



# Northern Valley Indian Health

YOUR HEALTH. OUR MISSION.

## REGISTRO DEL PACIENTE

INFORMACIÓN DEL PACIENTE:		
Apellido:	Primer nombre:	Inicial de segundo nombre:
Nombre anterior del paciente:		
Nombre preferido por el paciente:		
Teléfono de la casa del paciente:		Teléfono celular:
Dirección postal:	Dirección física (si difiere de la dirección postal):	
_____	_____	
Ciudad: _____ Estado: _____ Cód. postal: _____	Ciudad: _____ Estado: _____ Cód. postal: _____	
País:	Condado:	
Correo electrónico:	<input type="checkbox"/> Marque este casillero si no tiene hogar	
¿Quiere que se lo habilite desde la Web para usar el Portal para pacientes? <i>En caso afirmativo, usaremos el correo electrónico proporcionado arriba, salvo que indique lo contrario.</i>		
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
¿Por qué medio le gustaría que le recordemos que tiene una cita? <b>SELECCIONE AL MENOS UNA OPCIÓN:</b>		
<input type="checkbox"/> Voz (indique a qué número llamar): _____ <input type="checkbox"/> Mensaje de texto (indique a qué número enviarlos): _____		
<input type="checkbox"/> No quiero que me recuerden que tengo una cita		
Fecha de nacimiento del paciente: _____ / _____ / _____		Sexo/Género asignado al nacer: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
¿El paciente es una persona transgénero?: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Identidad de género: <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> No binario/Otro <input type="checkbox"/> Mujer trans <input type="checkbox"/> Hombre trans		
Género legal actual: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> No binario/Otro		
Número de Seguro Social:		
Estado civil:		
<input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> En pareja de hecho <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Legalmente separado		
Idioma preferido:		¿Se solicitaron servicios de interpretación? Sí / No
Raza:		
<input type="checkbox"/> Indígena americana <input type="checkbox"/> Negra o afroamericana <input type="checkbox"/> Prefiero no especificar <input type="checkbox"/> Blanca o: _____ (Complete el espacio en blanco)		
Origen étnico:		
<input type="checkbox"/> Hispano o latino <input type="checkbox"/> No hispano <input type="checkbox"/> Prefiero no especificar o: _____ (Complete el espacio en blanco)		
¿Es nativo americano? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Tribu de la que forma parte:

(NVIH Use Only) Patient Name: \_\_\_\_\_ HRN: \_\_\_\_\_

S0028 Formulario de registro del paciente en español V13/2023

Página 1 de 6

**INFORMACIÓN DEL PADRE, DE LA MADRE O DEL TUTOR SI EL PACIENTE ES MENOR DE EDAD O UN ADULTO DEPENDIENTE:**

Nombre: \_\_\_\_\_ Marque una opción con un círculo: Padre / Madre / Otro Teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Marque una opción con un círculo: Padre / Madre / Otro Teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre del tutor: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN DEL CONTACTO DE EMERGENCIA DEL PACIENTE:**

Relación con el paciente: \_\_\_\_\_

Primer nombre: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_ Inicial de segundo nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Cód. postal: \_\_\_\_\_

Teléfono de la casa: \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo: \_\_\_\_\_ Ext.: \_\_\_\_\_

Teléfono celular: \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN DEL EMPLEADOR DEL PACIENTE:**

Nombre del empleador: \_\_\_\_\_

Dirección del empleador: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Cód. postal: \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN DEL SEGURO:**

Complete la información a continuación y proporcione una copia de las tarjetas de Medicare, Medi-Cal o del seguro privado.

