



Thank you for completely filling out this form as the information collected on this form is very important to our organization in regards to reporting statistical information that aids in receiving funding to help support our services. Please be assured that no private information is shared, only statistical information. Tribal Affiliation: Provide accepted documentation.

PATIENT REGISTRATION INFORMATION

This Form is Fillable

PATIENT INFORMATION:
Patient's legal last name: _____
Patient's legal first name: _____
Patient's Middle initial: _____
Patient's previous name: _____
Patient's preferred name: _____
If minor Patient. Minor Patient's mobile # _____

PATIENT INFORMATION:
Mailing Home address: _____ <i>(Physical address requested on 2nd page)</i>
City: _____
State: _____ ZIP: _____ Country : _____
Home Phone: _____
Cell no: _____
Work Phone: _____ Ext: _____
Email: _____
Would you like to be Web Enabled for the patient Portal? <input type="checkbox"/> Yes or <input type="checkbox"/> No <i>If yes we will use your email above unless otherwise indicated.</i>
What number would you like us to call you for <u>Voice</u> appointment reminders: _____ or would you like to <input type="checkbox"/> OPT OUT <i>(Please check off OPT OUT if you would <u>not</u> like a voice call reminder.</i>
What number would you like us to <u>text</u> for appointment reminders: _____ or would you like to <input type="checkbox"/> OPT OUT <i>(Please check off OPT OUT if you would <u>not</u> like a text reminder.</i>
Patient's date of birth: / /
Patient's Birth gender: <input type="checkbox"/> MALE <input type="checkbox"/> FEMALE
Patient is Transgender: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Patient's Social Security Number: _____

PATIENT EMERGENCY CONTACT INFORMATION:
Relationship to patient: _____
First Name: _____
Last Name: _____ MI: _____
Address: _____
City: _____ State: _____ Zip: _____
Home Phone: _____
Work Phone: _____ EXT: _____
Cell Phone: _____
MARITAL STATUS: <input type="checkbox"/> Divorced <input type="checkbox"/> Married <input type="checkbox"/> Partner <input type="checkbox"/> single <input type="checkbox"/> unknown <input type="checkbox"/> widowed <input type="checkbox"/> Legally Separated.
Primary Language: _____
Patient's Race: <input type="checkbox"/> American Indian <input type="checkbox"/> Black or African American <input type="checkbox"/> Declined to Specify <input type="checkbox"/> White, or _____ <i>(Please fill in blank.)</i>

ACCT/HRN#: _____

PATIENT INFORMATION IF PATIENT IS A MINOR:
Mother Name: _____
Phone: _____
Father Name: _____
Phone: _____
Guardian's Name: _____
Phone: _____
Guarantor (Person Responsible for bill) Please check one below if <u>not</u> SELF complete information of person responsible
<input type="checkbox"/> SELF <input type="checkbox"/> Another patient or person <i>if so complete this portion if not mark SELF and move on to next box.</i>
Name: _____ DOB: _____
Address: _____ Phone: _____
Work: _____
Relationship to Patient: _____

PATIENT INFORMATION:
Patient's Ethnicity: <input type="checkbox"/> Hispanic or Latino <input type="checkbox"/> not Hispanic <input type="checkbox"/> Declined to Specify or _____ (Please fill in blank.)
Characteristic: Are you homeless? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No If YES (enter where you live) Doubling Up, Migrant, Other, Seasonal, Street, Transitional, Unknown.
Employment Status: <input type="checkbox"/> Employed full-Time <input type="checkbox"/> Employed Part-Time <input type="checkbox"/> Not employed <input type="checkbox"/> Self-Employed <input type="checkbox"/> Retired <input type="checkbox"/> On Military Duty <input type="checkbox"/> Reserved or <input type="checkbox"/> Unknown. (Please check)
Student Status: F: Full Time, N-Not a Student , P-Part Time Student (Please enter)
Street Address if different then mailing address : If same skip this section Address: _____ City: _____ State: _____ Zip: _____
PATIENT EMPLOYER INFORMATION:
Employer Name: _____ Employer Address: _____ City: _____ State: _____ Zip: _____

PATIENT INFORMATION:
Are you Native American: <input type="checkbox"/> Yes or <input type="checkbox"/> No
Tribe of Membership:
Community Of Residence:
Are you any of the following: Veteran, Migrant, Homeless (Please enter)
INSURANCE INFORMATION:
Please fill in information below and provide a copy of: Medicare, Medi-Cal, or Private Insurance Card(s)
#1 Primary insurance:
Sub No:
Insured's name: _____ <input type="checkbox"/> SELF
Group No:
Medicaid ID No:
#2 Secondary insurance:
Insured's name:
Group No:
#3 (Tertiary)-Third Policy:

- *To the extent permitted under applicable law, I authorize the release of any information necessary to process claims for payment on my behalf. I also authorize any third-party payments to be sent payable to Northern Valley Indian Health, Inc. I understand I am responsible for any financial portions not covered by a third party or in-house service.*
- *I authorize Northern Valley Indian Health, Inc. to deposit checks received on account from my insurance company, when made out in my name.*
- ***If for an Adult Patient:*** *Northern Valley Indian Health, Inc. has my permission to provide routine and emergency Dental and/or medical care for myself. _____ (Patient Initials)*
- ***If for a Minor Patient:*** *Northern Valley Indian Health Inc. has my permission to provide routine and emergency Dental and/or medical care for my dependent child. _____ (Parent/Guardian Initials)*
- *Northern Valley Indian Health, Inc. has my consent to photograph as necessary for clinical documentation.*
- *I understand that NVIH participates in medical education and training programs and my healthcare services from NVIH may be provided, assisted or observed by medical students, postgraduates fellows, residents, associates or other healthcare professional trainees as part of such program.*
- *I understand that my care may be provided by a non-physician medical practitioner.*
- *This authorization is effective until revoked in writing by myself or my authorized representative.*

By signing the below, I am verifying that I have legal rights to authorize medical care for this patient.

Signature: _____ **Date:** _____
 (Patient or Parent/Guardian if patient is a minor)

For NVIH Use Only: Patient Name: _____ **ACCT/HRN:** _____



Northern Valley Indian Health, Inc.

ADULT INTAKE

Name: _____ Age: _____ DOB: _____ Date: _____

Address: _____ Phone #: _____

City: _____ State: _____ Zip Code: _____

Tribal Affiliation: _____

Psychological History:

Have you been in therapy before? Yes _____ No _____ If yes, please list previous providers and approximate dates of treatment: _____

Provider	Date of treatment

Is there a family history of psychological treatment? Yes _____ No _____

Medical History:

Describe any illnesses, surgeries, hospitalizations or other medical conditions you are or have experienced: _____

Are you currently taking any medications? Yes _____ No _____

If yes, please list name and dosage of medication: _____

Spiritual Beliefs: (if this is important to you and you feel comfortable sharing): _____

Presenting Problem(s): Please describe the reasons you are seeking therapy: _____

HRN _____



Northern Valley Indian Health, Inc.

ADULT INTAKE

Please check all that apply to you currently:

Eating habits changed_____

Eating more_____

Eating less_____

Severe dieting or throwing-up_____

Noticeable weight change_____

Sleep changes_____

Trouble falling asleep_____

Trouble staying asleep_____

Trouble waking up_____

Suicidal thoughts_____

Suicide attempts_____

Self harm behavior_____

Decreased Energy_____

Change in sexual functioning_____

Loss of interest in activities_____

Tearful_____

Hopeless_____

Decreased attention span_____

Inattentive/distractible_____

Memory changes_____

Difficulty planning ahead_____

Anger outbursts_____

Difficulty controlling impulses_____

Mood changes_____

Anxious/Nervous_____

Worries/fears_____

Stealing_____

Lying_____

Police/probation involvement_____

Spending sprees_____

Rapid Heartbeat_____

Phobias_____

Sweating_____

Trouble breathing_____

Flashbacks_____

Nightmares_____

Racing thoughts_____

Hearing voices_____

Seeing things that aren't there_____

Please rate how the problems you are currently experiencing are affecting the areas of your daily life:

1-no effect 2-mild effect 3-moderate effect 4-severe effect

Marriage/relationship_____

Work/school_____

Family_____

Friends_____

HRN_____



Northern Valley Indian Health, Inc.

ADULT INTAKE

Financial Situation_____

Physical health_____

Social interests_____

Leisure activities_____

Legal_____

Housing_____

Personal Hygiene_____

Spirituality_____

Other_____

Substance Use History: Please check all that apply.

