita. Puede pagar en efectivo o con tarjeta de crédito. Arreglos de seguros/financiero deben hacerse con el centro antes de cualquier servicio.

Disposiciones de Consentimiento

Mi firma en este formulario indica que:

1. Certifico que he leído y entiendo el consentimiento anterior y que los hechos indicados son verdad.
2. Me doy cuenta que aunque se hará todo lo posible para mantener todos los riesgos y efectos secundarios a un mínimo, los riesgos, efectos secundarios y complicaciones pueden ser impredecibles tanto en la naturaleza y gravedad.
3. Yo entiendo que los proveedores de nivel medio (Asistentes de Médicos, Enfermeras de Familia y Asistentes Médicos Entrenados) puede participar en mi tratamiento y doy mi consentimiento.
4. Entiendo que puedo pedir que firme un formulario de consentimiento informado independiente para ciertos tratamientos.
5. Por este medio voluntariamente doy mi consentimiento al tratamiento en el centro.
6. El abajo firmante autoriza el centro para liberar cualquier información adquirida en el curso de mi tratamiento a mi compañía de seguros, otro médico o médica centro(s). Por la presente acepto que soy responsable de dicho cargo (s). I autorizar el pago directamente y asignar al centro, si los hubiere,

Firma del Representante Legal paciente

Fecha

Escriba el nombre

Relación con el paciente

Firma del testigo, si no es el paciente

Imprimir nombre

Fecha

Intérprete y traductora para completar en su caso:

He forma precisa y completa lectura/traducido el documento anterior:

Insertar el nombre de la paciente o Representante Legal del paciente

In _____, La paciente o del paciente de idioma principal del Representante Legal. Él entiende todos los términos y condiciones y reconoció a su acuerdo y consentimiento al firmar el documento en mi presencia.

Interpretado/traducido

Por: _____

Firma del traductor/ intérprete

Imprimir nombre de intérprete/traductor:

Fecha



Hope for the spirit. Health for the body!

Consentimiento al Tratamiento de Voluntarios

Su firma en este formulario indica que usted entiende que los doctores o enfermeras que se le pueden trabajar como un voluntario no remunerado. Porque puede trabajar gratis, están protegidos por la ley de demandas por daños que puede experimentar como su paciente, si están actuando de buena fe. La siguiente página le explicará más límites en su responsabilidad como médicos voluntarios.

Entiendo que una voluntaria que es cuidar que no se administra para o expectativa de indemnización pueden prestar servicios que recibo de HHM.

Entiendo que la ley de Texas impone límites a la recuperación de daños de voluntario a cambio de recibir servicios de salud. Esas limitaciones incluyen la inmunidad de responsabilidad civil para cualquier acto u omisión que causa la muerte o lesiones a un paciente si:

- 1) El voluntario actuaba de buena fe y en el curso y alcance de los deberes o funciones dentro de la organización de los voluntarios.
- 2) El voluntario compromete a la acción u omisión en el curso de proporcionar servicios de atención médica al paciente.
- 3) Los servicios prestados están dentro del alcance de la licencia de los voluntarios y antes de que el voluntario proporciona servicios de atención médica, el paciente, el paciente es menor de edad o es lo contrario legalmente incompetente, padre del paciente, la gestión de curador, tutor, o persona con responsabilidad legal para el cuidado de la paciente firma una declaración escrita que reconoce;

a) Que el voluntario es cuidar que no se administra para o expectativa de indemnización; y

b) Las limitaciones de la recuperación de daños de los voluntarios a cambio de recibir los servicios de salud.

Reconozco que los médicos, como voluntarios, me ofrecen con cuidado que no es administrado por expectativa de indemnización, y a cambio de recibir los servicios de salud, recuperación de daños y perjuicios está limitada.

() Yo mismo

() La siguiente persona quien estoy legalmente responsable: _____

Firma de Paciente: _____ Fecha: _____

Firma del Inspector: _____ Fecha: _____