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

PATIENT REGISTRATION

PATIENT INFORMATION:		
PATIENT NAME (LAST, FIRST, MIDDLE):	DATE OF BIRTH:	TODAYS DATE:
SOCIAL SECURITY NUMBER:	SEX AT BIRTH:	
- -	___ Male ___ Female ___ Other	
MAILING ADDRESS:	PHYSICAL ADDRESS: (IF DIFFERENT THAN MAILING ADDRESS)	
CITY – STATE – ZIP:	CITY – STATE – ZIP:	
CELL PHONE:	WORK PHONE:	
HOME PHONE:	EMAIL:	
PREFERRED METHOD OF COMMUNICATION: ___ Telephone ___ Email (Patient Portal) ___ US Mail		

INSURANCE INFORMATION: (PLEASE FILL OUT COMPLETELY)			
PRIMARY INSURANCE:	ID NUMBER:	GROUP NUMBER:	POLICY HOLDER'S NAME:
SECONDARY INSURANCE:	ID NUMBER:	GROUP NUMBER:	POLICY HOLDER'S NAME:

PREFERRED LANGUAGE:	___ English ___ Español ___ Other:
MARITAL STATUS:	___ Single ___ Married ___ Widowed ___ Divorced
ETHNICITY:	___ Hispanic or Latino ___ NOT Hispanic or Latino
RACE:	___ White ___ Black or African American ___ Asian ___ American Indian or Alaska ___ Native Hawaiian ___ Other Pacific Islander
ARE YOU LIVING:	___ Doubled Up (Living with others) ___ In a homeless Shelter ___ On the street ___ Transitional Housing ___ NOT Homeless
VETERAN STATUS:	___ Active Duty ___ Discharged (Veteran) ___ National Guard ___ Reserve ___ None
FARMER STATUS:	___ Migratory Farm Worker ___ Seasonal Farm Worker ___ Not a Farm Worker

Please provide the information requested to help assist Tejas Health Care in receiving funding which allows us to provide health care to our communities most vulnerable.

What is your monthly household income: _____ How many people are in your household? (Including yourself) _____

If you choose not to provide this information, please initial here: _____

PARENT/GUARDIAN INFORMATION ONLY FILL OUT IF PATIENT IS A MINOR	
NAME: DOB:	NAME: DOB:
MAILING ADDRESS:	MAILING ADDRESS:
CITY – STATE – ZIP:	CITY – STATE – ZIP:
CELL PHONE:	CELL PHONE:
RELATIONSHIP TO PATIENT:	RELATIONSHIP TO PATIENT:

PLEASE SIGN BELOW

Signature of Patient or Guardian: _____ Date: _____

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 PACIENTE

INFORMACIÓN DEL PACIENTE		
NOMBRE DEL PACIENTE (APPELLIDO, PRIMER, SEGUNDO NOMBRE):	FECHA DE NACIMIENTO:	FECHA DE HOY:
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 o Hispano ___ 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: FDN:	NOMBRE: FDN:
DIRECCIÓN DE CORREO:	DIRECCIÓN DE CORREO:
CUIDAD – ESTADO – CÓDIGO POSTAL:	CUIDAD – ESTADO – CÓDIGO POSTAL:
TELÉFONO CELULAR:	TELÉFONO CELULAR:
RELACIÓN AL PACIENTE:	RELACIÓN AL PACIENTE:

POR FAVOR FIRME ABAJO

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

CONSENT FOR TREATMENT

1. CONSENT FOR TREATMENT

I, the undersigned, voluntarily consent to the procedures which may be performed during this visit at Tejas Health Care. I authorize and consent to diagnostic testing, screenings, lab work, physical exams, medication administration and/or treatment as ordered by my physician(s). I authorize my physician(s), Tejas Health Care team members, including nurse practitioners, physician assistants, behavioral health consultants and others as necessary to provide care and perform procedures as needed in accordance with the physician(s) orders. I understand that nursing and other health care team members in training may be among the individuals who provide care to me. Tejas Health Care patients may be referred to providers from other healthcare specialties within the Tejas Health Care treatment plan.

Initial: _____

2. CONSENT FOR TESTING

I understand that Texas law allows for testing in the event of accidental exposure of a healthcare worker to blood or bodily fluids to ensure that the healthcare worker has not received a communicable disease for which he/she may need treatment. If a healthcare worker is exposed, I consent to have Tejas Health Care team members draw my blood and run tests for communicable diseases as needed. The cost of this testing will not be charged to my bill. I also acknowledge that tests for certain communicable disease may be reported to public health agencies as required by law. If necessary in the course of my care, I consent for my Tejas Health Care provider to access my medication history, if available, from retail pharmacies.

Initial: _____

3. EMERGENCY CARE NOT PROVIDED

I understand that Tejas Health Care clinics provide ambulatory health care services and do not have the resources for emergency medical care. As a patient, I understand that I need to go to a hospital emergency room if I have a medical emergency. I understand that by signing below, in the event that my Tejas Health Care provider refers me to an outside health care provider for further diagnosis or treatment, I acknowledge that it is my responsibility to comply with any such referrals.

Initial: _____

4. INTEGRATED CARE

I understand that I am visiting a provider that integrates both physical health and behavioral health concerns when making treatment decisions. I understand that my information may be shared between the physical health and behavioral health providers.

Initial: _____

5. PAYMENT AGREEMENT/ASSIGNMENT OF INSURANCE BENEFITS

In consideration of the services provided, I agree to pay all charges for services at the regular rates, unless prohibited by law or insurance agreement. I understand that failure to pay these charges within 60 days of receipt of bill may result in referral to an agency or attorney for collection. If the account for these services is referred to an attorney for collection, I agree to pay reasonable attorney fees and collection expenses in addition to the balance of the account. Specific services may not be covered services by your health plan / Medicare benefits and you are, by signing below, accepting financial responsibility. I hereby assign and authorize payment directly to Tejas Health Care for all benefits otherwise payable to me by my insurance company or any other payor. I agree to pay Tejas Health Care all charges not paid by my insurance company, unless prohibited by law or insurance agreement.

Initial: _____

I understand that Pre-Certification is primarily the patients responsibility. If my insurance company requires immediate notification of my admission, I understand that I must make the notification. I understand that it is my responsibility to pursue resolutions for benefit reductions or non-payment.

Initial: _____

Texas Medicaid: Please confirm (choose one)
___ I **DO** have Medicaid benefits. ___ I **DO NOT** have Medicaid benefits.

Initial: _____

Eligibility: I understand that if I want to apply for Tejas Health Care's Financial Program, eligibility determination should be requested in advance. I understand that I must provide all required documentation. Would you like to receive information about the Financial Program at this time? ___ YES ___ NO

Initial: _____

6. **RELEASE OF PATIENT HEALTHCARE INFORMATION**
I understand that as part of my healthcare, Tejas Health Care originates and maintain health records describing my healthy history, symptoms, examination and test results, diagnosis, treatment and any plans for future care or treatment. I understand that there are times when the law allows Tejas Health Care to release such information without my authorization, including, but not limited to, for the purposes of treatment, payment or health care operations.

Initial: _____

7. **NOTICE OF PRIVACY PRACTICES – HIPAA**
I acknowledge that I have received a copy of the notice of HIPAA privacy practices. I understand that the Notice describes the uses and disclosures of my protected health information by Tejas Health Care and informs me of my rights with respect to protected health information. I understand that I have the right to review the notice prior to signing this consent and to request a copy of this notice.