## 1) Seguro principal:

N.º de suscripción: \_\_\_\_\_ N.º de grupo: \_\_\_\_\_

Nombre del titular de la póliza: \_\_\_\_\_  PROPIA Fecha de nacimiento del titular: \_\_\_\_\_

N.º de identificación de Medicaid: \_\_\_\_\_

## 2) Seguro secundario:

Nombre del titular de la póliza: \_\_\_\_\_  PROPIA Fecha de nacimiento del titular: \_\_\_\_\_

N.º de grupo: \_\_\_\_\_

## 3) Seguro terciario (póliza de terceros):

**GARANTE O PERSONA RESPONSABLE DEL PAGO:** EL PACIENTE MISMO  Otro paciente o persona (Si selecciona esta opción, complete los campos a continuación)

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Trabajo: \_\_\_\_\_

Relación con el paciente: \_\_\_\_\_

**(NVIH Use Only) Patient Name:** \_\_\_\_\_ **HRN:** \_\_\_\_\_

## TÉRMINOS Y CONDICIONES DEL SERVICIO

### CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO Y ACUERDO FINANCIERO

1. NVIH: Northern Valley Indian Health, Inc. (NVIH) es una organización 501(c)(3) tribal sin fines de lucro y un Centro Médico con Financiación Federal (FQHC) tribal con acreditación como Servicio de Salud Pública (PHS) federal en relación con determinados reclamos relacionados con la salud, incluidos los reclamos por mala praxis en el ámbito médico, tanto para el centro mismo como para sus miembros cubiertos. Título 25 del Código de los Estados Unidos (U.S.C.), artículos 5301 y siguientes.
2. CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO: Deseo recibir servicios de atención médica en NVIH. Doy mi consentimiento para someterme a tratamientos o procedimientos médicos, como exámenes de rayos X, extracciones de sangre para análisis, la administración de medicamentos o inyecciones, la toma de fotografías relacionadas con el tratamiento, la grabación de videos, procedimientos de laboratorio, servicios dentales, servicios clínicos, servicios de salud conductual, servicios de gestión de casos y de la atención, y otros servicios que me presten de conformidad con las instrucciones generales y especiales del proveedor o de otros profesionales de la salud que participen en mi atención. Soy consciente de que la práctica de la medicina, cirugía y terapia no es una ciencia exacta. Reconozco que NVIH no me ha garantizado nada en relación con los resultados de los tratamientos o exámenes. También sé que debería consultar con mi proveedor o con otros profesionales de la salud si tengo alguna pregunta sobre mi diagnóstico o tratamiento, los riesgos o las complicaciones, las alternativas al tratamiento o los resultados anticipados del tratamiento.
3. ACTIVIDADES EDUCATIVAS: Comprendo que es posible que residentes, pasantes, estudiantes de medicina, clínicos de la salud conductual asociados, estudiantes de profesiones relacionadas con la atención médica auxiliar (p. ej., enfermería, trabajo social), empleados de nivel de posgrado y otros aprendices me observen, me examinen, me traten o participen en mi atención en NVIH bajo la supervisión del profesional de salud a cargo como parte de un programa de educación o capacitación externo aprobado.
4. CONSENTIMIENTO PARA LAS COMUNICACIONES: Entiendo que es posible que reciba mensajes y llamadas de NVIH o en su nombre a los números y direcciones que figuran en la información de contacto, incluido mi número de teléfono celular y la dirección de correo electrónico que proporcioné durante mi proceso de registro. Las formas de contacto pueden incluir mensajes de voz pregrabados o artificiales, o el uso de un dispositivo de marcado automático, según corresponda. Comprendo que si envío un correo electrónico o un mensaje de texto a los proveedores de NVIH u otras personas involucradas en mi atención, estoy dando mi consentimiento para que me respondan por el mismo medio que usé yo, aunque los mensajes contengan información confidencial. Soy consciente de que los mensajes de texto y correos electrónicos no son métodos de comunicación seguros, ya que los mensajes no cifrados pueden ser interceptados. Reconozco que la información de todas estas comunicaciones puede incluirse en mi historia clínica.
5. CESIÓN DE BENEFICIOS Y ACUERDO FINANCIERO: En vista de los servicios de atención médica prestados, yo, el abajo firmante, independientemente de que firme como paciente o tutor legal, cedo y transfiero de manera expresa e irrevocable (sin derecho a revocar) a NVIH todos los beneficios del seguro, incluidos programas gubernamentales, seguros privados y otros planes de salud, que me correspondan a mí o que deban pagarse en mi nombre por los servicios de NVIH. Por medio del presente, autorizo la divulgación de toda la información necesaria para garantizar el pago. Comprendo que es mi responsabilidad pagar todos los cargos, independientemente de que los cubra el seguro o no. También entiendo que, si mi cónyuge, padre, madre o garante financiero firma este acuerdo, dicha persona será responsable de manera individual y conjunta de pagar lo que corresponda, incluidas todas las tarifas de cobro (honorarios de abogados, costos y gastos de cobro), sumado a los demás montos adeudados. Las cuentas sin pagar que se remiten a agencias externas para su cobro tienen intereses según la tasa legal actual.