Coffee_____(#____ cups a day)

Cigarettes_____(#____ per day)

Alcohol_____(# drinks _____ per week)

Street drugs_____

Type_____

Amount_____

Frequency_____

Date last used_____

Have you had difficulty controlling substances in your life? Yes____ No____

Have you ever been in treatment for substance abuse? Yes____ No____

If yes, please list where and when:_____

Is there a history of substance abuse in your family? Yes____ No____

Strengths

Please list your strengths:_____

Goals

What are your goals for therapy?_____

HRN_____



Chico Clinic

845 W. East Ave.
Chico, CA 95926
(530) 896-9400
Fax: (530) 896-9400

Dental and Maternal Health Center

500 Cohasset Rd. Ste 15
Chico, CA 95926
(530) 433-2500
Fax: (530) 433-2510

Children's Health Center

1515 Springfield Dr. Ste 175
Chico, CA 95928
(530) 781-1440
Fax: (530) 342-1663

Red Bluff Clinic

2500 N. Main Street
Red Bluff, CA 96080
(530) 529-2567
Fax: (530) 529-2552

Willows Clinic

207 N. Butte Street
Willows, CA 95988
(530) 934-4641
Fax: (530) 934-4081

Woodland Clinic

175 West Court Street
Woodland, CA 95695
(530) 661-4400
Fax: (530) 661-4416

Northern Valley Indian Health, Inc.

Mobile Dental Clinic
530-520-6913
www.nvih.org

CONSENT and CONTRACT FOR BEHAVIORAL HEALTH THERAPY

PART I: Client Rights

1. All information communicated within a therapeutic context will be confidential and will not be revealed to any agency or other person without your permission within certain legal limits.

Under certain legally defined situations, I am required to reveal information you tell me during the course of therapy to other agencies or persons without your written consent. I am not required to inform you of my actions if this occurs. These legally defined situations include:

- a. If you reveal information to me about child abuse or neglect or elder physical abuse, I am required by law to report this to the appropriate authority.
- b. If you threaten physical harm or death to another person, I am required by law to warn the intended victim and notify the appropriate law enforcement agencies.
- c. If you threaten physical harm or death to yourself, to an unidentifiable other, or to others' property, I may break confidentiality to avert this action.
- d. If you are in therapy or being tested by order of a court of law, the results of the treatment or tests ordered must be revealed to that court.
- e. If a court of law issues a legitimate subpoena, I will assert privilege to protect your confidentiality. The court, however, may order me to provide the information specifically described in the subpoena and I must comply.

2. You have the right to choose NOT to receive therapy from me. If you choose this, I will attempt to provide you with names of other qualified professionals whose services might suit your current needs.

3. You have the right to terminate therapy with me at any time without financial, legal, or moral obligation other than those you have already incurred. Most terminations, however, involve a mutually agreed upon process between the client and the therapist.

"For Office Use Only"

Client Name: _____ DOB: _____ Date: _____ HRN#: _____



Chico Clinic

845 W. East Ave.
Chico, CA 95926
(530) 896-9400
Fax: (530) 896-9400

Dental and Maternal Health Center

500 Cohasset Rd. Ste 15
Chico, CA 95926
(530) 433-2500
Fax: (530) 433-2510

Children's Health Center

1515 Springfield Dr. Ste 175
Chico, CA 95928
(530) 781-1440
Fax: (530) 342-1663

Red Bluff Clinic

2500 N. Main Street
Red Bluff, CA 96080
(530) 529-2567
Fax: (530) 529-2552

Willows Clinic

207 N. Butte Street
Willows, CA 95988
(530) 934-4641
Fax: (530) 934-4081

Woodland Clinic

175 West Court Street
Woodland, CA 95695
(530) 661-4400
Fax: (530) 661-4416

Northern Valley Indian Health, Inc.

Mobile Dental Clinic
530-520-6913
www.nvih.org

CONSENT and CONTRACT FOR BEHAVIORAL HEALTH THERAPY

PART II: The Therapy Process

Participating in therapy can result in a number of benefits to you, including a better understanding of your personal goals and values, improved interpersonal relationships, and resolution of the specific concerns that led you to seek therapy. Working towards these benefits, however, requires effort on your part and may result in your experiencing considerable discomfort. Remembering and resolving unpleasant events through therapy can bring on strong feelings of anger, depression, fear, etc. Attempting to resolve issues between marital partners, family members, and other individuals can lead to discomfort and may result in changes that were not originally intended.

PART III: Fees and Payment

I agree to pay for each therapy session (if not covered by insurance or as a direct service) or any co-payment required by my insurance. I understand that payment will be collected in advance of each therapy session.

PART IV: Consent for Treatment

I hereby authorize and request that _____ carry out psychological/psychiatric examinations, treatments, and/or diagnostic procedures which now or during the course of my (or my child's) care as a client are advisable. My signature below serves as consent to treatment and indicates that I have read and understand the information contained in this contract.

I, the Patient/Legally Authorized Person, am able to communicate effectively in English.

Client(s) Name

Client(s) Signature(s)

Parent/Legal Guardian (if Client is a minor)

Parent/Legal Guardian Signature (if Client is a minor)

Client DOB

Date

HRN#

Psychiatrist/Psychologist/Therapist's Name

Psychiatrist/Psychologist/Therapist's Signature



**Northern Valley
Indian Health**
Your Health. Our Mission.

Clinic Appointment Policy

PURPOSE

In order to maintain quality patient care and timely access to care, the following established guidelines regarding appointments with NVIH healthcare clinics are to be followed:

POLICY

New Patient Appointments:

1. New patients unable to keep their scheduled initial appointment must notify the Clinic staff. Notification must be made by no later than 12:00 p.m. one business day in advance of the intended cancellation. Failure to do so is considered a missed (no-show) appointment.
2. New patients who miss their scheduled initial appointment twice will not be rescheduled.*(Exceptions may be authorized by the Lead Provider or Department Director.)

Established Patient Appointments:

1. Patients unable to keep a scheduled appointment must notify the Clinic staff no later than 12:00 p.m. one business day in advance of the scheduled appointment of the intended cancellation. Failure to do so is considered a missed (no-showed) appointment.
2. Arriving more than ten minutes late for a scheduled appointment may result in the Clinic Provider determining the patient has missed (no-showed) the scheduled appointment.
3. Late arrival for any same day appointment scheduled for 15 minutes or less will not be seen by the provider due to limited length of time and will be considered a no-show.
4. Patients will be considered a high risk no-show patient if patient misses two appointments within a 12-month period and may receive a notification from NVIH with information of future inability to reserve individual scheduled appointments time slots. Notification will inform patient the option of being seen as a stand-by or same-day patient appointment as available.
5. If after three missed appointments in a 6-month period a patient continues to miss appointments, the patient may be dismissed from the associated clinical services altogether as a direct result of being “noncompliant to treatment,” at the Clinic Provider’s discretion. A stand-by or same-day work-in option will be considered for Native American patients. **



Clinic Appointment Policy

- 6. If patient is allowed to continue after three missed appointments in a 6-month period and continues to miss future appointments, patient will be dismissed from the associated clinical services at the discretion of the Department Director. A stand-by or same-day work-in option will be considered for Native American patients. **

DEFINITIONS

New Patient: A person who has not previously been registered within the NVIH system; or, a patient who has been registered within the NVIH system but has not had an established care visit; or, a patient who has been registered within the NVIH system but has not been an active patient for at least three years.

Stand-by: Patient will be scheduled in a time slot that would be considered a double-booked space. Staff will work efficiently to seat/room the patient in a timely fashion. Patient should expect to have some delay in seeing the provider. Visit type will likely be limited in focus depending on available time (e.g.: Dental treatment may be limited to limited exam/minor treatment).

Same-day: Patient will call in the same day and be advised on availability/arrival time for a same-day work in appointment as available at associated site. Staff will work efficiently to seat/room the patient in a timely fashion but minor delays may occur.

- * Native American patients will be placed on a stand-by or same day work-in option.
- **Dismissal of patients will be considered, in accordance with the Patient Termination Policy.

Patient Acknowledgement:

I hereby acknowledge that I have been given the opportunity to review the Clinic Appointment Policy and receive a copy if requested.

Patient Printed Name: _____ Patient DOB: _____

Patient/Parent Signature: _____ Date: _____

NVIH Use Only:

HRN: _____

Northern Valley Indian Health, Inc.



Notice of Privacy Practices

THIS NOTICE DESCRIBES HOW MEDICAL INFORMATION ABOUT YOU MAY BE USED AND DISCLOSED AND HOW YOU CAN GET ACCESS TO THIS INFORMATION. PLEASE REVIEW THE FOLLOWING INFORMATION CAREFULLY.

Understanding Your Health Information

Each time you visit a Northern Valley Indian Health (NVIH) facility for services, a record of your visit is made. If you are referred by NVIH through the Purchased Referred Care (PRC) program, NVIH also keeps a record of your PRC visit. Typically, this record contains your symptoms, examination, test results, diagnoses, treatment, and a plan for future care. This information, often referred to as your 'health record,' serves as a:

- Plan for your care and treatment, and as a communication source between health care professionals.
- Tool we can use to check results and continually work to improve care.
- Means by which Medicare, Medicaid, or private insurance payers can verify the services billed.
- Tool for education of health care professionals.
- Source of information for public health authorities charged with improving health.
- Source of data for medical research, facility planning, and marketing.
- Legal document that describes your care.