Initial: _____

8. **PATIENT'S BILL OF RIGHTS**
I acknowledge that I have received a copy of the Patient Rights and Responsibilities and that is my responsibility to read the information provided.

Initial: _____

I, the undersigned, have read and understand this authorization for treatment and terms and conditions of admission. By my signature, I accept all terms and conditions. If I am executing this document on behalf of this patient, I verify that I have the authority to execute this form on behalf of the patient.

_____ _____
Patient Name Patient's Date of Birth

_____ _____
Signature of Patient or Personal Representative Today's Date

If Personal Representative, indicate relationship to patient: _____

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 PARA TRATAMIENTO

1. CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO

Yo, el abajo firmante, consiento voluntariamente los procedimientos que pueden realizarse durante esta visita en Tejas Health Care. Autorizo y doy mi consentimiento para las pruebas de diagnóstico, las pruebas de detección, los análisis de laboratorio, los exámenes físicos, la administración de medicamentos y / o el tratamiento según lo indique mi(s) médico(s). Autorizo a mi(s) médico(s), a los miembros del equipo de Tejas Health Care, incluidas enfermeras especializadas, asistentes médicos, consultores de salud del comportamiento y otros, según sea necesario para brindar atención y realizar los procedimientos necesarios de acuerdo con las órdenes del médico. Entiendo que los miembros del equipo de enfermería y otros miembros del equipo de atención médica que se encuentran en capacitación pueden estar entre las personas que me brindan atención. Los pacientes de Tejas Health Care pueden ser referidos a proveedores de otras especialidades de atención médica dentro del plan de tratamiento de Tejas Health Care.

Inicial: _____

2. CONSENTIMIENTO PARA PRUEBAS

Entiendo que la ley de Texas permite realizar pruebas en caso de exposición accidental de un trabajador de la salud a la sangre o fluidos corporales para garantizar que el trabajador de la salud no haya recibido una enfermedad contagiosa para la que pueda necesitar tratamiento. Si un trabajador de la salud está expuesto, doy mi consentimiento para que los miembros del equipo de Tejas Health Care me extraigan sangre y realicen pruebas para detectar enfermedades contagiosas según sea necesario. El costo de esta prueba no se cargará a mi factura. También reconozco que las pruebas para ciertas enfermedades contagiosas pueden ser informadas a las agencias de salud pública según lo exige la ley. Si es necesario en el curso de mi atención, doy mi consentimiento para que mi proveedor de Tejas Health Care acceda a mi historial de medicamentos, si está disponible, en las farmacias.

Inicial: _____

3. ATENCIÓN DE EMERGENCIA NO PROPORCIONADA

Entiendo que las clínicas de Tejas Health Care brindan servicios ambulatorios de atención médica y no tienen los recursos para la atención médica de emergencia. Como paciente, entiendo que debo ir a la sala de emergencias de un hospital si tengo una emergencia médica. Entiendo que al firmar a continuación, en el caso de que mi proveedor de atención médica de Tejas me remita a un proveedor de atención médica externo para un diagnóstico o tratamiento adicional, reconozco que es mi responsabilidad cumplir con dichas referencias.

Inicial: _____

4. CUIDADO INTEGRADO

Entiendo que estoy visitando a un proveedor que integra los problemas de salud física y salud del comportamiento al tomar decisiones de tratamiento. Entiendo que mi información puede ser compartida entre los proveedores de salud física y de salud del comportamiento.

Inicial: _____

5. ACUERDO DE PAGO/ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS DE SEGURO

En consideración a los servicios prestados, acepto pagar todos los cargos por servicios a las tarifas regulares, a menos que lo prohíba la ley o el acuerdo de seguro. Entiendo que si no se pagan estos cargos dentro de los 60 días posteriores a la recepción de la factura, se puede derivar a una agencia o abogado para su cobro. Si la cuenta de estos servicios se remite a un abogado para su cobro, acepto pagar los suministros razonables de abogado y los gastos de cobro además del saldo de la cuenta. Es posible que los servicios específicos no sean servicios cubiertos por su plan de salud/beneficios de Medicare y usted, al firmar a continuación, acepta la responsabilidad financiera. Por la presente, asigno y autorizo el pago directamente a Tejas Health Care para todos los beneficios que de otra manera me paguen mi compañía de seguros o cualquier otro pagador. Estoy de acuerdo en pagar a Tejas Health

Care todos los cargos no pagados por mi compañía de seguros, a menos que lo prohíba la ley o el acuerdo de seguro.

Inicial: _____

Entiendo que la Pre-Certificación es principalmente responsabilidad de los pacientes. Si mi compañía de seguros requiere una notificación inmediata de mi admisión, entiendo que debo hacer la notificación. Entiendo que es mi responsabilidad solicitar resoluciones para la reducción de beneficios o la falta de pago.

Inicial: _____

Medicaid de Texas: Por favor confirme (elija uno)
___ **TENGO** beneficios de Medicaid. ___ **NO TENGO** los beneficios de Medicaid.

Inicial: _____

Elegibilidad: entiendo que si deseo solicitar el Programa financiero de Tejas Health Care, la determinación de elegibilidad se debe solicitar con anticipación. Entiendo que debo proporcionar toda la documentación requerida. ¿Le gustaría recibir información sobre el programa financiero en este momento? ___ SÍ ___ NO

Inicial: _____

6. **LIBERACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD PARA PACIENTES**
   Entiendo que, como parte de mi atención médica, Tejas Health Care se origina y mantiene registros de salud que describen mi historial de salud, los síntomas, los exámenes y resultados de las pruebas, el diagnóstico, el tratamiento y cualquier plan para la atención o el tratamiento futuros. Entiendo que hay ocasiones en que la ley permite que Tejas Health Care divulgue dicha información sin mi autorización, incluidos, entre otros, los propósitos de tratamiento, pago u operaciones de atención médica.

   Inicial: _____

7. **AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD - HIPAA**
   Reconozco que he recibido una copia del aviso de las prácticas de privacidad de HIPAA. Entiendo que el Aviso describe los usos y divulgaciones de mi información médica protegida por parte de Tejas Health Care y me informa sobre mis derechos con respecto a la información médica protegida. Entiendo que tengo el derecho de revisar el aviso antes de firmar este consentimiento y de solicitar una copia de este aviso.

   Inicial: _____

8. **DECLARACIÓN DE DERECHOS DEL PACIENTE**
   Reconozco que he recibido una copia de los Derechos y responsabilidades del paciente y que es mi responsabilidad leer la información proporcionada.

   Inicial: _____

Yo, el abajo firmante, he leído y entiendo esta autorización para el tratamiento y los términos y condiciones de admisión. Con mi firma, acepto todos los términos y condiciones. Si estoy ejecutando este documento en nombre de este paciente, verifico que tengo la autoridad para ejecutar este formulario en nombre del paciente.

_____ _____
Nombre del Paciente Fecha de Nacimiento del Paciente

_____ _____
Firma del Paciente o Representante Personal Fecha de Hoy

Si es Representante Personal, indique relación con el paciente: _____

Informed Consent for Telehealth Services

Definition of Telehealth

Telehealth involves the use of electronic communications to enable Tejas Health Care health professionals to connect with individuals using interactive video and audio communications.

Telehealth includes the practice of health care delivery, diagnosis, consultation, treatment, referral to resources, education, and the transfer of medical and clinical data.