(NVIH Use Only) Patient Name: \_\_\_\_\_ HRN: \_\_\_\_\_

6. **CONSENTIMIENTO PARA LAS CONSULTAS DE TELESALUD:** Las consultas de telesalud suponen el uso de tecnologías de telesalud, como videoconferencias bidireccionales e imágenes digitales, entre otras, que permiten que un proveedor de atención médica y un paciente que se encuentran en lugares diferentes se comuniquen e intercambien información individual sobre la salud del paciente para que se puedan prestar los servicios. Comprendo que es posible que me ofrezcan la opción de hacer consultas de telesalud en el transcurso de mi atención en NVIH, siempre que sea apropiado desde un punto de vista clínico. Estos servicios pueden incluir consultas, diagnósticos, recomendaciones de tratamientos, recetas de medicamentos o remisiones a visitas en persona si se necesita una evaluación más exhaustiva. Este servicio se ofrece como una comodidad. Entiendo que siempre tengo la opción de elegir una cita en persona si es lo que prefiero. En caso de tener dificultades para acceder a los servicios en persona debido al transporte, Medi-Cal ofrece cobertura a los beneficiarios para pagar el servicio de transporte hacia los servicios en persona si ya se agotaron razonablemente todos los demás recursos. Comprendo que no todos los servicios son apropiados desde un punto de vista clínico para prestarse mediante una consulta de telesalud y que las opciones pueden ser limitadas, según lo determine mi proveedor. Si acepto atenderme de esta forma, acepto también que se facture a mi seguro por los servicios, y me encargaré de pagar los copagos o coseguros correspondientes, así como los servicios que no cubra el seguro. Comprendo que es posible que se comparta mi información de salud personal confidencial durante las consultas de telesalud y que será mi responsabilidad ubicarme en un lugar donde tenga privacidad. También se esperará que participe desde un lugar que no me ponga en riesgo a mí ni a ninguna otra persona a mi alrededor (por ejemplo, mientras conduzco). Si mi proveedor llega a tener alguna preocupación sobre mi seguridad, puede finalizar la consulta. Las consultas de telesalud no son apropiadas para emergencias médicas. Si creo que estoy teniendo una emergencia, llamaré al 911 o iré a la Sala de Emergencias más cercana.
7. **CONDUCTA:** NVIH no tolera bajo ningún punto de vista el abuso, la intimidación, el acoso ni la violencia en nuestras instalaciones. A fin de preservar la seguridad de nuestros pacientes, las visitas y el personal, se prohíbe ingresar a las instalaciones con armas, cuchillos, alcohol, drogas ilegales u otros materiales peligrosos. NVIH se compromete a mantener un entorno de trabajo seguro, sin amenazas, insolencia, discriminación, hostilidad o acoso. NVIH espera que usted y sus visitas se comporten de manera respetuosa y no adopten conductas violentas, discriminatorias ni abusivas. Comprendo que la violación de los derechos y las responsabilidades de los pacientes de NVIH debido al uso de palabras o acciones indebidas puede tener como consecuencia la expulsión de las instalaciones o la suspensión inmediata de su atención como paciente en NVIH.  
Entiendo que, conforme a las leyes de California, mis visitas y yo no podemos filmar, grabar ni divulgar imágenes ni audio de nuestras conversaciones con empleados o proveedores de NVIH sin el consentimiento escrito de NVIH y de todos los participantes de la conversación. También comprendo que las consecuencias de la violación de esta ley pueden incluir cargos por responsabilidad penal o civil y la expulsión o la suspensión de su atención como paciente en NVIH.
8. **CONSENTIMIENTO PARA LA GRABACIÓN DE AUDIO O VIDEO:** Por medio del presente, doy mi consentimiento para que se usen y transcriban las grabaciones de audio y video tomadas por NVIH, sus proveedores y sus empleados para fines relacionados con el tratamiento y el servicio. Comprendo que NVIH usa tecnología para grabar mis visitas y otras comunicaciones con NVIH, sus proveedores y sus empleados para fines relacionados con el tratamiento y el servicio. Entiendo que NVIH usa proveedores externos para procesar las grabaciones con el fin de generar documentos clínicos y otras actividades relacionadas. Autorizo de manera expresa a NVIH y a sus proveedores externos para que graben el audio o video de mis visitas, transcriban y documenten información de mi tratamiento y mis servicios, y destruyan las grabaciones. Entiendo que mi información médica se usará siempre de conformidad con las leyes vigentes, incluidas todas las leyes y normas vigentes que rigen la confidencialidad del paciente, según lo descrito en el Aviso de prácticas de privacidad de NVIH. Comprendo que puedo enviar una solicitud por escrito a NVIH en cualquier momento para que se suspendan las grabaciones. Entiendo que la revocación de mi consentimiento no afectará las grabaciones tomadas antes de la recepción de la solicitud por escrito.

