

Estimado paciente: Debido a los nuevos reglamentos sobre informes, ahora se requiere la siguiente información de cada paciente. Tenga en cuenta que toda la información es confidencial. Necesitaremos recopilar esta información anualmente.

Información del paciente

Apellido		Nombre		MI	Fecha de nacimiento
Dirección		Apt./Unidad	Ciudad		Estado Código postal
Número de Seguro Social	Sexo ☐ Hombre ☐ Mujer		Dirección de correo electrónico		
Por favor marque el teléfono principal		☐ teléfono residencial ()	☐ teléfono celular ()	☐ teléfono de trabajo ()	
Idioma principal: ☐ Inglés ☐ Español ☐ Otro: _____				¿Necesita un intérprete? ☐ Sí ☐ No	
Raza (marque todos los que correspondan)		☐ India asiática ☐ Filipino ☐ Otro asiático ☐ Nativo de las islas del Pacífico ☐ Negro o Afroamericano ☐ Blanco ☐ Chino ☐ Japonés ☐ Nativo de Hawái ☐ Guameño o Chamorro ☐ Indígena americano/Nativo de Alaska ☐ Prefiero no responder ☐ Coreano ☐ Vietnamés ☐ Samoano			
Etnicidad:		☐ Mexicano ☐ Chicano ☐ Cubano ☐ No Hispano/Latino ☐ Mexico Americano ☐ Puertorriqueño ☐ Hispano/Latino ☐ Prefiero no responder			Sexo de Nacimiento: ☐ Hombre ☐ Mujer
Orientación Sexual: ☐ Heterosexual ☐ Homosexual ☐ Bisexual ☐ No sé ☐ Prefiero no responder ☐ Otro: _____					
Identidad de Género: (¿Cómo Se Identifica Usted)?		☐ Hombre ☐ Femenino a masculino/Transexual masculino/Hombre Trans ☐ Género Queer ☐ Otro: _____ ☐ Mujer ☐ masculino a femenino/Transexual femenino/ Mujer Trans ☐ Prefiero no responder			
Estado civil: ☐ Casado ☐ Soltero ☐ Divorciado ☐ Viudo		Seguro médico: ☐ Medicare ☐ Medi-Cal ☐ Ninguno ☐ Otro: _____		¿Tiene una Directiva Avanzada? ☐ Sí ☐ No	
¿Es usted un Veterano? ☐ Sí ☐ No		¿Eres trabajador agrícola? ☐ Sí ☐ No <i>En caso afirmativo, seleccione una clase de trabajo:</i> ☐ Trabajadores agrícolas migratorios ☐ Trabajadores agrícolas estacionales			

¿Esta usted sin hogar en este año? (Enero – Diciembre): ☐ Sí ☐ No

En caso afirmativo, por favor seleccione una de las siguientes (correspondiente a este año):

- | | | |
|--|---|--|
| ☐ Residencia permanente (no tiene límites de tiempo, renta) | ☐ Transitoria (centro, comunidad, hogar) | ☐ Vivienda compartida (vive con otras personas temporalmente y se muda a menudo) |
| ☐ Albergue (refugios, instalaciones de acogida temporal nocturna, edificios militares) | ☐ Calle (acera, automóvil, estacionamiento, entrada de edificio, edificio público o abandonado) | ☐ Otra (hotel, motel, ocupación diaria de habitación individual) |

Farmacia

Nombre de farmacia preferida:	Dirección de farmacia:
--------------------------------------	-------------------------------

Información del cónyuge o del padre/tutor (Si corresponde):

Apellido	Nombre	Fecha de nacimiento
Por favor marque el teléfono principal		
☐ teléfono residencial ()	☐ teléfono celular ()	☐ teléfono de trabajo ()
Contacto de emergencia:		
Apellido	Nombre	Relación con el paciente
Número de teléfono ()		

Autorización para Divulgación de Información Médica y Asignación de Beneficios

Por la presente, autorizo la divulgación de información médica o cualquier otra información necesaria a mi(s) compañía(s) de seguros, o agente de la misma, para satisfacer el procesamiento de reclamos. También autorizo el pago de beneficios médicos a Hurtt Family Health Clinic por los servicios prestados. Soy financieramente responsable por el pago de servicios no cubiertos por mi seguro.

He recibido, leído y aceptado los términos y condiciones adjuntos del Paquete de Registro y reconozco que he llenado la información incluida en la mejor forma de mis capacidades.

El paquete de registro incluye los siguientes documentos:

Autorización para el tratamiento
Aviso de privacidad de la HIPAA

Carta de Derechos del Paciente
Responsabilidades del paciente

Directiva anticipada
Consentimientos adicionales

Firma:	Relación con el paciente	Fecha:
---------------	---------------------------------	---------------

Información del programa del centro de salud para pacientes sin seguro o con seguro insuficiente

¡La Hurtt Family Health Clinic se preocupa por la salud de su familia! Como su centro médico, trabajamos duro para brindarle servicios de atención médica de alta calidad, con bajo costo o sin costo para usted y su familia, según su capacidad de pago. También nos asociamos con nuestras familias para evaluar e inscribir a nuestros pacientes en muchos programas de salud ofrecidos por el gobierno local, estatal y federal para brindarle las mejores opciones para cubrir el costo de su atención médica. *Tenga en cuenta que cada uno de estos programas requiere ciertos documentos e información, y apreciamos su cooperación al darnos esta información.*

El **programa de escala de tarifas variable** se basa en los ingresos y el tamaño de la familia. Este programa está determinado por las guías federales de pobreza anuales. Los pacientes recibirán un descuento porcentual según la escala de tarifas variable.

