

CUESTIONARIO “MANTÉNGASE SALUDABLE” Adultos de 18 años y mayores

Patient Stamp	
Patient Number _____	Plan Name/Number _____
<i>If patient stamp not used, write in Patient and Plan Name/Number</i>	

Nombre y apellido del paciente	Fecha de nacimiento	Sexo <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	Fecha	For Clinical Use Assistance needed: Reading: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Interpreter: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
--------------------------------	---------------------	------------------------------------------------------------------------	-------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

El equipo médico y usted pueden colaborar para tener una buena salud. Por favor, conteste estas preguntas lo mejor que pueda. Si no sabe la respuesta, o no desea contestar, puede marcar (✓) “omita”. Puede hablar con su proveedor de salud acerca de cualquier pregunta. Sus respuestas serán confidenciales y serán parte de su expediente médico.

Ejemplo de una pregunta y respuesta: ¿Practica deportes?	<input checked="" type="checkbox"/>	No	Omita	Annual Review Date/Initials _____
-----------------------------------------------------------------	-------------------------------------	----	-------	---------------------------------------------

Usted: (Do You:)				
1. ¿Recibe atención médica de alguna persona, aparte de un médico, como un acupunturista, un curandero, un yerbatero u otros? <i>(Receive health care from anyone besides a medical doctor [such as an acupuncturist, herbalist, curandero, or other healer?])</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2. ¿Va al dentista, por lo menos una vez al año? <i>(See the dentist at least once a year?)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3. ¿Toma leche o yogur, o come queso, por lo menos 3 veces al día? <i>(Drink milk or eat yogurt or cheese at least 3 times each day?)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4. ¿Come frutas y verduras todos los días? <i>(Eat fruits and vegetables every day?)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5. ¿Intenta reducir la cantidad de alimentos fritos o comidas rápidas que come? <i>(Try to limit the amount of fried or fast foods that you eat?)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6. ¿Hace ejercicio, o practica una actividad física moderada, como caminar o jardinería, 5 días a la semana? <i>(Exercise or do moderate physical activity such as walking or gardening 5 days a week?)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7. ¿Cree que necesita perder o aumentar de peso? <i>(Think you need to lose or gain weight?)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8. ¿Se siente a menudo triste, deprimido o desesperado? <i>(Often feel sad, down, or hopeless?)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9. ¿Tiene amigos o familiares, que fuman en su casa? <i>(Have friends or family members that smoke in your home?)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10. ¿Pasa tiempo al aire libre, sin usar loción, sombrero o camisa, para protegerse contra el sol? <i>(Often spend time outdoors without sunscreen or other protection such as a hat or shirt?)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

<i>For Clinical Use</i>					
Intervention Codes:	C: Counseling	EM: Educational Materials	R: Referral	F: Follow-up Needed	SPN: See Progress Notes

Sus respuestas a las preguntas sobre el uso de alcohol y drogas no se compartirán con otras personas, sin su permiso por escrito. (Your answers to questions about alcohol and drug use cannot be released to others without your special written permission.)

For Clinical Use

Interventions
Code/Date/Initials

Usted: (Do You:)

- | | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|
| 11. ¿Fuma cigarrillos o puros, o usa otra clase de tabaco?
<i>(Smoke cigarettes or cigars or use any other kinds of tobacco?)</i> | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Omita |
| 12. ¿Toma alguna droga o medicina para dormir, relajarse, calmarse, sentirse mejor o perder peso?
<i>(Use any drugs or medicines to go to sleep, relax, calm down, feel better, or lose weight?)</i> | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Omita |
| 13. ¿Toma a menudo más de dos bebidas alcohólicas en un día?
<i>(Often have more than 2 drinks containing alcohol in one day?)</i> | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Omita |
| 14. ¿Cree que usted o su pareja podría estar embarazada?
<i>(Think you or your partner could be pregnant?)</i> | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Omita |
| 15. ¿Cree que usted o su pareja podría tener una enfermedad transmitida sexualmente?
<i>(Think you or your partner could have a sexually transmitted disease?)</i> | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Omita |

Usted: (Have You:)

- | | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|
| 16. En el último año, ¿usted o su pareja ha tenido relaciones sexuales, sin usar algún método anticonceptivo?
<i>(Or your partner(s) had sex without using birth control in the last year?)</i> | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Omita |
| 17. En el último año, ¿usted o su pareja ha tenido relaciones sexuales con otras personas?
<i>(Or your partner(s) had sex with other people in the past year?)</i> | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Omita |
| 18. En el último año, ¿usted o su pareja ha tenido relaciones sexuales, sin usar un condón?
<i>(Or your partner(s) had sex without a condom in the past year?)</i> | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Omita |
| 19. ¿Alguna vez le han forzado o presionado, a tener relaciones sexuales?
<i>(Ever been forced or pressured to have sex?)</i> | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Omita |
| 20. ¿Alguna vez le han golpeado, abofeteado, pateado o lastimado físicamente?
<i>(Ever been hit, slapped, kicked, or physically hurt by someone?)</i> | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Omita |
| 21. ¿Tiene alguna pregunta o preocupación relacionada con su salud?
<i>(Do you have other questions or concerns about your health?)</i>
(Por favor escríbala) <i>(Please identify)</i> _____

_____ | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Omita |

For Clinical Use

Intervention Codes: C: Counseling EM: Educational Materials R: Referral F: Follow-up Needed SPN: See Progress Notes

Declaración sobre la Privacidad

La Ley de Prácticas sobre la Información (*Information Practices Act*) de 1977 (Código Civil de California 1798) y la Ley Federal sobre la Privacidad [5 USC 552a, Subdivisión (E)(3)] exigen que se proporcione este aviso al solicitar información personal de los individuos. Su proveedor de atención médica, su plan médico y el Departamento de Servicios de Salud solicitan la información en este cuestionario, con el fin de proporcionar servicios de educación sobre la salud. El proporcionar esta información es opcional para el paciente. El no proporcionar la información solicitada no ocasionará ninguna consecuencia negativa al paciente. La información que aparece en este cuestionario se mantendrá en el expediente médico del paciente, y se protege legalmente de la misma forma que cualquier otra información que se mantiene en el expediente médico del paciente. Las leyes y los reglamentos estatales, incluyendo los requisitos de reporte y protección de la confidencialidad del paciente son pertinentes a toda la información indicada en este cuestionario. Dentro de los límites de estas leyes y reglamentos, cierta información anotada en este cuestionario puede transferirse a las dependencias reglamentarias gubernamentales locales y estatales, a los planes con los que se tiene contrato y a los proveedores de atención médica.



PATIENT REGISTRATION FORM/FORMA de REGISTRACIÓN del PACIENTE

PATIENT INFORMATION / INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Name: Last (<i>Apellido</i>)			First (<i>Primer Nombre</i>)			Middle (<i>Segundo Nombre</i>)			
<i>(Nombre)</i>									
Address: Street (<i>Calle</i>)			City (<i>Ciudad</i>)			State (<i>Estado</i>)			
<i>(Dirección)</i>									
Date of Birth (<i>Fecha de nacimiento</i>):			Social Security Number:			Birthplace: City			
<i>(Número de Seguro Social)</i>			<i>(Lugar de nacimiento: Ciudad</i>			<i>Estado/Pais)</i>			
/ /									
Sex (<i>Sexo</i>):			Marital Status (<i>Estado Civil</i>):						
<input type="checkbox"/> Female (<i>Mujer</i>)			<input type="checkbox"/> Single w/partner (<i>Soltero(a) sin pareja</i>)		<input type="checkbox"/> Single w/o partner (<i>Soltero (a) con pareja</i>)				
<input type="checkbox"/> Male (<i>Hombre</i>)			<input type="checkbox"/> Married (<i>Casado(a)</i>)		<input type="checkbox"/> Separated (<i>Separado(a)</i>)				
			<input type="checkbox"/> Divorced (<i>Divorciado(a)</i>)		<input type="checkbox"/> Widowed (<i>Viuda(o)</i>)				
Telephone Number:		Home:		Work:		Pager/ Cell Phone:			
<i>(Número de Teléfono)</i>		<i>(Casa)</i>		<i>(Trabajo)</i>		<i>(Teléfono celular)</i>			
() -		() -		() -		() -			
Okay to leave message?		<input type="checkbox"/> Yes (<i>Sí</i>) <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Yes (<i>Sí</i>) <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Yes (<i>Sí</i>) <input type="checkbox"/> No			
<i>(Podemos llamar?)</i>									
Email address (<i>Dirección de Correo Electronico</i>):									
Mother's Maiden Name:			Name of Employer:			Driver's License Number:			
<i>(Apellido Materno)</i>			<i>(Nombre del Empleador (si trabaja))</i>			<i>(Número de Licencia de Manejar)</i>			

