



EPILEPSY FOUNDATION

CENTRAL & SOUTH TEXAS

10615 PERRIN BEITEL ROAD, SUITE 602
SAN ANTONIO, TEXAS, 78217-3142

LA LISTA DE VERIFICACION DE LA APLICACION

Usted nos pidió una aplicación para poder atender la clínica de la epilepsia. En orden para que nosotros podamos planificar una cita para usted lo siguiente es requerido para la determinación de su elegibilidad. Use por favor esta lista de verificación para poder juntar toda la información solicitada de usted.

Nuevo uso paciente entero incluyendo: rma paciente de la información del-completar y firmar la página y inicial, y firmar la página detrás.

____ Forma del inventario de los servicios sociales- Completar todas las áreas y firmar en el fondo de la página.

____ Forma El consentimiento informado y los Derechos de Participante- Lea y firme la frente y lo detrás de la página.

____ Autorización del de lanzar la información médica - Complete todas las áreas y firme en el fondo de la página.

____ La prueba de la Residencia - Proporcione por favor uno de los documentos siguientes de corriente indicando la residencia dentro de nuestra área de servicio. (La Cuenta de la utilidad electricidad, el teléfono, el agua, o el cable)

____ La prueba de Ingresos - Proporcione por favor uno de los documentos siguientes de corriente indicando los ingresos de todos en la casa. (Los documentos federales de impuesto de renta con formas W2, o Duran 4 fecha de mostrar de talonarios de cheque de pago, el nombre, el empleador y las ganancias brutas, o los estados del banco si la vida lejos de ahorros, SSI/SSDI con la cantidad pagadera por mes.)

____ La copia de tarjeta de Medicare o carta de Medicaid, si usted no califica para Medicare o Medicaid una Carta de la Negación de Medicaid se necesita. Para obtener una carta de la negación de Medicaid que usted debe aplicar con el Departamento de Servicios Humanos, si usted es negado para Medicaid entonces pedido que ellos mandan usted una carta de la negación. Debemos tener una copia de esta carta en el archivo.

Después de que nosotros recibamos el encima de información sobre su aplicación entonces será completa, al terminar de este procesó de los requisitos de la elegibilidad una cita será planificará para usted. Mande por favor el encima de información tan pronto como posible. Si nosotros no recibimos la información solicitada dentro de 30 días, su aplicación se borrará de nuestros archivos. Si usted tiene unas preguntas o la necesidad de más información con respecto a la información solicitada llama por favor nuestra oficina en (210) 653-5353 en San Antonio o el exterior de San Antonio llama por favor gratis 1-888-606-5353.

Sinceramente,

Stefanie Noska, CMA
Especialista paciente



DOCUMENTOS MANDATORIOS

La Clínica de Epilepsia del Sur de Texas es patrocinada en parte por el Departamento de Salud de Texas (DSHS). Para recibir servicios de la Clínica de Fundación de Epilepsia (EFCST) deben reunir las guías de ingresos proporcionados por el DSHS y también reunir otros requisitos de la agencia de EFCST. DSHS requiere que TODOS LOS pacientes proporcionan todos los documentos siguientes para probar la elegibilidad para los servicios de EFCST y si es necesario, la ayuda de los programas para medicamentos:

- **Prueba de ingresos** del paciente o familia (últimos 3 talones de cheques o una carta que indique su asistencia del gobierno o las formas de su impuestos del año pasado con su W-2 o una Prueba Notariada que indique el tipo de asistencia y la cantidad mensual otorgada.
- **Prueba de residencia** (cualquier cuenta o declaración utilitaria actual, recibo del alquiler que tiene dirección actual)
- **Prueba de tarjeta de seguro** (seguro privado o de Medicaid o de la oficina del Seguro Social o la tarjeta de CIDC)
- **Una carta de negación de Medicaid.** (Únicamente si le negaron su caso) Favor de ir a la oficina de estampillas y aplicar por servicios de medicaid. El numero telefónico es 1-800-252-8263 / 1-800-252-9330.

Es OBLIGATORIO que usted proporcione la documentación antes dicha. El no poder confirmarse dará lugar para la terminación de los servicios proporcionados por EFCST. **RECUERDE QUE TODO EL PAPELEO DEBE ESTAR EN NUESTRA OFICINA ANTES DE SU PRIMER CITA.**

La Clínica de Epilepsia del Sur de Texas (EFCST) proporciona asistencia médica y servicios diagnósticos a los pacientes CALIFICADOS que no tienen seguro. Note que hay un co-pago para todos los servicios proporcionados. Por favor de venir preparado para pagar su cita. Por favor de llamar a la clínica si usted necesita hacer arreglos de pagos. Los siguientes honorarios de la clínica serán cargados: **LA PACIENTES NUEVOS: \$35.00, CONTINUACION DE VISITAS: \$10.00, LABORATORIOS/DIAGNOSTICOS: HONORARIOS VARIAN, HONORARIO PARA EL PROCESO DE LOS PROGRAMAS DE MEDECINAS.**

No pierda por favor una cita no viniendo o no cancelando la cita. Si usted sabe que usted no podrá atender su cita por favor llame a nuestra oficina por lo menos 24 horas antes de su cita para cancelar. **SI USTED NO ATIENDE TRES CITAS SIN LLAMAR A CANCELAR, USTED PODRIA SER DESCARGADO DE LA CLINICA.**

Cuatro semanas antes de que se le acaben sus medicamentos, usted debe llamar a su farmacéutico para solicitar que nos mande un repuesto. Para rellenar su medicamento, su farmacéutico debe llamar y dejar un mensaje con una petición del repuesto. El personal de la Clínica de EFCST responderá dentro de 24-72 horas. El personal de la clínica de EFCST no puede autorizar medicamentos el mismo día de una petición.... Sin Excepción!



