



COLLEGE of  
NURSING

EAST TENNESSEE STATE UNIVERSITY

Johnson City Downtown Clinic  
2151 Century Lane  
Johnson City, TN 37601  
(423) 926-2500

East Tennessee State University  
College of Nursing – PO Box 70403  
Johnson City, TN 37614  
(423) 439-4077

Hancock County School-Based Clinics  
P.O. Box 723  
Sneedville, TN 37869  
(423) 733-2819

## ETSU Community Health Centers

### **Bienvenidos a los Centros de Salud Comunitarios de la Facultad de Enfermería de la Universidad Estatal del Este de Tennessee !**

Los Centros de Salud Comunitarios de ETSU son atendidos por Enfermeros Profesionales que proveen una excelente calidad de servicios de salud a nuestros pacientes y sus familias. Las clínicas de ETSU han sido líderes en nuestra comunidad por más de veinte años (20) y estamos aquí para colaborar con usted en el cuidado de su salud. Realmente creemos que somos sus colaboradores y juntos podemos lograr su bienestar y el de su familia.

*Nuestra misión: Optimizar salud y reducir las disparidades existentes a través de la prestación de servicios innovadores y cuidados de alta calidad en colaboración con nuestro pacientes, comunidades y agencias regionales de salud y servicios.*

Nuestra misión no es realmente fácil. Nuestros proveedores cuidan de aquellos individuos cuya situación económica ó falta de seguro de salud los ha hecho vulnerables a padecer multiples and cronicos problemas de salud como Hipertensión, Enfermedades Pulmonares Obstructivas, Asma, Diabetes, Desordenes Mentales y/ó de Conducta.

#### **Lo que debe traer a su primera visita**

Adjunto a esta carta usted encontrará el paquete de Inscripción del Paciente que deberá completar antes de su primera visita. Como Centro de Salud calificado por el Gobierno Federal, y cumpliendo con las leyes federales, la obtención de la siguiente información es solo para propósitos estadísticos. Esta información es reportada anualmente, pero la información individual del paciente no es divulgada.

Nuestros proveedores desean que su primera visita con nosotros sea exitosa y están interesados en aprender lo más posible acerca de su estado de salud actual. Por favor venga preparado para hablar acerca de su historia médica con su nuevo proveedor. Traiga firmada la forma de información del paciente, una forma de identificación con foto, y todas las medicinas que usted está actualmente tomando. Si usted está asegurado con TennCare, Medicare ó algun seguro privado, por favor traiga su tarjeta de seguro y una identificación con foto. Para calificar para el Programa de Descuento Acorde al Ingreso, usted también deberá llenar una aplicación para este programa y entregarla junto con el paquete de inscripción del paciente.

Por favor complete ambos lados de las formas suministradas. Gracias por su colaboración y esperamos poder servirle !

Atentamente,

*Los Enfermeros Profesionales y el Personal de los Centros de Salud Comunitarios de ETSU.*



# ETSU Community Health Centers

## Derechos y Responsabilidades de los Pacientes

### Bienvenido al Centro de Salud de la Escuela de Enfermería de ETSU

Nuestro objeto es asegurar que los pacientes que califiquen en la comunidad puedan recibir tratamiento a pesar de su capacidad de pagar. Como paciente, usted tiene derechos y responsabilidades. Los Centros de Salud de la Comunidad o (CSC), también tienen derechos y responsabilidades. Nosotros queremos que usted comprenda estos derechos y responsabilidades para que usted nos ayude proveer mejor atención de salud para usted. Por favor lea este documento y firme y hacernos preguntas que usted tenga.

#### Derechos Humanos

Usted tiene el derecho de ser tratado con respeto y dignidad a pesar de a su raza, sexo, nacionalidad, orientación sexual, afiliación política, o capacidad de pagar por servicios.

#### Pagos por los Servicios

- Usted es responsable de darnos la información correcta sobre su estado financiero, y cambios en su estado financiero. Los CSCs necesitan esta información para determinar cuanto es su calificación. Si su ingreso es menos del las guías federales de pobreza, usted puede ser cobrado un descuento acuerdo con nuestra política.
- Usted tiene el derecho de recibir explicaciones de su factura. Tiene que pagar o hacer un arreglo para pagar todos los honorarios acordados por servicios médicos o servicios dentales, recibido por nuestra política. Si usted no puede pagar en el momento del servicio, favor de avisarnos para que los CSCs pueda proveer cuidado para usted ahora y hacer un arreglo de pago.
- La ley federal nos prohíbe negarle atención primaria médicamente necesaria solamente por que usted no puede pagar por los servicios.