Understanding what is in your health record and how the information is used helps you to:

- Ensure its accuracy.
- Better understand why others may review your health information.
- Make an informed decision when authorizing disclosures.

Your Health Information Rights

Although your health record is the physical property of NVIH, the information belongs to you. You have the following rights with respect to your health information:

To Inspect and Copy. You have the right to inspect and copy certain health information. If you request a copy of the information, we may, as permitted by applicable law, charge a reasonable fee for the costs of copying, mailing, or other supplies associated with your request. We may deny your request to inspect and copy in certain very limited circumstances. If you are denied access to your health information you may, with limited exceptions, request that the denial be reviewed by submitting a written request to the Chief Executive Director or HIPAA Privacy Officer.

To an Electronic Copy of Electronic Records. If your health information is maintained in an electronic form, such as an electronic health record, you have the right to request that an electronic copy of your record be given to you or transmitted to another individual or entity. We will make every effort to provide access to your health information in the form or format you request, if it is readily producible in such form or format. If it is not, then your information will be provided to you in our standard electronic format (unless you prefer a hard copy).

To Notice of Breach. You have the right to be notified if there was unauthorized access to or disclosure of your health information.

To Request a Restriction. You have the right to request a restriction on information we use or disclose about you: (1) for treatment, payment, or health care operations; or (2) to someone who is involved in your care, such as a family member or friend. NVIH is not required to agree to your request, but if we do we will comply with your request unless the information is needed to provide you with emergency services. Also, if you paid out-of-pocket in full for a specific item or service, you may ask that your health information with respect to that item or service not be disclosed to a health plan for purposes of payment or health care operations, and we will honor that request.

To Request Amendment. If you feel that the health information we have about you is incorrect or incomplete, you may ask us to amend the information for as long as it is kept by us. To request an amendment, your request must be made in writing and submitted to the Chief Executive Director or HIPAA Privacy Officer, along with a reason that supports your request. We may deny your request for an amendment in certain limited situations. If we deny your request, you have the right to file a statement of disagreement with us.

To Request Confidential Communications. You have a right to ask to receive confidential communications in a different manner or at a different place (for example, you may ask that we communicate with you at a location other than your home or by a different means of communications such as telephone or mail). Such a request must be submitted in writing to the Chief Executive Director or HIPAA Privacy Officer.

To a List of Disclosures. You have the right to request a list and description of certain disclosures by NVIH of your health information. Such request must be made in writing. The first list you request within a 12-month period will be provided free of charge, but subsequent requests within the same period may be subject to a fee (in which case we will notify you of the cost and you may choose to withdraw or modify your request.) This information is maintained for six years or the life of the record, whichever is longer.

To Obtain a Paper Copy of the NVIH Notice of Privacy Practices one will be available upon request, even if you have agreed to receive this Notice electronically.

NVIH's Responsibilities

NVIH is required by law to:

- Maintain the privacy of your health information.
- Inform you about our privacy practices regarding health information we collect and maintain about you.
- Notify you if we are unable to agree to a requested restriction.
- Accommodate reasonable requests you may have to communicate health information by alternate means or at alternate locations.
- Honor the terms of this Notice or any subsequent revisions of this Notice.

NVIH reserves the right to change its privacy practices and to make the new provisions effective for all health information it maintains. NVIH will post any revised Notice of Privacy Practices at public places in its health care facilities and on its web site at www.nvih.org.

How NVIH may use and disclose health information about you:

We may use and disclose your health information without your permission to facilitate your medical treatment, payment of any medical treatment, and for any other health care operation, as described in this Notice. We may also use and disclose your health information without your permission as allowed or required by applicable law. Otherwise, we must obtain your written authorization for any other use and disclosure of your health information. We cannot retaliate against you if you refuse to sign an authorization or revoke an authorization you had previously given. The following categories describe how we may use and disclose health information about you:

For Treatment. We will use and disclose your health information to provide medical treatment or help other providers to treat you. For example:

- Your personal information will be recorded in your health record and used to determine the course of treatment for you. Your health care provider will document in your health record his/her instructions to members of your healthcare team. The actions taken and the observations made by the members of your healthcare team will be recorded in your health record so your health care provider will know how you are responding to treatment.
- If NVIH refers you to another health care facility, NVIH may disclose your health information to that health care provider for treatment decisions.
- If you are transferred to another facility for further care and treatment, NVIH may disclose information to that facility to enable them to know the extent of treatment you have received and other information about your condition.

- Your health care provider(s) may give copies of your health information to others to assist in your treatment.

For Payment Purposes. We will use and disclose your health information for payment purposes. For example:

- If you have private insurance, Medicare, or Medicaid coverage, a bill will be sent to your health plan for payment. The information on or accompanying the bill will include information that identifies you, as well as your diagnosis, procedures, and supplies used for your treatment.
- If NVIH refers you to another health care provider, NVIH may disclose your health information with that provider for health care payment purposes.

For Health Care Operations. We will use and disclose your health information for health care operations. For example, we may use your health information to evaluate your care and treatment outcomes with our quality improvement team. This information will be used to continually improve the quality and effectiveness of the services we provide. This includes health care services provided under PRC program.

Health Information Exchange (HIE) HIE services are planned in the future for NVIH and once active HIE may make your health information available electronically through an information exchange network to other providers involved in your care who requests your electronic health information. Participation in the national eHealth Exchange network is voluntary. If you want your health information to be accessible to authorized health care providers through the HIE to the national eHealth Exchange, you must authorize this use and disclosure. More information is available at <http://www.ihs.gov/hie/>

Personal Health Record. The ability for you to access to your Personal Health Record electronically is planned in the future. Personal Health Record (PHR) is a secure web based application that provides patient access to their health care information. The PHR is accessible to any patient who receives care at an NVIH and requests a PHR account.

Direct. NVIH may share your health information between healthcare providers, patients and/or patients' authorized representatives, using the DIRECT secure, web-based messaging service.

To Business Associates: NVIH provides some healthcare services and related functions through the use of contracts with business associates. For example, NVIH may have contracts for medical transcription. When these services are contracted, NVIH may disclose your health information to business associates so that they can perform their jobs. We require our business associates to protect and safeguard your health information in accordance with all applicable federal laws.

To Persons Involved in Your Care: NVIH may notify your family of your location or general condition. NVIH may also provide your health information to a person involved in your care or who helps pay for your care, such as a family member or friend, unless you notify us that you object, or when you are incapacitated or in an emergency. If you are unavailable or unable to object, we will use our best judgment to decide if the disclosure is in your best interests. We may also make similar professional judgments about your best interests that allow another person to pick up such things as your filled prescriptions, medical supplies, and x-rays. There may also be circumstances when we can assume, based on our professional judgment, that you would not object, such as when your spouse comes with you into an exam room during treatment.

Adults and Emancipated Minors With Personal Representatives or Legal Guardians: NVIH shall treat a personal representative or legal guardian of an individual, who has been declared incompetent due to physical or mental incapacity by a court of competent jurisdiction, as the individual for the purposes of the use and disclosure of the individual's health information, as such use and disclosure relates to such personal representation.

Interpreters: In order to provide you proper care and services, NVIH may use the services of an interpreter. This may require the use or disclosure of your personal health information to the interpreter.

Research: NVIH may use or disclose your health information for research purposes that has been approved by an NVIH Institutional Review Board that has reviewed the research proposal and established protocols to ensure

the privacy of your health information. NVIH may also use or disclose your health information for research purposes based on your written authorization.

Uses and Disclosures about Decedents: When an individual is deceased, NVIH may disclose health information about the decedent when required by applicable law, and to the following categories of individuals:

- A family member, personal representative, or other authorized person(s) responsible for the decedent's care, as relevant to his or her responsibility for such care, unless we know that doing so would be inconsistent with the decedent's prior-expressed preferences.
- A coroner or medical examiner for the purpose of identifying a deceased person, determining a cause of death, or other duties as authorized by law.
- Funeral directors consistent with applicable law as necessary to carry out their duties.

Organ Procurement Organizations: Consistent with applicable laws, NVIH may use or disclose your health information to organ procurement organizations or other entities engaged in the procurement, banking, or transplantation of organs for the purpose of facilitating organ, eye, or tissue donation and transplant.

Appointment Reminders, Treatment Alternatives and Other Health-related Benefits and Services: We may contact you to remind you that you have an appointment with us or to discuss a missed appointment, and to provide information about treatment alternatives or other types of health-related benefits and services that may be of interest to you. For example, we may contact you about the availability of new treatment or services for diabetes.

Food and Drug Administration (FDA): NVIH may use or disclose your health information to the FDA in connection with an FDA-regulated product or activity. For example, we may disclose to the FDA information concerning adverse events involving food, dietary supplements, product defects or problems, and information needed to track FDA-regulated products, or to conduct product recalls, repairs, replacements, or lookbacks (including locating people who have received products that have been recalled or withdrawn), or post marketing surveillance.

Worker's Compensation: NVIH may use or disclose your health information for workers compensation purposes as authorized or required by applicable law.