**(NVIH Use Only) Patient Name:** \_\_\_\_\_ **HRN:** \_\_\_\_\_

9. **DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA:** Comprendo que es posible que se use mi información médica, mis fotografías o mis videos en cualquier formato para otros fines en NVIH, como mejorar la calidad o la seguridad de los pacientes y brindar capacitaciones. NVIH obtendrá mi autorización por escrito para divulgar información sobre mi tratamiento médico, salvo en aquellos casos en los que la ley permita u obligue a NVIH a divulgarla (consulte el Aviso de prácticas de privacidad de NVIH para obtener una descripción de los casos específicos en los que NVIH puede divulgar esta información). Entiendo que mi información médica se usará siempre de conformidad con las leyes vigentes, incluidas todas las leyes y normas federales y estatales vigentes que rigen la confidencialidad del paciente, según lo descrito en el Aviso de prácticas de privacidad de NVIH. Entiendo que los proveedores de NVIH tienen la obligación de informar a las autoridades correspondientes, según lo exigen las leyes estatales o federales, de si (1) mi proveedor cree que puedo llegar a lastimarme a mí mismo o a otra persona, (2) mi proveedor sospecha que se está abusando de un menor, un adulto dependiente o un adulto mayor, o (3) tienen una orden judicial específica.

10. **AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD:** Confirmando que recibí y revisé la copia del Aviso de prácticas de privacidad de NVIH, que también está disponible en <https://nvih.org>. Comprendo que NVIH se reserva el derecho de modificar sus prácticas y los términos de este Aviso de prácticas de privacidad en relación con toda la información médica que posee. NVIH pondrá el Aviso de prácticas de privacidad a disposición de todos mediante su publicación en todas las áreas de registro de pacientes, donde también habrá copias disponibles. También se publicará el Aviso de prácticas de privacidad revisado en nuestro sitio web: <https://nvih.org>.