#### Privacidad

Usted tiene el derecho de recibir su entrevista, examinación y tratamiento en privado. Su expediente medico también son privado. Solo personas legalmente autorizada tendrán derecho de ver su expediente medico a no ser que usted solicite en escrito a mostrarlos a otras personas. Una discusión completa sobre sus derechos a privacidad existe en el *Aviso de Privacidad en Prácticas*. Este aviso detalla los varios derechos que se le otorga bajo el Acto de Contabilidad de Seguro y Salud o (HIPPA)

#### Cuidado de Salud

- Usted es responsable por asegurando que la información en nuestro sistema esta correcta y completa para poder darle el cuidado mejor posible. Deseamos que usted participe en las decisiones sobre su salud.
  - Usted tiene el derecho a información y explicación en el lenguaje que UD normalmente habla y entiende. Usted tiene el derecho a información sobre su plano de tratamiento, salud o enfermedad, los riesgos, y lo que esperamos si se sabe en acuerdo con nuestra directiva avanzada. Si UD no desea saber esta información o no médicamente posible darle la información, pues nosotros se la daremos a la persona autorizada legalmente sobre su cuidado.
  - Usted es responsable por el uso de nuestros servicios que incluyen intrusiones de nuestros empleados, haciendo y atendiendo sus citas y solamente pedir cita de emergencia cuando es absolutamente necesario. Si no entiende las instrucciones que le damos por favor de informar los para asegurar que entienda todo.
  - Si eres un adulto, tienes el derecho de rechazar tratamiento al la magnitud permitida por ley. Si rechazas tratamiento recibirá información sobre el riesgo del rechazo y el resultado será su responsabilidad.
  - Usted tiene el derecho a tratamiento de salud razonable por su condición en nuestra capacidad. Tienes el derecho ha que los transferimos a otro lugar medico para recibir el cuidado que nosotros no podremos hacer. Por favor entienda que no es nuestra responsabilidad de pagar por sus servicios en ningún otro lugar.
- NOTA: Nuestro centro medico no es un centro de emergencia.



## Reglamentos de CHC

- Usted tiene el derecho a recibir información en como usar nuestros servicios.
- Es usted responsable por usar nuestros servicios en forma apropiada. Si tienes preguntas sobre nuestros servicios por favor de hacerlas.
- Usted es responsable por la supervisión de sus hijos que traes con usted. Usted es responsable sobre su protección y su cuidado de otros pacientes y propiedad.
- Usted tiene la responsabilidad de atender su cita en la hora hecha. Cuando faltes a sus citas causa demoras en recibir su cuidado medico. Si faltas más de 3 veces consecutivamente puede ser que no los atenderemos más en nuestro centro médico.

## Quejas

Si no estás satisfecho con nuestros servicios, por favor decirlo. Nuestro centro medico desea su sugerencias para poder mejorar nuestros servicios. Nuestros empleados le dirán como hacer su queja. Su queja será recibida por nuestra Directiva. Ningún centro medico le hará nada malo por documentar sus quejas. Es su derecho como paciente y como tal, los seguimos viendo.

## Terminación

El centro medico puede decidir de parar de dar tratamiento a cual quier paciente. Si decidimos no servirle mas ha usted, tienes el derecho de recibir lo por escrito con nuestras razón en avanzado. También le daremos 30 días para encontrar otro medico que le de servicios. Después de notificación de terminación, nuestro centro medico solo le dará cuidado en casos de condiciones seria medicas que requieren atención inmediata por un periodo de 30 días en lo que encuentras a un medico nuevo que lo vea. Si en algún tiempo usted causa alguna amenaza a nuestros empleados o nuestra clínica, podremos terminar nuestro cuidado medico inmediatamente. UD tiene el derecho de recibir una copia de nuestros reglamentos detallando La Terminación de Cuidado

Razones por cual nuestro centro medico puede parar de verlo incluyen:

1. Falta de no seguir los reglamentos y requisitos del centro medico.
2. Faltas a las citas consecutivamente.
3. Falta intencional de reportar información sobre su salud correcta.
4. Falta intencional de seguir el programa de salud que le demos hasta y incluyendo:
  - a. Instrucciones de como tomar medicamentos
  - b. Practicas de salud personal
  - c. Planos establecidos de cuidado.
5. Creando un ambiente que no es seguro para nuestro centro medico o nuestros empleados o otros pacientes.
6. Comportamiento disruptivo  
Falta intencional de reportar su situación financiera.