IS PATIENT HISPANIC? (*¿ES EL PACIENTE HISPANO?*) Yes (*Sí*) No

TRANSLATOR NEEDED (*TRADUCTOR NECESARIO*) Yes (*Sí*) No

RACE:

(RAZA)

- American Indian or Alaska Native
(Indio Americano o Nativo de Alaska)
- Asian
(Asiática)
- Native Hawaiian
(Nativo de Hawai)
- Black or African American
(Negra o Africano Americano)
- White
(Blanca)
- Hispanic
(Hispano)
- Other
(Otro)
- Undeclared
(No declarado)
- Other Pacific Islander
(Otra Islaña del Pacífico)

EMPLOYMENT STATUS:

(ESTADO DE EMPLEO)

- Full Time
(Tiempo completo)
- Part Time
(Tiempo parcial)
- Not Employed
(Sin empleo)
- Self Employed
(Trabajan por cuenta propia)
- Retired
(Jubilados)
- Active Military Duty
(Servicio militar activo)
- Unknown
(Desconocido)

PRIMARY LANGUAGE:

(LENGUAJE PRIMARIO)

- English
(Inglés)
- Spanish
(Español)
- Chinese
(Chino)
- Thai
(Tailandes)
- Japanese
(Japonés)
- Vietnamese
(Vietnamitas)
- Korean
(Corea)
- Sign Language
(Lenguaje por señas)
- Other: _____
(Otro)
- Cambodian
(Camboyano)
- Hmong
(Hmong)
- Armenian
(Armenio)
- Russian
(Rusia)
- Tagalog
(Tagalo)
- Laotian
(Laos)
- Portuguese
(Portugués)

STUDENT STATUS: Full Time (Tiempo Completo) Part Time (Tiempo Parcial) Not a Student (No es un estudiante)

Present Living Situation

Is Patient Homeless? (Esta Paciente esta Sin Hogar) Yes (Si) No

If Yes, Where Did Patient Stay Last Night? (Si Conteso Si, Donde Paso La Noche)

Homeless Shelter (Refugio) Transitional Shelter (En transición) Doubling Up (Duplicar hasta) Street/Car (Calle/Coche) Other (Otro) Unknown (Desconocido)

Emergency Contact (not your own phone number)
(Contacto en caso de emergencia (teléfono que no sea el suyo))

Name: Last (Apellido)	First (Primer Nombre)	Middle (Segundo Nombre)	Relationship (Relación):		
Address: Street (Calle)			City (Ciudad)	State (Estado)	Zip Code (Zona Postal)
Telephone Number: Home: (Número de Teléfono):	() -	Work: (Trabajo)	()	-	

HEALTH COVERAGE / COBERTURA DE SALUD

Do you have any type of Medical Insurance? Yes (Si) No (Tiene alguna aseguranza medica?)

If Yes, what type? Medi-Cal Medicare Private Ins.: _____ Other: _____

Do you receive any government assistance, i.e. GR, AFDC? Yes (Si) No (Recibe alguna ayuda del gobierno (ejemplo: GR, AFDC)?)

Are you under the family planning program, Family PACT? Yes (Si) No (Esta bajo algún programa de planificación familiar de Family PACT?)