**Firma del acuerdo: Confirmando que leí los Términos y condiciones del servicio. Acepto en mi nombre propio o en nombre del paciente que todos los términos de este acuerdo sean vinculantes hasta que avise por escrito a NVIH de la revocación de mi acuerdo, consentimiento o autorización.**

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente o de su representante

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Hora

a. m.  p. m.

\_\_\_\_\_  
Relación del representante con el paciente

**Acuerdo de responsabilidad financiera celebrado por otra persona que no sea el paciente o su representante legal**

Acepto asumir responsabilidad financiera por los servicios prestados al paciente y acepto los términos de la cesión de beneficios y el acuerdo financiero (párrafo 5) descritos anteriormente.

\_\_\_\_\_  
Firma de la parte que asume la responsabilidad financiera

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Hora

a. m.  p. m.

\_\_\_\_\_  
Nombre en letra de imprenta de la parte que asume la responsabilidad financiera

**(NVIH Use Only) Patient Name:** \_\_\_\_\_ **HRN:** \_\_\_\_\_



### Antecedentes Médicos Pediátricos

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fec. Nac.: \_\_\_\_\_ HRN: \_\_\_\_\_

Nombre completo de la madre: \_\_\_\_\_ Fec. Nac.: \_\_\_\_\_

Nombre de soltera de la madre: \_\_\_\_\_

Nombre completo del padre: \_\_\_\_\_ Fec. Nac.: \_\_\_\_\_

Nombre del tutor (si corresponde): \_\_\_\_\_

Relación con el niño: \_\_\_\_\_

¿En la actualidad el niño está en un hogar de acogida?  Sí  No ¿Alguna vez el niño ha estado en un hogar de acogida?  Sí  No

¿Quién vive con su hijo? \_\_\_\_\_

#### Incluya los nombres de sus hermanos (nombre y apellido) y fecha de nacimiento

Nombre	Fec. Nac.

#### Incluya los medicamentos y las dosis actuales y la frecuencia de la medicación


¿Es alérgico?  Sí  No Si responde Sí, especifique a continuación:

Alimentos: \_\_\_\_\_

Medicamentos: \_\_\_\_\_

Insectos: \_\_\_\_\_

Otros: \_\_\_\_\_

## Antecedentes Médicos Pediátricos

**Nombre del paciente:** \_\_\_\_\_ **HRN** (historia clínica): \_\_\_\_\_

**Datos sobre el nacimiento:**

Peso al nacer: \_\_\_\_\_  Parto normal  Cesárea  Hospital donde nació: \_\_\_\_\_

**Problemas:**  Ictericia  Disnea y/o falta de oxígeno  Parto de nalgas

Estada en la sala de recién nacidos más de 3 días  Otros: \_\_\_\_\_

Diagnóstico en curso: \_\_\_\_\_

**Antecedentes médicos del niño** (marque las enfermedades/afecciones positivas):

<input type="checkbox"/> TDAH/problemas conductuales	<input type="checkbox"/> Problemas oculares/de la vista
<input type="checkbox"/> Anemia (hierro bajo)	<input type="checkbox"/> Eczema (piel seca)
<input type="checkbox"/> Alergias - Estacionales	<input type="checkbox"/> Convulsiones con o sin fiebre
<input type="checkbox"/> Asma/sibilancias	<input type="checkbox"/> Problemas en los riñones/vejiga/intestino
<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Problema cardíaco/soplo cardíaco
<input type="checkbox"/> Retraso del desarrollo	<input type="checkbox"/> Otros
<input type="checkbox"/> Problemas del oído/auditivos	<input type="checkbox"/> Otros

**Estada de una noche en el hospital/cirugías:**  Sí  No **Si responde Sí, indique el motivo y la fecha:**

1.
2.
3.

