



Northern Valley Indian Health

YOUR HEALTH. OUR MISSION.

Estimado Paciente:

¡BIENVENIDO!

Gracias por elegir a Northern Valley Indian Health, Inc. para su cuidado de salud oral. Nuestro equipo se dedica a proporcionarle el cuidado gentil y personalizado que usted se merece. Esta carta da contestación a algunas de las preguntas más comunes de nuevos pacientes. Esperamos que le sea útil esta información.

¿Recibiré un recordatorio de mi cita?

Usamos un sistema de llamadas automatizado para recordatorios de citas. El sistema automatizado le llamará dos días antes de su cita o le enviará un mensaje de texto a su teléfono móvil un día antes.

¿Puedo detener los recordatorios de cita?

Los pacientes son inscritos a estos recordatorios automáticamente durante el proceso para nuevos pacientes. Sin embargo, usted puede detener uno o ambos recordatorios. Este cambio se puede efectuar hablando con nuestro personal de recepción.

¿Y qué si no puedo asistir a mi cita?

Entendemos que pudieran ocurrir situaciones en ese mundo atareado que son mas allá de su control. Si necesita reprogramar o cancelar su cita programada, es nuestra política que recibamos notificación antes de las 12:00 pm un día hábil antes de su cita. Este aviso nos permite operar de manera eficaz y utilizar el tiempo reservado para ayudar a otros pacientes necesitados. Aquellas notificaciones recibidas después de las 12:00 p.m. se considerarán faltas de cita.

¿Y qué si pierdo mi cita?

Las citas perdidas o citas que se cancelan el mismo día de la cita son documentadas como faltas de cita. Faltas de citas futuras pudieran ponerlo en riesgo de ser despedido por completo.

¿Cuándo debería llegar a mi cita?

Pedimos que llegue 30 minutos antes de su nueva cita con todos sus formularios completados. Esto nos permite suficiente tiempo para completar el proceso de registro para nuevos pacientes.

¿Y qué si no puedo llegar 30 minutos antes de mi cita?

Si no puede llegar 30 minutos antes de su cita para pacientes nuevos, haga favor de llamarnos. Tenga en cuenta: si no se presta suficiente tiempo debido a una llegada no temprana, se pudiera necesitar reprogramada la cita a otra fecha y hora.



Northern Valley Indian Health

YOUR HEALTH. OUR MISSION.

¿Qué debo traer a mi cita?

Favor de traer lo siguiente a su cita:

- Formularios completados
- Formularios de historial de salud completados (lista de medicamentos y dosis actuales)
- Tarjeta de Seguro Dental, y Tarjeta de Identificación (requerido)
- Liberación Médica, si es necesaria (por ejemplo, cirugía reciente o cirugía de reemplazo)

¿Tendré que pagar por servicio durante mi cita?

Los costos de servicios deben pagarse al momento de recibir servicio. Fracturaremos a su compañía de seguros dentales, sin embargo, cualquier porción no pagada por su compañía de seguros es su responsabilidad al momento de recibir servicio. Si su compañía de seguros le reembolsa directamente, se le requerirá pagar al momento de recibir servicio.

¿Ofrecen descuentos para pacientes sin seguro?

Si usted es un paciente que paga por su propia cuenta, sírvase preguntar a nuestra recepcionista sobre opciones para Escala de Tarifas Deslizantes y/o Servicios de Atención Bajo Crédito

Pacientes Menores de Edad: Un padre/tutor legal debe acompañar a los pacientes menores de edad.

Gracias

*por elegir a Northern Valley Indian Health Inc. para sus servicios de salud dental.
¡Es un gran placer darle la bienvenida!*



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? SELECCIONE AL MENOS UNA OPCIÓN: | | |
| <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:** _____

