TEJAS HEALTH CARE

1-844-TEJAS-4-U
WWW.TEJASHEALTHCARE.ORG

890 E. Travis Street
La Grange, TX 78945

275 Ellinger Road
La Grange, TX 78945

185 Decker Drive
Giddings, TX 78942

HISTORIAL DE LA SALUD DENTAL

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Por favor responda todas las siguientes preguntas encerrando SÍ o NO. Sus respuestas serán estrictamente confidenciales y solo se utilizarán para ayudar a evaluar su condición médica. Si tiene dudas, exprese su inquietud a un miembro de nuestro equipo.

¿Tiene usted o ha tenido alguna vez uno de los siguientes?			SÓLO PARA USO DE OFICINA:
Angina (Dolor en el pecho)	Sí	No	
Artritis	Sí	No	
Articulaciones artificiales: Cadera/Rodilla/Tobillo/Hombro/Otro:	Sí	No	
Asma	Sí	No	
Problema de sangramiento: Anemia/Otra enfermedad de sangre:	Sí	No	
Cancer	Sí	No	
Defecto cardiaco congénito	Sí	No	
Insuficiencia cardíaca congestiva	Sí	No	
Diabetes	Sí	No	
Desmayos/Convulsiones/Enfermedad del Sistema nerviosa	Sí	No	
Glaucoma	Sí	No	
La discapacidad auditiva	Sí	No	
Ataque al corazón o enfermedad del corazón	Sí	No	
Soplo cardíaco o prolapso de la válvula mitral	Sí	No	
Reemplazo de la válvula del corazón	Sí	No	
Hepatitis A, B, C u otro:	Sí	No	
Presión arterial alta	Sí	No	
Condición inmunosupresora: Terapia de esteroides Terapia de radiación Quimioterapia LES (Lupus) El VIH Trasplanté de órgano Retiro del bazo Otro:	Sí	No	
Latido del corazón irregular	Sí	No	
Enfermedad del riñón	Sí	No	
Condición de salud mental - Especifique:	Sí	No	
Otros implantes artificiales o dispositivos	Sí	No	
Otra enfermedad del hígado	Sí	No	
Otra enfermedad pulmonar	Sí	No	
Otra enfermedad muscular o articular	Sí	No	
Marcapasos o Desfibrilador	Sí	No	
Endocarditis Bacteriana Anterior	Sí	No	
Fiebre Reumática / Enfermedad Reumática del Corazón	Sí	No	
Enfermedad de transmisión sexual/infección	Sí	No	

Enfermedad estomacal o intestinal (úlcera / ERGE)	Sí	No	**SÓLO PARA USO DE OFICINA:**
Derrame cerebral	Sí	No	
Enfermedad de tiroides	Sí	No	
Tuberculosis	Sí	No	
Discapacidad visual	Sí	No	
¿Tiene alguna enfermedad, condición, o problemas que no estaba en la lista? Si es así, cual es?	Sí	No	
Por favor liste cualquier hospitalización y cirugía:			
¿Tiene alguna reacción alérgica a los medicamentos o al látex? Si es así, por favor díganos:	Sí	No	
¿Alguna vez se ha sometido a una terapia de osteoporosis actual o pasada? Medicamentos tales como: Fosamax Actonel Boniva	Sí	No	
¿Alguna vez se ha sometido a una terapia de bifosfonato actual o pasada? Tuvo terapia intravenosa con medicamentos como: Aredia Zometa	Sí	No	
¿Está tomando actualmente anticoagulantes como: Anticoagulantes orales: Pradaxa Warfarin Coumadin Anti plaquetario oral: Aspirina Plavix	Sí	No	
¿Estás o podrías estar embarazada? Si es así, ¿Cuántos meses de embarazo tiene?	Sí	No	
¿Estas amamantando?	Sí	No	
¿Estás tomando anticonceptivos?	Sí	No	
¿Es o alguna vez ha sido adicto a una sustancia química como: Alcohol Medicamentos recetados Heroína Metanfetamina Cocaína Otro:	Sí	No	
¿Fuma o usa productos de tabaco? Si es así, ¿Cuántos usas al día?	Sí	No	
¿Tiene un padre, hermano o hijo que tenga lo siguiente? (Por favor circule todo lo que corresponda): Diabetes Presión arterial alta Enfermedad del corazón Tendencia de Sangrar Cáncer	Sí	No	
¿Está tomando medicamentos recetados, productos de venta libre o suplementos de hierbas? Si es así, por favor escriba:	Sí	No	