Para solicitar cualquier programa de salud disponible, se requiere la siguiente documentación:**Verificación de Ingresos: (Solamente uno (1) de los siguientes)**

- Talón de cheque de pago actual
- Declaración de impuestos
- Carta del empleador, familiar o amigo que ayuda con los gastos.

Identificación: (Solamente uno (1) de los siguientes)

- Licencia de Conducir (Actual)
- Tarjeta de identificación con foto emitida por el gobierno
- Tarjeta de identificación escolar con fotografía
- Tarjeta de identificación con fotografía para cambio de cheques

Prueba de domicilio: (Solamente uno (1) de los siguientes)

- Factura de servicios públicos con su nombre y dirección
- Licencia de conducir (actual)
- Recibo o acuerdo de alquiler o arrendamiento
- Cualquier correo (no spam) a un paciente adulto o a un niño (menor de 18 años), padre o tutor en los últimos 60 días.

Como paciente de HFHC, usted será responsable de lo siguiente:

- Someter toda la información requerida para cualquier programa de salud al momento del servicio.
- Someter información actualizada anualmente
- Dar un pago en el momento del servicio

El personal de HFHC está disponible para ayudarle con cualquier pregunta que pueda tener sobre este programa y las opciones de pago razonables que se adapten a sus necesidades. Si tiene preguntas, llame al centro de llamadas al (714) 247-0300. Ayúdenos a continuar brindando servicios de atención médica a todos los necesitados, pagando lo que pueda y recuerde que ***nadie será rechazado por no poder pagar.*** ***Sabemos que usted tiene opciones cuando se trata de la atención médica de su familia y le agradecemos que haya elegido Hurtt Family Health Clinic para sus necesidades de atención médica.***

This area for office use only:
☐ Initial ☐ Annual Review

☐ Update/Reason for Update: ☐ Income ☐ Marital Status ☐ Address ☐ Family Size ☐ Work Status ☐ Insurance Coverage

Nombre del Paciente:		Fecha de Nacimiento:	Patient is eligible for Column of Sliding Fee Scale Table which means he/she is responsible for of clinic charges.
Verificado con (escoja una de las opciones): ☐ Licencia de Manejar ☐ Pasaporte ☐ Seguro Social ☐ VISA ☐ Tarjeta de Residencia ☐ Otro _____		Lugar de Nacimiento: (ciudad, estado y país)	
Nombre del Padre/Madre o Guardian:		Relacion con el paciente:	
Domicilio: (Verificado por: ☐ Licencia de Manejar del Estado ☐ Factura de Servicios ☐ Acuerdo de Renta/Alquiler)			
Numero de Telefono de Casa:		Numero de Telefono de Celular:	
¿Número de personas viviendo en el hogar? (Solo incluya a los miembros de familia los cuales son responsables el uno por el otro, tal como esposos, hijos dependientes y los padres de los hijos dependientes)			
NOMBRE:		EDAD:	# DE SEGURO SOCIAL:
NOMBRE:		EDAD:	# DE SEGURO SOCIAL:
NOMBRE:		EDAD:	# DE SEGURO SOCIAL:
NOMBRE:		EDAD:	# DE SEGURO SOCIAL:
Ingreso Bruto del Paciente:		Ingreso Bruto del Esposo/a:	Ingreso Bruto Total del Hogar:
☐ Mensual ☐ Anual		☐ Mensual ☐ Anual	☐ Mensual ☐ Anual
Fuente de Ingresos: ☐ Empleo ☐ Empleado Independiente ☐ Desempleo ☐ Incapacidad ☐ Beneficios del Seguro Social ☐ Ingreso Suplementario del Seguro ☐ Manutención de los hijos ☐ Carta de familiar o amigo que apoya financieramente al paciente ☐ Otro _____			
Que comprobante uso para verificar los ingresos? ☐ Talon de Cheque ☐ Taxes ☐ Otro (especifique) _____ ☐ No tengo forma de presentar Comprobante de mis Ingresos y certifico que este es el INGRESO DE MI HOGAR, de acuerdo a mi conocimiento: _____			
Al firmar abajo, reconozco que el Programa de Descuento no es una aseguranza medica sino mas bien un programa interno para nuestros pacientes que no tienen aseguranza y que no son elegibles para aseguranza medica publica. Referente a los descuentos por servicios, estoy al tanto de lo siguiente: - Los descuentos para servicios y recetas medicas estan basados en <u>el ingreso del hogar</u>. Los documentos correspondientes deben ser presentados antes de que podamos dar consideracion a suaplicacion. - Los descuentos seran aplicados por servicios prestados de acuerdo a cuando fue <u>recibida</u> la aplicacion; siempre y cuando los documentos correspondientes sean presentados en 30 dias de la fecha de la aplicacion. - Entiendo que para continuar en este programa tengo que aplicar anualmente.			
☐ Estoy de acuerdo en que toda la informacion anotada arriba es verdadera segun mi conocimiento. Entiendo que el dar informacion falsa o el no proveer cualquier documento requerido durante 30 dias del dia de mi visita medica a la clinica hara que mi aplicación sea rechazada. ☐ Me niego a participar en el programa de escala de tarifas variables.			
Firma del Paciente/Padre o Guardian:		Relacion con el Paciente:	Fecha:
Recibida por Personal del la clinica:			Fecha:

Aviso de Prácticas de Privacidad Formulario de consentimiento

Nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad proporciona información sobre cómo podemos usar o divulgar información de salud protegida.