Public Health: NVIH may use or disclose your health information for public health activities as follows:

- To a public health authority authorized by applicable law to collect or receive such information for the purpose of preventing or controlling disease, injury, or disability, or conducting public health surveillance, investigations, and interventions.
- To a public health authority or other government authority authorized by law to receive reports of child abuse or neglect.
- To a government authority authorized by applicable law to receive reports of other abuse, neglect, or domestic violence (other than child abuse).
- To an individual who may have been exposed to a communicable disease or may otherwise be at risk of contracting or spreading a disease or condition, where authorized by applicable law.
- To the individual's employer (for example, if you are employed by NVIH, or if necessary to prevent or lessen a serious and imminent threat to the health and safety of an individual or the public), concerning a work-related illness or injury or a workplace-related medical surveillance, or as otherwise required or permitted by applicable law.
- To the individual's school or prospective school for proof of immunization, if such proof is required by applicable law, and we obtain the agreement of either a parent, guardian, or other person legally responsible for the individual (or from the individual if he or she is an adult or emancipated minor).

Correctional Institution: If you are an inmate of a correctional institution, NVIH may use or disclose to the institution health information necessary for your health and the health and safety of other individuals.

Law Enforcement: NVIH may use or disclose your health information for law enforcement activities as required or authorized by applicable law. Such situations include the following:

- To report certain types of wounds or injuries.
- In response to a court order, subpoena, warrant, or other similar process.
- To identify or locate a suspect, fugitive, material witness, or missing person.
- If you are believed to be a victim of a crime and a law enforcement official requests information about you and we are unable to obtain your agreement because of incapacity or other emergency and if we determine that such disclosure would be in your best interests.
- About a death we believe may have been the result of criminal conduct.
- To report a crime committed on NVIH premises.
- In emergency circumstances to report a crime, the location of a crime or victims, or the identity, description, or location of the person who committed the crime.

Military and Veterans: If you are a member of the armed forces, NVIH may use or disclose your health information, if necessary, to the appropriate military command authorities or to determine eligibility for benefits, as authorized by applicable law.

Health Oversight Authorities: NVIH may use or disclose your health information to health oversight agencies for activities authorized by applicable law. These oversight activities include: investigations, audits, inspections, and other actions. These are necessary for the government to monitor the health care system and government benefit programs, among other requirements. NVIH is required by applicable law to disclose health information to the Secretary of HHS to investigate or determine compliance with the HIPAA privacy standards.

Compelling Circumstances: NVIH may use or disclose your health information in certain other situations involving compelling circumstances affecting the health or safety of an individual. For example, in certain circumstances:

- We may disclose health information we believe is necessary to prevent or lessen a serious and imminent threat to the health or safety of a person.
- We may use or disclose health information in the course of judiciary and administrative proceedings if required or authorized by applicable law.
- We may use or disclose health information during a disaster and for disaster relief purposes.
- We may release health information to authorized federal officials for intelligence, counter-intelligence, and other national security activities authorized by applicable law.
- We may make any other disclosures that are required by applicable law.

For Data Breach Notification Purposes. We may use or disclose your health information to provide legally-required notices of unauthorized access to or disclosure of your health information.

Authorization Required. NVIH will use or disclose your health information only with your written authorization in the following circumstances:

- Any use or disclosure of your psychotherapy notes; except that we do not need your written authorization to use such notes for treatment, payment, or health care operations, nor in other limited circumstances required or permitted by applicable law.
- Any use or disclosure of your health information for marketing; except that we do not need your written authorization for face-to-face communications or to give you promotional gifts with nominal value.
- The sale of your health information.

Non-Violation of this Notice: NVIH is not in violation of this Notice or the HIPAA Privacy Rule if any of its employees or its contractors (business associates) discloses protected health information under the following circumstances:

- *Disclosures by Whistleblowers:* If an NVIH employee or contractor (business associate) in good faith believes that NVIH has engaged in conduct that is unlawful or otherwise violates clinical and professional

standards, or that the care or services provided by NVIH has the potential of endangering one or more patients, members of the workplace, or the public, and discloses such information to:

- A Public Health Authority or Health Oversight Authority authorized by applicable law to investigate or otherwise oversee the relevant conduct, conditions, or suspected violations, or an appropriate health care accreditation organization for the purpose of reporting the allegation of failure to meet professional standards or misconduct by NVIH; or
- An attorney on behalf of the workforce member, or contractor (business associate), or hired by the workforce member or contractor (business associate) for the purpose of determining their legal options regarding the suspected violation.
- *Disclosure by Workforce Member Crime Victims:* Under certain circumstances, a NVIH workforce member (either an employee or contractor) who is a victim of a crime, on or off the NVIH premises, may disclose information about the suspect to law enforcement official provided that the information disclosed is about the suspect who committed the criminal act and the information disclosed is limited to identifying and locating the suspect.

Any other uses and disclosures not described in this Notice will be made only with your written authorization, which you may later revoke in writing at any time. To revoke your authorization, deliver a written revocation to the Chief Executive Director or HIPAA Privacy Officer. If you revoke your authorization, we will no longer use or disclose your health information as allowed by your written authorization, except to the extent we have already used or disclosed your health information in reliance on your authorization, or the authorization was obtained as a condition of obtaining insurance coverage and the insurer has a legal right to contest a claim under the policy or the policy itself.

To exercise your rights under this Notice, to ask for more information, or to report a problem contact the Chief Executive Director or HIPAA Privacy Officer at:

Chico W. East Ave
(530) 896-9400

Children's Health Center
(530)781-1440

Dental and Maternal Health Center
(530) 433-2500

Willows
(530) 934-4641

Red Bluff
(530) 529-2567

Woodland
(530) 661-4400

If you believe your privacy rights have been violated, you may file a written complaint with the above individual(s) or the Secretary of Health and Human Services, U.S. Department of Health and Human Services, Washington, D.C. 20201. There will be no retaliation for filing a complaint.

Effective Date: [September 2013, January 27, 2014]



Chico Clinic

845 W. East Avenue
Chico, CA 95926
(530) 896-9400
Fax: (530) 896-9407

Dental and Maternal Health Center

500 Cohasset Rd. Ste 15
Chico, CA 95926
(530) 433-2500
Fax: (530) 433-2511

Children's Health Center

1515 Springfield Dr. Ste 175
Chico, CA 95928
(530) 781-1440
Fax: (530) 342-1663

Red Bluff Clinic

2500 N. Main Street
Red Bluff, CA 96080
(530) 529-2567
Fax: (530) 529-2552

Willows Clinic

207 N. Butte Street
Willows, CA 95988
(530) 934-4641
Fax: (530) 934-4081

Woodland Clinic

175 West Court Street
Woodland, CA 95695
(530) 661-4400
Fax: (530) 661-4416

Northern Valley Indian Health, Inc.

Mobile Dental Clinic
530-520-6913
www.nvih.org

Acknowledgement of Receipt of NVIH Notice of Privacy Practices

I hereby acknowledge receipt of Northern Valley Indian Health (NVIH) Notice of Privacy Practice information.

I, the Patient/Legally Authorized person am able to communicate effectively in English.

Signature of Patient

DOB

Date

Signature of Patient Representative
(State relationship to patient)

Date

Signature and Title of NVIH Employee

Date

For Patients unable to Acknowledge Receipt or Refuses NVIH Notice of Privacy Practices

I hereby certify that the patient was unable to acknowledge receipt of the NVIH Notice of Privacy Practices because: _____

Signature and Title of NVIH Employee

Date

Signature of NVIH Employee (Witness)

Date

Patient Name _____

HRN _____



Gracias por completar esta forma ya que la información recopilada en esta forma es muy importante para nuestra organización en cuanto a l reportaje de la información estadística que ayuda a recibir fondos para ayudar a nuestros servicios. Puede estar seguro de que ninguna información privada es compartida, sólo información estadística. Afiliación Tribal: Proporcionar documentación aceptada.

REGISTRO DEL PACIENTE

Información del Paciente:
Nombre legal del paciente: _____
Segundo nombre legal del paciente: _____
Apellido legal del paciente: _____
Nombre preferido del paciente: _____
Otros nombres utilizados: Si el paciente es menor de edad. Numero móvil del paciente menor: _____

Información del Paciente:
Domicilio particular: _____ <i>(Dirección física solicitada en la segunda página)</i>
Ciudad: _____
Estado: _____ Código Postal: _____ País: _____
Teléfono de casa: _____
Celular: _____
Teléfono de trabajo: _____ Ext: _____
Correo electrónico: _____
¿Le gustaría estar habilitado para el portal del paciente? <input type="checkbox"/> Si o <input type="checkbox"/> No <i>Si es si, usaremos su correo electrónico a menos que indique lo contrario.</i>
Que numero le gustaría que le llamemos para recordatorios de cita de voz: _____ o le gustaría OPT OUT <input type="checkbox"/> para no participar <i>(Por favor, marque OPT OUT si no desea un recordatorio de llamada de voz)</i>
que numero le gustaría que le enviemos un mensaje de texto para recordatorios de citas: _____ o le gustaría <input type="checkbox"/> OPT OUT <i>(Por favor, marque OPT OUT si no desea un recordatorio de texto).</i>
Número de Seguro Social: _____
Fecha de nacimiento: _____ / _____ / _____
Sexo asignado al nacer: <input type="checkbox"/> MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMENINO
Transgenero: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No

Información de Contacto de Emergencia del Paciente:
Relación con el paciente: _____
Nombre: _____
Apellido: _____ SN: _____
Domicilio: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____
Teléfono de casa: _____
Teléfono de trabajo: _____ EXT: _____
Celular: _____
ESTADO CIVIL (por favor entrar): <input type="checkbox"/> Divorciado/a <input type="checkbox"/> Casado/a, <input type="checkbox"/> Pareja <input type="checkbox"/> Soltero/a <input type="checkbox"/> Se desconoce <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> separado/a.
Lengua Materna: _____
Raza de paciente: <input type="checkbox"/> Nativo American <input type="checkbox"/> Negro, Negro o Afroamericano <input type="checkbox"/> Se niega a responder <input type="checkbox"/> Blanco, o _____.