Si el centro medico le ha dado noticia de terminación, UD tiene el derecho de apelar la decisión a la Directiva. Pero, si no es que UD tiene una condición seria medica lo seguiremos viendo durante su apelación.



COLLEGE of  
NURSING

EAST TENNESSEE STATE UNIVERSITY

## **PREGUNTAS FRECUENTES**

### **¿ Que es un FQHC ?**

Un FQHC es un Centro de Salud Federalmente Calificado. FQHC (ó simplemente Centro de Salud) son en su mayoría centros privados, sin fines de lucro, u organizaciones públicas que reciben ayuda monetaria del Gobierno Federal a través de la sección 330 de la ley del Servicio Publico de Salud, a través de la Administración de Recursos de Salud y Servicios (HRSA), con el propósito expreso de ayudar a la población medicamente desatendida.

La misión de los Centros de Salud de **ETSU Colegio de Enfermería**, es proveer servicios de salud de calidad a las poblaciones medicamente desatendidas de nuestra comunidad.

### **¿ Estamos aceptando nuevos pacientes en el Centro de Salud de ETSU ?**

Si, estamos aceptando nuevos pacientes en nuestros Centros de Salud. Nosotros no aceptamos pacientes que solamente estén buscando manejo del dolor ó servicios psiquiatricos, ya que no somos una clínica especialista en dolor ó psiquiatría.

### **¿Los nuevos pacientes tienen que renunciar a su médico para poder usar el Centro de Salud de la Facultad de Enfermería de ETSU?**

Si, esto es si ellos quieren ser pacientes de cuidado primario, lo cual significa que el Centro de Salud de la Facultad de Enfermería de ETSU se convierte en su hogar de atención medica.

### **¿Cómo pueden hacer una cita los pacientes?**

Los pacientes deben llamar al Centro de Salud para hacer una cita. Ellos deben llegar al menos 15 minutos antes de la cita programada. Nosotros sugerimos que los pacientes llamen con suficiente anticipación para sus citas de rutina. Aunque generalmente tenemos citas disponible para el mismo día, es siempre beneficioso llamar con antelación para que el Centro de Salud esté en conocimiento de que el paciente va a venir.

### **¿Qué pasa si un paciente va a llegar tarde a su cita?**

El paciente debe llamarnos e informar acerca de su tardanza. Muchos pacientes tienen sus citas en un día, y nosotros solo podemos esperar un tiempo corto antes de que el próximo paciente sea pasado a su respectiva cita con el proveedor. Si un paciente llega después de 15 minutos a su cita, nosotros tendremos que pedirle que solicite una nueva fecha y hora.

### **¿Qué pasa si un paciente pierde su cita ?**

Los pacientes deben hacer el mayor esfuerzo de atender a sus citas y llamar al Centro de Salud tan pronto como sepan que no pueden presentarse a la fecha y hora convenida. De esta manera nosotros podremos hacerle una nueva cita y usar la cita anterior para otro paciente que lo necesite. Pacientes que cancelen su cita en menos de 24 hours se les hará un cargo por cancelación tardía.

### **¿Es el Centro de Salud de la Facultad de Enfermería de ETSU una clínica gratuita?**

El Centro de Salud de la Facultad de Enfermería de ETSU no es una clínica gratuita. Las leyes Federales requieren que a los pacientes sin seguro de salud se les ofrezca tarifas de descuento de acuerdo a sus ingresos y número de miembros en la familia. Estos pacientes deberán pagar la porción de la factura dependiendo de la clasificación que obtengan después de aplicar al “Programa de Descuento Acorde al Ingreso”.