El aviso contiene una sección de derechos del paciente que describe sus derechos conforme a la ley. Usted confirma que ha revisado nuestro aviso antes de firmar este consentimiento con su firma.

Los términos de la notificación pueden cambiar, si es así, se le notificará en su próxima visita para actualizar su firma/fecha.

Usted tiene derecho a restringir la forma en que se usa y divulga su información médica protegida para el tratamiento, el pago o las operaciones de atención médica. No estamos obligados a estar de acuerdo con esta restricción, pero si lo hacemos, respetaremos este acuerdo. La ley HIPAA (Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos de 1996) permite el uso de la información para el tratamiento, el pago o las operaciones de atención médica.

Al firmar este formulario, usted da su consentimiento para que usemos y divulguemos su información médica protegida y el uso potencialmente anónimo en una publicación. Tiene derecho a revocar este consentimiento por escrito, firmado por usted. Sin embargo, dicha revocación no tendrá carácter retroactivo.

Al firmar este formulario, entiendo que:

- La información médica protegida puede divulgarse o usarse para tratamiento, pago u operaciones de atención médica.
- El estudio se reserva el derecho de cambiar la política de privacidad según lo permita la ley.
- El consultorio tiene derecho a restringir el uso de la información, pero no está obligado a aceptar esas restricciones.
- El paciente tiene derecho a revocar este consentimiento por escrito en cualquier momento y todas las divulgaciones

¿Podemos llamarle, enviarle un correo electrónico o un mensaje de texto para confirmar las citas?

☐ Sí

☐ No

¿Podemos dejar un mensaje en el contestador automático de su casa o en su teléfono móvil?

☐ Sí

☐ No

¿Podemos hablar sobre su condición médica con cualquier miembro de su familia?

☐ Sí

☐ No

En caso afirmativo, enumere a las personas que le gustaría que tuvieran acceso a su facturación, cita o información de salud, como su cónyuge, cuidador u otro miembro de la familia. Esto excluye la información que está protegida por las leyes estatales y federales.

Apellido	Nombre	Relación	Número de teléfono ()

Firma (paciente o representante legal)

Fecha

Si está firmado por otra persona que no sea el paciente, indique la relación: _____

Nombre en letra de molde: _____
(paciente o representante legal)

Intercambio de información médica (HIE)**AUTORIZACIÓN PARA QUE EL AGENTE CONSIENTE AL TRATAMIENTO MÉDICO DE UN MENOR**

Autorizo _____ a dar su consentimiento para una radiografía,
(nombre completo de un adulto al que se le ha confiado el cuidado de un menor)

examen, inmunizaciones, anestesia, todos servicios médicos, dentales y de salud mental, o diagnóstico o tratamiento

quirúrgico y cuidados de hospital a _____ siendo aconsejado por un médico y
(nombre completo del menor)

cirujano con licencia y proporcionado por ese médico o bajo la supervisión de ese médico, sin afecto de donde se

proporciona el tratamiento.

Esta autorización se realiza bajo el Código Familiar §6910.

Esta autorización reemplaza cualquier solicitud previa de autorización para tratar a un menor presentado antes de la fecha a continuación. Permanece vigente hasta que se revoque por escrito.

Firma (paciente o representante legal)

Fecha

Si está firmado por otra persona que no sea el paciente, indique la relación: _____

Nombre en letra de molde: _____
(paciente o representante legal)