Información del Paciente si es menor de edad:
Nombre de la Madre: _____
Numero de Teléfono: _____
Nombre del Padre: _____
Numero de Teléfono: _____
Nombre de Guardián: _____
Numero de Teléfono: _____
Garante (Persona Responsable de la factura) Por favor, marque uno a continuación, si no es MISMO complete la información de la persona responsable
<input type="checkbox"/> MISMO <input type="checkbox"/> Otro Paciente o persona <i>Si es si, complete esta parte si NO marca la opción MISMO y continúe con el siguiente cuadro</i>
Nombre: _____ Fecha de nacimiento _____
Domicilio: _____ Teléfono: _____
Numero de trabajo: _____
Relación con el paciente: _____

ACCT/HRN#: _____

Información del Paciente:
Etnia: <input type="checkbox"/> Hispano o Latino <input type="checkbox"/> No Hispano o Latino <input type="checkbox"/> Se niega a responder <input type="checkbox"/> Especificar o _____ (Por favor entrar)
Característica: ¿Eres sin hogar? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Si es Si (entrar donde vive) <input type="checkbox"/> Duplicar <input type="checkbox"/> Migrante <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Estacional, <input type="checkbox"/> Calle <input type="checkbox"/> Transicional <input type="checkbox"/> Desconocido.
Estado de empleo: <input type="checkbox"/> Empleado tiempo completo <input type="checkbox"/> Empleado a tiempo parcial <input type="checkbox"/> No Empleado <input type="checkbox"/> Empleado por cuenta propia <input type="checkbox"/> Jubilado <input type="checkbox"/> Servicio militar <input type="checkbox"/> Reservado o Desconocido (Por favor marque)
Estado de estudiante: <input type="checkbox"/> Tiempo Completo <input type="checkbox"/> No es estudiante <input type="checkbox"/> Estudiante de tiempo parcial (Por favor marque)
Dirección si es diferente a la dirección postal: Si es misma saltea esta sección Domicilio: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____
Información del Empleador del Paciente:
Nombre de Empleador: _____ Domicilio de Empleador: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Información del Paciente:
Eres Nativo Americano: <input type="checkbox"/> Si o <input type="checkbox"/> No
Membresía de Tribu:
Comunidad de residencia:
¿Eres Alguno de los siguientes? <input type="checkbox"/> Veterano <input type="checkbox"/> Migrante <input type="checkbox"/> Sin Hogar

Información del Seguro:
Complete la información a continuación y suministre una copia de las tarjetas de Medicare, Medi-Cal o del Seguro Privado
#1 Seguro Primario:
Sub No:
Nombre del asegurado: _____ Mismo <input type="checkbox"/>
Numero de grupo:
Numero de Medicaid:
#2 Seguro Secundario:
Nombre del asegurado:
Número del grupo:
#3 (Terciaria)-Tercer seguro:

- En la medida en que la ley vigente lo permita, autorizo

la divulgación de cualquier información que se requiera para procesar los reclamos de pagos en mi nombre. También autorizo que los pagos realizados por terceros se envíen a la orden de Northern Valley Indian Health, Inc. Entiendo que soy responsable de cualquier suma parcial de dinero no

- cubierta por terceros o por un servicio interno.
- Autorizo a Northern Valley Indian Health, Inc. a depositar cheques recibidos de mi compañía de seguros, cuando se hubieran librado a mi nombre.
- **Si es para un paciente adulto:** Northern Valley Indian Health, Inc. tiene mi permiso para brindarme atención médica o dental de rutina o de urgencia. _____ (Iniciales del paciente)
- **Si es para un paciente menor de edad:** Northern Valley Indian Health, Inc. tiene mi permiso para brindarle atención médica o dental de rutina o de urgencia a mi hijo dependiente. _____ (Iniciales del padre/tutor)
- Northern Valley Indian Health, Inc. tiene mi consentimiento para fotografiar la documentación clínica cuando fuera necesario.
- Entiendo que NVIH participa en programas de educación médica y programas de entrenamiento y mis servicios de salud de NVIH pueden ser proveídos, asistidos o observados por estudiantes de medicina, becarios de posgrado, residentes, asociados o otros profesionales de la salud aprendices como parte de dicho programa.
- Entiendo que mi cuidado médico puede ser brindado por alguien que no es un Medico
- Esta autorización será válida mientras no sea revocado por escrito por mi o por mi representante autorizado

Al firmar lo siguiente, verifico que tengo derechos legales para autorizar la atención medica de esta paciente.

Firma: _____ **Fecha:** _____

(Paciente o padre/tutor si el Paciente es un menor)

Para uso de NVIH: Nombre del Paciente: _____ **ACCT/HRN:** _____



**Northern Valley
Indian Health**
Your Health. Our Mission.

POLIZA DE CITAS

PROPOSITO

Para mantener una atención al paciente de calidad y un acceso oportuno a la atención, se deben seguir las siguientes pautas establecidas con respecto a las citas con las clínicas de atención médica de NVIH:

POLIZA

Citas de Nuevo Pacientes:

1. Nuevos pacientes que no pueden mantener su cita inicial programada deben notificar al personal de la clínica a más tardar a las 12:00 p.m. y un día antes de la cancelación prevista. No hacerlo, se considerará una cita perdida.
2. Nuevos pacientes que pierdan su cita inicial dos veces no serán reprogramados. *(El proveedor principal o el director del departamento pueden autorizar excepciones.)

Citas para Pacientes Establecidos:

1. Pacientes que no pueden mantener su cita programada deben notificar al personal de la clínica a más tardar a las 12:00 p.m., un día antes de la cancelación prevista. No hacerlo, se considerará una cita perdida.
2. Llegar más de diez minutos tarde para una cita puede resultar en que el Proveedor de la Clínica determine si el paciente faltó a la cita programada y se contara como una cita perdida. (no-show).
3. Una llegada tarde para cualquier cita hecha el mismo día de 15 minutos o menos no se verá por el Proveedor debido al tiempo limitado y se considerará una cita perdida.
4. Pacientes serán considerados un paciente de alto riesgo si se pierde dos citas seguidas con un periodo de 12 meses y puede recibir una notificación de NVIH con información sobre la futura incapacidad de reservar horarios individuales para citas programadas. La notificación informará al paciente la opción de ser visto como un paciente en espera o el mismo día, según este disponible.
5. Si después de tres citas perdidas en un periodo de 6 meses, un paciente continúa perdiendo citas, el paciente puede ser despedido de los servicios clínicos asociados por completo como resultado directo de “no cumplir con el tratamiento”, a criterio de los proveedores de la Clínica. Se considerará la opción de paciente en espera o en el mismo día para paciente Nativos Americanos.

**



POLIZA DE CITAS

- 6. Si se le permite al paciente continuar después de tres citas perdidas en un periodo de 6 meses y continúa perdiendo citas futuras, el paciente será despedido de los servicios clínicos asociados a discreción del Director del Departamento. Se considerará una opción de paciente en espera o en el mismo día para pacientes Nativos Americanos. **

DEFINICIONES

Nuevo Paciente: Una persona que no ha sido registrada previamente en el sistema NVIH; o, un paciente que se ha registrado dentro del sistema NVIH, pero no ha tenido una cita establecida; o, un paciente que se ha registrado dentro del sistema NVIH pero que no ha sido in paciente activo durante al menos tres años.

En espera: El paciente se programará en un intervalo de tiempo que se consideraría un espacio reservado doblemente. El personal trabajara eficientemente para sentar/ acomodar al paciente de manera oportuna. El paciente debe esperar tener un retraso para ver al proveedor. El tipo de visita probablemente tendrá un enfoque limitado dependiendo del tiempo disponible. (p.ej. El tratamiento dental puede limitarse a un examen limitado/tratamiento menor).

El mismo día: El paciente llamara el mismo día y se le informara sobre la disponibilidad/hora de llegada para una cita del mismo día. El personal trabajara eficientemente para sentar/ acomodar al paciente de manera oportuna, pero pueden ocurrir retrasos menores.