Nombre de la medicación:	**Dosis:**	**Razón por la cual toma este medicamento:**

HISTORIA DENTAL CONTINUADA			**SÓLO PARA USO DE OFICINA:**
Reason for Today's Visit:			
¿Tiene chequeos dentales regulares? Si es así, ¿cuándo fue su último examen dental?	Sí	No	
¿Ha tenido algún problema con el tratamiento dental anterior? Si es así, por favor explique:	Sí	No	
¿Ha notado bultos o llagas en la boca?	Sí	No	
¿Tus encías sangran cuando te cepillas los dientes?	Sí	No	

¿Aprietas o rechinas los dientes?	Sí	No	
¿Tiene dolor en la boca, cara, ojos, cuello o garganta?	Sí	No	
¿Te has lesionado la cara, la mandíbula o los dientes?	Sí	No	
¿Esta infeliz con el aspecto de tus dientes y/o sonrisa?	Sí	No	
Marque con un círculo cualquiera de los siguientes procedimientos dentales que haya realizado: Ortodoncia (Aparatos ortopédicos) Dentaduras Tratamiento del conducto Implantes Cirugía oral Rellenos de tratamiento periodontal (encías) Tratamiento de la ATM Tratamiento de puentes Carillas Blanqueamiento			
¿Cuántas veces al día te cepillas los dientes?			
How many times per day do you floss?			
POR FAVOR CONTESTE LO SIGUIENTE SI EL PACIENTE ES UN NIÑO/A MENOR:			**SÓLO PARA USO DE OFICINA:**
¿Se chupa el niño el pulgar o los dedos?	Sí	No	
¿El niño se chupa o muerde el labio?	Sí	No	
¿El niño se muerde o se mastica las uñas?	Sí	No	
¿El niño usa pasta dental con fluoruro?	Sí	No	
¿Desea el niño usar otros productos con flúor como enjuague bucal o flúor recetado?	Sí	No	
¿Un padre o adulto ayuda al niño con el cepillado?	Sí	No	
¿El niño come alimentos azucarados y / o bocadillos? Si es así, ¿de qué tipo y cuánto?	Sí	No	
¿Bebe el niño algo que no sea agua o leche? Si es así, ¿de qué tipo y cuánto?	Sí	No	
POR FAVOR, RESPONDA A LAS PREGUNTAS PARA NIÑOS DE 0 A 5 AÑOS DE EDAD:			
¿El niño es amamantado o alimentado con biberón?	Sí	No	
¿Edad en meses que el niño dejo el biberón/pecho?			
¿Se le dio o se le ha dado al niño un biberón o una taza sippy para que se duerma?	Sí	No	

Que yo sepa, toda la información anterior es correcta y completa. Si tengo algún cambio en mi estado de salud, o algún cambio en los medicamentos, le informaré al proveedor de salud dental en mi próxima cita. Soy responsable de cualquier error u omisión de información. Doy mi consentimiento para todos los exámenes, incluidos los exámenes, las radiografías y otras pruebas que puedan ser necesarios a juicio del proveedor o con fines de diagnóstico.

Padre/Guardián Legal: _____ Firma: _____

Firma del Dentista: _____ Firma: _____

TEJAS HEALTH CARE

1-844-TEJAS-4-U

WWW.TEJASHEALTHCARE.ORG

890 E. Travis Street
La Grange, TX 78945

275 Ellinger Road
La Grange, TX 78945

185 Decker Drive
Giddings, TX 78942

CONSENTIMIENTO DENTAL

Nombre de Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Doy mi consentimiento para que mi hijo o yo recibamos el tratamiento dental que los proveedores de la Clínica Dental de Tejas consideren necesario. Estos procedimientos incluyen, pero no se limitan a; Exámenes, profilaxis orales (limpieza), tratamientos con flúor, selladores, restauraciones (sensaciones y coronas compuestas o amalgamas), tratamientos periodontales (encías), tratamientos endodónticos (endodoncia), extracciones y el uso de anestésicos locales. Entiendo que el uso de anestésicos locales conlleva un riesgo de hinchazón, moretones, reacciones alérgicas, cambios en la percepción del dolor o anestesia prolongada. Este consentimiento se considerará vigente hasta que sea rescindido o revocado.

