



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"/> Sí o <input type="checkbox"/> No <i>Si es si, usaremos su correo electrónico a menos que indique lo contrario.</i>
¿Cómo le gustaría que le notifiquemos sobre los recordatorios de citas? POR FAVOR, SELECCIONE UNO: ___ Número de voz para llamar: _____ ___ Número de texto para recibir mensaje: _____ <input type="checkbox"/> No mandar recordatorios de citas
Fecha de nacimiento: / /
Sexo asignado al nacer: <input type="checkbox"/> MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMENINO
Eres Transgénero: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Identidad de género: ___ Masculino ___ Femenino ___ No binario/otro ___ Trans MTF ___ Trans FTM Género legal actual: ___ Masculino ___ Femenino ___ No binario/Otro
Número de Seguro Social: _____

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 DEL PACIENTE: <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 Americano <input type="checkbox"/> Negro o Afroamericano <input type="checkbox"/> Se niega a responder <input type="checkbox"/> Blanco o _____

Información del padre/tutor si el paciente 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:	Información del Paciente:
Etnia: <input type="checkbox"/> Hispano o Latino <input type="checkbox"/> No Hispano o Latino <input type="checkbox"/> Se niega a responder o _____ (Por favor marque)	Eres Nativo Americano: <input type="checkbox"/> Sí o <input type="checkbox"/> No
Característica: ¿Eres sin hogar? <input type="checkbox"/> Sí <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	Membresía de Tribu:
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)	Comunidad de residencia:
Estado de estudiante: <input type="checkbox"/> Tiempo Completo <input type="checkbox"/> No es estudiante <input type="checkbox"/> Estudiante de tiempo parcial (Por favor marque)	¿Eres Alguno de los siguientes? <input type="checkbox"/> Veterano <input type="checkbox"/> Migrante <input type="checkbox"/> Sin Hogar
Dirección si es diferente a la dirección postal: Si es misma saltea esta sección Domicilio: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____	Información del Seguro: Complete la información a continuación y suministre una copia de las tarjetas de Medicare, Medi-Cal o del Seguro Privado
Información del Empleador del Paciente:	#1 Seguro Primario:
Nombre de Empleador: _____ Domicilio de Empleador: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____	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.

ENCUESTA PARA ADULTOS

Nombre: _____ Edad: _____ Fecha de nacimiento: _____ Fecha: _____

Dirección: _____ Número de teléfono: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Afiliación Tribal: _____

Historia Psicológica:

¿Has estado en terapia antes? Sí _____ No _____ Si respondió "Sí" indique los proveedores anteriores y las fechas aproximadas de tratamiento: _____

Proveedor	Fecha de tratamiento

¿Hay antecedentes familiares de tratamiento psicológico? Sí _____ No _____

Historial Médico:

Describa cualquier enfermedad, cirugía hospitalización o otra condición médica que usted tenga o haya tenido:

¿Actualmente está tomando algún medicamento? Sí _____ No _____

Si respondió "Sí" indique el nombre y la dosis de los medicamentos: _____

Creencias Espirituales: (si esto es importante para ti y se siente cómodo compartiendo): _____

Problema(s) que presenta(n): Por favor explique las razones por las que está buscando terapia:

HRN _____



Northern Valley Indian Health

YOUR HEALTH. OUR MISSION.

ENCUESTA PARA ADULTOS

Por favor, marque todo lo que se aplica a usted actualmente:

- Los hábitos alimenticios cambiaron _____
 - Comiendo mas _____
 - Comer menos _____
 - Dieta severa o vómitos _____
 - Cambio de peso notable _____ inv
- Cambios en el sueño _____
 - Problemas para conciliar el sueño _____
 - Dificultad para quedarse dormido _____
 - Problemas para despertar _____
- Pensamientos suicidas _____
- Intentos de suicidio _____
- Comportamiento de autolesión _____
- Energía disminuida _____
- Cambio en el funcionamiento sexual _____
- Pérdida de interés en las actividades _____
- Lloroso _____
- Desesperanzado _____
- Disminución de la capacidad de atención _____
- Inatento/distraible _____
- Cambios de memoria _____
- Dificultad para planificar con anticipación _____
- Arrebatos de ira _____
- Dificultad para controlar los impulsos _____
- Cambios de humor _____
- Ansioso/Nervioso _____
- Preocupaciones/miedos _____
- Robando _____
- Mintiendo _____
- Implicación con policia/libertad condicional _____
- Juergas de gasto _____
- Latidos rápidos _____
- Fobias _____
- Sudores _____
- Problemas de respiración _____
- Retrospectivas _____
- Pesadillas _____
- Pensamientos acelerados _____
- Oye voces _____
- Ver cosas que no están ahí _____

Name: _____ HRN: _____



Northern Valley Indian Health

YOUR HEALTH. OUR MISSION.