# Introducing A New Partnership with Your Provider

## What is *Your* Patient-Centered Medical Home?

***Think of it as the place you want to come for all of your health care needs***

Whether you need a simple check-up, or referrals for more specialized care, your Nurse-Managed Health Center provider will help you find your way.

A Patient-Centered Medical Home means your provider and a care team coordinates and manages all of your care - tracking your medications and test results, offering 24-hour access, and monitoring any chronic illnesses.

We will coordinate your care with medical specialists and testing centers. And we will be more accessible, with same-day or next-day appointments and e-mail availability.

Care in a Patient-Centered Medical Home is shaped to meet your needs and preferences. You become a more active, prepared and knowledgeable participant in your care.

Our big focus is prevention. Rather than just fix your problems, we want to partner with you to keep you healthy - through cholesterol and weight management, exercise programs, nutrition education, and other efforts.

**THE NURSE-MANAGED  
HEALTH CENTERS OF**



COLLEGE of  
NURSING

EAST TENNESSEE STATE UNIVERSITY

**Your Patient-Centered Medical Home**

***Care for every step of your life.***

*In the coming months you will be hearing more and more about Patient Centered Medical Homes. In fact, our Health Centers are working right now to become certified as a Patient Centered Medical Home.*

***This is a big step for us. And for you***

***A big step away...***  
*from a hard-to-navigate health care system, especially if you have multiple health problems and see a number of providers and specialists.*

***A big step toward...***  
*you and your provider working together to oversee and coordinate your overall care.*

***We will spend a lot of time in the coming months building a healthy relationship with you.***

## **A Few Things to Begin**

### ***We are asking you to:***

- Provide us with all of the information you have regarding your health and illness
- Tell us what medications and supplements you are taking
- Tell us about your needs and concerns
- Respect us as individuals and partners in your care
- Be involved in your health care decisions
- Let us teach you about wellness and disease prevention
- Learn all you can about your insurance and what it covers
- Follow our medical advice and treatments. If you can't, let us know why so we can help with other options
- Contact us during emergencies so we can direct you to the right care

### ***In return, we will:***

- Provide care given by a team of people led by your provider
- Provide the best possible treatment and advice
- Support you in your health care goals and desires
- Manage illness, chronic disease, and give advice to help you stay healthy
- Support you in your health care goals and desires
- Respect you as an individual
- Respect your privacy
- Respect your right to information – we will be honest, complete and clear with information we provide
- Give you timely access to care. A medical decision-maker is available through our office 24 hours a day

### ***Over the next several months we will:***

- Ask what you want to do to improve your health
- Ask you to help us plan your care
- Give you a written copy of the plan
- Remind you when tests are due
- Ask you to have blood tests done before your visit
- Use computers and other technology to offer new, better and faster ways to help you manage your care



COLLEGE of  
NURSING

EAST TENNESSEE STATE UNIVERSITY

East Tennessee State University  
College of Nursing  
P.O. Box 70403  
Johnson City, TN 37614  
(423) 439-4515

# Office of Practice & Community Health Center

Hancock County School-Based Clinics  
P.O. Box 723  
Sneedville, TN 37869  
(423) 733-2819

Johnson City Community Health Center  
2151 Century Lane  
Johnson City, TN 37604  
(423) 926-2500