Además, reconozco que he sido informado de los posibles riesgos y complicaciones importantes que se presentan durante o después del tratamiento que se va a realizar, incluidos:

- Dolor postoperatorio, hinchazón, sangrado y moretones
- Infección y/o curación prolongada
- Adormecimiento temporal o prolongado, sensación de alteración del labio, barbilla, lengua, encías o dientes
- Entrada (o desplazamiento de los dientes) en el seno maxilar, con posible infección sinusal y/o comunicación del seno oral (perforación de la boca al seno)
- Pérdida de vitalidad (nervio / vasos sanguíneos) o daño a los dientes / empastes adyacentes
- Posible incisión inadvertida de lengua, mejilla o labios

Autorizo y solicito la interpretación de cualquier procedimiento adicional en el cual daré mi consentimiento, sea necesario o conveniente para la salud bucal y el bienestar de mi hijo o mi hija y entiendo el criterio profesional del dentista en Tejas Health Care.

Entiendo que la odontología no es una ciencia exacta y que, por lo tanto, los profesionales acreditados no pueden garantizar totalmente los resultados. Reconozco que nadie ha hecho ninguna garantía o seguridad con el respecto al tratamiento dental que he solicitado y autorizado. He tenido la oportunidad de leer este formulario y hacer preguntas. Mis preguntas han sido respondidas a mi entera satisfacción.

_____ _____

Nombre Del Paciente Fecha

_____

Firma Del Paciente

_____ _____

Firma Del Testigo Fecha

ESTA SECCIÓN DEBE SER COMPLETADA PARA NIÑOS MENORES DE 18 AÑOS POR UN PADRE O TUTOR LEGAL SOLAMENTE.

Afirmo que soy el padre o tutor legal del menor mencionado anteriormente. Si no puedo acompañar a mi hijo, doy permiso a las personas nombradas a continuación para que lo acompañen a tratamientos dentales:

Nombre: _____ Relación: _____

Nombre: _____ Relación: _____

Name: _____ Relación: _____

Firma del Padre/Guardián Legal: _____ Fecha: _____

TEJAS HEALTH CARE

1-844-TEJAS-4-U

WWW.TEJASHEALTHCARE.ORG

890 E. Travis Street
La Grange, TX 78945

275 Ellinger Road
La Grange, TX 78945

185 Decker Drive
Giddings, TX 78942

REGISTRO DE NUEVO PACIENTE

INFORMACIÓN DEL PACIENTE		
NOMBRE DEL PACIENTE (APPELLIDO, PRIMER, SEGUNDO NOMBRE):	FECHA DE NACIMIENTO:	TODAYS DATE:
NÚMERO DE SEGURO SOCIAL	SEXO AL NACER:	
- -	___ Hombre ___ Mujer ___ Otro	
DIRECCIÓN DE CORREO:	DIRECCIÓN FÍSICA: (SI ES DIFERENTE DE LA DIRECCIÓN POSTAL)	
CUIDAD – ESTADO – ZIP:	CUIDAD – ESTADO – ZIP:	
TELÉFONO DE CELULAR:	TELÉFONO DE TRABAJO:	
TELÉFONO DE CASA:	CORREO ELECTRÓNICO:	
MÉTODO DE COMUNICACIÓN PREFERIDO: ___ Teléfono ___ Correo electrónico (Portal del paciente) ___ Correo Postal		

INFORMACIÓN DEL SEGURO: (POR FAVOR COMPLETE COMPLETAMENTE)			
SEGURO PRIMARIO:	NÚMERO DE ID:	NÚMERO DE GRUPO:	NOMBRE DE TITULAR:
SEGURO SECUNDARIO:	NÚMERO DE ID:	NÚMERO DE GRUPO:	NOMBRE DE TITULAR:

IDIOMA PREFERIDO:	___ Inglés ___ Español ___ Otro:
ESTADO CIVIL:	___ Soltero ___ Casado ___ Viudo ___ Divorciado
ETNICIDAD:	___ Hispano o Latino ___ NO Hispano o Latino
RAZA:	___ Blanco ___ Negro o Afroamericano ___ Asiático ___ Indio Americano o Alaska ___ Hawaiano Nativo ___ Otro Isleño Pacífico
ESTADO DE HOGAR:	___ Doblado(Viviendo con otros) ___ En un refugio para personas sin hogar ___ En la calle ___ Vivienda Transitoria ___ NO Sin Hogar (Vive en su propio hogar)
ESTATUS DE VETERANO:	___ Servicio Activo ___ Dado de Alta (Veterano) ___ Guardia Nacional ___ Reserva ___ Ninguno
ESTADO DEL AGRICULTOR:	__ Trabajador Agrícola Migratorio __ Trabajador Agrícola de Temporada __ No Es Un Trabajador Agrícola

Proporcione la información solicitada para ayudar a Tejas Health Care a recibir fondos, lo que nos permite brindar atención médica a las comunidades más vulnerables.