Nombre del paciente _____ Fecha de nacimiento _____ HRN _____

Medico _____ Numero de la oficina _____ Fecha del último examen _____

Si No

| | | |
|--|--|--|
| En este momento está bajo tratamiento médico? | | |
| ¿Alguna vez ha estado hospitalizado por una enfermedad grave dentro de los últimos 5 años o a tenido alguna cirugía? Si es si, por favor explique: | | |
| ¿Está tomando algún medicamento(s) incluyendo medicamentos sin recetas? Si es si, cuales medicamentos está tomando: | | |
| Está tomando suplementos de fluoruro? | | |
| Alguna vez ha tomado Phen-Fen/Redux? | | |
| Usa alguna forma de tabaco? | | |
| Usa alguna sustancia controlada? | | |
| Usted toma alcohol? | | |
| Alguna vez ha tomado medicamentos Bifosfonatos? | | |
| Solamente para mujeres: | | |
| • Está embarazada o piensa que lo puede estar? | | |
| • Esta amamantado? | | |
| • Está tomando anticonceptivos orales? | | |

TIENE O ALGUNA VEZ A TENIDO ALGUNOS DE LOS SIGUIENTES?

| | Si | No | | Si | No |
|---|----|----|---|----|----|
| ADHD/ADD | | | Hepatitis A B C (circular) | | |
| Anemia (deficiencia de hierro) | | | Alta Presión | | |
| Anemia(células falciformes) | | | Sida o infección del VIH | | |
| Angina/Dolor en el pecho | | | Hipotiroidismo / Hipertiroidismo (circular) | | |
| Artritis | | | Reemplazo o implantes de articulacion | | |
| Asma | | | Enfermedades del Riñón | | |
| Desorden del espectro autista (Autismo) | | | Leucemia | | |
| Trastorno Hemorragico | | | Infermedad Hepatica Higado | | |
| Cancer | | | Baja Presión | | |
| Marca pasos cardiológico | | | Desorden mental/nerviosa | | |
| Demencia | | | Prolapso de válvula mitral | | |
| Desarrollo Retrasado | | | Terapia de Radiacion | | |
| Diabetes | | | Perdida de peso reciente | | |
| Facilmento sin aliento | | | Problemas respiratorios | | |
| Enfisema | | | Fiebre Reumática | | |
| Desmayos | | | Convulsiones/Epilepsia | | |
| Cansado (a) Frecuentemente | | | Convulsiones/febriles o otros | | |
| Glaucoma | | | Enfermedades Transmitidas sexualmente | | |
| Fiebre del Heno/Alergias | | | Problemas estomacales/ulceras | | |
| Ataque Cardiaco | | | Embolia | | |
| Soplo del corazón | | | Tobillos Hinchados | | |
| Problemas del corazón | | | Tuberculosis | | |
| Otro (Por favor anote): | | | | | |

Nombre del paciente _____ Fecha de nacimiento _____ HRN _____

Es alérgico o a tenido alguna reacción a algo de lo siguiente:

Si No

| | | |
|--|--|--|
| Aspirina | | |
| Barbitúrico | | |
| Yodo | | |
| Látex | | |
| Anestésico Local (ejemplo: Novocaína) | | |
| Algún Metal (ejemplo: níquel, mercurio etc.) | | |
| Penicilina o otro antibiotico | | |
| Sedante | | |
| Sulfonamidas | | |
| Otro (Por favor anote): | | |

Historial Dental del Paciente

Nombre del Dentista Anterior _____ Fecha del ultimo examen _____

Lugar del Dentista Anterior _____ Fecha de ultima limpieza _____

Si No

| | | |
|---|--|--|
| Sangran sus encías al cepillar o pasar el hilo dental? | | |
| Son sus dientes sensibles a comidas/liquidos frios o calientes? | | |
| Son sus dientes sensibles a comidas/liquidos dulces o agrios? | | |
| Tiene lesiones o bultos en o cerca de su boca? | | |
| Ha tenido golpes en la cabeza, cuello o quijada? | | |
| Ha tenido alguno de estos problemas en su quijada? | | |
| • Tronar | | |
| • Dolor (articulación,oído,lado de la cara) | | |
| • Dificultad al abrir o cerrar | | |
| • Dificultad al masticar | | |
| Tiene dolores de cabeza frecuentemente? | | |
| Aprieta o rechina los dientes? | | |
| Muerde su labio o cachetes frecuentemente? | | |
| Ha tenido dificultad o sangrado prolongado con extracciones en el pasado? | | |
| Ha tenido tratamiento de ortodoncia? | | |
| Usa usted placas o implantes? (circule uno o los dos) | | |
| Alguna vez ha recibido instrucciones sobre higiene oral para el cuidado de sus dientes? | | |
| Solo para niños: | | |
| Utiliza un chupon ahora o en el pasado? | | |
| Se a chupado el dedo ahora o en el pasado? | | |

Autorizacion y Liberacion:

Yo certifico que he leído y comprendo la información de arriba. Las preguntas de arriba han sido contestadas correctamente. Yo comprendo que al dar falsa información puede ser peligroso para mi salud.