I understand that I have the rights with respect to telehealth:

1. The laws that protect the confidentiality of my personal information also apply to telehealth. As such, I understand that the information disclosed by me during the course of my telehealth session/visit is generally confidential. I also understand that the dissemination of any personally identifiable images or information from the telehealth interaction to other entities shall not occur without my written consent.

2. I understand that I have the right to withhold or withdraw my consent to the use of telehealth in the course of my care at any time, without affecting my right to future care or treatment.

3. I understand that there are risks and consequences from telehealth, including, but not limited to, the possibility, despite reasonable efforts on the part of the practitioner, that: the transmission of my personal information could be disrupted or distorted by technical failures, the transmission of my personal information could be interrupted by unauthorized persons, and/or the electronic storage of my personal information could be unintentionally lost or accessed by unauthorized persons. I also understand that at my request or at the direction of my practitioner, I may be directed to a “face-to face” visit.

4. By signing this document, I agree that certain situations, including emergencies and/or crisis, are inappropriate for audio-/video-/computer-based services. I should immediately call 9-1-1 for a medical emergency or Bluebonnet Trails Community Services Hotline (800) 841-1255 for a mental health crisis.

5. Payment for Telehealth Services. Tejas Health Care will bill insurance for telehealth services if applicable. In the event that insurance does not cover telehealth, or when there is no insurance coverage, you will be responsible for payment. Tejas has a sliding fee discount for those who qualify.

Patient Consent to the Use of Telehealth I have read and understand the information provided above regarding telehealth.

I have read this document carefully and understand the risks and benefits related to the use of telehealth services and have had my questions regarding the procedure explained. I hereby give my informed consent to participate in the use of telehealth services for treatment under the terms described herein.

By my signature below, I hereby state that I have read, understood, and agree to the terms of this document.

_____

Print Patient Name

_____ _____

Patient or Guardian Signature Date

SUBMIT

TEJAS HEALTH CARE

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

890 E. Travis Street
La Grange, TX 78945
F: 979-968-2001

275 Ellinger Road
La Grange, TX 78945
F: 979-968-6903

185 Decker Drive
Giddings, TX 78942
F: 979-542-1500

AUTHORIZATION TO RELEASE OR REQUEST MEDICAL RECORDS OR PROTECTED HEALTH INFORMATION

Patient Name: _____ Date of Birth: _____

Address: _____ City/State/ZIP: _____

PLEASE CHECK ONE:

___ I request that TEJAS HEALTH CARE release my records to the following person or facility:

___ I request that the facility below release my records to TEJAS HEALTH CARE:

Name: _____

Address: _____ City/State/ZIP: _____

Phone Number: _____ Fax: _____

Please send records to (Circle One):

Tejas Health Care
ATTN: Medical Records
185 Decker Drive
Giddings, TX 78942
P: 1-844-835-2748
F: 979-542-1500

Tejas Health Care
ATTN: Medical Records
890 E. Travis Street
La Grange, TX 78945
P: 1-844-835-2748
F: 979-968-2001

Check **YES** or **NO** to the information that can be disclosed. (I understand that the information in my health record may include information relating sexually transmitted diseases, acquired immunodeficiency syndrome (AIDS), or human immunodeficiency virus (HIV). It may also include information about behavioral health or mental health services, and treatment for alcohol and drug abuse.)

___ YES ___ NO	Medical History	___ YES ___ NO	Lab Reports
___ YES ___ NO	Imaging Reports	___ YES ___ NO	Progress Notes
___ YES ___ NO	Immunizations	___ YES ___ NO	Financial Information
___ YES ___ NO	Behavioral Health	___ YES ___ NO	Substance Abuse
___ YES ___ NO	Other:		

Purpose of Request: At the request of the individual for Continuity of Care

THIS AUTHORIZATION EXPIRES 180 DAYS FROM THE DATE SIGNED BELOW

This form was read by me or was read to me and I understand its meaning. I have the right to revoke this authorization in writing at any time except to the extent that action has been taken in reliance upon it. I understand that when this information is used or disclosed pursuant to this authorization, it may be subject to re-disclosure by the recipient and may no longer be protected. I hereby release and hold harmless the above named facility and its parent company from all liability and damages resulting from the lawful release of Protected Health Information.

_____ _____

Signature of Patient or Authorized Representative Date

Relationship to Patient: _____

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 DIVULGAR O SOLICITAR REGISTROS MÉDICOS O INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Dirección: _____ Cuidad/Estado/Código Postal: _____

POR FAVOR MARQUE UNO:

___ Solicito que TEJAS HEALTH CARE libere mis registros a la persona o las instalaciones siguientes:

___ Solicito que la instalación o persona a continuación libere mis registros a TEJAS HEALTH CARE:

Nombre: _____

Dirección: _____ Cuidad/Estado/Código Postal: _____

Número de Teléfono: _____ Fax: _____

Por favor envíe los registros a:

Tejas Health Care
ATTN: Medical Records
185 Decker Drive
Giddings, TX 78942
P: 1-844-835-2748
F: 979-542-1500

Tejas Health Care
ATTN: Medical Records
890 E. Travis Street
La Grange, TX 78945
P: 1-844-835-2748
F: 979-968-2001

Marque **SÍ** o **NO** a la información que se puede divulgar. (Entiendo que la información en mi registro de salud puede incluir información relacionada con enfermedades de transmisión sexual, síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) o virus de inmunodeficiencia humana (VIH). También puede incluir información sobre servicios de la salud mental y tratamiento para el alcohol y abuso de drogas.)

___ SÍ ___ NO	Historia Médica	___ SÍ ___ NO	Reportes Laboratorios
___ SÍ ___ NO	Informes de Imágenes	___ SÍ ___ NO	Notas de Progreso
___ SÍ ___ NO	Vacunas	___ SÍ ___ NO	Información Financiera
___ SÍ ___ NO	Salud del Comportamiento	___ SÍ ___ NO	Abuso de Sustancias
___ SÍ ___ NO	Otro:		

Motivo de la solicitud: A petición de la persona para la Continuidad de Cuidado

ESTA AUTORIZACIÓN EXPIRA 180 DÍAS A PARTIR DE LA FECHA FIRMADA A CONTINUACIÓN

Este formulario fue leído por mí o me lo leyeron y entiendo su significado. Tengo el derecho de revocar esta autorización por escrito en cualquier momento, excepto en la medida en que se haya tomado la decisión de confiar en ella. Entiendo que cuando esta información se usa o divulga de acuerdo con esta autorización, puede estar sujeta a una nueva divulgación por parte del destinatario y ya no estará protegida. Por la presente, libero y eximo de toda responsabilidad y daños a los establecimientos mencionados anteriormente y a su compañía matriz, como consecuencia de la divulgación legal de información médica protegida.

_____ _____

Firma del Paciente o Representante Autorizado Fecha

Relación al Paciente: _____

TEJAS HEALTH CARE

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

890 E. Travis Street
La Grange, TX 78945
F: 979-968-2001

275 Ellinger Road
La Grange, TX 78945
F: 979-968-6903

185 Decker Drive
Giddings, TX 78942
F: 979-542-1500

AUTHORIZATION TO RELEASE INFORMATION – HIPAA

Patient Name: _____ Date of Birth: _____

Address: _____City/State/ZIP: _____

The Health Information Portability and Accountability Act (HIPAA) allow patients to request a restriction regarding how information is disclosed.