* Los pacientes Nativos Americanos serán colocados en una opción de espera o el mismo día.

**Se considerará el despido de pacientes, de acuerdo con la Póliza de Terminación de Pacientes.

Reconocimiento del Paciente:

Por lo presente, reconozco que se me ha dado la oportunidad de revisar la Póliza de Citas y recibir una copia si así lo solicita.

Imprima Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Firma Paciente/ Tutor Legal: _____ Fecha: _____

NVIH Use Only:

HRN: _____

Northern Valley Indian Health, Inc.



Aviso de prácticas de privacidad

**EL PRESENTE AVISO DESCRIBE EL MODO EN QUE SE PODRÁ USAR Y
DIVULGAR LA INFORMACIÓN DE SALUD SOBRE USTED Y EL MODO EN QUE
USTED PODRÁ ACCEDER A DICHA INFORMACIÓN. POR FAVOR LÉALO
ATENTAMENTE.**

Comprenda su información de salud

Cada vez que visita un centro de salud de Northern Valley Indian Health (NVIH) para recibir algún servicio, se registra su visita. Si NVIH lo refiere a otro centro de salud a través del programa *Purchased Referred Care* (PRC), NVIH también registra su visita PRC. Por lo general, se registran sus síntomas, exámenes que se le hayan realizado, resultados de análisis, diagnósticos, tratamientos y un plan de atención para el futuro. Esta información, que habitualmente se conoce como su “ficha médica”, es:

- Un plan para su atención y tratamiento y una fuente de comunicación entre profesionales de salud.
- Una herramienta que podemos utilizar para controlar sus resultados y siempre trabajar para mejorar la atención médica.
- Un medio a través del que Medicare, Medicaid o aquellos que abonan un seguro médico privado pueden consultar los servicios que se facturaron.
- Una herramienta educativa para profesionales de la salud.
- Una fuente de información para autoridades de salud pública encargadas de mejorar el sistema de la salud.
- Una fuente de información para investigaciones médicas, planificación de instalaciones y marketing.
- Un documento legal que describe su atención médica.

Si usted comprende la información que incluye su ficha y la forma en la que se utiliza esta información, podrá:

- Asegurar su exactitud.
- Comprender mejor la razón por la que otros pueden consultar su información de salud.
- Tomar una decisión bien fundada al momento de autorizar la divulgación de información.

Sus derechos respecto de su información de salud

A pesar de que su ficha médica o historia clínica es propiedad física de NVIH, la información que contiene le pertenece a usted. Usted tiene los siguientes derechos respecto de su información de salud:

Derecho a inspeccionar y a obtener copias. Usted tiene derecho a inspeccionar y a obtener una copia de cierta información de salud. Si usted solicita una copia de la información, de acuerdo con lo permitido por las leyes vigentes, se le podrá exigir el pago de una suma razonable para cubrir los costos de copiar la información, enviarla por correo y otros materiales asociados con su pedido. NVIH puede rechazar su pedido de inspeccionar y obtener copias de su información de salud en circunstancias muy limitadas. Si se le niega el acceso a su información de salud, usted podrá, salvo excepciones limitadas, presentar una solicitud al Director Ejecutivo del hospital o al Coordinador HIPAA del centro de salud para que se revise el rechazo de su solicitud.

Derecho a una copia electrónica de su ficha médica electrónica. Si su información de salud se registra de forma electrónica, como por ejemplo en una ficha médica electrónica, usted tiene derecho a pedir una copia electrónica de su ficha médica para usted o para que se transfiera a otra persona o entidad. Haremos todo lo posible por darle acceso a su información de salud en la forma o el formato que usted solicite si es posible reproducir la información en la forma o el formato que usted solicita. Si no es posible, le entregaremos su información en nuestro formato electrónico estándar (salvo que prefiera recibir una copia impresa).

Derecho a que se le notifique de violaciones de privacidad. Usted tiene derecho a que se le notifique de cualquier acceso o divulgación no autorizada de su información de salud.

Derecho a solicitar una restricción: Usted tiene derecho a solicitar una restricción sobre la información que usamos o divulgamos sobre usted: (1) para tratamientos, para recibir pagos o para operaciones para el cuidado de la salud; o (2) a aquellos que están involucrados en su atención, como un familiar o amigo. NVIH no está obligado a aceptar su solicitud. Si acepta su solicitud, se cumplirá con ella salvo que se necesite esa información para proveerle servicios médicos de emergencia. Además, si pagó de su bolsillo el total de un servicio o artículo específico, puede solicitar que no se divulgue su información de salud respecto de ese servicio o artículo a un plan médico a los fines de recibir un pago u operaciones para el cuidado de la salud y cumpliremos con esa solicitud.

Derecho a solicitar una corrección. Si usted considera que la información de salud que tenemos en nuestro poder acerca de usted no es correcta o está incompleta, podrá solicitar que NVIH la corrija durante el tiempo que está en su poder. Para solicitar una corrección, usted debe presentar la solicitud por escrito junto con las razones que justifiquen su solicitud al Director Ejecutivo del hospital o al Coordinador HIPAA del centro de salud. NVIH puede rechazar su solicitud. Si rechazamos su solicitud, usted tiene derecho a presentar una objeción a nuestro rechazo ante el NVIH.

Derecho a solicitar comunicaciones confidenciales por medios alternativos o en lugares alternativos. Usted tiene derecho a solicitar que las comunicaciones confidenciales se realicen por medios alternativos o en lugares alternativos (por ejemplo, podrá solicitar que nos comuniquemos con usted en otro lugar que no sea su hogar o por otros medios de comunicación, como por teléfono o por correo electrónico). Usted debe presentar esta solicitud por escrito al Director Ejecutivo del hospital o al Coordinador HIPAA del centro de salud.

Derecho a recibir un listado de las divulgaciones realizadas de su información de salud. Usted tiene derecho a solicitar una lista y la descripción de ciertas divulgaciones de su información de salud que realice el NVIH. Usted debe presentar la solicitud por escrito. La primera lista que solicite en un período de 12 meses será gratuita, pero se le podrá exigir el pago de todas las demás listas que solicite dentro del mismo período (de ser así, le avisaremos del costo y podrá elegir retirar la solicitud o modificarla). Esta información se conservará durante seis años o durante la vida de la ficha médica, lo que ocurra último.

Derecho a obtener una copia impresa del Aviso sobre prácticas de privacidad del NVIH cuando así lo solicite y aun en los casos en los que solicitó recibir este Aviso por medios electrónicos.

Derecho a obtener una copia impresa de los registros médicos y de salud del NVIH; Aviso del sistema Nro. 09-17-0001, cuando así lo solicite.

Obligaciones del NVIH

NVIH tiene la obligación por ley de:

- Resguardar la privacidad de su información de salud.
- Informarle sobre nuestras prácticas de privacidad respecto de la información de salud que reunimos o mantenemos acerca de usted.
- Notificarle si no podemos aceptar una restricción solicitada por usted.
- Aceptar las solicitudes razonables que usted haga sobre el envío de comunicaciones sobre información de salud por medios alternativos o a lugares alternativos.
- Observar las disposiciones de este Aviso o de cualquiera de las modificaciones futuras de este Aviso.

NVIH se reserva el derecho a modificar sus prácticas de privacidad y a que sus nuevas disposiciones se apliquen a toda la información de salud que posea. Si NVIH realiza cambios significativos a este Aviso, usted recibirá una copia a la mayor brevedad posible. NVIH exhibirá una copia del Aviso de prácticas de privacidad modificado en espacios públicos del hospital y en su sitio web www.nvih.org.

Modos en los que NVIH puede usar o divulgar su información de salud:

Podemos usar y divulgar su información de salud sin su autorización para facilitar su tratamiento médico, para recibir el pago de cualquier tratamiento médico que se le haya brindado y para otras operaciones para el cuidado de la salud, como se describe en este Aviso. Además, podemos usar y divulgar su información de salud sin su autorización según lo establezca o permita la ley vigente. En cualquier otro caso, usted debe autorizarnos por escrito a usar y divulgar su información de salud. No tomaremos represalias en su contra si se niega a darnos autorización o revoca una autorización que nos haya dado previamente. Las siguientes categorías describen el modo en el que podemos usar y divulgar información acerca de usted:

Tratamiento. Usaremos y divulgaremos su información de salud para brindarle tratamiento médico o ayudar a otros proveedores a brindarle tratamiento. Por ejemplo:

- Su información personal se registrará en su ficha médica y se usará para decidir el tratamiento que usted debe recibir. Su proveedor de atención médica registrará en su ficha médica las instrucciones que le dio a los miembros de su equipo de atención médica. Las medidas que tome su equipo de atención médica y las observaciones que realice también se registrarán en su ficha médica para que su proveedor de atención médica pueda conocer cómo responde usted al tratamiento.
- Si NVIH lo deriva a otro establecimiento de salud a través del programa PRC, NVIH podrá divulgar su información de salud a ese proveedor de atención médica para tomar decisiones sobre su tratamiento.
- Si se lo transfiere a otro centro de salud para que reciba atención médica y tratamiento adicional, NVIH podrá divulgar su información de salud a ese centro de salud para permitirles conocer el alcance del tratamiento que ha recibido y otra información sobre su afección.
- Su(s) proveedor(es) de atención médica podrán entregar copias de su información de salud a terceros para que lo asistan en su tratamiento.