This page is left blank intentionally

Determinantes sociales de la salud

Toda la información de este formulario es CONFIDENCIAL

Dinero y recursos
¿Cuál es su situación de vivienda? ☐ Tengo vivienda ☐ No tengo vivienda (vivo con otras personas, en un hotel, en un albergue, vivo en la calle, en una playa, en un automóvil o en un parque) ☐ Prefiero no responder a esta pregunta
¿Le preocupa poder perder su vivienda? ☐ Si ☐ No ☐ Prefiero no responder a esta pregunta ¿Le preocupa hoy la situación de su vivienda? (Por favor, escriba):
¿Cuál es el nivel de escuela más alto que ha completado? ☐ Menos de escuela preparatoria ☐ Diploma de preparatoria o GED ☐ Mas de escuela preparatoria ☐ Prefiero no responder esta pregunta
¿Cuál es su situación de trabajo? ☐ Desempleado, pero en busca de trabajo ☐ Trabajo de tiempo parcial o temporal ☐ Trabajo de tiempo completo ☐ Desempleado, pero no en busca de trabajo (estudiante, jubilado, incapacitado, cuidador principal no remunerado) ☐ Prefiero no responder a esta pregunta
Durante el último año, ¿usted o algún miembro de su familia tuvieron que dejar de comprar algo que realmente se necesitaba entre las siguientes opciones? Marque todas las que correspondan. ☐ Alimentos ☐ Servicios públicos ☐ Ropa ☐ Cuidado infantil ☐ Medicamentos o cualquier tipo de salud ☐ Teléfono ☐ Prefiero no responder a esta pregunta ☐ Otro (Por favor escriba):
¿La falta de transporte le ha impedido acudir a consultas médicas, reuniones, al trabajo o conseguir cosas necesarias para la vida cotidiana? Marque todas las que correspondan. ☐ Sí, me ha impedido acudir a consultas médicas o a recoger mis medicamentos ☐ Sí, me ha impedido ir a reuniones o citas no médicas, al trabajo o conseguir cosas que necesito ☐ No ☐ Prefiero no responder a esta pregunta ¿Le preocupa hoy el transporte? (Por favor, escriba):
Salud social y emocional
¿Con qué frecuencia ve o habla con personas cercanas a usted? (Por ejemplo: conversar con amigos por teléfono, visitar a amigos o familiares, asistir a la iglesia o a reuniones sociales) ☐ Menos de una vez por semana ☐ 1 o 2 veces por semana ☐ 3 o 5 veces por semana ☐ 5 o más veces por semana ☐ Prefiero no responder a esta pregunta
¿Qué tan estresado se encuentra? Estrés es cuando alguien se siente tenso, nervioso, ansioso o no puede dormir a la noche porque su mente está preocupada. ☐ Para nada ☐ Un poco ☐ Algo ☐ Bastante ☐ Mucho ☐ Prefiero no responder a esta pregunta
Preguntas adicionales
En el último año, ¿ha pasado más de 2 noches seguidas en una cárcel, prisión, centro de detención o centro correccional juvenil? ☐ Si ☐ No ☐ Prefiero no responder a esta pregunta
¿De qué país es usted? ☐ Estados Unidos de América ☐ Otro: _____ ☐ Prefiero no responder a esta pregunta
¿Es refugiado? ☐ Si ☐ No ☐ Prefiero no responder a esta pregunta
¿Se siente física o emocionalmente seguro en su lugar de residencia? ☐ Si ☐ No ☐ No estoy seguro ☐ Prefiero no responder a esta pregunta ¿Tiene alguna otra preocupación hoy? (Por favor, escriba):
Durante el último año, ¿tuvo miedo de su pareja o expareja, o un miembro de su familia o grupo de amigos? ☐ Si ☐ No ☐ No estoy seguro ☐ Prefiero no responder a esta pregunta ¿Tiene alguna otra preocupación hoy? (Por favor, escriba):

This page is left blank intentionally

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO

Este documento concede permiso para el uso de fotografías, videos, u otras formas de medios de comunicación relacionado con el paciente mencionado en este documento. Esta autorización cumple con todas las leyes y regulaciones sobre la privacidad del cuidado de salud, incluyendo Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA).

Información del Paciente:

Número del expediente: _____ Nombre: _____

Autorización para Uso/Divulgación:

Yo, el firmante, autorizo a Hurtt Family Health Clinic, sus representantes y afiliados, incluyendo a los proveedores de salud, personal de la clínica, y terceros aprobados a obtener fotografías y video en cual yo aparezco.

Propósito para la Divulgación:

Las fotografías y videos se pueden usar para las funciones indicadas:

- Redes sociales (e.g. Facebook, Instagram, LinkedIn)
- Boletín
- Página de internet de Hurtt Family Health Clinic
- Otras plataformas o medios de comunicación que Hurtt Family Health Clinic gestiona para el uso publico

Términos y Condiciones:

- Yo entiendo que las fotografías y videos se pueden usar o ser divulgadas para los propósitos indicados en este documento y pueden ser compartidas con administradores de tercero (e.g., plataformas públicas).
- Yo entiendo que puedo rechazar a firmar este documento y mi rehúso no afectara mi tratamiento médico o elegibilidad de beneficios.
- Yo puedo revocar esta autorización de divulgación a cualquier momento al proveer mi revocación por escrito. Sin embargo, esta revocación no aplicara a materiales ya en uso o preparados antes de la revocación.
- Yo reconozco que no tengo derecho a compensación por el uso de las fotografías y videos o materiales relacionados.

Expiración de la Autorización:

Esta autorización permanecerá vigente hasta:

- Fecha: _____ Deje en blanco si decide no expirar esta autorización.

Reconocimiento y Liberación:

- ☐ Por la presente libero y eximo de responsabilidad a Hurtt Family Health Clinic, sus representantes, y administradores de tercero autorizados por medio de este documento de cualquier y toda responsabilidad derivada del uso o divulgación de los medios autorizados.

Firma del Paciente: _____ Fecha: _____

Si el paciente es menor de edad o incapaz de dar autorización:

Nombre del Representante: _____ Relación al paciente: _____

Firma del Representante: _____ Fecha: _____

Q

☐ **Rechazo dar autorización** Firma: _____ Fecha: _____

This page is left blank intentionally

Materiales de Información:

La siguiente información es para todos los pacientes de Hurtt Family Health Clinic

1. Autorización para el tratamiento
2. Aviso de Prácticas de Privacidad de HIPAA
3. Declaración de Derechos del Paciente
4. Responsabilidades del paciente
5. Directiva anticipada
6. Consentimientos adicionales

AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO

La atención médica es un servicio de atención al paciente en respuesta a una amplia gama de necesidades de atención médica de pacientes de todas las edades independientemente de su sexo, color, raza, credo, origen nacional o discapacidad, cinco días a la semana. Hurtt Family Health Clinic utiliza prácticas basadas en evidencia para tomar decisiones sobre el tratamiento y con el fin de proporcionar atención médica de alta calidad para todos los pacientes.

El propósito de la atención médica es:

1. Tratar enfermedades, lesiones y discapacidades mediante el examen, las pruebas y el uso de procedimientos según sea necesario, en ayuda de diagnóstico o tratamiento.
2. Obtener la información necesaria para el diagnóstico y examen de pacientes.
3. Prevenir o minimizar la discapacidad física y mental residual.
4. Ayudar a los pacientes a alcanzar su máximo potencial dentro de sus capacidades.
5. Acelerar la convalecencia y reducir la longitud de la recuperación funcional.