I give permission to disclose my personal health information to the following person(s) stated below: (Example: Spouse, Relative, School)

Name: _____ Relationship to patient: _____

Name: _____ Relationship to patient: _____

Name: _____ Relationship to patient: _____

Name: _____ Relationship to patient: _____

EMERGENCY CONTACT INFORMATION

Please list the family members or other persons, if any, whom we may contact in the case of an **EMERGENCY IN CARING FOR YOU.**

Name: _____ Telephone Number: _____

Relationship to patient: _____

ACKNOWLEDGEMENT OR REVIEW OF NOTICE OF PRIVACY PRACTICES

I have reviewed Tejas Health Care's Notice of Privacy Practices, which explains how my medical and psychological information will be used and disclosed. I understand that I am entitled to receive a copy of this document.
This form was read by me or was read to me and I understand its meaning.

_____ _____
Signature of Patient or Authorized Representative Date

_____
Print Name and Relationship of Person Authorized to Consent, if other than patient.

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

ADULT HEALTH HISTORY

**NOTE: This information about your healthcare history is confidential, and part of your medical record.*

PATIENT NAME:	DATE OF BIRTH:	TODAY'S DATE:

PERSONAL/SOCIAL:

Marital status: (check one)	___Single ___Married ___ Divorced ___Widowed ___ Domestic Partner			
Occupation:	# Of Children:	# Of Sexual Partners:	Contraceptive Method Use:	
Use of Alcohol: ___Never ___Socially ___Daily	How many drinks per day:			
Use of Street Drugs: ___ No ___ Yes	If yes, what kind:			
Use of Tobacco: ___ No ___ Yes ___ Quit - If so, how long:	If yes, how many per day:			
Gender Identity: ___ Male	___ Female	___ Transgender Male Female to Male	___ Transgender Female Male to Female	___ Choose Not To Disclose
Sexual Orientation: ___ Straight	___ Lesbian or Gay	___ Bisexual	___ Something Else	___ Don't Know / ___ Choose Not To Disclose
Allergies to Medication(s) or Food(s): ___ No ___ Yes	If yes, please list allergies and reactions below:			
Have you ever had surgery or been hospitalized? ___ No ___ Yes	If yes, please list below:			

SELF MEDICAL HISTORY: CHECK ALL THAT APPLY

ADHD		Depression		GERD		Alcoholism	
Anemia		High Cholesterol		Heart Disease		Osteoporosis	
Anxiety		Headaches/Migraines		Hepatitis/Liver Disease		Seizure Disorder	
Asthma		COPD		Hypertension		Stroke	
Diabetes		Bleeding Disorders		Tuberculosis		Thyroid Disease	
Cancer		What kind:		When:		Other:	

Have you been in the past 12 months or are you currently under the care of another healthcare professional? If yes, please list who below:

FAMILY MEDICAL HISTORY: CHECK ALL THAT APPLY AND LIST FAMILY MEMBERS

M: Mother **MGM:** Maternal Grandmother **PGM:** Paternal Grandmother **PA:** Paternal Aunt **MA:** Maternal Aunt **S:** Sibling
F: Father **MGF:** Maternal Grandfather **PGF:** Paternal Grandfather **PU:** Paternal Uncle **MU:** Maternal Uncle

ADHD		Asthma		Diabetes		Tuberculosis	
Alcoholism		Depression		High Cholesterol		Seizure Disorder	
Alzheimer's Disease		Arthritis		Anxiety		Hypertension	
COPD		Cancer		What Kind:		Other:	

MEDICATION(S) YOU ARE CURRENTLY TAKING:

Name of Medication:	Dosage of Medication:	Provider that prescribed RX:

PHARMACY YOU ARE CURRENTLY USING:

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 SALUD DE ADULTOS

Este formulario proporciona información sobre su historial de atención médica, es confidencial y forma parte de su registro médico.

NOMBRE DEL PACIENTE:	FECHA DE NACIMIENTO	FECHA DE HOY

PERSONAL/SOCIAL:

Estado civil: (Marque uno)	___ Soltero ___ Casado ____ Divorciado ___ Viudo ___ Pareja doméstica

Ocupación:	# de Hijos:	# de Compañeros Sexuales:	Uso de métodos anticonceptivos:

Uso de alcohol: ___ Nunca ___ Socialmente ___ Diariamente	Cuántas bebidas al día:
Uso de drogas: ___ No ___ Sí	Si es así, ¿de qué tipo?
Uso de tabaco: ___ No ___ Sí ____ Renuncie - Desde cuándo:	Si es así, cuántos por día:

Identidad de género:	___ Hombre	___ Mujer	___ Hombre Transgénico Mujer a Hombre	___ Mujer Transgénico Hombre a Mujer	___ Elijo No Revelar

Orientación Sexual:	___ Heterosexual	___ Lesbiana o Gay	___ Bisexual	___ Algo Más	___ No Se	___ Elijo No Revelar

Alergias a Medicamentos o Alimentos: ___ No ___ Sí	En caso afirmativo, indique las alergias y reacciones:
¿Alguna vez ha sido operado o ha sido hospitalizado? __ No __ Sí	En caso afirmativo, indicar a continuación:

HISTORIAL MEDICO PROPIO: MARQUE TODO LO QUE CORRESPONDA

TDAH/ADD		Depresión		Reflujo de Acido		Alcoholismo	
Anemia		Colesterol Alto		Enfermedad del Corazón		Osteoporosis	
Ansiedad		Headaches/Migraines		Hepatitis/Hepática		Trastorno Convulsivo	
Asma		EPOC		Hipertensión		Apoplejía Médica	
Diabetes		Desorden de Coagulación		Tuberculosis		Enfermedad de Tiroides	
Cancer:		Que Tipo:		Cuando:		Otro:	

¿Ha estado en los últimos 12 meses o está actualmente bajo el cuidado de otro profesional de salud? Si es así, indique el nombre:

HISTORIAL MEDICO FAMILIAR: MARQUE TODO LO QUE CORRESPONDA Y INDIQUE AL MIEMBRO DE LA FAMILIA

M: Madre MGM: Abuela Materna PGM: Abuela Paterna PA: Tía Paterna MA: Tía Materna S: Hermano/a
F: Padre MGF: Abuelo Materno PGF: Abuelo Paterno PU: Tío Paterno MU: Tío Materno

TDAH/ADD		Asma		Diabetes		Tuberculosis	
Alcoholismo		Depresión		Colesterol Alto		Trastorno Convulsivo	
Enfermedad Alzheimer		Artritis		Ansiedad		Hipertensión	
EPOC		Cancer:		Que Tipo:		Otro:	

MEDICAMENTOS QUE ESTA TOMANDO ACTUALMENTE:

Nombre de medicación:	Dosis:	Proveedor que prescribió el medicamento:

FARMACIA QUE ESTA USANDO:

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

CHILD HEALTH HISTORY

Note: This form provides information about your healthcare history, is confidential, and part of your medical record.