EPILEPSY FOUNDATION

CENTRAL & SOUTH TEXAS

10615 PERRIN BEITEL ROAD, SUITE 602
SAN ANTONIO TEXAS 78217-3142

PATIENT INFORMATION

Patient's Name: _____ **Birth Date:** _____ **Social Security #** _____ - _____ - _____
(Nombre de Paciente) (Fecha De Nacimiento) (Seguro Social)

Address: _____ **City (Ciudad)** _____ **State (Estado)** _____ **Zip Code (Código Postal)** _____
(Dirección)

Telephone #: (_____) _____ **Sex: F / M** _____ **E-mail/Correo Electrónico:** _____
(Teléfono de casa) (Sexo)

Work #: (_____) _____ **County where you live?** _____ **Preferred Language? /Idioma? English/Spanish**
(Teléfono del trabajo) (Condado donde vive?)

Spouse/ Parent Name: _____ **Alternate Phone:** _____
(Esposo/ Padre) Numero alternativo

Please provide name and phone number of an individual that we may contact should you not be available/Nombre de persona y numero de teléfono a quien pudiéramos dejarle un mensaje encaso que no este disponible: _____

PATIENT INSURANCE INFORMATION / INFORMACION DE SEGURO MEDICO

Do you currently have insurance? /Tiene Seguro medico? Yes / No Si / No
Insurance Name: _____ Policy # _____
(Nombre de Seguro) (Numero de Póliza)

PATIENT HEALTH INFORMATION (INFORMACION DE LA SALUD DEL PACIENTE)

ALLERGIES: _____
(Tiene Alergias)

First Medical Condition: _____ **Second Medical Condition:** _____
Condición Medico) (Otro Condición Medico)

Primary Doctor: _____ **Address:** _____
(Doctor) (Dirección)

City (Ciudad) _____ **State (Estado)** _____ **Zip Code (Código Postal)** _____ **Telephone (Telefono)** _____

Primary Neurologist: _____ **Address:** _____
(Neurólogo) (Dirección)

City (Ciudad) _____ **State (Estado)** _____ **Zip Code (Código Postal)** _____ **Telephone (Telefono)** _____

Current Medications: _____
(Medicamentos)

Seizure diagnosed at age: _____ **With fevers only? (Yes / No)** _____ **Seizure Family History? (Yes / No)** _____ **Have any Auras? (Yes / No)** _____
Edad que fue diagnosticado su epilepsia? Con Fiebre? Historia en la familia con epilepsia? Si / No Tiene Auras?

Seizure Frequency: _____ **Seizure Average Duration:** _____
Frecuencia de ataques? Cuanto duran los ataques?

Please Describe Auras, _____
(Descripción de sus Auras)

Seizure Description _____
(Descripción de sus ataques)

NEW PATIENT ONLY! - WHO WERE YOU REFERRED BY? OR HOW DID YOU HEAR ABOUT US? (Por quien fue referido? O Como Oyó De Nuestros Servicios?) Name of Individual or Agency _____

ADDRESS/ Dirección _____ **PHONE/ Telefono** _____

PLEASE COMPLETE BACKSIDE OF APPLICATION!!!! Favor de leer y firmar el lado detrás de esta pagina, es muy importante!!!

INFORMED CONSENT

Please read and initial on the following lines: (Por favor de leer estos párrafos y apuntar sus iniciales)

1. _____ On the advice of my treating physician, I request the Epilepsy Foundation Central & South Texas provide diagnostic procedures and hospital care, including medical and surgical treatment as prescribed by my attending physician(s), their assistants and designees. I acknowledge that the practice of medicine and surgery is not an exact science and that no guarantees have been made as to the hospital care and medical treatment hereby authorized. / **Por consejo de mi Doctor, yo solicito que la Clinica de Epilepsia de South Texas proveer servicios diagnosticos y cuidado de hospitalizacion, incluyendo tratamiento medico y surigia recitado por el doctor que me cuida y sus asistentes. Yo reconozco que la ciencia medica y practica de surigia no es exacta y no hay garantias del cuidado y tratamiento medico que se autorizado por mi doctores.**

2. _____ I understand that the physicians on staff of this hospital, including the attending physician(s) are not employees or agents of the hospital, but rather are independent contractors who have been granted the privilege of using its facilities for the care and treatment of their patients. / **Yo entiendo que los doctores de este hospital y los que me atienden no son empleados o agentes de este hospital, pero son contratistas independientes que tienen privilegios de usar el hospital para el cuidado y tratamiento medico de sus pacientes.**