SECTION I		INFORMACION DE PACIENTE	
Apellidos	Nombre	Segundo Nombre	
Número de Seguro Social	Fecha de Nacimiento	Genero <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	
Dirección	Ciudad	Estado	Código Postal
Teléfono de casa (      )	Número del celular (      )	Teléfono del trabajo (      )	
Correo Electrónico	Preferencia de Contacto <input type="checkbox"/> Se permite dejar mensajes confidenciales <input type="checkbox"/> No se permite dejar mensajes confidenciales		
Nombre de contacto de emergencia	Numero de contacto de emergencia (      )	Relación con el paciente	
Apellido Materno (usado solo para identificación)			
Idioma que habla (marque todo que aplique) <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro _____	Estado Civil <input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> Casado (a) <input type="checkbox"/> Viudo (a) <input type="checkbox"/> Divorciado (a)	Estado de estudiante <input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> Medio Tiempo <input type="checkbox"/> No soy estudiante	
Sin hogar? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Hogar Compartido <input type="checkbox"/> Refugio <input type="checkbox"/> Calle <input type="checkbox"/> Transitoria <input type="checkbox"/> Otro _____			
Estado de Trabajador Agrícola Migrante\Temporero(a) <input type="checkbox"/> Migrante ( <i>Persona depende que su empleo principal ha sido en agrícola dentro de los últimos 24 meses y ha establecido un hogar temporal para el propósito de este empleo</i> ) <input type="checkbox"/> Temporal ( <i>Persona depende que su empleo ha sido en agrícola por temporadas y no ha establecido un hogar temporal para el propósito de este empleo</i> ) <input type="checkbox"/> No soy trabajador agrícola			
Servicio de interpretación <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Estado de Vivienda Publica <input type="checkbox"/> Vivo en vivienda publica <input type="checkbox"/> No estoy en vivienda publica		
Raza <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Indio Americano <input type="checkbox"/> Negro\Afro-Americano <input type="checkbox"/> Nativo-Hawaiano <input type="checkbox"/> Más de una raza <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Otros isleños del Pacifico <input type="checkbox"/> Otro _____	Origen Étnico <input type="checkbox"/> Hispano o Latino <input type="checkbox"/> No Hispano o Latino		
Estado de Veterano <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NO APLICA	Referido por <input type="checkbox"/> Familia o Amigo <input type="checkbox"/> Iglesia <input type="checkbox"/> Feria de Salud <input type="checkbox"/> Hospital <input type="checkbox"/> Periódico <input type="checkbox"/> Otro _____		
Usted tiene directivas avanzadas? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO			

<b>SECTION II</b>		<b>INFORMACION DE LA PARTE RESPONSABLE</b>	
<b>Omitir si es diferente de la Sección I</b>			
<b>RELACION CON EL PACIENTE</b>			
<input type="checkbox"/> Mismo (Sáltese a la siguiente sección) <input type="checkbox"/> Espos(a) <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Otro _____			
Apellidos	Nombre	Segundo Nombre	
Número de Seguro Social	Fecha de Nacimiento	Genero <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	
Dirección (si es diferente)	Ciudad	Estado	Código Postal
Teléfono de casa (        )	Número del celular (        )	Teléfono del trabajo (        )	
Empleador	Dirección de empleador	Teléfono de empleador (        )	
<b>SECTION III</b>		<b>INFORMACION DE INGRESO</b>	
Total de ingreso en su hogar el mes pasado: \$		Total de personas viviendo en su hogar el mes pasado	
<input type="checkbox"/> No deseo proveer información de mi ingreso de hogar			
<b>USO DE OFICIA SOLAMENTE</b> Qualify for sliding fee discounts? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> 100% & below <input type="checkbox"/> 101-133% <input type="checkbox"/> 134-175% <input type="checkbox"/> 176-200%			
<b>SECTION IV</b>		<b>INFORMACION DE SEGURO</b>	
<b>Por favor presente toda la información de su seguro medico</b>			
<b>SEGURO PRIMARIO</b>			
<input type="checkbox"/> Sin seguro <input type="checkbox"/> Medicaid\TennCare <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Otro (Seguro de Empleo\Privado\Comercial)			
<b>RELACION DEL PACIENTE AL ASEGURADO</b>			
<input type="checkbox"/> Mismo <input type="checkbox"/> Espos(a) <input type="checkbox"/> Hijo(a) <input type="checkbox"/> Otro _____			
Nombre de Seguro	Numero de Póliza	Numero de Grupo	
Nombre de asegurado	Asegurados número de seguro social	Asegurados fecha de nacimiento	
Fecha de vigencia (si se conoce)	Co-Pago \$		
Empleador	Dirección de empleador	Teléfono de empleador (        )	
<b>SEGURO SECONDARIO O SEGURO DENTAL</b>			
<input type="checkbox"/> Medicaid\TennCare <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Otro (Seguro de Empleo\Privado\Comercial)			
<b>RELACION DEL PACIENTE AL ASEGURADO</b>			
<input type="checkbox"/> Mismo <input type="checkbox"/> Espos(a) <input type="checkbox"/> Hijo(a) <input type="checkbox"/> Otro _____			
Nombre de Seguro	Numero de Póliza	Numero de Grupo	
Nombre de asegurado	Asegurados número de seguro social	Asegurados fecha de nacimiento	
Fecha de vigencia (si se conoce)	Co-Pago \$		
Empleador	Dirección de empleador	Teléfono de empleador (        )	