PATIENT NAME:	DATE OF BIRTH:	TODAY'S DATE:

PERSONAL/SOCIAL

Marital Status	Children	Use of Alcohol	Use of Street Drugs	Use of Tobacco
___ Single ___ Married ___ Divorced ___ Widowed Domestic Occupation:	___ Number of Children ___ Number of Sexual Partners Contraceptive Method Use:	___ Never ___Socially ___ Daily How many drinks per day:	___ Yes ___ No If yes, what kind:	___ Yes ___ No ___ Quit If yes, how much per day:

Gender Identity	Sexual Orientation	Does Child Have Siblings?
___ Male ___ Female ___ Transgender: Male/Female-to-Male ___ Transgender: Female/Male-to-Female ___ Choose Not To Disclose	___ Straight (Not Lesbian or Gay) ___ Lesbian or Gay ___ Bisexual ___ Something Else ___ Don't Know ___ Choose Not To Disclose	___ Yes ___ No How many sisters: ____ How many brothers: ____

Daycare/Childcare	School
Is your child in daycare/childcare: ___Yes ___ No Any second hand exposure:	Grade level: _____ Usual grades in school: (A, B, C's etc.):

BIRTH/DELIVERY

Birth weight:	Birth length:	Full Term(circle one): Yes / No	Premature: Weeks

Type of Delivery:	Maternal/Delivery Complications:
___ Vaginal ___ C-Section ___ Forceps ___ Other	

NUTRITION

NEWBORN – 12 MONTHS OLD

Please choose all that apply: ___ Breast Fed ___ Bottle Fed	If bottle fed - Ounces Fed: How often:
Number of wet diapers in a day:	Number of bowel movements in a day:
All Ages: Concerns with nutrition/bladder/bowel movements	Yes / No (If yes, explain):

ALLERGIES: (Circle all that apply and list details)

Allergies to Medication(s) or Food(s): Yes / No	If yes, please list here:
Have you ever had surgery or been hospitalized: Yes / No	If yes, please list here:

FAMILY HISTORY: (Please check all that apply and list family member)

M: Mother F: Father MGM: Maternal Grandmother MGF: Maternal Grandfather PGM: Paternal Grandmother PGF: Paternal Grandfather PA: Paternal Aunt PU: Paternal Uncle MA: Maternal Aunt MU: Maternal Uncle S: Sibling

ADD/ADHD		Asthma		Diabetes		Tuberculosis		Alcoholism	
High Cholesterol		Seizure Disorder		Alzheimer's Disease		Anxiety		Hypertension	
Arthritis		Depression		COPD		Cancer:		What kind:	

MEDICATIONS

Name of Medication:	Dosage of Medication:	Provider that prescribed RX:

Pharmacy you are currently using:

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 SALUD INFANTIL

Nota: Esta forma proporciona información sobre su historia de atención médica, es confidencial y forma parte de su registro médico.

NOMBRE DEL PACIENTE:	FECHA DE NACIMIENTO:	FECHA DE HOY:

PERSONAL/SOCIAL

Estado Civil	Hijos	Use de Alcohol	Uso de drogas	Uso de Tabaco
___ Soltero ___ Casado ___ Divorciado ___Viudo Ocupación Doméstica:	___ Número de hijos ___ Número de parejas sexuales Uso de método anticonceptivo:	___ Nunca ___Socialmente ___ Diario ¿Cuantas bebidas al día?	___ Sí ___ No ¿Si contesto que sí; que tipo?	___ Sí ___ No ___ Renuncie ¿Si es así, cuantos por día?

Identidad de Genero	Orientación Sexual	Hermanos/as
___ Hombre ___ Mujer ___ Transgénico: hombre/mujer a hombre ___ Transgénico: mujer/hombre a mujer ___ Prefiero no anotar	___ Hetera/o (no lesbiana o gay) ___ Lesbiana o gay ___ Bisexual ___ Algo diferente ___ No se ___ Prefiero no decir	___Sí ___ No Cuantas Hermanas: ____ Cuantos Hermanos: ____

Guardería/Cuidado de Niños	Escuela
Esta su niño en una guardería: ___Sí ___ No ¿Hay exposición de segunda mano?	¿En qué grado esta su hijo/a? : _____ Calificaciones en la escuela:(As/Bs/Cs etc.)

PARTO/NACIMIENTO

Peso al nacer:	Longitud al nacer:	Termino Completo? Sí / No	Prematuro: Semanas

Tipo de Parto	Complicaciones de Parto/Maternal:
___ Vaginal ___ Cesaría ___ Pinzas ___ Otro	

NUTRICIÓN

RECIÉN NACIDO A 12 MESES DE EDAD

Marque a todos los indicados: ___ Botella ___ Pecho	Si es botella - Cuantas onzas: Como de seguido:
Numero de pañales mojados en un día:	Numero de panales sucios en un día:
Todas las edades: Preocupaciones con la nutrición/vejiga/usando el baño	Sí / No (Por favor Explique):

ALLERGIES: (Circle all that apply and list details)

Alergias a los medicamentos o alimentos: Sí / No	Sí tiene, cuales son:
Operaciones o ha sido hospitalizado: Sí / No	Cuando y razón:

HISTORIAL DE FAMILIA (Marque todos los que corresponden usando la abreviatura del miembro de la familia)

M: Madre MGM: Abuela Materna PGM: Abuela Paterna PA: Tía Paterna MA: Tía Materna S: Hermano/a
F: Padre MGF: Abuelo Materno PGF: Abuelo Paterno PU: Tío Paterno MU: Tío Materno

TDAH/ADD		Asma		Diabetes		Tuberculosis		Alcoholismo	
Colesterol Alto		Convulsiones		Alzheimer		Ansiedad		Hipertensión	
Artritis		Depresión		COPD		Cancer:		Que Tipo:	

MEDICAMENTOS (Que esta formalmente tomando):

Nombre de Medicamento	Dosis que esta tomando:	Quien se la receto:
Farmacia que está usando formalmente:		

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

CONSENT FOR TREATMENT ON BEHALF OF MINOR

Name of Minor Patient: _____ Date of Birth: _____

I am authorized to consent on behalf of the above minor as I am the minors: **(Check One)**

____ Parent or ____: _____
State relationship to minor that grants authority

I _____ **(Print the name of the parent or legally authorized person)** hereby and voluntarily consent to authorize the Center's healthcare providers, including its physicians, mid-level providers (Physician Assistants, Advance Practice Nurses) and dentists at their service locations to provide health care services to the above minor. The health care services may include, without limitation, routine physical and mental assessment, diagnostic and monitoring tests and procedures, examinations and medical and/or dental treatment. The health care services may include, but are not limited to, routine laboratory procedures and tests (such as blood, urine, and other studies), x-rays and other imaging studies, heart tracing (EKG), administration of medications, as well as procedures and treatment prescribed by the Center's medical and/or dental staff. The health care services also may include counseling necessary to receive appropriate services. I understand that family planning services for minors funded by Title V and Title XX require a separate parental consent form.

___ I hereby delegate authority to consent to treatment for the above minor to:

_____ for the period of _____ through _____
Print Name **Beginning Date** **End Date**

CONSENT PROVISIONS

My signature on this form indicated that (1) I acknowledge that the informed consent for medical treatment and/or procedures ("Treatment") at the Center has been adequately explained to me by the Center's Physician, Physician Assistant, or other qualified Healthcare Provider; (2) I have received all of the information that I desire concerning the Treatment, (3) I have had the opportunity to obtain answers to my questions concerning the nature of the Treatment, its expected benefits, potential discomforts/side effects/risks, and any and all alternatives (and their risks and benefits), and the consequences of not receiving Treatment; (4) I understand that as with all medical treatment, there is a possibility that complications other than those described to me or in this form may occur, and that no guarantee is made regarding the outcome of the Treatment; (5) I realize that although every effort will be made to keep all risks and side effects to a minimum; risks, side effects, and complications can be unpredictable both in nature and severity; (6) I understand that "Midlevel Providers" (Physician Assistants, Advance Practice Nurses) will be involved in Treatment and I consent to thereto; (7) I have carefully read and understand the information presented to me and in this informed consent form; (8) I hereby voluntarily give my consent to Treatment of the above minor at the Center; (9) I understand that I may be asked to sign a separate informed consent form for certain Treatment(s) that require a separate informed consent form; and (10) I acknowledge that I have been fully informed of my right to receive a copy of this signed and dated informed consent form.