RELEASE OF INFORMATION

3. _____ I hereby authorize the hospital and all physicians involved with my care to release information from my medical records, as may be required, to any person, corporation, or agency which is legally responsible or which the Epilepsy Foundation Central & South Texas has good cause to believe is legally responsible for processing, and/or paying all or part of the hospital's charges and/or professional fees, and, to any entity which has contracted with an insurer to conduct utilization review or performance reviews. / **Yo autorizo el hospital y todos los doctores envoltos en mi cuidado, de compartir informacion de mi archivos medico, como se requiere, a cualquier persona, agente, que es legalmente responsable o agentes responsables para procesar o pagar los cargos del hospital o honorarios profesionales o cualquier entidad que a contratado con una seguridad para revisar los archivos.**

ASSIGNMENT OF BENEFITS

4. _____ I hereby assign to Epilepsy Foundation Central & South Texas and the physician's involved with my care all hospital and medical benefits to which may be entitled by virtue of insurance or public funding, including Medicare, Medicaid, or other coverage providing major medical insurance, surgical and medical benefits and authorize Epilepsy Foundation Central & South Texas and physicians to file claims for treatment provided on my behalf. / **Yo asigno la Clinica Epilepsia de South Texas, y todos los doctores envoltos en mi cuidado y tratamiento medico que reciban todo beneficios y honorarios por derecho de la seguridad o fondos publicos como Medicare, Medicaid o otro entidad proviendo seguridad medica y hospitalizacion, y yo autorizo la clinica Epilepsia de South Texas y sus doctores que solicitan beneficios por mi tratamiento.**

GUARANTEE OF PAYMENT

5. _____ I further understand that I am totally responsible for payment of all fees and services rendered, irrespective of insurance coverage or other responsibilities. The guarantor of each account is ultimately responsible for payment in full of the account. If insurance does not pay on a timely manner, the insured will be expected to pay the balance and then pursue the matter with the insurance company. / **Yo entiendo que yo soy totalmente responsable de pagar todo honorarios y servicios proveidos para mi tratamiento medico, independiente de proteccion de seguridad o otros agentes responsables. (El fiador de cada cuenta es ultimamente responsable por pagar. Si la seguridad no paga, el fiador pagara el balance de la cuenta y resolvera su cuenta con la seguridad el mismo.)**

REFILL POLICY

6. _____ I understand that the Epilepsy Foundation Central & South Texas does not give same day refills. As a patient, I must call the pharmacist at least a week before I finish my medication. The pharmacist must call and request a refill, requests from patients or relatives will not be taken from patients or their relatives. Refills will be authorized within 48-72 hours. No Exceptions! / **Yo entiendo que la Clinica de Epilepsia de South Texas no sortira medicamentos ese mismo dia. Como paciente, yo tengo que hablarle al farmacético por lo menos una semana antes que se me termine la medicina. El farmacético necesita llamar a la clinica de epilepsia y pedir que me surten la medicina, ni el paciente o sus familiares pueden sortir medicinas. Todo medicamentos seran sortidos dentro de 48-72 horas. No Habra Excepciones!**

Signature of patient or parent/guardian, if a minor
Firma de paciente o padre, si es menor de edad

Date (Fecha)

Witness (Testigo)



EPILEPSY FOUNDATION

CENTRAL & SOUTH TEXAS

10615 PERRIN BEITEL ROAD, SUITE 602
SAN ANTONIO, TEXAS, 78217-3142

INVENTORIO DE SERVICIOS SOCIALES

Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____

Su Raza: _____ Nivel mas alto cumplido en el escuela: _____ Estado marital: Casado(a)/Soltero(a)

Información de ingresos del Paciente Esta trabajando el paciente? Si o No Endonde? _____

Teléfono del trabajo: _____ Cuanto tiempo tiene trabajando? _____

Tiene el paciente lo siguiente? (Marque su respuestas)

Dinero Efectivo \$ _____ Cuenta de Cheques \$ _____ Ahorros \$ _____ Otro \$ _____

Tiene carro? Si o No Que valor tiene? \$ _____

Gastos médicos por mes que no fueron cubiertos por su seguro medico? \$ _____

Ingresos de la Familia (Por favor indique la cantidad y si recibe por semana o mensual.)

Ingresos de Empleo \$ _____ semana o mensual Quien recibe? _____

Desempleo \$ _____ semana o mensual Quien recibe? _____

Seguro Social (SSI) \$ _____ semana o mensual Quien recibe? _____

Child Suporta \$ _____ semana o mensual Quien recibe? _____

Disabilitacion del Gobeirno\$ _____ semana o mensual Quien recibe? _____

TANF (AFDC) \$ _____ semana o mensual Quien recibe? _____

Otro tipo de ingreso _____ \$ _____ semanal o mensual Quien recibe? _____

MIEMBROS DE LA FAMILIA: Escriba los nombres y edades de todos que vivan en su casa incluyendo el paciente? _____

Total de personas que tengan dieciocho anos y menos _____

Paciente: _____ Edad _____

Nombre: _____ Edad _____ Relacion: _____

Nombre: _____ Edad _____ Relacion: _____

Nombre: _____ Edad _____ Relacion: _____

Nombre: _____ Edad _____ Relacion: _____

Nombre: _____ Edad _____ Relacion: _____

SERVICIOS PARA LA FAMILIA: Por favor contestar las siguientes preguntas?