**Antecedentes familiares** (marque todo lo que corresponda):

	Padre	Madre	Abuelos paternos	Abuelos maternos	Hermanos
Asma					
Alergias					
Defectos de nacimiento					
Cáncer					
Convulsiones					
Cardiopatía					
Hipertensión arterial					
Nefropatía					
TDAH					
Ansiedad/depresión					
Consumo de sustancias					
Enfermedad tiroidea					
Diabetes					
Otros					

Completado por: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_



# 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 medica 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 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 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 falto 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 informara 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 complete 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. \*\*
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. \*\*



# Northern Valley Indian Health

YOUR HEALTH. OUR MISSION.

## Poliza De Citas

### 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 co3nsideraría 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 Nombré del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Firma Paciente/ Tutor Legal: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

\*\*\*\*\*

**NVIH Use Only:**

HRN: \_\_\_\_\_



# Northern Valley Indian Health

YOUR HEALTH. OUR MISSION.

## AUTORIZACIÓN PARA SOLICITAR ATENCIÓN MÉDICA

Fecha: \_\_\_\_\_

En mi carácter de padre/madre o tutor de \_\_\_\_\_, autorizo a  
(Nombre del paciente en letra de molde)

\_\_\_\_\_ para solicitar atención médica para mi hijo/a  
(Nombre de familiar or amigo en letra de molde)

desde \_\_\_\_\_ hasta \_\_\_\_\_. También presto mi consentimiento para  
(fecha de inicio) (fecha de finalización)

cualquier tipo de tratamiento médico o procedimiento al que deba someterse mi hijo/a por parte de un profesional médico autorizado, ya sea porque así se requiera o porque sea aconsejable para el bienestar de mi hijo/a.

**Esta solicitud será válida por el término de un año. Será responsabilidad del padre/madre o tutor informar a Northern Valley Indian Health acerca de cualquier tipo de cambio que se produzca.**

De conformidad con lo establecido previamente, solicito no ser informado por adelantado de la naturaleza y el carácter del tratamiento propuesto, sus resultados, posibles alternativas, y los riesgos, las complicaciones y ventajas previstas del tratamiento propuesto, y de las formas alternativas de tratamiento, incluida la opción de no recibir tratamiento alguno.

Nombre del padre/madre/tutor (en letra de molde):

\_\_\_\_\_

Firma del padre/madre/tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

### PARA USO EXCLUSIVO DE NVIH:

\_\_\_\_\_ HRN  
(Nombre del paciente)

**AUTORIZACIÓN PARA UTILIZAR Y DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA**

**COMPLETE TODAS LAS SECCIONES, COLOQUE LA FECHA Y FIRME**

**Por la presente, autorizo en forma voluntaria que se divulgue información de mi historia médica.**

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_

**I.**

<b>Esta información será divulgada por:</b> NOMBRE DEL CENTRO	<b>Y deberá entregarse a o discutirse con:</b> NOMBRE DE LA PERSONA/CENTRO
DIRECCIÓN	DIRECCIÓN
CIUDAD/ESTADO	CIUDAD/ESTADO
Número de teléfono:	Número de teléfono:
Número de FAX:	Número de FAX:

**II. Esta información se divulga por el motivo o la razón que se indica a continuación:**

\_\_\_\_\_

**III. Se divulgará la siguiente información de mi historia médica: (Marque lo que corresponda)**

<input type="checkbox"/> Por defecto incluye toda la información de este recuadro	<input type="checkbox"/> Último Pap	<input type="checkbox"/> Lista de medicamentos
<input type="checkbox"/> Notas: Último año	<input type="checkbox"/> Última Mamografía	<input type="checkbox"/> Radiología: Último año
	<input type="checkbox"/> Laboratorio: Último año	<input type="checkbox"/> ECG: Último año