No responsabilizaré a mi dentista ni a ningún miembro de su personal por errores u omisiones de mi parte al completar este formulario.

Firma del paciente (o padre del menor)

Fecha

Firma del Dentista

Fecha

Nombre del paciente_____ Fecha de nacimiento_____ HRN_____

Lista de Medicamentos

**NOMBRE DEL MEDICO QUE RECETO EL
MEDICAMENTO O MEDICAMENTOS
SIN RECETA**

NOMBRE DEL MEDICAMENTO

DOSIS

FRECUENCIA

| NOMBRE DEL MEDICAMENTO | DOSIS | FRECUENCIA | NOMBRE DEL MEDICO QUE RECETO EL MEDICAMENTO O MEDICAMENTOS SIN RECETA |
|------------------------|-------|------------|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |



Northern Valley Indian Health

YOUR HEALTH. OUR MISSION.

PLANILLA DE MATERIAL ODONTOLÓGICO

La Justa Odontológica de California está obligada por ley* a suministrar esta Plantilla de material odontológico a todos los dentistas matriculados en el estado de California. Por su parte, el dentista debe entregar esta Planilla de material odontológico a cada nuevo paciente por única vez antes de comenzar a realizar cualquier arreglo dental.

Recomendamos enfáticamente a todos los pacientes, padres, madres o tutores de pacientes que hablen con el dentista acerca de la información suministrada sobre el material que se planea utilizar para su arreglo en su tratamiento particular.

(*Código de Comercio y Profesiones – *Business and Professions Code* 1648.10-1648.20)

Acuse de recibo del paciente de la planilla de material odontológico

Yo, _____, declaro que he tenido la oportunidad de recibir de Northern Valley Indian Health, Inc. una copia de la Planilla de material odontológico.

_____ Fecha _____
(Firma del paciente/padre o madre/tutor)

(Fecha de nacimiento)

NVIH USE ONLY (PARA USO EXCLUSIVO DE NVIH):

Patient Name _____ 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 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 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 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 Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Firma Paciente/ Tutor Legal: _____ Fecha: _____

NVIH Use Only:

HRN: _____

Aviso de prácticas de privacidad

SU INFORMACIÓN.
SUS DERECHOS.
NUESTRAS
RESPONSABILIDADES.



Northern Valley
Indian Health

YOUR HEALTH. OUR MISSION.

www.nvih.org



En este aviso se describe cómo puede utilizarse y divulgarse su información de salud y cómo puede acceder a ella. **Revise atentamente la siguiente información.**

SUS DERECHOS

Consulte la página 4 para obtener más información.

Tiene derecho a:

- Consultar y copiar cierta información de salud
- Una copia electrónica de los registros electrónicos
- Un aviso de infracciones
- Solicitar una restricción sobre cómo se utiliza o divulga su información
- Solicitar una enmienda
- Solicitar comunicaciones confidenciales
- Lista de comunicaciones
- Obtener una copia impresa del aviso de prácticas de privacidad de NVIH
- Elegir a alguien que actúe en su nombre
- Presentar una queja si considera que se han vulnerado sus derechos

NUESTRAS RESPONSABILIDADES

Consulte la página 6 para obtener más información.

La ley obliga a NVIH a:

- Mantener la privacidad de su información de salud
- Informarle sobre nuestras prácticas de privacidad
- Notificarle si no podemos aceptar una restricción solicitada
- Atender solicitudes razonables de comunicaciones alternativas
- Cumplir los términos de este aviso o de cualquier revisión posterior

NUESTROS USOS Y DIVULGACIONES

Consulte la página 6 para obtener más información.