Household Monthly Income (Gross Income – before taxes): _____ (Ingreso Mensual de la Familia: (antes del impuesto))

Household Monthly Income (Net Income – after taxes): _____ (Ingreso Mensual de la Familia: (despues del impuesto))

Family Size (Number): _____ (Número de miembros en la Familia)

Type of Income Verification (Tipo de Verificación):

- Work Check Stub (Talón de Cheque del Trabajo)
- Oral / Written Verification from employer (Verificación de su Empleador, Oral o Escrita)
- Unemployment Compensation Award (Compensación por Desempleo)
- Social Security Check Stub (Seguridad Social talón de Cheque)
- W-2 or Income Tax Form (Forma W-2 ó Impuesto de Ingresos)
- Patient was informed to bring (Informamos al Paciente que Traiga sus Documentos)

Responsible Party (Parent, Guardian, Spouse/Partner, Authorized Representative)
(Persona Responsable (Pariente, Guardian, Representante Autorizado))

Name: Last (Apellido)		First (Primer Nombre)		Middle (Segundo Nombre)		Relationship (Relación):	
Address: Street (Calle)		City (Ciudad)		State (Estado)		Zip Code (Zona Postal)	
Date of Birth (Fecha de nacimiento):		Social Security Number: (Número de Seguro Social)		Driver's License Number: (Número de Licencia de Manejar)			
Telephone Number: Home: (Número de Teléfono): (Casa)		Work: (Trabajo)		Pager/ Cell Phone: (Teléfono celular)			
() - ()		() - ()		() - ()			

OTHER INFORMATION / OTRA INFORMACIÓN

Referral Source (Check all that apply) (Referido(a) por (marque todas las que se aplican))

- Friend (Amistades)
- Family/Relatives (Familiar/Relativos)
- Newspaper (Periódico)
- Media (Los Medios de Comunicación)
- Website (Página Web)
- Health Fair (Feria de Salud)
- Health Educators (Eductores de Salud)
- Outreach (Información en la Comunidad)
- Other (Otro) : _____

Do you have an Advance Directive? (Usted ha ejecutado una Directiva Anticipada de Salud?) Yes (Sí) No

If yes, please provide a copy. (Si es sí, por favor de proveer una copia.)

If no, information given. (Si es no, información dada.) _____ (Staff Initials)

I certify that the above information is true and accurate to the best of my knowledge. I understand that this verification is made so that T.H.E. Clinic, Inc. can determine my eligibility for payment of medical procedures and/or laboratory services based on the established criteria in the clinic. If any information I have given proves to be untrue, I understand that T.H.E. Clinic, Inc. may reevaluate my financial status and if I have already received services, I am obligated to pay the cost rendered.

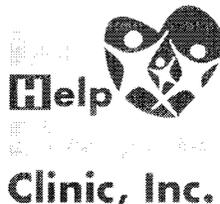
Authorization for Assignment for Benefits I authorize the release of any medical or other information necessary to process this claim. I also authorize payment of medical benefits directly to T.H.E. Clinic, Inc. for services rendered as described on the claim. I acknowledge full responsibility for these charges and agree to pay in full for any and all additional costs including any portion not covered by my insurance coverage.

Declaro que toda la información es verdadera y exacta en lo mejor de mi entendimiento. Entiendo que esta verificación es hecha para que la Clínica T.H.E. Inc., pueda determinar mi elegibilidad de pago por los tratamientos médicos y servicios de laboratorio basados en los criterios establecidos en la clínica. Si se prueba que alguna información que he dado es falsa, comprendo que la clínica T.H.E. Inc., puede reevaluar mi estado financiero y si he recibido servicios, estoy obligado/a a pagar el costo requerido.

Autorización para asignación de beneficio Yo autorizo la revelación ú otra información médica necesaria para procesar éste reclamo. También autorizo los pagos de beneficios médicos directamente a la clínica T.H.E. por los servicios descritos en éste reclamo. Yo reconozco la responsabilidad completa de éstos cargos y consiento pagar por el costo completo y cualquier costo adicional incluyendo cualquier porción que no este cubierta por mi aseguranza.