Necesita servicios de empleo/ o para entrenar? Si o No Si indico si, indique que trabajo le gustaría hacer: _____

Necesita servicios para sus niños? Si o No Explique: _____

Necesita servicios de proveer en casa (home provider)? Si o No Explique: _____

Necesita asistencia para conseguir sus medicinas? Si o No Si indico si, Explique? _____

En donde recibe sus medicinas? _____ Teléfono: _____

Necesita servicios legales? Si o No Explique por que? _____

Necesita asistencia o equipo para su discapacidad? Si o No Explique por que? _____

SERVICIOS COMUNITARIOS: Ay necesidad de otros servicios como?

Asistencia para utilidades (renta o luz, agua) Si o No

Ropa Si o No

Transportacion Si o No

Comida Si o No

Por favor explique: _____

Yo aseguro que la informacion anotada es correcta y verdadera _____ (Indica sus iniciales) Fecha: _____



EPILEPSY FOUNDATION

CENTRAL & SOUTH TEXAS

10615 PERRIN BEITEL ROAD, SUITE 602
SAN ANTONIO, TEXAS, 78217-3142

AUTORIZACION PARA DIVULGAR ARCHIVOS MEDICOS

Nombre del Paciente: _____ # Telefono: _____
Direccion: _____ # Seguro Social: _____
_____ Fecha Nacimiento: _____

Compañia autorizada para divulgar archivos: _____
Direccion: _____

Compañia autorizada para recibir archivos: **Epilepsy Foundation of Central and South Texas**
Direccion: 10615 Perrin Beitel Road, suite 602
San Antonio, TX 78217

Por favor proveer copias de mis archivos medicos como es indicado en la parte inferior:
 Todos los archivos Reportes de laboratorio Historia/exámenes físicos EEG/MRI
 Rayos X Reportes de hospital Otros

Fecha y Lugar donde se hizo el ultimo Electroencefalograma(EEG) o MRI: _____

Razon por la cual autoriza divulgar informacion medica: _____

Firma del Paciente, pariente o guardian legal
Fecha: _____

Testigo
Fecha: _____

Yo comprendo que el consentimiento expresado es requerido para divulgar cualquier informacion sobre mi salud, relacionada con puebras, diagnosticos, y/o tratamientos de alcoholismo o abuso de sustancias. Este consentimiento tambien aplica para diagnosticos relacionados con SIDA, enfermedades de trasmision sexual y desordenes siquiatricos o problemas de salud mental. Esta informacion a sido relevada de archivos confidenciales protegidos por las leyes federales. Regulaciones Federales (42 C.F.R. Parte 2) prohiben que se haga otra divulgacion sin el consentimiento por escrito de la persona a la que le pertenece o la que autorizo dicha divulgacion. Esta autorizacion podria ser revocada pero no retroactiva para divulgar la informacion dada en buena fe.

Firma del Paciente, Pariente, o Guardian Legal
Fecha _____

Testigo
Fecha _____

Permiso para enviar archivos via Fax en el evento de una emergencia medica? Yes___ No___
Esta autorizacion es valida por el periodo de un año a partir de la fecha que fue firmado



EPILEPSY FOUNDATION

CENTRAL & SOUTH TEXAS

10615 PERRIN BEITEL ROAD, SUITE 602
SAN ANTONIO, TEXAS, 78217-3142

CLIENT GRIEVANCE PROCEDURE EL PROCEDIMIENTO DE LA QUEJA DEL CLIENTE

It is the intent of the Epilepsy Foundation Central & South Texas (EFCST) Client Grievance Procedure to provide fair and equal consideration to all client complaints and grievances. Clients and/or guardians are encouraged to communicate complaints or grievances to the program staff as soon as they become known. Clients are encouraged to use face-to-face meetings to resolve issues dealing with individual program plan(s). The procedure for obtaining a resolution meeting is as follows **/Es la intención del Procedimiento del sur de la Queja de Cliente de Dispensario Fundación de Epilepsia de Tejas (EFCST) para proporcionar justamente y para igualar la consideración a todas quejas del cliente y quejas. Los clientes y/o los guardianes son alentados a comunicar las quejas o las quejas al personal del programa en cuanto ellos lleguen a ser sabe. Los clientes son alentados a usar las reuniones de la cara a cara para resolver los asuntos tratando con el plan (s) individual del programa. El procedimiento para obtener una resolución que reúne es como seguir:**