Podemos utilizar y compartir su información:

- Para su tratamiento
- Para fines de pago
- Para operaciones de la atención médica
- Con los socios comerciales de NVIH
- Con su representante personal o tutor legal
- Para servicios de interpretación
- Para responder a las solicitudes de obtención de órganos
- Para recordatorios de citas y otras prestaciones y servicios relacionados con la salud
- Para fines de indemnización laboral
- Para ayudar en actividades de salud pública
- Para cumplir con actividades de agencias del orden público
- Para actividades realizadas por agencias de supervisión sanitaria
- Para avisos de infracciones de datos exigidas por ley
- Para otras actividades, según su autorización

CONOZCA SU INFORMACIÓN DE SALUD

Cada vez que visita un centro de Northern Valley Indian Health (NVIH) para recibir servicios, se elabora un registro de su visita. Si es remitido por NVIH a través del programa Purchased Referred Care (PRC, por sus siglas en inglés), NVIH también lleva un registro de su visita al PRC.

Por lo general, este registro contiene los síntomas, el examen, los resultados de las pruebas, los diagnósticos, el tratamiento y un plan de atención médica futura. Esta información, frecuentemente denominada "registro de salud", sirve como:

- Plan para su atención médica y tratamiento, y como fuente de comunicación entre los profesionales sanitarios.
- Herramienta que podemos utilizar para revisar los resultados y trabajar continuamente para mejorar la atención médica.
- Medio por el cual Medicare, Medicaid o los pagadores de seguros privados pueden verificar los servicios facturados.
- Herramienta para la formación de los profesionales médicos.
- Fuente de información para las autoridades de salud pública encargadas de mejorar la salud.
- Fuente de datos para la investigación médica, la planificación de instalaciones y la comercialización.
- Documento legal que describe su atención médica.

Comprender el contenido de su registro de salud y cómo se utiliza la información le ayuda a:

- Garantizar su precisión.
- Comprender mejor por qué otras personas pueden revisar su información de salud.
- Tomar una decisión informada a la hora de autorizar divulgaciones.

SUS DERECHOS EN MATERIA DE INFORMACIÓN DE SALUD

Aunque su registro de salud es propiedad física de NVIH, la información le pertenece. Tiene derecho a:

Consultar y copiar cierta información de salud. Si solicita una copia de la información, podemos, según lo permita la legislación vigente, cobrarle una tarifa razonable por los gastos de copia, envío por correo u otros suministros relacionados con su solicitud. Podremos denegar su solicitud de consulta y copia en determinadas circunstancias muy limitadas. Si se le deniega el acceso a su información de salud, podrá, con limitadas excepciones, solicitar que se revise la denegación presentando una solicitud por escrito al funcionario de privacidad en virtud de la Ley de Responsabilidad y Transferibilidad de Seguros Médicos (HIPAA, por sus siglas en inglés).

Registros electrónicos si su información de salud se conserva en formato electrónico. Haremos todo lo posible para proporcionarle acceso a su información de salud en la forma o formato que lo solicite.

Aviso de infracción si se ha producido un acceso o divulgación sin autorización de su información de salud.

Solicitar una restricción de la información que utilizamos o divulgamos sobre usted: (1) para tratamiento, pago u operaciones de la atención médica; o (2) a alguien que participe en su atención, como un familiar o amigo. NVIH no está obligado a acceder a su solicitud, pero si lo hacemos cumpliremos con su solicitud a menos que la información sea necesaria para prestarle servicios de emergencia. Además, si pagó de su bolsillo la totalidad de un artículo o servicio específico, puede solicitar que su información de salud con respecto a dicho artículo o servicio no se divulgue a un plan de salud con fines de pago u operaciones de la atención médica y cumpliremos con dicha solicitud.

Solicite una enmienda si considera que la información de salud que tenemos sobre usted es incorrecta o está incompleta. Podemos denegar su solicitud de enmienda en determinadas situaciones limitadas. Si denegamos su solicitud, tiene derecho a presentarnos una declaración de desacuerdo.

Solicite comunicaciones confidenciales de una manera diferente o en un lugar diferente (por ejemplo, puede pedir que nos comuniquemos con usted en una ubicación distinta a su domicilio o por un medio de comunicación diferente, como el teléfono o el correo).

Una lista de las Divulgaciones realizadas por NVIH sobre su información de salud. La primera lista que solicite dentro de un periodo de 12 meses se proporcionará sin cargo, pero las solicitudes posteriores dentro del mismo periodo podrán estar sujetas al pago de una tarifa.