Todos los procedimientos se le explicarán a fondo antes de que se le pida que los realice. Se espera que coopere plenamente con el examen y detenga cualquier prueba o procedimiento antes de experimentar cualquier aumento en su nivel actual de dolor o malestar. Existen ciertos riesgos inherentes con la atención médica; si tiene alguna inquietud sobre su tratamiento propuesto según lo descrito por su proveedor, hágales saber antes del examen o procedimiento. El médico o proveedor que lo atiende tomará todas las precauciones para asegurarse de que usted está protegido de cualquier situación potencialmente peligrosa. Nunca se verá obligado a realizar ningún procedimiento que no desee realizar. De acuerdo con la información anterior, usted acepta cooperar plenamente y participar en todos los procedimientos de atención médica y cumplir con el plan de atención tal como se establece.

****Aviso a los pacientes: Para su seguridad personal, no utilice ningún equipo sin un miembro del personal presente.***

AVISO DE PRIVACIDAD DE HIPAA

Este aviso describe cómo se puede utilizar y divulgar información médica sobre usted y cómo puede obtener acceso a esta información. Por favor, revíselo cuidadosamente.

Usos y divulgaciones:

1. **TRATAMIENTO:** Usaremos y divulgaremos su información para proporcionar, coordinar o administrar su atención médica y cualquier servicio relacionado. Esto podría incluir la coordinación de la gestión de su atención médica con un tercero. Por ejemplo, divulgaríamos su información médica protegida, según sea necesario a una agencia de salud en el hogar que le proporcione atención. Otro ejemplo incluye proporcionar información a un médico a quien se le ha referido para asegurar la información correcta para su diagnóstico.
2. **PAGO:** Su información médica protegida se utilizará, según sea necesario, para obtener el pago de sus servicios de atención médica. Por ejemplo, la obtención de la aprobación para una estancia hospitalaria puede requerir que su información sea revelada al plan de salud para obtener la aprobación para el ingreso hospitalario.
3. **OPERACIONES DE CUIDADO DE SALUD:** Podemos usar o divulgar su información médica protegida, según sea necesario, con el fin de apoyar las actividades comerciales de la práctica de su médico. Estas actividades

incluyen, pero no se limitan a, actividades de evaluación de la calidad, actividades de revisión de empleados, capacitación de estudiantes de medicina, licencias y la realización o organización de otras actividades comerciales. Por ejemplo, podemos divulgar su información médica protegida a estudiantes de escuelas de

medicina que ven pacientes en nuestra oficina. Asimismo, podemos usar la hoja del Formulario de registro de pacientes firmado en el inicio de sesión, donde se le pedirá que indique a su médico. También podemos llamarlo por su nombre en la sala de espera y llamarlo para recordarle su cita.

4. Podemos usar o divulgar su información médica protegida en las siguientes situaciones sin su autorización: según lo exija la ley, cuestiones de salud pública según lo exija la ley, enfermedades transmisibles, supervisión de la salud, abuso o negligencia, requisitos de la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA), procedimientos judiciales, aplicación de la ley, jueces de instrucción, directores de funerarias, y para la donación de órganos, investigación, actividades criminales y militares, seguridad nacional, compensación a los trabajadores, reclusos. Uso y divulgaciones requeridos; bajo la ley, debemos hacer divulgaciones a usted y cuando lo requiera el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos para investigar o determinar nuestro cumplimiento de los requisitos de la Sección 164.500.
5. Otros usos y divulgaciones permitidos y requeridos SOLAMENTE se harán con su consentimiento o autorización por escrito o la oportunidad de objetar a menos que LO REQUIERA LA LEY. Usted puede revocar esta autorización en cualquier momento, por escrito, excepto en la medida en que su médico o la práctica de los médicos haya tomado una acción en función del uso o divulgación indicado en la autorización.

Por el presente doy mi consentimiento para el uso y divulgación de todos los datos médicos sobre mí o mis hijos menores de edad para usos permitidos por la ley, incluso para los siguientes propósitos:

1. Revisión por parte de médicos, hospitales, otros proveedores de atención médica y su personal que nos trata.
2. Revisión por parte de las aseguradoras, administradores y otras personas que puedan pagar el costo de nuestro tratamiento.
3. Revisión por parte de los funcionarios de atención médica cuando los estatutos, reglamentos o deberes profesionales así lo requieran.

DIRECTIVA DE CUIDADO DE SALUD AVANZADA (AHCD)

Un AHCD es una manera de dar a conocer sus deseos de atención médica si usted no puede hablar por sí mismo o prefiere que otra persona hable por usted. Un AHCD puede cumplir una o ambas de estas funciones:

1. Poder notarial para el cuidado de la salud (para nombrar a un agente)
2. Instrucciones para el cuidado de la salud (para indicar sus deseos)

Si desea completar un AHCD o desea información adicional, hágale saber al representante de Servicios al Paciente y se le proporcionará un paquete de AHCD y una hoja de preguntas frecuentes.

Si actualmente tiene un AHCD, proporcione una copia para sus registros médicos tan pronto como sea posible.

CONSENTIMIENTOS ADICIONALES

DOCUMENTOS LEGALES APLICABLES PARA MENORES

Para todos los pacientes menores (menores de 18 años), se pedirá a los tutores legales que muestren documentación para demostrar que existe una relación legal. Esto es tanto para la seguridad del niño y tutor y para asegurarse de que el padre o tutor legalmente designado es responsable de tomar decisiones médicas en nombre del menor. Se requieren documentos legales aplicables relacionados con la custodia, el divorcio, la separación, la adopción o el cambio de nombre de un padre o hijo.