Signature of Patient or Legal Representative
(Firma del Paciente ó Representante Legal)

Date
(Fecha)



CONSENTIMIENTO AL USO Y ACCESO DE LA INFORMACIÓN DE LA SALUD PARA EL TRATAMIENTO, EL PAGO, Ó LAS OPERACIONES DEL CUIDADO MÉDICO

Nombre del paciente (primer, apellido)	Fecha de nacimiento
----------------------------------------	---------------------

Entiendo que como parte de mi cuidado médico, T.H.E. CLINIC, Inc. mantiene las copias originales en mi expedientes que describe mi historia de salud, síntomas, exámenes, resultados de mis pruebas, diagnóstico, tratamiento, y cualquier plan para el futuro para mi cuidado ó tratamiento. Entiendo que ésta información sirve como:

- Base para planear mi tratamiento médico
- Una forma de comunicación entre los muchos profesionales de salud quiénes contribuyen a mi tratamiento
- Información para aplicar mi diagnóstico é información quirúrgica a mi cuenta
- Medios por los cuales un pagador de tercera persona "compañía de seguros" puede cerciorarse de que los servicios mandados fueran realmente proporcionados
- Operaciones rutinarias tales como determinación de calidad y reviso de la capacidad de los profesionales ó proveedores del cuidado médico

Entiendo y me han proporcionado con "Noticia de las Prácticas de información de Salud" que explica más detalladamente el uso específico y accesos de mi información de la salud. Entiendo que tengo el derecho de repasar este aviso antes de firmar éste consentimiento. Entiendo que la clínica T.H.E. reserva el derecho de cambiar su aviso y las prácticas antes de llevarlo a cabo y enviarán una copia de cualquier aviso revisado a la dirección que he proporcionado. Entiendo que tengo el derecho de oponerme al uso de mi información de la salud para los propósitos del directorio. Entiendo que tengo el derecho de requerir restricciones en cuanto a cómo mi información de salud se puede utilizar y divulgar para realizar operaciones de mi tratamiento, del pago ó del cuidado médico y que la clínica T.H.E. no se requiere convenir a las restricciones solicitadas. Entiendo que puedo revocar éste consentimiento por escrito, excepto hasta el punto de que la clínica T.H.E. ha tomado ya la acción en confianza sobre eso.

Deseo tener las restricciones siguientes al uso y acceso de mi información de salud: (véa las restricciones añadidas por el paciente).

Entiendo y acepto _____ . Entiendo completamente y reuso _____ .

Firma _____ Fecha _____ .

For internal Use Only:

La "Notificación de las prácticas de la Salud" ha sido dada al paciente? Si / No?

Si el paciente rehusa firmar "el consentimiento al uso y al acceso de la información de la salud para el tratamiento, el pago, ó las operaciones del cuidado médico, el personal de la clínica T.H.E. por favor de firmar abajo y escribir la fecha:

Firma del personal: _____ Fecha: _____



CONSENTIMIENTO PARA SERVICIOS Y TRATAMIENTO

NAME: _____ DOB: _____ ACCT: _____

Yo, _____ mediante la presente, solicito y doy autorización a los procedimientos, pruebas de laboratorio y tratamiento médico por el personal asociado con T.H.E. Clinic, Inc. Estoy consciente que mi cuidado médico será provisto por Doctores Generales, Asistentes al Médico, y por Enfermeras Practicantes. Manejadores de Caso, Trabajadores Sociales, y Nutricionistas también pueden asistir en proveer servicios. También autorizo a la clínica, que revise mi historial de recetas externas.

También doy mi consentimiento para que mi información médica ó social, pueda ser revelada a las agencias que asumen los pagos por éstos servicios.

T.H.E. Clinic, Inc. asegura la confidencialidad del paciente y proveerá seguridad contra la invasión de la privacidad personal, requerida por el Acta de Privacidad (HIPAA de 1996). Ninguna información obtenida por el personal de T.H.E. Clinic, Inc. de pacientes recibiendo cuidado ó atención médica podrá ser divulgada sin el consentimiento de la persona, excepto el requerido por la ley ó necesario para proveer servicios. La información puede ser divulgada solo en sumarios, estadísticos, ó en otra forma que no identifique a la persona.

Su firma indica que usted ha leído y entendido este consentimiento para servicios y tratamiento.