Obtenga una copia impresa del Aviso de Prácticas de Privacidad de NVIH si la solicita, incluso si ha aceptado recibir este aviso en forma electrónica.

Elija a alguien para que actúe en su nombre si le ha otorgado a alguien un poder notarial para cuestiones médicas o si tiene un tutor legal. Nos aseguraremos de que la persona tenga la autoridad para ejercer sus derechos y tomar decisiones sobre su información de salud antes de tomar cualquier medida.

Presente una queja si cree que se han vulnerado sus derechos. Puede presentar una queja si cree que hemos vulnerado sus derechos comunicándose con nosotros a la información que figura en la última página de este folleto. Puede presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE.UU. enviando una carta a 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201, llamando al 1-877-696-6775 o visitando www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/. No tomaremos represalias contra usted por presentar una queja.

RESPONSABILIDADES DE NVIH

La ley obliga a NVIH a:

- Mantener la privacidad de su información de salud.
- Informarle sobre nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad con respecto a la información protegida de salud.
- Cumplir los términos de este aviso o de cualquier revisión posterior del mismo. NVIH se reserva el derecho de modificar sus prácticas de privacidad y de aplicar las disposiciones nuevas a toda la información de salud que conserve. NVIH publicará todo aviso de prácticas de privacidad revisado en lugares públicos de sus centros de atención médica y en su sitio web, www.nvih.org.

CÓMO PUEDE NVIH UTILIZAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN DE SALUD

Podremos utilizar y divulgar su información de salud sin su permiso para facilitar su tratamiento médico, pagar el tratamiento médico, otras operaciones de la atención médica y según lo permita o exija la legislación vigente. Debemos obtener su autorización por escrito para cualquier otro uso y divulgación de su información de salud. No podemos tomar represalias contra usted si se niega a firmar una autorización o a revocar una autorización que había dado anteriormente. Las siguientes categorías describen cómo podemos utilizar y divulgar su información de salud:

Para tratamiento. Utilizaremos y divulgaremos su información de salud para prestarle tratamiento médico o ayudar a otros proveedores a tratarle. Por ejemplo:

- Su información personal se registrará en su registro de salud y se utilizará para determinar el curso de su tratamiento. Su proveedor de atención médica documentará en su registro de salud sus instrucciones a los integrantes de su equipo médico. Las medidas tomadas y las observaciones realizadas por los integrantes de su equipo médico se registrarán en su registro de salud para que su proveedor de atención médica sepa cómo está respondiendo al tratamiento.

Para fines de pago. Utilizaremos y divulgaremos su información de salud con fines de pago. Por ejemplo:

- Si tiene un seguro privado, cobertura Medicare o Medicaid, se enviará una factura a su plan de salud para que efectúe el pago. La información que figure en la factura o que la acompañe incluirá datos que le identifiquen, así como su diagnóstico, los procedimientos y los suministros utilizados para su tratamiento.

Para operaciones de la atención médica. Utilizaremos y divulgaremos su información de salud para operaciones de la atención médica. Por ejemplo:

- Podemos utilizar su información de salud para evaluar los resultados de su atención médica y tratamiento con nuestro equipo encargado de mejora de la calidad. Esta información se utilizará para mejorar continuamente la calidad y eficacia de los servicios que prestamos.

Intercambio de información de salud (HIE, por sus siglas en inglés). NVIH podrá participar en servicios de HIE. Puede autorizar a NVIH a poner su información de salud a disposición electrónicamente a través de una red de intercambio de información a otros proveedores involucrados en su atención que soliciten su información de salud. Encontrará más información en <http://www.ihs.gov/hie/>

Registro personal de salud. NVIH le ofrece la posibilidad de acceder electrónicamente a su registro personal de salud (PHR, por sus siglas en inglés) a través del Portal del Paciente. PHR es una aplicación sitio web seguro que permite al paciente acceder a su información de atención médica.

De manera directa. NVIH podrá compartir su información de salud, según esté permitido, utilizando la red de comunicación de proveedor a proveedor.