*Todos los menores deben tener un certificado de nacimiento en el archivo antes de ser vistos por un proveedor. *

CONSERVACIÓN LIMITADA

Las tutelas limitadas son para adultos con discapacidades del desarrollo que no pueden tomar decisiones médicas en su propio nombre. Si un paciente no puede tomar decisiones médicas en su propio nombre debido a una discapacidad del desarrollo, se requerirá documentación legal que designe al conservador. La prueba de tutela debe presentarse en el momento del registro y antes de que el paciente pueda ser atendido por un proveedor. La documentación debe incluir el derecho del conservador a dar su consentimiento para el tratamiento médico en nombre del paciente.

Aviso de CAIR

Las inmunizaciones o vacunas previenen las enfermedades graves. Las pruebas de detección de

tuberculosis (TB) ayudan a determinar si usted puede tener una infección de TB y pueden ser necesarias para la escuela o el trabajo. Llevar el control de las vacunas/pruebas de TB que usted recibió puede resultar difícil. Es especialmente difícil si más de un médico las realizó. En la actualidad, los médicos usan un sistema de computación seguro denominado registro de inmunizaciones para llevar el control de las vacunas y pruebas de TB. Si cambia de médico, su médico nuevo puede usar el registro para consultar los antecedentes de vacunas/pruebas de TB. Usted tiene derecho a limitar quién puede acceder a sus registros en el Registro de Inmunizaciones de California (CAIR)

Hechos dentales

Lee la hoja de datos dentales adjunta.

DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DEL PACIENTE

Como paciente de Hurtt Family Health Clinic, usted tiene derecho a:

1. Acceso a la atención: Se otorgará a las personas acceso imparcial al tratamiento o adaptaciones en cuanto a sus solicitudes y necesidades de tratamiento o servicios que estén dentro de la capacidad, disponibilidad, misión declarada y leyes y regulaciones aplicables de la clínica de salud.
2. Respeto y dignidad: Todas las personas, ya sean adultas, adolescentes o recién nacidas, tienen derecho a una atención considerada y respetuosa en todo momento y en toda circunstancia, con reconocimiento de su dignidad personal y de las variables psicosociales, espirituales y culturales que influyen en sus percepciones de la enfermedad.
3. Privacidad y confidencialidad: El paciente (o su padre o representante legal designado) tiene derecho, dentro de la ley, a la privacidad personal e informativa, manifestada por el derecho a:
 - a. Recibir el tratamiento adecuado en el entorno menos restrictivo disponible.
 - b. Recibir información sobre su estado de salud, diagnóstico, pronóstico, curso del tratamiento, perspectivas de recuperación y resultados de la atención (incluidos los resultados imprevistos) en términos que pueda entender.
 - c. Negarse a hablar o ver a cualquier persona que no esté oficialmente relacionada con la clínica de salud, incluidos los visitantes, o las personas oficialmente relacionadas con la clínica de salud pero que no estén directamente involucradas en su atención.
 - d. Vestir ropa personal adecuada y artículos religiosos u otros objetos simbólicos, siempre que no interfieran con los procedimientos de diagnóstico o tratamiento.
 - e. Ser entrevistado y examinado en un entorno diseñado para asegurar una privacidad audiovisual razonable. Esto incluye el derecho a que una persona de su propio sexo esté presente durante ciertas partes de un examen físico, tratamiento o procedimiento realizado por un profesional de la salud del sexo opuesto.
 - f. Participar en el desarrollo e implementación de su plan de atención
 - g. Esperar que cualquier discusión o consulta relacionada con el caso del paciente, ya sea adulto, adolescente o recién nacido, se lleve a cabo con discreción, y que las personas que no estén directamente involucradas en su atención no estén presentes sin su permiso.
 - h. Solicitar o rechazar el tratamiento, en la medida en que lo permita la ley. Sin embargo, usted no tiene derecho a exigir tratamientos o servicios inapropiados o médicamente innecesarios.
 - i. Tener derecho a revisar su historial médico y a que se le explique la información, excepto cuando la ley lo restrinja.
 - j. Hacer que los registros médicos sean leídos solo por personas directamente involucradas en el tratamiento o en el monitoreo de su calidad, y por otras personas solo con la autorización escrita del paciente (o de sus padres o representante legal designado). Cuando los registros se entregan a las aseguradoras, se enfatiza esa confidencialidad.
 - k. Tratamiento de todas las comunicaciones y registros. Recibirá un "Aviso de Prácticas de Privacidad" por separado que explica sus derechos de privacidad en detalle y cómo podemos usar y divulgar su información médica protegida.