¿Cuál es el ingreso mensual de su hogar?: _____ ¿Cuántas personas hay en tu casa? (Incluyéndote): _____

Si elige no proporcionar esta información, escriba sus iniciales aquí: _____

INFORMACIÓN DEL PADRE / TUTOR: SOLO LLENE SI EL PACIENTE ES UN MENOR	
NOMBRE:	NOMBRE:
DIRECCIÓN DE CORREO:	DIRECCIÓN DE CORREO:
CUIDAD – ESTADO – CÓDIGO POSTAL:	CUIDAD – ESTADO – CÓDIGO POSTAL:
TELÉFONO CELULAR:	TELÉFONO CELULAR:
RELACIÓN AL PACIENTE:	RELACIÓN AL PACIENTE:

Firma del Paciente/Tutor: _____ Fecha: _____

TEJAS HEALTH CARE

1-844-TEJAS-4-U

WWW.TEJASHEALTHCARE.ORG

890 E. Travis Street
La Grange, TX 78945

275 Ellinger Road
La Grange, TX 78945

185 Decker Drive
Giddings, TX 78942

AUTORIZACIÓN PARA LIBERAR INFORMACIÓN - HIPAA

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Dirección: _____ Cuidad/Estado/Código Postal: _____

La Ley de Responsabilidad y Portabilidad de Información de Salud (HIPAA) permiten a los pacientes a solicitar una restricción con respecto a cómo se libera la información.

Doy permiso para discutir verbalmente la siguiente información con la(s) persona(s) que se indica a continuación: (Ejemplos: Cónyuge, Familiar, Escuela)

Nombre: _____ Relación al Paciente: _____

Nombre: _____ Relación al Paciente: _____

Nombre: _____ Relación al Paciente: _____

Nombre: _____ Relación al Paciente: _____

INFORMACIÓN DE CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA

Por favor, enumere a los miembros de la familia u otras personas, si las hay, a quienes podamos contactar en caso de una **EMERGENCIA PARA EL CUIDADO DE USTED.**

Nombre: _____ Número de Teléfono: _____

Relación al Paciente: _____

RECONOCIMIENTO O REVISIÓN DE AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

He revisado el Aviso de prácticas de privacidad de Tejas Health Care, que explica cómo se usará y divulgará mi información médica y psicológica. Entiendo que tengo derecho a recibir una copia de este documento.

Este formulario fue leído por mí o me lo leyeron y entiendo su significado.

_____ _____

Firma del paciente o representante autorizado Fecha

_____

Imprimir Nombre y Relación de la persona autorizada a dar su consentimiento, si no es el paciente.

TEJAS HEALTH CARE

1-844-TEJAS-4-U
WWW.TEJASHEALTHCARE.ORG

890 E. Travis Street
La Grange, TX 78945

275 Ellinger Road
La Grange, TX 78945

185 Decker Drive
Giddings, TX 78942

CONSENTIMIENTO DE TELÉFONO Y TEXTO DEL PACIENTE

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Número de Celular: _____

Acepto que Tejas Health Care me contacte por teléfono, mensaje de texto o correo electrónico. Generalmente, la correspondencia de texto y correo electrónico debe ser entre el proveedor y un paciente adulto de 18 años o más, o el padre o tutor legal de un menor. Los ejemplos de mensajes que podría recibir podrían incluir recordatorios de citas, anuncios de servicio o consejos generales de educación y concienciación sobre la salud. Estos mensajes pueden contener información como el nombre del paciente, la fecha de la cita, la ubicación y el nombre del proveedor. Los mensajes nunca incluirán resultados actuales de laboratorio o pruebas o información de diagnóstico. Además, los mensajes de correo electrónico y de texto nunca deben usarse para los resultados de las pruebas relacionadas con el VIH, las enfermedades de transmisión sexual, la hepatitis, el abuso de drogas o la presencia de neoplasias malignas, o para el abuso de alcohol o problemas de salud mental. A menos que su proveedor le indique específicamente que la prueba o el correo electrónico se realizarán a través de un servidor seguro, considere el correo electrónico como una tarjeta postal que pueden ver personas no intencionadas. Los mensajes de correo electrónico y de texto solo deben usarse para asuntos no delicados y no urgentes. Los tipos de información apropiados para el correo electrónico incluyen

- Preguntas sobre prescripciones
- Consultas de seguimiento de rutina.
- Programación de citas
- Reporte de mediciones de autocontrol.