Con socios comerciales: NVIH proporciona algunos servicios de atención médica y funciones relacionadas mediante el uso de contratos con socios comerciales. Por ejemplo, NVIH puede tener contratos para la transcripción médica. Cuando se contratan estos servicios, NVIH puede divulgar su información de salud a socios comerciales para que puedan realizar su trabajo. Nuestros socios comerciales están obligados a proteger y resguardar su información de salud de conformidad con todas las leyes federales aplicables.

Con personas involucradas en su atención médica: NVIH podrá notificar a su familia sobre su ubicación o condición general. NVIH también podrá proporcionar su información de salud a una persona involucrada en su atención médica o que ayude a pagarla, como un familiar o amigo, a menos que nos notifique que se opone, o cuando esté incapacitado o en caso de emergencia. Si no está disponible o no puede oponerse, utilizaremos nuestro mejor criterio para decidir si la divulgación es en su beneficio. También podemos aplicar criterios profesionales similares sobre sus mejores intereses que permitan a otra persona recoger cosas como sus recetas surtidas, suministros médicos y radiografías. También puede haber circunstancias en las que podamos suponer, basándonos en nuestro criterio profesional, que no se opondría, como cuando su cónyuge entra con usted en una sala de examen durante el tratamiento.

Adultos y menores emancipados con representantes personales o tutores legales: NVIH tratará a un representante personal o tutor legal de una persona que haya sido declarada incapaz debido a una incapacidad física o mental por un tribunal de jurisdicción competente, a los efectos del uso y divulgación de la información de salud de la persona.

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

Transcripción médica: para mejorar la documentación clínica, puede autorizar a NVIH a grabar audio y otros datos durante su consulta médica. La información se transcribe, se almacena en su registro de salud y se utiliza como referencia para su tratamiento.

Investigación: NVIH podrá utilizar o divulgar su información de salud para fines de investigación aprobados por una Consejo de Revisión Institucional de NVIH que haya revisado la propuesta de investigación y establecido protocolos para garantizar la privacidad de su información de salud. NVIH también podrá utilizar o divulgar su información de salud con fines de investigación según su autorización escrita.

Usos y divulgaciones sobre personas fallecidas: cuando una persona haya fallecido, NVIH podrá divulgar información de salud sobre el fallecido cuando así lo exija la legislación vigente y a las siguientes categorías de individuos:

- Un familiar, representante personal u otras personas autorizadas responsables de la atención del fallecido, según corresponda por su responsabilidad por dicha atención médica, a menos que sepamos que hacerlo sería incompatible con las preferencias expresadas previamente por el fallecido.
- Un médico forense o examinador médico con el fin de identificar a una persona fallecida, determinar la causa de la muerte u otras tareas autorizadas por la ley.
- Los directores de funerarias, de conformidad con la legislación vigente, en la medida necesaria para el desempeño de sus funciones.

Organizaciones de obtención de órganos: De conformidad con las leyes aplicables, NVIH podrá utilizar o divulgar su información de salud a organizaciones de obtención de órganos u otras entidades dedicadas a la obtención, almacenamiento o trasplante de órganos con el fin de facilitar la donación y el trasplante de órganos, ojos o tejidos.

Recordatorios de citas, alternativas de tratamiento y otras prestaciones y servicios relacionados con la salud: podemos ponernos en contacto con usted para recordarle una cita, para hablar de una cita a la que no ha acudido y para proporcionarle información sobre alternativas de tratamiento u otras prestaciones y servicios relacionados con la salud que le puedan interesar.

La Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés): NVIH puede utilizar o divulgar su información de salud a la FDA en relación con un producto o actividad regulada por la FDA. Por ejemplo, podremos divulgar a la FDA información relativa a acontecimientos adversos relacionados con alimentos, suplementos dietéticos, defectos o problemas de productos, e información necesaria para el seguimiento de productos regulados por la FDA, o para llevar a cabo retiros de productos, reparaciones, sustituciones, búsquedas (incluida la localización de personas que han recibido productos que han sido retirados del mercado o confiscados), o vigilancia posterior a la comercialización.

Indemnización de los trabajadores: NVIH podrá utilizar o divulgar su información de salud con fines de indemnización laboral según lo autorice o exija la legislación vigente.