- I. Esperar que todas las comunicaciones y otros registros relacionados con su atención, incluida la fuente de pago del tratamiento, se traten como confidenciales.
 - m. Ser colocado en privacidad protectora cuando se considere necesario para la seguridad personal.
 4. Seguridad personal: El paciente, ya sea adulto, adolescente o recién nacido, tiene derecho a esperar una seguridad razonable en lo que respecta a las prácticas y el entorno de la clínica de salud. Esto incluye el derecho a un entorno de trato humano que brinde una protección razonable contra daños y una privacidad adecuada por razones personales.
 5. Identidad: El paciente (o su padre o representante legal designado) tiene derecho a conocer la identidad y el estado profesional de las personas que le prestan servicios y a saber qué médico u otro profesional es el principal responsable de su atención.
 6. Información: El paciente (o su padre, madre o representante legal designado) tiene derecho a obtener del profesional responsable de la coordinación de su atención información completa y actualizada sobre su diagnóstico (en la medida en que se conozca), el tratamiento y cualquier pronóstico conocido.
 7. Comunicación: Cuando el paciente (o su padre o representante legal designado) no habla o no entiende el idioma predominante de la comunidad, debe tener acceso a un intérprete.
 8. Consentimiento: El paciente (o su padre o representante legal designado) tiene derecho a la información necesaria para permitirle, en colaboración con el profesional de la salud, tomar decisiones de tratamiento relacionadas con su atención médica que reflejen sus deseos.
 9. Consulta:
 - a. El paciente (o su padre o representante legal designado) tiene derecho a aceptar atención médica o a rechazar el tratamiento en la medida permitida por la ley y a ser informado de las consecuencias médicas de dicha negativa. Cuando la negativa al tratamiento por parte del paciente (o de sus padres o representante legal designado) impida la prestación de una atención adecuada de acuerdo con las normas éticas y profesionales, la relación con el paciente podrá terminarse con un preaviso razonable.
 - b. Examinar y recibir una explicación de la factura de la clínica, independientemente de la fuente de pago.
 10. Transferencia y continuidad de la atención: Un paciente tiene derecho a esperar que la clínica de salud brinde los servicios de salud necesarios lo mejor que pueda. Es posible que se recomiende tratamiento, derivación o traslado. Si se recomienda o solicita el traslado, se informará al paciente de los riesgos, beneficios y alternativas.
 11. Delimitación de los derechos del paciente: Los derechos del paciente pueden ser delineados en nombre del paciente, en la medida en que lo permita la ley, al tutor del paciente, al pariente más cercano o a la persona responsable legalmente autorizada.
 12. Reglas y regulaciones: El paciente (o su padre o representante legal designado) debe ser informado de las reglas y regulaciones de la clínica de salud aplicables a su conducta como paciente.
 13. Derechos: Recibir atención sin distinción de sexo, situación económica, antecedentes educativos, raza, color, edad, religión, ascendencia, origen nacional, orientación sexual, identidad o expresión de género, estado civil, estado de pareja doméstica registrada, discapacidad, condición médica, información genética, ciudadanía, idioma principal, estado migratorio (excepto según lo requiera la ley federal) o capacidad de pago (definida por escala móvil).

Responsabilidades del paciente

La atención médica es una responsabilidad compartida. Participar en discusiones, hacer preguntas, buscar información y explorar alternativas mejora la comunicación y la comprensión de la salud y el tratamiento. Como paciente de Hurtt Family Health Clinic, usted tiene las siguientes responsabilidades:

1. Se espera que los pacientes, así como sus familiares, representantes y visitantes, reconozcan y respeten los derechos de nuestros otros pacientes, visitantes y personal. No se tolerarán las amenazas, la violencia, la comunicación irrespetuosa o el acoso de otros pacientes o de cualquier miembro del personal del centro médico, por cualquier motivo, incluso debido a la edad, ascendencia, color, cultura, discapacidad (física o intelectual), etnia, género, identidad o expresión de género, información genética, idioma, estado

- militar/veterano, origen nacional, raza, religión, orientación sexual u otro aspecto de diferencia de una persona. Esta prohibición se aplica al paciente, así como a sus familiares, representantes y visitantes.
2. Respetar los derechos y la propiedad de otros pacientes y del personal y las instalaciones de Hurtt Family Health Clinic. Al igual que usted desea privacidad, un ambiente tranquilo y un trato cortés, también lo desean otros pacientes. Usted tiene la responsabilidad de seguir las reglas y regulaciones de la organización, limitar sus visitantes y usar el teléfono, cortésmente para no molestar a los demás.
 3. Además, no se aceptarán las solicitudes de cambios de proveedor u otro personal médico en función de la raza, etnia, religión, orientación sexual o identidad de género de esa persona. Las solicitudes de cambios de proveedor o de personal médico basadas en el género se considerarán caso por caso y solo en función de circunstancias atenuantes.
 4. Absténgase de usar un dispositivo inteligente para grabar su experiencia en formato de audio, video o fotografía en Hurtt Family Health Clinic sin el consentimiento de todos los involucrados, incluidos los médicos, enfermeras y otro personal del Centro Médico. Tenga en cuenta que la grabación no autorizada viola la ley del estado de California y está prohibida. Para discutir cualquier inquietud sobre el establecimiento de confianza, comuníquese con el gerente de la clínica que lo está cuidando para obtener apoyo.
 5. Para la seguridad de todos los pacientes, visitantes, profesores y personal, no traiga armas, productos alcohólicos o sustancias ilegales a la propiedad del sistema de salud, incluidas, entre otras, pistolas, cuchillos, gas pimienta (o similar) o pistolas Taser/paralizantes, etc. Esto puede llevar a la expulsión de la Clínica de Salud Familiar Hurtt.
 6. El paciente (o su padre o representante legal designado) tiene la responsabilidad de proporcionar, a su leal saber y entender, información precisa y completa sobre quejas presentes, enfermedades pasadas, hospitalizaciones, medicamentos y otros asuntos relacionados con su salud.
 7. El paciente (o su padre o representante legal designado) tiene la responsabilidad de informar al médico responsable de los cambios inesperados en su condición. Un paciente es responsable de hacer saber si comprende claramente un curso de acción contemplado y lo que se espera de él.
 8. Un paciente (o su padre o representante legal designado) es responsable de seguir el plan de tratamiento recomendado por el médico principal responsable de su atención.
 9. El paciente (o sus padres o representante legal designado) es responsable de sus acciones si rechaza el tratamiento o no sigue las instrucciones del médico. Si el paciente no puede seguir con el tratamiento, es responsable de informar al médico principal responsable de su atención.
 10. El plan más efectivo es aquel con el que todos los participantes están de acuerdo y que se lleva a cabo al pie de la letra. Es su responsabilidad decirle a su proveedor de atención médica si puede o no y si desea seguir el plan de tratamiento recomendado para usted.
 11. La salud de un paciente depende no solo de su atención, sino también, a largo plazo, de las decisiones que tome en su vida diaria. Es responsable de reconocer el efecto del estilo de vida en su vida personal.
 12. Aceptar las consecuencias de sus propias decisiones y acciones, si decide rechazar el tratamiento o no cumplir con el plan de atención, tratamiento y servicio ofrecido por su proveedor de atención médica.
 13. Para asistir a las citas con su proveedor de cuidados de la salud. Si necesita cancelar una cita, debe hacerlo al menos 24 horas antes de la hora de su cita.
 14. Para asegurarse de que sus obligaciones financieras para su atención médica se cumplan pagando las facturas con prontitud. Los pagos atrasados aumentan los cargos generales. Usted es responsable de trabajar con el personal de Hurtt Family Health Clinic, de hacer arreglos de pago y de proporcionar la información necesaria para determinar cómo se pagará su factura.
 15. Cualquier comportamiento abusivo o irrespetuoso puede resultar en el despido de la atención de Hurtt Family Health Clinic.