_____ _____
Signature of Patient/Legal Representative **Date**

_____ _____ _____AM/PM
Print Name of Parent/Legal Representative **Date** **Time**

If signed by other than Patient, indicate relationship: _____

Signature of Witness: _____ **Date:** _____

Print Name of Witness: _____ **Time:** _____AM/PM

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 PARA EL TRATAMIENTO EN NOMBRE DE UN MENOR

Nombre del paciente menor: _____ Fecha de nacimiento: _____

Estoy autorizado a dar mi consentimiento en nombre del menor mencionado anteriormente, ya que soy el:

____ Padre o ____: _____
Relación estatal a menor que otorga autoridad

Yo _____ **(Escriba el nombre del padre o la persona legalmente autorizada)** por lo presente voluntariamente doy mi consentimiento para autorizar a los proveedores de atención médica del Centro, incluidos sus médicos, proveedores de nivel medio (Asistentes de médicos, enfermeras de práctica avanzada) y dentistas en sus ubicaciones de servicio para brindar atención médica al menor antes mencionado. Los servicios de atención médica pueden incluir, sin limitación, evaluaciones y procedimientos de diagnóstico y monitoreo de rutina, exámenes físicos y tratamiento médico y/o dental. Los servicios de atención médica pueden incluir, entre otros, procedimientos y pruebas de laboratorio de rutina (como sangre, orina y otros estudios), radiografías y otros estudios de imágenes, rastreo del corazón (EKG), administración de medicamentos, así como como procedimientos y tratamientos prescritos por el personal médico y / o dental del Centro. Los servicios de atención médica también pueden incluir el asesoramiento necesario para recibir los servicios apropiados. Entiendo que los servicios de planificación familiar para menores financiados por el Título V y el Título XX requieren un formulario de consentimiento de los padres por separado.

___ Por la presente delego autoridad para dar mi consentimiento para el tratamiento del menor mencionado anteriormente a:

_____ Para el periodo de _____ hasta _____
Imprimir Nombre **Fecha de Comienzo** **Fecha Final**

DISPOSICIONES DE CONSENTIMIENTO

Mi firma en este formulario indica que (1) reconozco que el médico, asistente médico u otro proveedor calificado de atención médica me explicaron adecuadamente el consentimiento informado para el tratamiento o los procedimientos médicos ("Tratamiento") en el Centro. ; (2) He recibido toda la información que deseo con respecto al Tratamiento, (3) He tenido la oportunidad de obtener respuestas a mis preguntas sobre la naturaleza del Tratamiento, sus beneficios esperados, posibles incomodidades / efectos secundarios / riesgos, y todas y cada una de las alternativas (y sus riesgos y beneficios), y las consecuencias de no recibir tratamiento; (4) Entiendo que, al igual que con todo tratamiento médico, existe la posibilidad de que ocurran complicaciones distintas a las que se me describen o en esta forma, y que no se garantiza el resultado del tratamiento; (5) Me doy cuenta de que, aunque se harán todos los esfuerzos para mantener al mínimo todos los riesgos y efectos secundarios; Los riesgos, los efectos secundarios y las complicaciones pueden ser impredecibles tanto en la naturaleza como en la gravedad; (6) Entiendo que los "Proveedores de nivel medio" (Asistentes de médicos, enfermeras de práctica avanzada) participarán en el tratamiento y doy mi consentimiento para ello; (7) He leído y entiendo cuidadosamente la información que se me presenta y en este formulario de consentimiento informado; (8) Por la presente doy mi consentimiento voluntario para el Tratamiento del menor mencionado anteriormente en el Centro; (9) Entiendo que se me puede pedir que firme un formulario de consentimiento informado por separado para ciertos tratamientos que requieren un formulario de consentimiento informado por separado; y (10) reconozco que he sido informado completamente de mi derecho a recibir una copia de este formulario de consentimiento informado firmado y fechado.

_____ _____
Firma Del Paciente/Representante Legal **Fecha**

_____ _____ _____AM/PM
Imprimir el nombre del padre/Representativo Legal **Fecha** **Hora**

Si está firmado por otro que no sea el paciente, indique la relación: _____

Firma del testigo: _____ **Fecha:** _____

Imprima el nombre del testigo: _____ **Hora:** _____AM/PM

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

NEXTGEN PATIENT PORTAL CONSENT

Patient Name: _____ Date of Birth: _____

*Email Address: _____ Phone Number: _____

* Please provide a personal email address to which you have consented, frequent access; **DO NOT** use your workplace email address.*

The Tejas Health Care "Patient Portal" is a secure, confidential, easy-to-use website, administered and maintained by NextGen Healthcare on behalf of Tejas Health Care. The portal uses encryption and gives 24-hour access to your medical record. Secure messages and information can only be viewed by someone entering the correct username and password to log in to the patient portal site. We will assign you this login information upon completion of this form. From this portal you can:

- Request an appointment
- Request a medication refill
- Obtain lab results
- Receive confidential messages from your physician
- View statements
- View your medical history

Once you have reviewed, signed and returned this form to Tejas Health Care, you will be sent an instruction sheet via email that includes an activation code known as an enrollment token. The enrollment token will allow you to log in to the system. You can access the Patient Portal page through our website at www.tejashealthcare.org

For your ease of use and to maintain the security of your health information, you should:

- Read the Patient Portal user guide on our website: www.tejashealthcare.org
- Advise us of any changes in your primary contact email address
- Use caution when communicating highly sensitive or personal information via Portal messages
- Always follow up your inquiry in person or over the phone if a portal inquiry is not responded to within a reasonable time
- Do not allow anyone else to have access to your username and password
- Exercise caution when accessing the Patient Portal in public areas or using unsecured connections
- The Patient Portal is intended to save you time, it should **NEVER** be used in an emergency situation

Patient/Care Manager acknowledgement and consent *(please initial on the blanks below)*:

_____ I acknowledge that I have read and fully understand the terms and conditions of utilizing Tejas Health Care's Patient Portal as outlined and described in (i) this consent form, (ii) the Tejas Health Care Patient Portal FAQs and (iii) NextGen's Privacy Policy which you will need to accept the first time you log in into the portal.

_____ I hereby authorize Tejas Health Care to release my health information via the Patient Portal in accordance with the documents listed in (i) to (iii) above and Tejas Health Care's Notice of Privacy Practices.

_____ In order for this Consent Form to be valid, activation of my Patient Portal account access must occur within thirty (30) days from the date of this Consent Form.

_____ I understand that I may discontinue my Patient Portal account at any time by contacting Tejas at (844)835-2748

_____ _____

Patient Signature/Parent or Guardian/Care Manager Signature Date

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 PARA EL PORTAL DE NEXTGEN

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

*Correo Electrónico: _____ Numero de Telefono: _____

* Por favor use un correo electrónico personal a la que haya dado su consentimiento, acceso frecuente; NO utilice su correo electrónico de trabajo.