1. To obtain a resolution meeting, a client must file a grievance in writing to the Executive Director/**Para obtener una cita de resolución, un cliente debe de escribirle una queja ala directora ejecutiva. (Sindi J. Rosales, Executive Director) Epilepsy Foundation of Central and South Texas at 10615 Perrin Beitel, Suite 602 San Antonio, TX 78217**
2. An informal or formal (at the discretion of the Executive Director) resolution meeting to resolve the written grievance will be held during normal business hours as soon as practicable (and in most cases, at least within ten (10) working days of receipt of written grievance) with the client (and guardian, if appropriate), the Executive Director and, at the Executive Director's sole discretion, the employee in attendance. If the client fails to attend the resolution meeting, the grievance will be dismissed and become final with no written decision. **/Un junta formal o informal (a la discreción del Director Ejecutivo) de resolución sera formado para resolver la queja escrita se tendrá durante horas normales de negocio en cuanto practicable (y en la mayoría de los casos, por lo menos dentro de diez (10) días de trabajo del día que la queja escrita fue recibida) con el cliente (y el guardián, si apropiará), el Director Ejecutivo y, en el Director Ejecutivo's única discreción, el empleado en la asistencia. Si el cliente falla de estar presente a la cita de resolución, la queja se despedirá y llegará a ser final sin la decisión escrita**
3. A written response will be forwarded to the client and employee, from the Executive Director within three (3) working days of the resolution meeting(s). All the decisions of the Executive Director are final. **/ Una respuesta escrita será adelantada al cliente y el empleado, del Director Ejecutivo dentro de tres (3) jornada de trabajo de la resolución reuniendo (s). 'Todas las decisiones del Director Ejecutivo son finales.**
4. Those not satisfied may address grievance to/ **Esos no satisfecho pueden dirigir la queja a**

Department of State Health Services
1100 W. 49th St.
Austin, TX 78756-3199



EPILEPSY FOUNDATION

CENTRAL & SOUTH TEXAS

10615 PERRIN BEITEL ROAD, SUITE 602
SAN ANTONIO, TEXAS, 78217-3142

CLIENT RIGHTS/ DERECHOS DEL CLIENTE

The Epilepsy Foundation Central & South Texas (EFCST) recognizes the human and civil rights of our clients, their families and other persons with disabilities in the community. These rights include those freedoms identified in the Constitution of the United States of America and the Constitution of the State of Texas, laws adopted by applicable legislative bodies of both the United States and Texas, as well as applicable judicial orders at all levels. **EFCST reconoce el humano y los derechos civiles de nuestros clientes, sus familias y otras personas con incapacidades en la comunidad. Estos derechos incluyen esas libertades identificadas en la Constitución de los estados unidos de América y la Constitución del Estado de Tejas, las leyes adoptivas por cuerpos legislativos aplicables de ambos los estados unidos y Tejas, las órdenes judiciales así como también aplicables en todo nivelan.**

- EFCST endeavors to treat all clients with dignity as evidenced by the attitudes displayed by staff members in the fulfillment of their responsibilities as well as in policies and procedures. **EFCST intenta en tratar a todos clientes con la dignidad como evidenciado por las actitudes demostradas por miembros de personal en el cumplimiento de sus responsabilidades así como también en políticas y procedimientos.**
- EFCST strives to protect its clientele from exploitation, neglect and abuse while on EFCST premises and while participating in EFCST sanctioned activities. All staff members are required to report all incidences of abuse to authorities, whether the abuse is physical, sexual or chemical. **EFCST se esfuerza para proteger su clientela de la explotación, el descuido y el abuso mientras en el local de EFCST y mientras tomando parte en actividades sancionadas por EFCST. Todos miembros del personal son requeridos a informar todas incidencias del abuso a autoridades, si el abuso es físico, sexual o químico.**
- EFCST encourages an individualized treatment and habilitation plan for its clients and encourages each client to participate in the planning and decision-making processes, which lead to the development of a program plan. EFCST policy is to review each client's treatment/program plan based on progress toward goals. **EFCST alenta un plan individualizado del tratamiento y habilitación para sus clientes y alenta a cada cliente a tomar parte en los procesos de la planificación y la toma de decisiones, que dirigen al desarrollo de un plan del programa. La norma de EFCST deberá revisar a cada cliente el plan de tratamiento de/el programa basado en el progreso hacia metas.**
- EFCST strives to place its clients in agency programs, which will be the least restrictive to the client. EFCST staff assists in locating and facilitating a client's placement in appropriate programs or settings when EFCST's own services might be too limited for a client's growth and success. In the event an applicant for EFCST services or an existing client is deemed ineligible for services provided by EFCST, a staff member will inform them of their ineligibility. Clients may voluntarily terminate their involvement in EFCST programs and/or services at anytime. **EFCST se esfuerza para colocar sus clientes en programas de agencia, que será el arrendamiento restrictivo al cliente. El personal de EFCST participa en localizar y facilitar a un cliente la colocación de s en programas o colocaciones apropiados cuando EFCST's posee que los servicios quizás sean demasiado limitados para un cliente el crecimiento de s y éxito. En el caso un solicitante para servicios de EFCST o un cliente existente es creído inelible para servicios proporcionados por EFCST, un miembro del personal los informará de su ineligibility. Los clientes pueden terminar voluntariamente su involucramiento en programas de EFCST y/o servicios en en cualquier momento.**
- EFCST clients may request a review of treatment or placement decisions with which they disagree utilizing EFCST grievance policies in effect at the time the disagreement arises. Clients are advised to review EFCST grievance policies and procedures, which are available from EFCST staff members. Unless EFCST has actual notice of the appointment of a guardian or personal representative, each client over the age of eighteen (18) years will be presumed to be able to make decisions for himself or herself and EFCST will look only to such client. A copy of a court order appointing a guardian or other personal representative shall be conclusive evidence of such appointment. Natural or court appointed guardians of the person of any minor client are entitled to be notified of all policies and procedures applicable under this client policy statement. **Los clientes de EFCST pueden solicitar una revisión de decisiones de tratamiento o colocación con que ellos no convienen las normas de la queja de EFCST que utilizan vigente en el tiempo que el desacuerdo surge. Los clientes son avisados a revisar las normas de la queja de EFCST y procedimientos, que están disponibles de miembros de personal de EFCST. A menos que EFCST tenga nota verdadera de la cita de un guardián o representante personal, cada cliente sobre la edad de diez y ocho (18) años será presumido de ser capaz de tomar decisiones para él mismo o para ella misma y EFCST mirarán sólo a tal cliente. Una copia de un designar de la orden del tribunal un guardián o a otro representante personal serán la evidencias conclusivos de tal cita. Natural o el tribunal guardianes designados de la persona de algún cliente secundario son permitidos para ser notificado de todas normas y procedimientos aplicables bajo esta declaración de la norma de cliente.**