Si tiene alguna pregunta sobre estas responsabilidades del paciente, comuníquese con:

Hurtt Family Health Clinic al 714-247-0300

This page is left blank intentionally

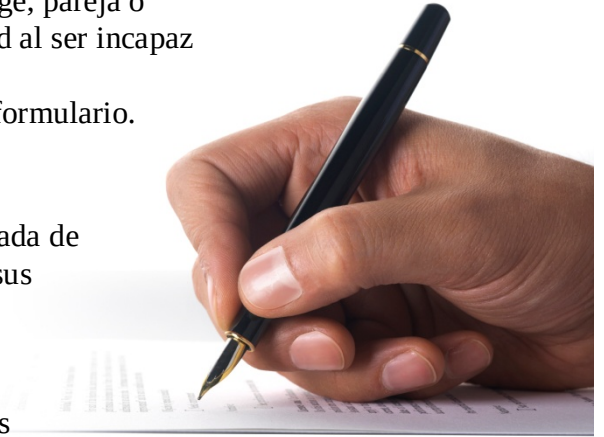
Manifestación Anticipada de Voluntad: Lo que debe saber

¿Qué es una Manifestación Anticipada de Voluntad?

- Una Manifestación Anticipada de Voluntad es un formulario legal con instrucciones escritas sobre el tipo de atención médica que quiere o no quiere recibir en caso de que se lesione, enferme o no pueda tomar decisiones por sí mismo sobre su tratamiento médico.
- En el formulario, usted puede designar a un pariente, cónyuge, pareja o amigo como su “apoderado” para tomar decisiones por usted al ser incapaz de expresar su voluntad de manera libre.
- Debe firmar su nombre y escribir la fecha de la firma en el formulario.

¿Por dónde empiezo?

- Puede escribir o completar su propia Manifestación Anticipada de Voluntad si es mayor de 18 años de edad y capaz de tomar sus propias decisiones.
- No es necesario contratar a un abogado para llenar el formulario, pero sí es necesario que un notario público o 2 testigos lo firmen. Su “apoderado” no puede ser uno de los testigos.



Designe a una persona en la que confíe.

- Después de designar a alguien, hable con esta persona detalladamente sobre el tipo de atención médica que quiere. Asegúrese de que la persona sepa sus deseos y que esté dispuesto a cumplirlos.
- Hable con su médico y “apoderado” sobre lo que quiere y deles una copia del formulario a ambos.
- Es posible que su médico le pida que firme un formulario indicando que han hablado juntos sobre la Manifestación Anticipada de Voluntad.

¿Puedo cambiar de opinión?

- Puede cambiar o anular su Manifestación Anticipada de Voluntad en cualquier momento, siempre y cuando sea capaz y esté al tanto de las decisiones que afectan su atención médica. Ser capaz significa que todavía puede pensar y expresar sus deseos claramente. También puede cambiar de “apoderado” designado.
- Asegúrese de que su médico y “apoderado” sepan los cambios.

¿Por qué firmar ahora si estoy sano?

- El momento ideal para firmar una Manifestación Anticipada de Voluntad es cuando está sano y es capaz de pensar y hablar por sí mismo. Tener un plan significa que serán cumplidos sus deseos.

¿Dónde puedo obtener una Manifestación Anticipada de Voluntad?

- La mayoría de las salas de emergencia y el Orange County Office on Aging cuentan con estos formularios conocidos como Advance Directives en inglés. Para más información, llame al **1-800-510-2020**. No es necesario usar un formulario específico. En su lugar, puede escribir y firmar sus deseos en una hoja de papel.
- Visite la página de Internet de Caring Connections **www.caringinfo.org**.