El "Portal del paciente" de Tejas Health Care es un sitio web seguro, confidencial y fácil de usar, administrado y mantenido por NextGen Healthcare en nombre de Tejas Health Care. El portal utiliza el cifrado y brinda acceso las 24 horas a su registro médico. Los mensajes e información seguros solo pueden ser vistos por alguien que ingresa el nombre de usuario y la contraseña correctos para iniciar sesión en el sitio del portal del paciente. Le asignaremos esta información de inicio de sesión al completar este formulario. Desde este portal puedes:

- Pedir una cita
- Solicitar una recarga de medicamentos
- Obtener resultados de laboratorio
- Reciba mensajes confidenciales de su médico.
- Ver estados de cuenta
- Ver tu historial médico

Una vez que haya revisado, firmado y devuelto este formulario a Tejas Health Care, se le enviará una hoja de instrucciones por correo electrónico que incluye un código de activación conocido como token de inscripción. El token de inscripción le permitirá iniciar sesión en el sistema. Puede acceder a la página del Portal del paciente a través de nuestro sitio web en www.tejashealthcare.org

Para su facilidad de uso y para mantener la seguridad de su información de salud, debe:

- Lea la guía del usuario del Portal del paciente en nuestro sitio web: www.tejashealthcare.org
- Infórmenos de cualquier cambio en su dirección de correo electrónico de contacto principal
- Tenga cuidado al comunicar información altamente confidencial o personal a través de los mensajes del Portal
- Siempre haga un seguimiento de su consulta en persona o por teléfono si no se responde a una consulta del portal dentro de un tiempo razonable
- No permita que nadie más tenga acceso a su nombre de usuario y contraseña
- Tenga cuidado al acceder al Portal del paciente en áreas públicas o al usar conexiones no seguras
- El Portal del paciente está destinado a ahorrarle tiempo, NUNCA debe usarse en una situación de emergencia

Reconocimiento y consentimiento del paciente / administrador de atención (*escriba sus iniciales en los espacios en blanco):*

_____ Reconozco que he leído y entendido los términos y condiciones de utilización de Portal del Paciente de Tejas Cuidado de la Salud como se indica y describe en (i) este formulario de consentimiento, (ii) el Tejas Cuidado de la Salud Portal del Paciente FAQs y (iii) Política de privacidad de NextGen cuales deberé aceptar la primera vez que inicie sesión en el portal.

_____ Por la presente autorizo a Tejas Health Care a divulgar mi información de salud a través del Portal del paciente de acuerdo con los documentos enumerados en (i) a (iii) anteriores y el Aviso de prácticas de privacidad de Tejas Health Care.

_____ Para que este Formulario de consentimiento sea válido, la activación del acceso a mi cuenta del Portal del paciente debe realizarse dentro de los treinta (30) días a partir de la fecha de este Formulario de consentimiento.

_____ Entiendo que puedo descontinuar mi cuenta del Portal del Paciente en cualquier momento comunicándome con Tejas Health Care al 1(844)835-2748

_____ _____

Patient Signature/Parent or Guardian/Care Manager Signature Date

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

CONSENT FOR COUNSELING

I am aware that the practice of counseling is not an exact science. As a consequence, I acknowledge that no guarantee has been made to me concerning the result of any evaluation and/or counseling that may be rendered. Further, I understand that evaluation and/or counseling may involve discussion of personal events in my own history that, at times, can be uncomfortable. I understand that I have the right to withdraw from counseling at any time.

All information disclosed within sessions is confidential and will not be revealed to anyone without written permission except where disclosure is required by law. Disclosure may be required: (1) Where there is reasonable belief of abuse, neglect or exploitation of a child, elderly individual, or disabled individual; (2) where there is reasonable belief that the client presents an imminent threat of danger to him/herself or others unless protective measures are taken; or (3) pursuant to a court order or other legal proceeding.

In the event of an emergency outside of regular clinic hours, please call 911 or go to the nearest emergency room.

If you are the patient:
I give full consent for myself for an evaluation and/or individual, group, or family counseling until I notify Tejas Health Care of any changes or until my healthcare practitioner determines treatment is no longer necessary. I certify that I have the legal right to seek and authorize treatment for myself.

_____ _____
Printed Name of Client Date of Birth

_____ _____
Client Signature Date

If your child is the patient:
I give full consent for my child, _____, for an evaluation and/or individual, group or family counseling until I notify Tejas Health Care of any changes or until my healthcare practitioner determines treatment is no longer necessary. I certify that I have the legal right to seek and authorize treatment for my child.

_____ _____
Signature of Parent/Guardian Child's Date of Birth

_____
Date

Tejas Health Care
Health Care For All

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

COUNSELING PATIENT'S BASIC RIGHTS NOTIFICATION

As a recipient of services at this office, I would like to inform you of your rights as a client. The information on this page explains your rights and process of complaining if you believe your rights have been violated.

Your rights as a patient:

1. Complaints: If you have a complaint regarding services provided by a licensed professional counselor (LPC) at Tejas Health Care, you may report to our Risk Manager at 979-968-6596 x136 or you may make a complaint to the Texas State Board of Examiners of Professional Counselors, Complaints Management and Investigative Section, P.O. Box 141369, Austin, Texas, 78714-1369, 1-800-942-5540. Further information is available online at www.dshs.state.tx.us/counselor/

   If you have a complaint regarding services provided by a psychologist at Tejas Health Care, you may report to our Risk Manager at 979-968-6596 x 136 or you may make a complaint to the Texas State Board of Examiners of Psychologists, 333 Guadalupe, Tower 2, Room 450, Austin, Texas 78701, 1-800-821-3205. Further information is available online at www.tsbep.texas.gov/how-to-file-a-complaint-enforcement

2. **Suggestions:** You are invited to suggest changes in any aspect of the services provided.
3. **Civil Rights:** Your civil rights are protected by federal and state laws.
4. **Cultural/Spiritual/Gender Issues:** You may request services from someone with training or experiences from a specific cultural, spiritual or gender orientation. If these services are not available through Tejas Health Care, we will help you in the referral process.
5. **Treatment:** You have a right to take part in formulating your treatment plan.
6. **Denial of Services:** You may refuse services offered to you and be informed of the any potential consequences.
7. **Medical/Legal Advice:** You may discuss your treatment with your physician or attorney. We will discuss with you if we should be in contact with your physician or attorney during your treatment. If you decide that you want Tejas Health Care to have contact with your physician or attorney, we ask that you sign a Release of Information, which you may revoke at any time.

Your rights to receive information:

1. **Cost of Services:** Tejas Health Care will inform you of how much you will pay before your first visit.
2. **Termination of Services:** Tejas Health Care reserves the right to terminate services if it appears that the relationship is no longer a therapeutic one. We will make every effort to make appropriate referrals if further services are needed or wanted. You will be informed as to what behaviors or violations could lead to termination of services.
3. **Confidentiality:** You will be informed of the limits of confidentiality and how your protected health information will be used.
4. **Policy Changes:** You will be informed of policy changes or form modifications.
5. **Risks and Benefits:** You have the right to be informed of the risks and benefits associated with counseling.

Our ethical obligations:

1. We dedicate ourselves to serving the best interest of each client.
2. We will not discriminate between clients or professionals based on age, race, creed, disabilities, religion, gender, sexual orientation or other personal concerns.
3. We maintain an objective and professional relationship with each client.