Entiendo que las tarifas de datos y mensajes de texto estándar pueden aplicarse según mi contrato de servicio de telefonía celular, pero que Tejas Health Care no cobrará una tarifa por este servicio. La frecuencia de los mensajes depende de la actividad del paciente. Si cambio mi teléfono, celular o correo electrónico, entiendo que soy responsable de notificar el cambio a Tejas Health Care y de proporcionar nueva información si deseo que el servicio continúe.

He leído y entiendo la información anterior, y me respondieron las preguntas que tenia de manera satisfactoria. Estoy de acuerdo con las directrices para la comunicación por correo electrónico. En consecuencia: (Por favor, elija un método preferido)

- ☐ Por la presente doy mi consentimiento para recibir mensajes de texto de Tejas (según el número anterior)
- ☐ Por la presente doy mi consentimiento para recibir recordatorios telefónicos o que me queden recordatorios en un contestador automático de Tejas (según el número anterior)

_____ _____

Nombre Fecha

_____

Firma del paciente / Representante (relación al paciente)

TEJAS HEALTH CARE

1-844-TEJAS-4-U
WWW.TEJASHEALTHCARE.ORG

890 E. Travis Street
La Grange, TX 78945

275 Ellinger Road
La Grange, TX 78945

185 Decker Drive
Giddings, TX 78942

DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DEL PACIENTE Y DEL CENTRO

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

¡Bienvenido a Tejas Health Care! Nuestro objetivo es brindar atención médica de calidad a personas calificadas en esta comunidad, independientemente de su capacidad de pago. Como paciente, usted tiene derechos y responsabilidades. Tejas Health Care 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.

A. Derechos Humanos

Tiene derecho a ser tratado con respeto, independientemente de su raza, color, estado civil, religión, sexo, origen nacional, ascendencia, discapacidad o discapacidad física o mental, edad (más de 40 años), estado veterano de Vietnam u otros motivos no permitidos por las leyes o regulaciones federales y locales aplicables.

B. Pago Por Servicios

1. Usted es responsable de proporcionar al centro información precisa sobre su estado financiero actual y cualquier cambio en su estado financiero. Tejas Health Care requiere esta información para calcular los cargos adeudados por usted y/o para facturar seguros privados, Medicaid, Medicare u otros beneficios para los cuales usted es elegible. Si sus ingresos son menores que las pautas federales de pobreza, es posible que se le cobre una tarifa con descuento.
2. Tiene derecho a recibir explicaciones de la factura de Tejas. Usted debe pagar, o hacer arreglos para pagar, todos los honorarios acordados por servicios médicos, con la excepción de los servicios dentales que se proporcionan de forma prepaga. Si no puede pagar de inmediato, infórmeselo al personal para que puedan brindarle atención ahora y elaborar un plan de pago.
3. La ley federal prohíbe que Tejas le niegue los servicios de salud de atención primaria de salud que sean médicamente necesarios, únicamente porque no puede pagar por estos servicios.

C. Privacidad

Usted tiene derecho a tener sus entrevistas, exámenes y tratamiento en privado. Sus registros médicos también son privados. Solo las personas legalmente autorizadas pueden ver sus registros médicos a menos que usted solicite por escrito que los mostremos o los copiemos para otra persona. Le daremos una discusión completa de sus derechos de privacidad junto con este documento y se llamará Aviso de prácticas de privacidad de Tejas. El personal le pedirá que reconozca el recibo de nuestro Aviso de prácticas de privacidad. El Aviso de Privacidad de Prácticas establece las formas en que Tejas puede usar o divulgar sus registros médicos y los derechos que se le conceden bajo la Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico ("HIPAA").