Pago. Usaremos y divulgaremos su información de salud con el fin de recibir el pago de los servicios brindados a usted. Por ejemplo:

- Si tiene un seguro privado, cobertura Medicare o Medicaid, se le enviará una factura a su plan de salud a los fines de recibir el pago de los servicios brindados. La factura puede contener o estar acompañada de información que lo identifique así como su diagnóstico, procedimientos y materiales que se utilizaron para brindarle tratamiento.
- Si NVIH lo deriva a otro proveedor de atención médica a través del programa PRC, NVIH podrá divulgar su información de salud a ese proveedor a los fines de recibir el pago por los servicios médicos brindados.

Operaciones para el cuidado de la salud. Usaremos y divulgaremos su información de salud para operaciones para el cuidado de la salud. Por ejemplo, NVIH podrá usar su información de salud para evaluar la calidad de su atención médica y los resultados de su tratamiento junto con nuestro equipo de mejora de la calidad. Usaremos esta información para mejorar la calidad y la efectividad de los servicios que le brindamos continuamente. Esto incluye los servicios médicos que se le hayan brindado a través del programa PRC.

Intercambio de información de salud (HIE). NVIH incluirá los servicios de HIE en un futuro y, una vez que estén vigentes, su información de salud podrá estar disponible en formato electrónico para otros proveedores que estén involucrados en su atención médica y soliciten su ficha médica electrónica a través de una red de intercambio de información. La participación en la Red Nacional de Intercambio eHealth es voluntaria. Si desea que proveedores de atención médica autorizados accedan a su información de salud a través del HIE a la Red Nacional de Intercambio eHealth, debe autorizar su uso y divulgación. Para más información, consulte el sitio web <http://www.ihs.gov/hie/>

Ficha médica personal. Usted podrá tener acceso electrónico a su ficha médica personal en el futuro. La ficha médica personal (PHR) es un sitio web seguro basado en una aplicación que brinda acceso a los pacientes a su información de salud. Cualquier paciente al que NVIH le brinde servicios de atención médica y que solicite una cuenta PHR puede acceder a su PHR.

Direct. NVIH podrá utilizar el servicio seguro de mensajería en línea DIRECT para compartir su información de salud entre proveedores, pacientes o representantes autorizados de pacientes.

Asociados comerciales: NVIH brinda algunos servicios de atención médica y otras tareas relacionadas a través de contratos con asociados comerciales. Por ejemplo, NVIH puede contratar servicios de transcripción médica. Cuando NVIH contrata estos servicios, podrá divulgar su información de salud a asociados comerciales para que puedan realizar las tareas para las que fueron contratados. NVIH solicita a sus asociados comerciales que protejan y resguarden la información de salud de los pacientes de NVIH conforme a las leyes federales vigentes.

Directorio de pacientes: Si se lo admite en alguno de los establecimientos NVIH, NVIH podrá usar o divulgar su nombre, estado de salud general, creencia religiosa y su ubicación en el hospital a los fines de incluir esta información en el directorio del hospital salvo que nos notifique que se opone a que se registre esta información. NVIH podrá divulgar su creencia religiosa únicamente a un miembro del clero.

Personas involucradas en su atención médica: NVIH podrá notificar a su familia de su ubicación en el hospital o de su estado de salud general. NVIH también podrá proporcionar su información de salud a una persona que esté involucrada en su atención médica o que ayude a pagar por su atención médica, como un familiar o amigo, salvo que nos notifique que se opone, o si se encuentra incapacitado o en una emergencia. Si usted no se encuentra disponible o no se encuentra en condiciones de oponerse, utilizaremos nuestro criterio profesional para determinar si divulgar la información es lo mejor para usted. También podremos utilizar nuestro criterio profesional para determinar si es lo mejor para usted permitir a otra persona que recoja cosas tales como sus recetas, materiales médicos y radiografías. Habrá circunstancias en las que podremos presumir, sobre la base de nuestro criterio profesional, que usted no se opondría a ciertas situaciones, como por ejemplo, presupondremos que usted no se opondría a que su cónyuge ingrese con usted a una sala de examen médico.

Adultos y menores emancipados con representantes personales o tutores legales: NVIH podrá tratar a un representante personal o un tutor legal de una persona a la que un tribunal competente declaró incompetente debido a una discapacidad física o mental como si fuera esa persona a los fines de usar y divulgar la información de salud de la persona en la medida en que el uso y la divulgación estén relacionados con la representación personal.

Intérpretes: Para brindarle la atención médica y los servicios adecuados, NVIH podrá utilizar los servicios de un intérprete. Esto podrá requerir el uso o la divulgación de su información de salud personal al intérprete.

Investigación: NVIH podrá usar o divulgar su información de salud a los fines de realizar una investigación que haya sido aprobada por alguna Junta de Revisión Institucional de NVIH a cargo de la revisión de la investigación propuesta y de establecer los protocolos correspondientes para proteger su información de salud. NVIH también podrá usar o divulgar su información de salud a los fines de realizar una investigación con su autorización por escrito.

Uso y divulgación de información de salud acerca de personas fallecidas: Cuando una persona fallece, NVIH podrá divulgar información de salud acerca de la persona fallecida cuando la ley así lo establece y a las siguientes categorías de personas:

- Un familiar, representante personal u otra persona o personas autorizadas a cargo de la atención de la persona fallecida, en la medida en que dicho uso o divulgación esté relacionado con la responsabilidad de esa persona por la atención de la persona fallecida, salvo que sepamos que dicho uso o divulgación sería contrario a las preferencias que expresó previamente la persona fallecida.
- Un forense o examinador médico a los fines de identificar a la persona fallecida, determinar la causa de muerte u otras tareas conforme lo permita la ley.
- Directores funerarios a los fines de que lleven a cabo sus tareas de acuerdo con la ley vigente.

Organizaciones encargadas de la procuración de órganos: De acuerdo con las leyes vigentes, NVIH podrá usar o divulgar su información de salud a organizaciones encargadas de la procuración de órganos u otras organizaciones involucradas en la procuración, el almacenamiento o trasplante de órganos a los fines de facilitar la donación y el trasplante de órganos, ojos o tejidos.

Recordatorios de citas, alternativas de tratamiento y beneficios y servicios relacionados con la salud: Podremos comunicarnos con usted para recordarle citas o para hablar de citas a las que no acudió y para brindarle información sobre las alternativas de tratamiento o los beneficios y servicios relacionados con la salud que pueden ser de su interés. Por ejemplo, podremos comunicarnos con usted para informarle sobre nuevos tratamientos o servicios para la diabetes.

Dirección de Alimentos y Medicamentos (FDA): NVIH podrá usar o divulgar su información de salud a la FDA cuando esté relacionada con un producto o actividad regulada por la FDA. Por ejemplo, podremos divulgar información de salud relacionada con hechos perjudiciales que comprendan alimentos, suplementos dietarios, problemas o defectos de productos y toda la información necesaria para rastrear productos regulados por la FDA, para posibilitar el retiro de los productos del mercado, su reparación, reemplazo o análisis retrospectivo (inclusive localizar a aquellos que recibieron los productos que se retiraron del mercado) o para vigilancia de los productos pos comercialización.

Compensación de trabajadores: NVIH podrá usar o divulgar su información de salud de acuerdo con las leyes vigentes y cuando las leyes vigentes así lo establezcan.

Salud pública: NVIH podrá usar o divulgar su información de salud a las siguientes autoridades de salud pública:

- Una autoridad de salud pública autorizada por las leyes vigentes a reunir o recibir dicha información a los fines de prevenir o controlar enfermedades, lesiones o incapacidades o para la vigilancia, investigaciones o intervenciones de salud pública.
- Una autoridad de salud pública u otra autoridad gubernamental que esté autorizada por ley a recibir denuncias de abuso o abandono de menores.
- Una autoridad de salud pública autorizada por la ley vigente a recibir denuncias de abuso, abandono o violencia doméstica (que no sean denuncias de abuso de menores).
- Cuando la ley así lo autorice, podremos divulgar su información de salud a una persona que puede haber estado expuesta a una enfermedad contagiosa o de alguna otra forma puede estar en riesgo de contraer una enfermedad o afección o contagiar a otros.
- El empleador del paciente (por ejemplo, si trabaja para NVIH, o si es necesario para prevenir o reducir una amenaza grave e inminente a la salud o seguridad de una persona o del público) podremos divulgarle información relacionada con una enfermedad o lesión laboral o vigilancia médica en el lugar de trabajo o cuando así lo establezca o permita la ley vigente.
- La escuela o posible escuela de la persona para dejar constancia de que esa persona está inmunizada, si así lo establece la ley vigente, y siempre que uno de los padres, el tutor u otra persona legalmente responsable de la persona (o la misma persona si es un adulto o menor emancipado) esté de acuerdo.