STATEMENT OF COMPLIANCE/ LA DECLARACIÓN DE LA CONFORMIDAD

Services provided by Epilepsy Foundation Central & South Texas shall satisfy any obligations to comply with the Civil Rights Act of 1964, Title VI (Public Law 88-352); 45 Code of Federal Regulations Part 80 so that no person will and Section 504 of the Rehabilitation Act of 1973 (subparts A, D, and E of CRF part 32). Furthermore, services provided satisfy any obligations to comply with subparts B and C and appendix A of 29 CFR part 32, which pertain to employment practices and employment related training program accessibility and accommodations under section 504. / Atienden a proporcionado por la base satisfará cualquier obligación de conformarse con el Título VI (Public Law 88-352), el Acto Civil de Derechos de 1964 y la Sección 504 del Acto de Rehabilitación de 1973 (partes menor, A, D, y E de la parte de CRF 32). Además, atienden a proporcionado satisface cualquier obligación de conformarse con subparts B y C y el apéndice UN de 29 CFR despide 32, que pertenece a prácticas de empleo y empleo accessibility relacionado de programa de capacitación y alojamientos bajo la sección 504.

Services provided by Epilepsy Foundation Central & South Texas shall satisfy any obligations to comply with Executive Order 11246, Section 503 of the Rehabilitation Act, the Age Discrimination in Employment Act, and Title IX of the Education Amendments respective regulations. / Atienden a proporcionado por la Base satisfará cualquier obligación de conformarse con la Orden Ejecutiva 11246, la Sección 503 del Acto de Rehabilitación, la Discriminación de la Edad en el Acto del Empleo, y en el Título IX de las Enmiendas de la Educación las regulaciones respectivas.

Epilepsy Foundation Central & South Texas will also satisfy any obligations to comply with Title 8 of the Texas Human Resources Code, Article 5221K from the Texas Commission on Human Rights Act of 1983, Public Law 101-121 on lobbying, The Clean Air Act, The Clean Water Act, and all EPA regulations. / La base satisfará también cualquier obligación de conformarse con el Título 8 del Código de recurso humanos de Tejas, el Artículo 5221K de la Comisión de Tejas en el Acto Humano de Derechos de 1983, la Ley Pública 101-121 en el lobbying, en El Acto Aéreo Limpio, en El Acto Limpio de Agua, y en todas regulaciones de EPA.

Finally, services provided by Epilepsy Foundation Central & South Texas are in compliance with the Texas Health and Safety Code. Chpt.40; Title 25 Texas Administrative Code 37.211-37.222, Texas Family Code, 231.006, and all Texas HIV/AIDS in the Workplace Guidelines. / Finalmente, servicios de esta organizacion el están de acuerdo con Texas Health and Safety Code. Chpt.40; Title 25 Texas Administrative Code 37.211-37.222, Texas Family Code, 231.006, igual que con las leyes de Tejas que pertenecen al HIV/ y el SIDA en el area de trabajo.