ENCUESTA PARA ADULTOS

Califique cómo los problemas que está experimentando actualmente están afectando las áreas de su vida diaria.

1-sin efecto 2-efecto leve 3-efecto moderado 4-efecto severo

Matrimonio/relación _____

Trabajo/escuela _____

Familia _____

Amistades _____

Situación Financiera _____

Salud física _____

Intereses sociales _____

Actividades de diversión _____

Legales _____

Alojamiento _____

Higiene Personal _____

Espiritualidad _____

Otra _____

Historial de uso de sustancias: Por favor marque todo lo que aplique.

Café _____ (# _____ tazas al día)

Cigarrillos _____ (# _____ por día)

Alcohol _____ (# bebidas por semana)

Drogas de la calle _____

Tipo _____

Cantidad _____

Frecuencia _____

Fecha de último uso _____

¿Ha tenido dificultad para controlar sustancias en su vida? Sí _____ No _____

¿Alguna vez ha estado en tratamiento por abuso de sustancias? Sí _____ No _____

Si respondió que "Sí", indique dónde y cuándo: _____

¿Hay historia de abuso de sustancias en su familia? Sí _____ No _____

Fortalezas

Por favor indique sus fortalezas: _____

Metas

¿Cuáles son sus metas para la terapia? _____

Name: _____ HRN: _____



Northern Valley Indian Health

YOUR HEALTH. OUR MISSION.

CONSENTIMIENTO Y CONTRATO PARA TERAPIA DE SALUD CONDUCTUAL

PARTE I: Derechos del Cliente

1. Toda la información comunicada dentro de un contexto terapéutico será confidencial y no será revelada a ninguna agencia o otra persona sin su permiso dentro de ciertos límites legales.
Bajo ciertas situaciones legalmente definidas, estoy obligado a revelar la información que usted me proporcione durante el curso de la terapia a otras agencias o personas sin su consentimiento por escrito. No estoy obligado a informarle de mis acciones si esto ocurre. Estas situaciones legalmente definidas incluyen:
 - a. Si me revela información sobre abuso o negligencia infantil o abuso físico de ancianos, la ley me exige informarlo a la autoridad correspondiente.
 - b. Si amenaza con causar daño físico o la muerte a otra persona, estoy obligado por ley a advertir a la presunta víctima y notificar a las agencias policiales correspondientes.
 - c. Si amenaza con daño físico o la muerte a sí mismo, a una persona no identificable o a la propiedad de otros, puedo romper la confidencialidad para evitar esta acción.
 - d. Si está en terapia o se le está haciendo una prueba por orden de un tribunal de justicia, los resultados del tratamiento o de las pruebas ordenadas deben revelarse en ese tribunal.
 - e. Si un tribunal de justicia emite una citación legítima, haré valer el privilegio para proteger su confidencialidad. Sin embargo, el tribunal puede ordenarme que proporcione la información específicamente descrita en la citación y debo cumplir.
2. Usted tiene derecho a elegir NO recibir terapia de mí. Si elige esto, intentaré proporcionarle nombres de otros profesionales calificados con servicios que podrían satisfacer sus necesidades actuales.
3. Tiene derecho a terminar la terapia conmigo en cualquier momento sin ninguna obligación financiera, legal o moral distinta de las que ya ha incurrido. Sin embargo, la mayoría de las terminaciones involucran un proceso mutuamente acordado entre el cliente y el terapeuta.

“Sólo Para Uso De Oficina”

Nombre del Cliente: _____ **Fecha de Nacimiento** _____ **Fecha** _____ **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.

**



Northern Valley Indian Health

YOUR HEALTH. OUR MISSION.

POLIZA DE CITAS

1. 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

Willows
(530) 934-4641

Red Bluff
(530) 529-2567

Woodland
(530) 661-4400

Woodland-Gibson
(530) 650-4500

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]



Northern Valley Indian Health

YOUR HEALTH. OUR MISSION.

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 _____