Institutos correccionales: En caso de estar detenido en uno de estos institutos, podremos usar o divulgar al instituto la información de salud necesaria para su salud y la salud y seguridad de otras personas.

Ejecución de la ley: Cuando así lo establezca o autorice la ley vigente y a los fines de la ejecución de la ley, NVIH podrá usar o divulgar su información de salud en los siguientes casos:

- Para denunciar ciertos tipos de heridas o lesiones.
- En respuesta a una orden judicial, citación, orden de arresto o procesos similares.
- Para identificar o ubicar a un sospechoso, fugitivo, testigo material o persona desaparecida.
- Si se sospecha que usted fue víctima de un delito y los funcionarios encargados de la aplicación de la ley piden información acerca de usted, y nos fuera imposible obtener su autorización debido a su incapacidad u otras emergencias y determinamos que divulgar esa información a los funcionarios es lo mejor para usted.
- Cuando se trata de una muerte que se sospecha pudo haberse ocasionado como resultado de un delito.
- Para denunciar un delito ocurrido en las instalaciones de NVIH.
- En casos de emergencia, para denunciar un delito, la ubicación del delito o de las víctimas o la identidad, descripción o ubicación de la persona que cometió el delito.

Veteranos y personal militar: Si usted es miembro de las fuerzas armadas, NVIH podrá usar o divulgar su información de salud a la autoridad de comando militar que corresponda o para determinar si reúne los requisitos para recibir beneficios, cuando así lo autorice la ley vigente.

Autoridades encargadas de detectar omisiones en el sector de la salud: NVIH podrá usar o divulgar su información de salud a agencias encargadas de detectar omisiones en el sector de salud para que realicen actividades autorizadas por la ley vigente. Estas actividades de detección de omisiones en el sector de la salud incluyen investigaciones, auditorías, inspecciones, entre otras. También son necesarias para que el gobierno controle el sistema de salud y los programas gubernamentales de beneficios, entre otros requerimientos. NVIH está obligado por la ley vigente a divulgar información de salud al Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS) para investigar o determinar si se cumple con las normas de privacidad de HIPAA.

Circunstancias apremiantes: NVIH podrá usar o divulgar su información de salud en algunas otras situaciones en la cuales existan circunstancias apremiantes que afecten la salud o la seguridad de una persona. Por ejemplo, en determinadas circunstancias podremos:

- Divulgar información que creemos necesaria para prevenir o reducir una amenaza grave e inminente a la salud o seguridad de una persona.
- Usar o divulgar información de salud durante un proceso judicial o administrativo, si así lo establece o autoriza la ley vigente.
- Usar o divulgar información de salud durante un desastre natural o a los fines de colaborar en los esfuerzos de socorro en caso de desastre.
- Divulgar información a funcionarios federales autorizados para que realicen actividades de inteligencia, contrainteligencia y demás actividades de seguridad nacional que permita la ley vigente.
- Realizar otras divulgaciones autorizadas por la ley vigente.

Notificación de violaciones a la privacidad. Podremos usar o divulgar su información de salud para dar aviso, según lo exige la ley, del acceso no autorizado o la divulgación no autorizada de su información de salud.

Obligación de obtener autorización. NVIH solo usará o divulgará su información de salud si obtiene su autorización por escrito en las siguientes circunstancias:

- Cualquier uso o divulgación de sus notas de psicoterapia excepto cuando no necesitemos su autorización por escrito para usar esas notas para brindarle tratamiento, recibir pagos, para operaciones del cuidado de la salud o en otras circunstancias limitadas que establezca o permita la ley vigente.
- Cualquier uso o divulgación de su información de salud con fines de marketing, excepto cuando se trate de comunicaciones cara a cara o entrega de regalos promocionales con valor nominal, ya que en estos casos no se requiere autorización.
- La venta de su información de salud.

Casos en los que NVIH no viola este Aviso: NVIH no violará este Aviso o la Norma de privacidad de HIPAA si alguno de sus empleados o contratistas (asociados comerciales) divulga información de salud protegida en los siguientes casos:

- *Divulgaciones por parte de personas que denuncien irregularidades:* Si un empleado o persona contratada por NVIH (asociado comercial) de buena fe cree que NVIH participó en una actividad ilegal o que viola los estándares clínicos y profesionales o que la atención o los servicios que brinda NVIH pueden poner en peligro a uno o más pacientes, miembros del personal o al público y divulga esa información a:
 - una autoridad de salud pública o una autoridad encargada de detectar omisiones en el sector de la salud que esté autorizada por la ley vigente a investigar o controlar la actividad pertinente, las condiciones o la presunta violación o a la organización de acreditación de atención médica correspondiente a los fines de denunciar la conducta indebida de NVIH o que NVIH no cumplió con los estándares profesionales; o
 - un abogado que representa al miembro del personal o al contratista de NVIH (asociado comercial) o contratado por el miembro del personal o el contratista de NVIH con el fin de determinar sus opciones legales respecto de la presunta violación.
- *Divulgación por parte de un empleado que fue víctima de un delito:* En determinadas circunstancias, un miembro del personal de NVIH (ya sea un empleado o contratista) que fue víctima de un delito, dentro o fuera de las instalaciones del hospital, podrá divulgar información acerca del sospechoso a funcionarios encargados de la aplicación de la ley, siempre que la información divulgada sea acerca del sospechoso que cometió el delito y que se divulgue únicamente la información necesaria para identificar o ubicar al sospechoso.

Cualquier otro uso o divulgación que este Aviso no cubra se realizará únicamente con su autorización por escrito, autorización que podrá revocar por escrito en cualquier momento. Para revocar su autorización, debe presentar una revocación por escrito al Director Ejecutivo del hospital o al Coordinador HIPAA del centro de salud. Si usted revoca su autorización, ya no podremos usar o divulgar su información de salud como había autorizado previamente, pero dicha revocación no tendrá efecto alguno sobre los usos y las divulgaciones de su información de salud que ya hubiéramos realizado con su autorización, o cuando su autorización se hubiera obtenido como condición para contratar un seguro y la compañía de seguros tenga derecho a impugnar un reclamo realizado bajo los términos de la póliza o la propia póliza.

Para ejercer los derechos que le otorga este Aviso, para pedir más información o denunciar un problema, no dude en comunicarse con el Director Ejecutivo del hospital o el Coordinador HIPAA del centro de salud a través de los siguientes teléfonos:

Chico
(530) 896-9400

Children's Health Center
(530)781-1440

Dental and Maternal Health Center
(530) 433-2500

Willows
(530) 934-4641

Red Bluff
(530) 529-2567

Woodland
(530) 661-4400

Si considera que se han violado sus derechos de privacidad, puede presentar una queja por escrito ante la(s) persona(s) anteriormente mencionada(s) o ante el Secretario de Salud y Servicios Humanos del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, Washington, D.C. 20201. No tomaremos ninguna represalia contra usted si presenta una queja.

Fecha de entrada en vigencia: [Septiembre de 2013, 27 de enero de 2014]



Chico Clinic

845 W. East Avenue
Chico, CA 95926
(530) 896-9400
Fax: (530) 896-9407

Dental and Maternal Health Center

500 Cohasset Rd. Ste 15
Chico, CA 95926
(530) 433-2500
Fax: (530) 433-2511

Children's Health Center

1515 Springfield Dr. Ste 175
Chico, CA 95928
(530) 781-1440
Fax: (530) 342-1663

Red Bluff Clinic

2500 N. Main Street
Red Bluff, CA 96080
(530) 529-2567
Fax: (530) 529-2552

Willows Clinic

207 N. Butte Street
Willows, CA 95988
(530) 934-4641
Fax: (530) 934-4081

Woodland Clinic

175 West Court Street
Woodland, CA 95695
(530) 661-4400
Fax: (530) 661-4416

Northern Valley Indian Health, Inc.

Mobile Dental Clinic
530-520-6913
www.nvih.org

Acuse de recibo del Aviso sobre prácticas de privacidad de NVIH

Por el presente certifico que recibí la información del Aviso prácticas de privacidad De Northern Valley Health (NVIH).

Yo, el paciente/persona Legalmente Autorizada soy capaz de comunicarme eficazmente en español. Por supuesto, esta declaración sería en español.

Firma del paciente

Fecha

Firma del representante del paciente

Fecha

Para pacientes que no pueden firmar el acuse de recibo

Por el presente certifico que el paciente no puede acusar recibo del Aviso sobre prácticas de privacidad de NVIH porque: _____

Firma y cargo del empleado de NVIH

Fecha

Firma del empleado de NVIH (Testigo)

Fecha

Nombre del paciente _____ HRN (Historia Clínica N°) _____

Fecha de nacimiento _____

REV 4/8/2014, 8/15/14