Salud pública: NVIH puede utilizar o divulgar su información de salud a una autoridad de salud pública u otra autoridad gubernamental autorizada para actividades de salud pública de la siguiente manera:

- Para prevenir o controlar enfermedades, lesiones o discapacidades, o llevar a cabo vigilancia, investigaciones e intervenciones de salud pública.
- Para denunciar casos de abuso o abandono infantil.
- Para denunciar otros casos de abuso, abandono o violencia intrafamiliar (distintos del maltrato infantil).
- A una persona que pueda haber estado expuesta a una enfermedad transmisible o que pueda correr el riesgo de contraer o propagar una enfermedad o condición, cuando así lo autorice la legislación vigente.
- Al empleador de la persona, en relación con una enfermedad o lesión relacionada con el trabajo o una vigilancia médica relacionada con el lugar de trabajo, o según lo requiera o permita la legislación vigente.
- A la escuela o posible escuela de la persona para obtener una prueba de inmunización, si dicha prueba es requerida por la ley aplicable y obtenemos el acuerdo de uno de los padres, tutor legal u otra persona legalmente responsable del individuo (o del individuo si se trata de un adulto o menor emancipado).

Institución penitenciaria: si es recluso de una institución correccional, NVIH podrá utilizar o divulgar a la institución la información de salud necesaria para su salud así como para la salud y seguridad de otras personas.

Cumplimiento de la ley: NVIH podrá utilizar o divulgar su información de salud para actividades de cumplimiento de la ley, según lo requiera o autorice la ley vigente. Dichas situaciones incluyen las siguientes:

- Para informar de ciertos tipos de heridas o lesiones.
- En respuesta a una resolución judicial, citación, orden de detención u otro proceso similar.
- Para identificar o localizar a un sospechoso, fugitivo, testigo material o persona desaparecida.
- Si se cree que es víctima de un delito y un agente del orden público solicita información sobre usted y no podemos obtener su consentimiento debido a incapacidad u otra emergencia y si determinamos que dicha divulgación sería en su beneficio.
- Sobre un fallecimiento que creamos que puede haber sido consecuencia de una conducta delictiva.
- Para informar de un delito cometido en las instalaciones de NVIH.
- En circunstancias de emergencia, para informar sobre un delito, la ubicación de un delito o de las víctimas, o la identidad, descripción o ubicación de la persona que cometió el delito.

Militares y veteranos: si es integrante de las fuerzas armadas, NVIH podrá utilizar o divulgar su información de salud, de ser necesario, a las autoridades de comando militar correspondientes o para determinar los requisitos y restricciones para recibir beneficios, según lo autorice la ley vigente.

Autoridades de supervisión médica: NVIH podrá utilizar o divulgar su información de salud a las agencias de supervisión de salud para actividades autorizadas por la ley aplicable. Estas actividades de supervisión incluyen: investigaciones, auditorías, inspecciones y otras acciones. Estos datos son necesarios para que el gobierno monitoree el sistema de atención médica y los programas de prestaciones gubernamentales, entre otros requisitos. La legislación vigente obliga a NVIH a divulgar información de salud al secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS, por sus siglas en inglés) para investigar o determinar el cumplimiento de las normas de privacidad de la HIPAA.

Circunstancias imperiosas: NVIH podrá utilizar o divulgar su información de salud en ciertas otras situaciones que impliquen circunstancias imperiosas que afecten la salud o la seguridad de una persona. Por ejemplo, en determinadas circunstancias:

- Podremos divulgar información de salud que consideremos necesaria para prevenir o disminuir una amenaza grave e inminente a la salud o seguridad de una persona.
- Podemos utilizar o divulgar información de salud en el curso de procedimientos judiciales y administrativos si así lo exige o autoriza la legislación vigente.
- Podemos utilizar o divulgar información de salud durante una catástrofe y con fines de socorro en caso de catástrofe.
- Podremos realizar cualquier otra divulgación exigida por la legislación vigente.

Para fines de aviso de infracciones de datos. Podemos utilizar o divulgar su información de salud para proporcionar avisos legalmente requeridos de acceso sin autorización o divulgación de su información de salud.

