Northeast Valley Health Corporation
a california health+ center

FORMA DE REGISTRACIÓN

(La información en esta forma es requerida por nuestro reporte de Subsidio Federal y todos los pacientes deben completarla)

Nombre del Paciente: Primer Nombre	Segundo Nombre:	Apellido:
Si el paciente es un menor – nombre del padre / apoderado legal #1 y Fecha de Nacimiento: Responsable del pago? ☐ Si ☐ No	Si el paciente es un menor – nombre del padre / apoderado legal #2 y Fecha de Nacimiento: Responsable del pago? ☐ Si ☐ No	
Fecha de Nacimiento: Mes/Día/Año / /	Número del Seguro Social del Paciente:	Estado Civil: Favor de marcar uno √: ☐ Soltero(a) ☐ Casado(a) ☐ Otro

Domicilio: # y Nombre de la Calle:	Apt.	Ciudad	Estado	Código Postal

Números de Teléfono: Casa (____) _____ Celular (____) _____	Nombre y número de telefono del Contacto de Emergencia:	Ocupación del Paciente:
Ingreso Bruto Mensual del Hogar $_____ **Número Total de Familia que mantiene con estos Ingresos _____**	¿Tiene el paciente directivas médicas avanzadas? ☐ Si ☐ No (Si desea más información acerca de ésto, favor de hacernos saber) Apellido de Soltera Materno:	

Orientación Sexual e Identidad de Género

¿Qué sexo le asignaron al nacer en su certificado original? (Marque uno):	**¿Te consideras a ti mismo cómo?:**	**¿Cuál es su identidad de género actual? (Marque uno):**	**Al dirigirse a mí, utilice el siguiente pronombre:**
☐ Hombre ☐ Mujer ☐ Elijo no divulgar	☐ Derecho o heterosexual ☐ Lesbiana, gay, u homosexual ☐ Bisexual ☐ Algo más ☐ No sé ☐ Elijo no divulgar	☐ Hombre ☐ Mujer ☐ Hombre transgénero / Hombre trans / Mujer a hombre (FTM) ☐ Mujer transgénero / Mujer trans / Hombre a mujer (MFT) ☐ Género, ni exclusivamente masculino ni femenino ☐ Categoría de género adicional / (u otro), por favor especifique: _____ ☐ Elijo no divulgar	**Pronombres:** ☐ Él ☐ Ella ☐ Ellos ☐ Otro _____

A. ¿Es el paciente un veterano de cualquier rama del ejército de los EEUU? ☐ Si ☐ No

B. ¿Está el paciente sin hogar o actualmente permanence en una situación inestable de vivienda temporal? ☐ Si ☐ No

Si respondió Sí a la pregunta B, favor de contestar esta pregunta marcando el recuadro (☐) a continuación:

Yo describiría mi condición de vivienda como: ☐Compartiendo con amigos, vecinos de la familia ☐Viviendo en un albergue de desamparados o centro de violencia domestica ☐Viviendo en una vivienda de transición (programa de vivienda transitoria) ☐Ocupación de habitacion individual (SRO) ☐Viviendo en un hotel o motel ☐ Habitación individual ☐Vivienda de Apoyo Permanente ☐Viviendo en las calles o en un auto o camión ☐Viviendo en un edificio abandonado, garage sin calefacción, u otro edificio inseguro.

Si contestó **Sí a la pregunta B**, favor de contestar esta pregunta: ¿Estaría el paciente interesado en una referencia a nuestro programa con el nombre de "Transitions to Wellness" donde está disponible servicios integrales y manejo de casos para personas que están desamparadas o viviendo en situación temporal de vivienda? ☐ Si ☐ No

¿Qué idioma prefiere el paciente para?	Hablar	Leer	Necesita Interprete
Inglés	☐	☐	☐
Español	☐	☐	☐
Otro	☐	☐	☐ _____ (Identifique el idioma)

Raza: Seleccione todas las que aplique al paciente			Etnicidad: Favor marque una √:
☐ Asiático	☐ Hawaiano Nativo	☐ Islas Pacificas	☐ Hispano/Latinx (H)
☐ Negro/Africano Americano	☐ Indio Nativo/Alaska	☐ Blanco	☐ No Hispano/Latinx (N)
☐ Rehuso a Contestar			☐ Rehuso a Contestar

Estado del Seguro Médico:

¿El paciente tiene seguro médico en este momento? ☐ Si ☐No

Para Pacientes Asegurados: ¿Qué tipo(s) de aseguranza? ☐ Medi-Cal ☐ Covered California ☐ Medi-Care ☐Otro (nombre)_____
Nombre del Plan: _____ ¿Está usted asignado a Northeast Valley Health Corporation? ☐Si ☐No ☐No lo sé
Favor de tener una copia de su tarjeta de aseguranza cuando sea llamado(a) a registrarse.