COLLEGE of  
NURSING

EAST TENNESSEE STATE UNIVERSITY

## Office of Practice & Community Health Center

East Tennessee State University  
College of Nursing  
P.O. Box 70403  
Johnson City, TN 37614  
(423) 439-4515

Hancock County School-Based Clinics  
P.O. Box 723  
Sneedville, TN 37869  
(423) 733-2819

Johnson City Community Health Center  
2151 Century Lane  
Johnson City, TN 37604  
(423) 926-2500

### **ACUERDO FINANCIERO Y DE SEGURO** **POR FAVOR LEER DETALLADAMENTE Y FIRMAR ABAJO**

**En consideración de recibir servicios por parte de ETSU Colegio de Enfermería, Centro de Salud Comunitario, usted está de acuerdo con:**

1. Todos los servicios son provistos a usted con el entendimiento de que deberá ser responsable por los cargos a pesar de su aseguradora. Si usted quisiera saber el costo de un servicio, por favor consulte antes del servicio. Por favor tenga en cuenta de que no todos los servicios son un beneficio cubierto por algunas de las compañías aseguradoras. Usted es responsable de saber cuáles servicios son cubiertos y cuales no lo son. **CONOZCA SUS BENEFICIOS.**
2. Al registrarse, nosotros colectaremos su copago, deducible, y pago por servicios que no están cubiertos tanto como la porción del paciente determinada por la aseguradora o la cuota deslizada. Aceptamos efectivo, cheque, y tarjetas de crédito de Master Card, Visa y Discover.
3. Su póliza de seguros es un contrato entre usted, su patrón y la compañía de seguros. Nosotros **NO** somos parte de este contrato. **Es responsabilidad del paciente informar a nuestra oficina inmediatamente sobre cobertura de seguro, o algún cambio de la compañía de seguro.**
4. Usted es responsable de saber si una referencia es requerida. Asegúrese de saber qué proveedores están en su plan, que facilidades son cubiertas y qué servicios auxiliares usted debe utilizar. (Tales como laboratorio, hospitales, etc). Si nosotros podemos ser de asistencia, por favor háganoslo saber.
5. Nosotros enviaremos una factura a su aseguradora de manera de cortesía, pero a fin de cuentas usted es el responsable de pagar por los servicios que usted reciba. Si su aseguradora no responde en el transcurso de 30 días nosotros comenzaremos una investigación en su nombre. Sin embargo, si su aseguradora no responde en un transcurso de 60 días después de la sumisión del reclamo, una declaración le será enviada a usted. Usted deberá entonces llamar a su compañía de seguro y averiguar porque este reclamo no ha sido pagado. Nuestra oficina le asistirá únicamente después de que usted haya contactado a su compañía de seguros.
6. Si su reclamo médico no ha sido pago, y su compañía de seguros no ha resuelto la disputa, usted podrá registrar una queja con el Departamento de Comercio y Seguros de Tennessee. Nuestra oficina hará todo lo posible para poder asistirle; sin embargo, usted debe entender que no se debe atrasar con el pago mientras espera el resultado de su queja.
7. Cualquier cargo sin pagar con más de 90 días de antigüedad será enviado a una agencia de colecciones alterna con una cuota adicional de la agencia. **Usted será responsable de cualquier cuota de colecciones, cuotas legales, o cuotas de corte que puedan incurrir durante el proceso de colecciones.** Esta agencia le reportará su fallo a las TRES (3) compañías nacionales de informes de crédito.
8. Cheques devueltos serán sujetos a un cargo de \$40 por ser devuelto.

Nosotros comprendemos que problemas financieros temporales pueden afectar el pago oportuno. Le instamos que comunique cualquier de estos problemas para que le podamos asistir en el manejo de su cuenta.