Se requiere autorización. NVIH utilizará o divulgará su información de salud únicamente con su autorización por escrito en las siguientes circunstancias:

- Cualquier uso o divulgación de sus notas de psicoterapia; excepto que no necesitamos su autorización escrita para utilizar dichas notas para tratamiento, pago u operaciones de la atención médica, ni en otras circunstancias limitadas requeridas o permitidas por la legislación vigente.
- Cualquier uso o divulgación de su información de salud para fines comerciales; excepto que no necesitamos su autorización por escrito para comunicaciones presenciales o para entregarle regalos promocionales con valor nominal.
- La venta de su información de salud.

No infracción de este Aviso: NVIH no infringe este Aviso ni la Regla de Privacidad de la HIPAA si alguno de sus empleados o sus contratistas (socios comerciales) divulga información protegida de salud en las siguientes circunstancias:

- *Divulgaciones por parte de denunciantes a:*
 - una autoridad de salud pública o autoridad de supervisión de salud autorizada por la legislación vigente para investigar o supervisar de otro modo la conducta, las condiciones o las sospechas de infracciones pertinentes, o una organización de acreditación de atención médica adecuada con el fin de informar la acusación de incumplimiento de las normas profesionales o mala conducta por parte de NVIH; o
 - un abogado en representación del integrante del personal, o contratista (asociado comercial), o contratado por el integrante del personal o contratista (asociado comercial) con el fin de determinar sus opciones legales en relación con la presunta infracción.
- *Divulgación por parte de víctimas de delitos de integrantes del personal:* En determinadas circunstancias, un integrante del personal de NVIH (ya sea empleado o contratista) que sea víctima de un delito, dentro o fuera de las instalaciones de NVIH, podrá divulgar información sobre el sospechoso a un funcionario encargado de hacer cumplir la ley, siempre que la información divulgada sea sobre el sospechoso que cometió el acto delictivo y se limite a identificar y localizar al sospechoso..

Todos los demás usos y divulgaciones no descritos en el presente aviso se realizarán únicamente con su autorización por escrito, que se podrá revocar posteriormente por escrito en cualquier momento. Para revocar su autorización, entregue una revocación por escrito al responsable de privacidad de la HIPAA. Si revoca su autorización, dejaremos de utilizar o divulgar su información de salud según lo permitido mediante su autorización por escrito, excepto en la medida en que ya hayamos utilizado o divulgado su información de salud en virtud de su autorización, o la autorización se haya obtenido como condición para obtener cobertura de seguro y la compañía aseguradora tenga derecho legal a impugnar una reclamación en virtud de la póliza o la propia póliza. Para ejercer los derechos que le confiere el presente aviso, solicitar más información o notificar un problema, comuníquese con el funcionario de privacidad en virtud de la HIPAA en:

Oficial de Privacidad de HIPAA
257 N Butte Street, Willows, CA 95988
(530) 330-8800

Si considera que se han vulnerado sus derechos a la intimidad, puede presentar una queja por escrito a las personas arriba indicadas o al secretario de Salud y Servicios Humanos, Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE.UU., Washington, D.C. 20201. No habrá represalias por presentar una queja.

Fecha efectiva: 1 de febrero de 2024.

OCHO UBICACIONES DE SERVICIO

● MÉDICO ● SERVICIOS DE SALUD CONDUCTUAL ● DENTAL

CHICO

Chico – Cohasset Road ● ● ●

DENTAL AND WOMEN'S HEALTH CENTER

500 Cohasset Road, Suite 15 | (530) 433-2500

Chico – Concord Ave ● ●

1990 Concord Ave. | (530) 809-3300

Chico – East Ave ● ● ●

845 W. East Ave. | (530) 896-9400

Chico – Springfield Drive ● ●

CHILDREN'S HEALTH CENTER

1515 Springfield Drive #175 | (530) 781-1440

Mobile Dental Clinic ●

(530) 520-6913

RED BLUFF

Red Bluff ●

2500 N. Main St. | (530) 529-2567

WILLOWS

Willows ● ● ●

207 N. Butte St. | (530) 934-4641

WOODLAND

Woodland – Court Street ● ●

175 W. Court St. | (530) 661-4400

Woodland – Gibson Road ● ●

1280 E. Gibson Rd. | (530) 650-4500

Esta guía es proporcionada por Northern Valley Indian Health, Inc.



Northern Valley Indian Health

YOUR HEALTH. OUR MISSION.

www.nvih.org



facebook.com/northernvalleyindianhealth



@northernvalleyindianhealth