4. We respect the rights and views of other mental health professionals.
5. We will appropriately end services or refer clients to other counseling options when appropriate.
6. We will evaluate our personal limitations, strengths, biases, and effectiveness on an ongoing basis for the purpose of self-improvement. We will continually attain further education and training.

Patient's responsibilities:

1. You are responsible for your financial obligations to this office as discussed and agreed upon prior to service.
2. You are responsible for following the policies of this office.
3. You are responsible for treating myself, any staff I employee and other clients in a respectful, cordial manner in which their rights are not violated.
4. You are responsible to provide accurate information about yourself.
5. You are responsible for taking an active role in the counseling process.

_____ _____

Printed Name of Client Date of Birth

_____ _____

Client Signature Date

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 PARA CONSEJERÍA

Soy consciente de que la práctica de consejería no es una ciencia exacta. Como consecuencia, reconozco que no se me ha hecho ninguna garantía sobre el resultado de cualquier evaluación y/o asesoramiento que se pueda hacer. Además, entiendo que la evaluación y/o consejería puede incluir la discusión de eventos personales en mi propia historia que, a veces, pueden ser incómodos. Entiendo que tengo el derecho de retirarme del asesoramiento en cualquier momento.

Toda la información revelada en las sesiones es confidencial y no será revelada a nadie sin permiso por escrito, excepto cuando la revelación sea requerida por la ley. La revelación puede ser requerida: (1) donde hay una creencia razonable de abuso, negligencia o explotación de un niño, anciano o persona discapacitada; (2) donde haya una creencia razonable de que el cliente presenta una amenaza inminente de peligro para sí mismo u otros a menos que se tomen medidas de protección; O (3) conforme a una orden judicial u otro procedimiento legal.

En caso de una emergencia fuera de las horas regulares de la clínica, llame al 911 o vaya a la sala de emergencias más cercana.

Si usted es el paciente:
Yo doy mi consentimiento para una evaluación y / o consejería individual, grupal o familiar hasta que yo notifique a Tejas Health Care de cualquier cambio o hasta que mi profesional médico determine que el tratamiento ya no es necesario. Certifico que tengo el derecho legal de solicitar y autorizar el tratamiento para mí.

_____ _____
Nombre impreso del cliente Fecha de Nacimiento

_____ _____
Firma del Cliente Fecha

Si su hijo es el paciente
Doy consentimiento pleno por mi hijo(a), _____, para una evaluación y / o consejería individual, grupal o familiar hasta que notifique a Tejas Health Care de cualquier cambio o hasta que mi profesional de la salud determine que el tratamiento ya no es necesario. Certifico que tengo el derecho legal de buscar y autorizar el tratamiento de mi hijo(a).

_____ _____
Firma del Padre o Tutor Fecha de Nacimiento de su hijo(a)

_____
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

NOTIFICACIÓN DE DERECHOS BÁSICOS DEL PACIENTE DE CONSEJERÍA

Como destinatario de servicios en esta oficina, quisiera informarle de sus derechos como cliente. La información de esta página explica sus derechos y el proceso de quejarse si cree que sus derechos han sido violados.

Sus derechos como paciente:

1. **Quejas:** Si tiene una queja relacionada con los servicios proporcionados por un Consejero Profesional Con Licencia (LPC) en Tejas Health Care, puede reportarse a nuestro Administrador de riesgos al 979-968-6596 x136 o puede presentar una queja La Junta de Examinadores de Consejeros Profesionales del Estado de Texas, Gestión de quejas y la Sección de Investigación, P.O. Box 141369, Austin, Texas 78714-1369, 1-800-942-5540. Para más información está disponible en línea en www.dshs.state.tx.us/counselor/

   Si tiene una queja sobre los servicios proporcionados por un psicólogo en Tejas Health Care, puede reportarse a nuestro Administrador de riesgos at 979-968-6596 x 136 o puede presentar una queja a La Junta de Examinadores de Psicólogos del Estado de Texas, 333 Guadalupe, Tower 2, Cuarto #450, Austin, Texas 78701, 1-800-821-3205. Para más información está disponible en línea en www.tsbep.texas.gov/how-to-file-a-complaint-enforcement

2. **Sugerencias:** Se le invita a sugerir cambios en cualquier aspecto de los servicios proporcionados.
3. **Derechos Civiles:** Sus derechos civiles están protegidos por las leyes federales y estatales.
4. **Cuestiones Culturales/Espirituales/De Género:** Usted puede solicitar servicios de alguien con capacitación o experiencias de una orientación cultural, espiritual o de género específica. Si estos servicios no están disponibles a través de Tejas Health Care, le ayudaremos en el proceso de referencia.
5. **Tratamiento:** Tiene derecho a participar en la formulación de su plan de tratamiento.
6. **Negación de Servicios:** Usted puede rechazar los servicios que se le ofrecen y ser informado de las consecuencias posibles.
7. **Asesoramiento Médico/Legal:** Usted puede discutir su tratamiento con su médico o abogado. Discutiremos con usted si debemos estar en contacto con su médico o abogado durante su tratamiento. Si usted decide que desea que Tejas Health Care tenga contacto con su médico o abogado, le pedimos que firme una Liberación de Información, la cual puede revocar en cualquier momento.

Sus derechos de recibir información:

1. **Costo de los Servicios:** Tejas Health Care le informará de cuánto pagará antes de su primera visita.
2. **Terminación de Servicios:** Tejas Health Care se reserva el derecho de terminar los servicios si parece que la relación ya no es terapéutica. Haremos todo lo posible para hacer referencias apropiadas si se necesitan o desean servicios adicionales. Se le informará sobre los comportamientos o violaciones que podrían dar lugar a la terminación de los servicios.
3. **Confidencialidad:** Se le informará de los límites de confidencialidad y de cómo se utilizará su información de salud protegida.
4. **Cambios en La Póliza:** Se le informará de los cambios de la póliza o modificaciones de formularios.
5. **Riesgos y Beneficios:** Usted tiene derecho a ser informado de los riesgos y beneficios asociados con el asesoramiento.

Nuestras Obligaciones Éticas:

1. Nos dedicamos a servir al interés mejor de cada cliente.
2. No discriminaremos entre clientes o profesionales basados en edad, raza, credo, discapacidad, religión, género, orientación sexual u otras preocupaciones personales.
3. Mantenemos una relación objetiva y profesional con cada cliente.
4. Respetamos los derechos y opiniones de otros profesionales de la salud mental.
5. Terminaremos adecuadamente los servicios o referiremos a los clientes a otras opciones de asesoramiento cuando sea apropiado.
6. Evaluaremos nuestras limitaciones personales, fortalezas, sesgos y efectividad de manera continua con el propósito de auto-mejoramiento. Obtendremos continuamente educación y capacitación.

Responsabilidades del Paciente:

1. Usted es responsable de sus obligaciones financieras con esta oficina según lo discutido y acordado antes del servicio.
2. Usted es responsable de seguir las pólizas de esta oficina.
3. Usted es responsable de tratarme a mí mismo, a cualquier empleado y a otros clientes de una manera respetuosa cordial en la que sus derechos no sean violados.
4. Usted es responsable de proporcionar información precisa sobre usted.
5. Usted es responsable de tomar un papel activo en el proceso de consejería

_____ _____

Nombre impreso del cliente Fecha de Nacimiento

_____ _____

Firma del Cliente Fecha