EPILEPSY FOUNDATION

CENTRAL & SOUTH TEXAS

10615 PERRIN BEITEL ROAD, SUITE 602
SAN ANTONIO, TEXAS, 78217-3142

EXTENT OF OUTPATIENT CLINIC SERVICES/ GRADO DE LOS SERVICIOS DE LA CLÍNICA

The Epilepsy Foundation Central & South Texas (EFCST) clinic is not intended to serve as a primary source of medical care therefore the following explanation on the extent of services is provided for your records/

La clínica de EFCST no se piensa para servir como fuente primaria de la asistencia médica por lo tanto que la explicación siguiente en el grado de servicios se proporciona para sus expedientes

- 1. EFCST clinic physicians will provide outpatient services to clinic patients at designated facilities only, and do not serve as attending physicians in hospitalization situations.** / Los médicos de la clínica de EFCST proporcionarán servicios del paciente no internado a los pacientes de la clínica en las instalaciones señaladas solamente, y no sirven como atender a médicos en situaciones de la hospitalización
- 2. EFCST clinic physicians can advise ER doctors of ongoing acute seizures and medical management, in the ER. However, if admission is necessary the on-call hospital neurologist will be called.** / Los médicos de la clínica de EFCST pueden aconsejar a doctores asimientos agudos en curso y gerencia médica, en ER. Sin embargo, si la admisión es necesario en-llame a neurólogo del hospital será llamado
- 3. EFCST clinic patients can phone the clinic for questions and additional outpatient management./** Los pacientes de la clinica de EFCST para puede telefonar la clinica de EFCST las preguntas Y la gerencia adicional del paciente no internado.

SERVICE TERMINATION/ LA TERMINACIÓN DE SERVICIO

Occasionally, an individual may be dismissed from services, situations that would cause this to happen are:/
De vez en cuando, un individuo puede ser despedido de los servicios, las situaciones que harían esto suceder son:

- 1. Patients who are taking illegal or non-prescribed drugs will be counseled on the effects of use and may be discharged.** / Aconsejarán en los efectos del uso y pueden ser descargados los pacientes que son el tomar ilegal o las drogas no-prescritas
- 2. Patients noncompliant with treatment & medication regime and/or suspected use of non-prescribed medication will be counseled on effects and may be discharged./** pacientes noncompliantes con régimen de la medicamento y/o el uso sospechado de la medicación no-prescrita será aconsejado en efectos y puede ser descargado de servicios
- 3. Danger to self or others/** peligro de ser un dano a uno mismo u otros
- 4. Relocating out of our service area /**cambio de hogar de area de servicio
- 5. Physician has the right to discharge a patient if patient is determined inappropriate for medical services (i.e. pseudo seizures, etc.)/** el doctor tiene el derecha de descargar a un paciente si el paciente es inadecuado determinado para los servicios médicos (es decir pseudo asimientos, etc.)

In the event that a person is terminated from services, the individual has a right to appeal this decision as specified by Department of State Health Services (DSHS) guidelines and observed by EFCST Program Rules. If a client is terminated from services EFCST staff will make every attempt to refer the individual to service providers and/or programs that may be better able to meet their needs. / A en caso que terminen a una persona de servicios, el personal de EFCST hará cada esfuerzo de referir al individuo a otros abastecedores de servicio y/o los programas que pueden poder mejor resolver sus necesidades.



EPILEPSY FOUNDATION

CENTRAL & SOUTH TEXAS

10615 PERRIN BEITEL ROAD, SUITE 602
SAN ANTONIO, TEXAS, 78217-3142

INFORMED CONSENT/PARTICIPANT RIGHTS FORM EI CONSENTIMIENTO INFORMADO y los DERECHOS de PARTICIPANTE

I _____ have been fully oriented to the Epilepsy Foundation Central & South Texas clinic program and have been provided information on the following/**Yo he sido orientado completamente al programa del Dispensario de STEC y se ha proporcionado información en lo Siguiente:**

- The Participant Bill of Rights and Statement of Compliance/**La Cuenta del Participante de Derechos y Declaración de la Conformidad**
- The Participant Grievance procedure/**El procedimiento de la Queja del Participante**
- The Program Rules and Service Termination Procedure/**Las órdenes del Programa y Procedimiento de la Terminación de Servicios**
- The Limits of confidentiality/**Los Límites de confidencialidad**

Orientation by: _____ Correspondence: _____ In Person: _____

I understand and have received an explanation and a copy of the Rules and Responsibilities relating to the **Epilepsy Foundation Central & South Texas** participant rights, and grievance procedures and after being fully informed of all of the above, voluntarily consent to intervention./ **Entiendo y he recibido una explicación y una copia de las Ordenes y Responsabilidades que relacionan a la CLINICA de FUNDACION DE EPILEPSIA DEL SUR de TEJAS/los derechos de participantes de el clinica, y los procedimientos de la queja y después de siendo tal informado completamente de todo el arriba, voluntariamente consentimiento a la intervención.**

Participant Signature: _____
Firma de Participante

Date/ Fecha

Staff Signature

Date



EPILEPSY FOUNDATION

CENTRAL & SOUTH TEXAS

10615 PERRIN BEITEL ROAD, SUITE 602
SAN ANTONIO, TEXAS, 78217-3142

LIMITS OF CONFIDENTIALITY/LOS LÍMITES DE LA CONFIDENCIALIDAD

The contents of a counseling, intake, or assessment session are considered confidential. Both verbal information and written records about a client cannot be shared with another party without the written consent of the client or the client's legal guardian and without a signed release of information. Noted exceptions are as follows: / **El contenido de un aconsejar, la cita inicial, o la sesión de la evaluación son considerados confidenciales. Ambas información verbal y los registros escritos acerca de un cliente no se pueden compartir con otro partido sin el consentimiento escrito del cliente ni el clientes guardián legal y sin una liberación firmada de información. Las excepciones notadas son como seguin:**