Para Pacientes No Asegurados: El paciente puede ser elegible para un programa de bajos recursos administrado por el Departamento de Servicios de Salud del Condado de Los Angeles. El paciente necesitará traer documentos requeridos para aplicar a este programa. El no traer consigo esta información para la fecha indicada, podría resultar en el cobro de todos los cargos. Favor de discutir todas las opciones con un representante de la Oficina de Negocios en el Centro de Salud.

¿Está interesado en aprender más sobre nuestro programa de tarifa de descuento?
Este programa está disponible para todos los pacientes elegibles del centro de salud, independientemente del estado del seguro
☐ **Si** ☐ **No**

SÓLO PARA ADULTOS:

Autorización para divulgar información médica a familiares o seres queridos

Yo, _____, autorizo a las siguientes personas tener acceso a mis registros médicos / dentales.

Nombre	Relación	Fecha de nacimiento	Expediente médico / dental completo	¿Alguna limitación?
_____	_____	_____	☐ Sí ☐ No	_____
_____	_____	_____	☐ Sí ☐ No	_____

¿Cuánto tiempo le gustaría que estas personas tuvieran acceso a sus registros médicos / dentales por?:
☐ 1 año ☐ Sin límite de tiempo ☐ Otro _____

☐ No tengo o no deseo darle a nadie autorizacion para tener acceso a mis registros medicos/dentales. _____(iniciales)

Para revisar el Aviso de prácticas de privacidad de NEVHC vaya a nevhc.org/resources-2/patient-resources-2/

Autorización de NEVHC para contactar al paciente

En ocasiones, es necesario que su equipo medico se ponga en contacto con usted o le deje mensajes. El propósito de nuestro contacto con usted es recordarle sobre sus citas, discutir o programar exámenes, referencias o llamar para discutir un problema o inquietud. Podemos contactarlo de varias maneras. Verifique todas las formas en que podemos comunicarnos con usted (MARQUE TODO LOS QUE APLIQUEN):

☐ Correo Electrónico _____@_____
☐ Números de Teléfono _____
☐ Números para mensaje de texto_____
☐ Correo
☐ NEVHC Portal de Pacientes
☐ Tengo las siguientes preocupaciones acerca de que me contactes: _____
_____

Northeast Valley Health Corporation
a california health+ center

Date: ____/_____/_____ Time: _____ Acct. No:_____
Pt. Name: _____ Enc. No.:_____
Address:_____
Home Phone: (___)_____ Emerg No.: (_____)_____-
_____
DOB_____ Sex_____ Age_____ SSN:_____
Program:_____ Revenue Code:_____
Medical-Cal No:_____

AFFIX PATIENT LABEL HERE

CONSENTIMIENTO GENERAL

Favor de indicar su aceptación a cada sección poniendo sus iniciales en las líneas a la izquierda.

_____1. Yo, (nombre) _____ por este medio doy mi consentimiento a procedimientos que puedan ser realizados o proveídos por Northeast Valley Health Corporation (NEVHC), incluyendo tratamiento o servicios de emergencia y servicios que puedan incluir pero no son limitados a procedimientos de laboratorio, exámenes de rayos-x, tratamiento o procedimientos médicos, dentales o quirúrgicos proveídos por un médico o dentista, o por una enfermera practicante, asistente médico u otro empleado que esté ejerciendo bajo la supervisión de un doctor o dentista.

_____2. Por este medio autorizo a NEVHC que se les provea a los representantes de mi seguro con los datos necesarios médicos o dentales que se requieran, para que se lleve a cabo mi reclamo.

_____3. Por este medio le asigno irrevocablemente a NEVHC, los pagos por los servicios médicos o dentales que se me proporcionen así como todos los beneficios médicos o dentales.

_____4. Yo comprendo que los reglamentos del centro de salud exigen pago de los servicios cuando éstos son proveídos. Cualquier otro tipo de arreglo referente a los pagos debe ser aprobado por la oficina de negocios del centro de salud. Yo acepto responsabilidad por los pagos de mi cuenta ya sea por mi cuenta o por la cobertura de la aseguranza. Si la cuenta fuera enviada a un abogado o una agencia para cobros, yo estoy de acuerdo en pagar por los gastos del abogado y gastos del cobro de la agencia de colecciones.

_____5. Yo autorizo el tomar fotos, filmar, imágenes digitales de mi condición médica o tratamiento por parte del personal clínico, y el uso de imágenes por propósitos de diagnostico o tratamiento; o por las operaciones de la clínica incluyendo revisión de colegas, educación y programas de entrenamiento conducidos por la clínica.

_____6. **Para servicios dentales**: En el caso que mi proveedor dental me refiera a un especialista, Yo entiendo que es mi responsabilidad seguir a través del plan de tratamiento. Yo también entiendo que soy totalmente responsable de los resultados y reconozco que el no seguir completamente el cuidado recomendado puede llevar a complicaciones e incluso causar la muerte.