Yo autorizo la Universidad Estatal del Este de Tennessee (ETSU) Colegio de Enfermería (CON), Centro de Salud Comunitario (CHC), de examinar, evaluar y tratarme, y/o hijo(a) o pupilo. Yo autorizo al Centro de Salud Comunitario de liberar partes/toda información clínica médica con tal de someter mis quejas de aseguradora a mi compañía de seguros. También solicito que mi compañía de seguro pague los beneficios directamente al Centro de Salud por los servicios brindados. Entiendo que el Centro de Salud reembolsará cualquier pago de más en mi cuenta oportunamente.

Su firma abajo concreta un acuerdo vinculante entre el Centro de Salud Comunitario (proveedor del servicio) y el paciente que está recibiendo el servicio, o la persona encargada de aquellos pacientes menores (18 años o menos). La persona responsable es financieramente responsable de todos los cargos y pagos.

\_\_\_\_\_  
**Nombre del Paciente**

\_\_\_\_\_  
**Firma del Paciente/Guardián**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**

\_\_\_\_\_  
**Firma del CHC Personal**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**





COLLEGE of  
NURSING

EAST TENNESSEE STATE UNIVERSITY

East Tennessee State University  
College of Nursing  
P.O. Box 70403  
Johnson City, TN 37614  
(423) 439-4515

## Office of Practice & Community Health Center

Hancock County School-Based Clinics  
P.O. Box 723  
Sneedville, TN 37869  
(423) 733-2819

Johnson City Community Health Center  
2151 Century Lane  
Johnson City, TN 37604  
(423) 926-2500

### AUTORIZACION PARA LA UTILIZACION Y DIVULGACION DE INFORMACION MÉDICA (HIPAA)

Yo autorizo a los Centro de Salud Comunitarios (CHC) de la Facultad de Enfermería (CON) de la Universidad Estatal del Este de Tennessee (ETSU) a discutir y/o revelar mi información médica, incluyendo los resultados de análisis y estudios, los diagnósticos y el tratamiento médico con las siguientes personas:

Nombre

Relación con el paciente

Número de teléfono

Nombre

Relación con el paciente

Número de teléfono

Nombre

Relación con el paciente

Número de teléfono

### RECONOCIMIENTO DE LOS DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DEL PACIENTE Y AVISO DE PRIVACIDAD DE LAS PRÁCTICAS

Yo reconozco que el Centro de Salud Comunitario (CHC) de la Facultad de Enfermería (CON) de la Universidad Estatal del Este de Tennessee (ETSU) me ha dado una copia por escrito de mis derechos y responsabilidades. Esta información define claramente mis derechos y responsabilidades como paciente recibiendo servicios asociados con un proveedor de los CHC.

También se me ha dado una oportunidad a revisar el Aviso de Privacidad de las Practicas de la Facultad de Enfermería de la Universidad Estatal del Este de Tennessee y entiendo que el aviso me indica como mi información protegida puede ser usada y revelada y como puedo acceder a esta información. También se me ha dado una oportunidad a recibir una copia de ETSU Aviso de Privacidad para revisión adicional.

### AUTORIZACION Y DIVULGACION

Yo autorizo al Centro de Salud Comunitario (CHC) de la Facultad de Enfermería (CON) de la Universidad Estatal del Este de Tennessee (ETSU) a que sirva como un centro de entrenamiento para estudiantes especializando en, pero no limitado en Enfermería, Audiología, Higiene Dental, Nutrición, Radiología, y Patología de Habla-Lenguaje en ETSU. Por esta razón yo autorizo a los estudiantes el uso de observación, videograbación, grabación de audio, fotos, datos del cliente y discusión para la investigación profesional y propósitos educacionales. Yo entiendo que ningún nombre o información identificadora será usada en cualquier de estos procedimientos.

Yo entiendo que los procedimientos de evaluación y tratamientos usados por los Audiologías\Patologuitas de Habla-Lenguaje no son de carácter médico. Estos procedimientos satisfacen estándares profesionales y éticas de la Asociación Americana de Habla-Lenguaje-Audiencia y no ofrecen ningún riesgo físico o psicológico. Aunque se espera que los procedimientos de tratamiento sean beneficios, yo entiendo que no hay garantía de éxito que puede ser explícita o implícita.

**Al firmar abajo, yo estoy de acuerdo con las declaraciones mencionadas.**

Nombre impreso del Paciente

Firma de Paciente\Guardián

Fecha

Firma del CHC Personal

Fecha