<input type="checkbox"/> Otro: _____	<input type="checkbox"/> Notas de todos los procedimientos	<input type="checkbox"/> Notas de especialistas de últimos 3 años
<input type="checkbox"/> Toda la historia médica	<input type="checkbox"/> Solo información relacionada con (especifique): _____	
<input type="checkbox"/> Rango de fecha: _____ a _____		
<input type="checkbox"/> Notas de psicoterapia SOLAMENTE (al marcar este casillero, renuncio a la obligación de confidencialidad entre psicoterapeuta y paciente)		

**Medio por el que desea que se divulgue la información:**  e-mail  Fax  Papel  Oral

Si desea que se divulgue por e-mail, indique la dirección de e-mail \_\_\_\_\_

**Si desea que se realice alguna divulgación sobre la siguiente información sensible, marque los casilleros que correspondan:**

- Tratamiento por drogadicción/alcoholismo
- Tratamientos relacionados con el VIH/SIDA
- Enfermedades de transmisión sexual
- Salud mental (Además de las notas de psicoterapia)

Nombre \_\_\_\_\_ HRN (HISTORIA MÉDICA Nº) \_\_\_\_\_

**IV.**

Entiendo que podré revocar esta autorización en cualquier momento entregando un documento escrito al *Health Records Department*, salvo cuando dicha divulgación se hubiera realizado basándose en esta autorización, cuando esta autorización se hubiera obtenido como condición para contratar una cobertura de seguro o una póliza de seguro, o cuando otra ley otorga al asegurador el derecho a impugnar un reclamo realizado según la póliza. Si la presente autorización no se revoca, caducará al cumplirse un año de su firma, salvo que yo hubiera establecido una fecha de vencimiento distinta o un hecho que produzca el vencimiento de la autorización. \_\_\_\_\_

Entiendo que NVIH no me exigirá firmar esta autorización como condición para recibir tratamiento ni para ser elegible para recibir atención, salvo que dicha atención: (1) esté relacionada con una investigación o (2) se brinde con el único propósito de crear Información Médica Protegida para su divulgación a un tercero.

Entiendo que de acuerdo con la Ley de Confidencialidad de la Información Médica de California (CMIA) [Código Civil, Sección 56.13], el receptor de mi información médica no podrá realizar nuevas divulgaciones de esa información, salvo que el receptor me solicite autorización para hacerlo o que la ley exija dicha divulgación. En aquellos casos en que no aplique la ley CMIA, la información divulgada de acuerdo con esta autorización podrá volver a ser divulgada por el receptor y dejará de estar protegida por las Normas de Privacidad de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro de Salud (HIPAA) [45cfr Parte 164].

Toda la información relativa a drogadicción y alcoholismo está protegida por la Ley de Servicios de Salud Pública (42 CFR 2.1-2.67). El receptor de la información médica sobre drogadicción o alcoholismo debe cumplir con lo dispuesto en la Ley de Servicios de Salud Pública (42 CFR 2.1-2.67). Específicamente, estas normas indican que queda prohibido realizar futuras divulgaciones de esta información salvo que se tenga el consentimiento expreso por escrito de la persona a quien se refiere la información o salvo que la Ley de Servicios de Salud Pública (42 CFR 2.1-2.67) lo permita. El consentimiento expreso escrito debe cumplir con lo dispuesto por la Ley de Servicios de Salud Pública (42 CFR 2.1-2.67). Para obtener información médica sobre alcoholismo y drogadicción para llevar a cabo una investigación criminal de un paciente es necesario tener una orden judicial.

\_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_  
Firma del paciente o firma del representante autorizado (Indique la relación con el paciente)

*Esta información debe divulgarse únicamente con los fines establecidos anteriormente y no podrá ser utilizada por el receptor con otros fines. Toda persona que intencionalmente solicite u obtenga registros sobre una persona bajo falso pretexto incurrirá en un delito (5 USC 552a (I) (3)).*

**Personal de NVIH que procesó la información:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

**El paciente tiene derecho a una copia de esta autorización**

**NOMBRE** \_\_\_\_\_ **HRN (HISTORIA MÉDICA Nº)** \_\_\_\_\_