Firma: _____ Fecha: _____

¿Es el paciente menor de edad, ó de cualquier manera incapacitado para firmar por él / ella misma? Si No

Relación al Paciente: _____ Su nombre en letra de molde: _____

Witness' Signature: _____ (Staff Member)	_____
	Date



PATIENT RIGHTS AND RESPONSIBILITIES

Los Derechos y Responsabilidades de los pacientes

Rights:

Derechos:

- You have the right to considerate and respectful treatment.
- Usted tiene derecho a un tratamiento considerado y respetuoso.
- You have the right to be seen at a time as close to your appointment as possible; understanding that the needs of other patients must also be met.
- Usted tiene el derecho de ser visto al tiempo mas cercano de su cita. Entendiendo que las necesidades del otro paciente deben tambien sean vistas.
- You have the right to seek care at T.H.E. Clinic, Inc.; you will not be refused primary medical treatment because of your financial situation.
- Usted tiene el derecho de buscar cuidado en T.H.E. Clinic, Inc.; usted no sera rechazado para tratamiento medicó debido a su situacion financiera.
- You have the right to examine and receive an explanation of your bill, regardless of source of payment.
- Usted tiene derecho de un examen y de recibir una explicación de su cuenta, sin importar la fuente de pago.
- You have the right to have all physical examinations, interviews, and discussions take place privately and to have all communications and records about your care handled confidentially.
- Usted tiene el derecho de tener todas sus exámenes físicas, entrevistas, y discusiones en un lugar privado y de tener todo medio de comunicaciones y expedients sobre su cuidado medicó manejado confidencialmente.
- You have the right to question your provider about anything you do not understand about your care.
- Usted tiene el derecho de preguntar a su doctor preguntas que no entiende sobre su cuidado.
- You have the right to know the names and levels of training of all providers and other staff who take care of you.
- Usted tiene el derecho de saber los nombres y los niveles de entrenamiento de todos los doctores y de personal que tomen en el cuidado de usted.
- You have the right to an understandable explanation of what is wrong with you, what tests and treatments are planned, and what risks are involved. If any tests or treatments, that are not in common use, are planned for you, then you have the right to be informed and asked for your consent.
- Usted tiene el derecho a una explicación comprensible de lo que tenga malo, que pruebas y tratamientos estan planiados para usted, y los riesgos que estan involucrados. Si unas o' tratamientos, que no estan en uso comun, son planiado para usted, entonces tiene el derecho de ser informado y su consentimiento.
- Every patient has the right to offer concerns or complaints about his/her health care received or policies, to the Administration of T.H.E. Clinic, Inc.
- Cada paciente tiene el derecho de ofrecer preocupaciones o' quejas sobre su cuidado medico y las polisas de la clinica, a la administracion.
- You have the right to a second opinion about your care before making a health related decision.
- Usted tiene el derecho a una segunda opinion sobre cuidado antes de tomar una relacionada salud.
- You have the right not to participate in experimental research.
- Usted tiene el derecho de no participar en un experimento de investigación.

Responsibilities:

Responsabilidades:

- You are responsible for conducting yourself appropriately as a patient of the health center. You may not verbally or physically abuse the health center patients, personnel, and/or property.
- Usted es responsable de comportarse apropiadamente como paciente del centro de salud. Usted no puede verbalmente o' fisicamente abusar a otros pacientes, el personal, y la propiedad.
- You have the responsibility to provide accurate proof of your financial situation if you desire reduced charges.
- Usted tiene la responsabilidad de proporcionar la prueba exacta de su situación financiera si usted desea cargos reducidos.
- You are responsible for giving truthful information regarding appropriate questions offered by T.H.E. Clinic, Inc, staff in order to assure proper evaluation and treatment for medical care services.
- Usted tiene la responsabilidad de dar la informacion corecta a las preguntas apropiadas por el personal de T.H.E. Clinic Inc. para asegurar la evaluacion y el tratamiento apropiado para los servicios.
- You are responsible to keep appointments and promptly notify T.H.E. Clinic Inc. if an appointment must be cancelled.
- Usted es responsable en mantener sus citas y notificar a T.H.E. Clinic, Inc. si una cita debe ser cancelada.
- You are responsible to ask questions and discuss concerns with your provider regarding your diagnosis and treatment plan.
- Usted es responsable en hacer preguntas y discutir preocupaciones con su doctor al respecto a su diagnosis y tratatmiento.