Duty to warn and protect- When a client discloses intentions or a plan to harm another person, the health care professional is required to warn the intended victim and report this information to legal authorities, In cases in which the client discloses or implies a plan for suicide, the health care professional is required to notify legal authorities and make reasonable attempts to notify the family of the client./ **Cuando un cliente revela las intenciones o un plan para dañar a otra persona, el profesional del cuidado de la salud es reembolsado por advertir la víctima destinada e informar esta información a autoridades legales, en caso de que en que el cliente revele o implique un plan para el suicidio, el profesional del cuidado de la salud es requerido a notificar las autoridades legales y hacer las tentativas razonables para notificar la familia del cliente.**

Abuse of Children and Vulnerable Adults- If a client stated or suggests that he or she is abusing a child (or vulnerable adult) or has recently abused a child (or vulnerable adult), or a child (or vulnerable adult) is in danger of abuse, the health care professional is required to report this information to the appropriate social service and/or legal authorities. Professional misconduct by a health care professional must be reported by other health care professional. In cases in which a professional or legal disciplinary meeting is being held regarding the health care professional's actions, related records may be released in order to substantiate disciplinary concerns. / **El abuso de Niños y Adultos Vulnerables- Si un cliente expresó o sugiere que él o ella abusan a un niño (o el adulto vulnerable) o han abusado recientemente a un niño (o el adulto vulnerable), o un niño (o el adulto vulnerable) está en peligro del abuso, el profesional del cuidado de la salud es reembolsado por informar esta información al servicio social apropiado y/o autoridades legales. La mala conducta profesional por un profesional del cuidado de la salud debe ser informada por otro profesional del cuidado de la salud. En caso de que en que un profesional o la reunión disciplinaria legal se tengan considerando el profesional del cuidado de la salud las acciones de s, los registros relacionados se pueden liberar para justificar disciplinario concierne.**

Court Orders/ Órdenes de Corte - Health care professionals are required to release records of clients when a court order has been placed./**El profesional del cuidado de la Salud es requerido a liberar los registros de clientes cuando una orden del tribunal se ha colocado.**

Minors/Guardianship/ Los menores/Padres de tutela - Parents or legal guardians of non-emancipated minor clients have the right to access the client's records. **Padres o guardianes legales de clientes secundarios no emancipados tienen el derecho de conseguir acceso a al cliente' los registros des**

I agree to the above limits of confidentiality and understand their meanings and ramifications. / **Conuerdo al encima de límites de confidencialidad y entiendo sus significados y las ramificaciones**

Client's Name (please print): _____
El nombre de el cliente'

Client's or guardian's Signature: _____ Date/ la Fecha: _____
El clientes (o el guardianas) Firma

NOTICE OF BENEFIT DENIAL:

AVISO DE NEGACION DE BENEFICIOS:

Case/App No.:
Date: 12/15/03

Worker:
Phone:
Fax:
Toll Free Number:

MEDICAL ASSISTANCE

ASISTENCIA MÉDICA

Sample - Medicaid Denial

Work today for a better tomorrow!

¡Trabaje ahora y le irá mejor mañana!

On the basis of information received by this office and the policy found in SECTION(S) A900 of the Texas Works Handbook, the following action is being taken: (All DHS offices have the Texas Works Handbook available for you to read.)

Debido a la información recibida en esta oficina y según las reglas de la SECCIÓN(ES) A900 del Texas Works Handbook, se está iniciando la siguiente acción: (Todas las oficinas tienen el Texas Works Handbook disponible para que lo lea.)

Your application for current Medicaid has been denied.

Su solicitud de Medicaid para beneficios corrientes fue negada.

REASON:

You no longer have children in your home who are eligible for assistance.

RAZÓN:

Usted ya no tiene niños en su casa que califican para asistencia.

Your family may still be eligible for Medicaid, even if you cannot get TANF, you are making more money, or other things have changed. Contact your local office for information.

Es posible que su familia sea elegible para Medicaid, aunque no reciba TANF, gane más dinero o, haya habido otro cambio. Para más información, comuníquese con su oficina local.

If there is a pregnant woman in the household she may be potentially eligible for another Medicaid program.

Si hay una mujer en su casa que esta embarazada, ella puede ser elegible para Medicaid.

DENIED MEDICAID RECIPIENTS: The Texas Department of Health will send you a Certificate of Coverage. You can use this Certificate to prove how long you had Medicaid coverage if you

CLIENTE A QUIÉN LE HAN NEGADO MEDICAID: El Departamento de Salud de Texas le enviará un Certificado de Cobertura. Puede usar este Certificado como prueba cuánto tiempo recibió Medicaid si se

— Sample —