D. Cuidado De La Salud

1. Usted es responsable de proporcionar a Tejas información completa y actualizada sobre su salud o enfermedad, para que podamos brindarle la atención médica adecuada. Usted tiene el derecho y se le alienta a participar en la decisión sobre su tratamiento.
2. Tiene derecho a recibir información y explicaciones en el idioma que habla normalmente y en las palabras que entiende. Tiene derecho a recibir información sobre su salud o enfermedad, plan de tratamiento, incluida la naturaleza de las alternativas razonables, si las hubiera (y sus riesgos y beneficios); y el resultado esperado, si se conoce. Esta información se llama obtener su consentimiento informado.
3. Tiene derecho a recibir información sobre las "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.
4. Usted es responsable del uso apropiado de los servicios del centro, que incluye seguir las instrucciones del personal, hacer y cumplir con las citas programadas y solicitar una cita de "walk-in" solo cuando esté enfermo. Es posible que los profesionales del centro no puedan verlo a menos que

tenga una cita. Si no puede seguir las instrucciones del personal, infórmeselo para que puedan ayudarlo.

5. Si usted es un adulto, tiene derecho a rechazar el tratamiento o los procedimientos en la medida en que lo permitan las leyes y regulaciones aplicables. En este sentido, tiene derecho a ser informado de los riesgos, peligros y consecuencias de su rechazo de dicho tratamiento o procedimiento. Su recepción de esta información es necesaria para que su rechazo se "informó". Usted es responsable de las consecuencias y el resultado de rechazar el tratamiento o los procedimientos recomendados. Si rechaza el tratamiento o los procedimientos que sus proveedores de atención médica creen que son de su mejor interés, es posible que se le solicite que firme un formulario de Rechazo a Permitir Tratamiento o Servicios Médicos o un Formulario de Contra el Consejo Médico (según corresponda).
6. Usted tiene derecho a recibir atención médica y tratamiento que sea razonable para su condición y dentro de nuestra capacidad; sin embargo, Tejas no es un centro de atención de emergencia. Usted tiene el derecho de ser transferido o referido a otra instalación por servicios que Tejas no puede proporcionar. Tejas no paga los servicios que recibe de otro proveedor de atención médica
7. Si tiene dolor, tiene derecho a recibir una evaluación y un control del dolor adecuados, según sea necesario.

E. Reglas Del Centro

1. Tiene derecho a recibir información sobre cómo utilizar adecuadamente los servicios de Tejas. Usted es responsable de utilizar los servicios de Tejas de manera adecuada. Si tienes alguna pregunta, por favor pregúntanos.
2. Usted es responsable de la supervisión de los niños que trae a Tejas. Usted es responsable de la seguridad de sus hijos y de la protección de otros pacientes y de nuestra propiedad.
3. Usted tiene la responsabilidad de cumplir con sus citas programadas. Las citas programadas perdidas causan retraso en el tratamiento de otros pacientes.

F. Quejas

1. Si no está satisfecho con nuestros servicios, por favor díganos. Queremos sugerencias para que podamos mejorar nuestros servicios. El personal le dirá cómo presentar una queja. Si no está satisfecho con la forma en que el personal maneja su queja, puede presentar una queja ante la Junta de Gobierno de Tejas.
2. Si se queja, ningún representante del centro lo sancionará, discriminará o tomará represalias en su contra por presentar una queja, y Tejas continuará brindándole los servicios.

G. Terminación

Si Tejas decide que debemos dejar de tratarlo como paciente, usted tiene derecho a presentar un aviso por escrito que explique el motivo de la decisión, y se le otorgarán treinta (30) días para encontrar otros servicios de atención médica. Sin embargo, Tejas puede decidir dejar de tratarlo inmediatamente, y sin previo aviso por escrito, si ha creado una amenaza para la seguridad del personal y/o otros pacientes. Tiene derecho a recibir una copia de la Política y el Procedimiento de la Terminación de la Relación entre el Paciente y el Centro de Tejas.

Las razones por las cuales podemos dejar de verlo incluyen:

1. No obedecer las reglas y políticas del Centro, como mantener las citas programadas;
2. Incapacidad intencional de informar con precisión su estado financiero;
3. Incapacidad intencional de reportar información precisa sobre su salud o enfermedad;
4. Incumplimiento intencional de los programas de atención médica, tales instrucciones sobre cómo tomar medicamentos, prácticas de salud personal o citas de seguimiento, según lo recomendado por su (s) proveedor (es) de atención médica, y / o
5. Creando una amenaza a la seguridad del personal y / u otros pacientes.

H. Apelaciones

Si Tejas le ha notificado la terminación de la relación con el paciente y el Centro, tiene derecho a apelar la decisión ante la Junta de Gobierno. A menos que tenga una emergencia médica, no continuaremos atendiéndolo como paciente mientras esté apelando la decisión.

_____ _____

Firma Fecha