_____7. **Para la planificación de la familia**: Entiendo que mi uso de los servicios de planificación familiar es voluntario, y que no he sido requerido/a que use los servicios de planificación familiar o salud reproductiva para recibir otros servicios de NEVHC. No se requiere una referencia por parte de un médico para recibir servicios de planificación familiar. Los servicios de planificación familiar son proporcionados por NEVHC independientemente de la residencia estatal (de duración), la ciudadanía o el estado migratorio.

Firma del Paciente/Padres/o encargado: _____

Relación al paciente:_____

Testigo: _____ Fecha: _____

Northeast Valley Health Corporation
a california health+ center

ACKNOWLEDGEMENT OF RECEIPT
Reconocimiento de Recibo

The following patient information was provided to me by providing me with a copy of the NEVHC Patient Handbook which can be viewed at:
https://nevhc.org/wp-content/uploads/2023/03/NEVHCPatientHandbookEng2023-3.pdf
or the QR Code below.

La siguiente información se me ha explicado y se me ha dado la opción de recibir una copia de los siguientes artículos mencionados a continuación o yo puedo ver la información en la página de internet en:
https://nevhc.org/wp-content/uploads/2023/03/NEVHCPatientHandbookSpan2023-3.pdf
o con el código QR

English **Spanish**

- ☐ Advanced Medical Directives
  Instrucciones Médicas Anticipadas
- ☐ Patient Rights
  Derechos del Paciente
- ☐ Patient Responsibilities
  Responsabilidades del Paciente
- ☐ Patient Complaints & Suggestions
  Quejas y Sugerencias del Paciente
- ☐ Summary of Notice of Privacy Practices
  Resumen de la Notificación de Nuestras Prácticas de Confidencialidad-NEVHC
- ☐ Patient Grievance Procedure
  Procedimiento de Quejas del Paciente
- ☐ Appointment Policy
  Póliza sobre las Citas

Other:

- ☐ Dental Materials Fact Sheet from the California Dental Association ***(Dental Only)***
  Hoja de Datos Materiales Dentales del Consejo Dental de California

Printed Name/Nombre Escrito: _____

Signature/Firma: _____

Date/Fecha: _____

Attachment 1 Spanish

Northeast Valley Health Corporation

Acuerdo de Citas entre Paciente/Proveedor

Estimado Paciente/Padre/Guardián:

El cuidado médico y tratamiento funciona mejor cuando el proveedor y el paciente trabajan juntos. Como paciente, es su responsabilidad atender todas sus citas que haya hecho con nosotros. Northeast Valley Health Corporation (NEVHC) le asigna una hora determinada a cada paciente para ver a su proveedor. Tenemos una alta demanda para nuestros servicios médicos. Para servir a todos nuestros pacientes y darles el mejor cuidado posible es muy importante que mantengan la hora de su cita.

- Si necesita cancelar o cambiar su cita, favor de hacernos saber 24 horas antes de la hora de su cita.
- Usted puede llamar al Centro de Citas al (818) 270-9777 / (661) 705-2040 para cancelar, o cambiar su cita.
- Si pierde citas, usted podría recibir una advertencia de su proveedor. Una cita perdida puede ser por no atender, o no llamar a cambiarla, o cancelarla.
- Una vez que usted haya recibido la advertencia, y siga faltando a más citas, usted podría ser terminado de nuestros cuidados de servicios médicos en NEVHC.

Yo he leído y entendido la Póliza de Citas descrita anteriormente y estoy de acuerdo en seguir esta póliza:

_____

MR#_____

Nombre del Paciente

_____

Fecha: _____

Firma del Paciente/Padre/Guardián

Original: Medical Record Copy: Patient

Northeast Valley Health Corporation
a california health+ center

Date: ____/_____/_____ Time: _____ Acct. No:_____
Pt. Name:_____ Enc. No.:_____
Address:_____
Home Phone: (___)_____ Emerg No.:(_____)_____-_____
DOB_____ Sex_____ Age_____ SSN:_____
Program:_____ Carrier Code:_____
Medical-Cal No:_____
AFFIX PATIENT LABEL HERE

Formulario de cambio de consentimiento del paciente

Utilice este formulario <u>sólo</u> si desea cambiar su estado de consentimiento actual para permitir que LANES comparta su información con los médicos que tienen una relación de prueba o tratamiento con usted.

Marque la casilla junto a su elección cambiando su estado para estar en el intercambio. Por favor, firme el formulario al final. Cada miembro de la familia debe completar un formulario por separado.

☐ **Opción 1: Yo no estoy de acuerdo** con que mi información médica se vea en el intercambio.

☐ **Opción 2: Yo deseo cambiar una decisión anterior de no unirme al intercambio.** Ahora acepto que mi información médica se vea en el intercambio. Esto puede incluir información anterior a la fecha de hoy.

Por favor firme aquí:

Firma

_____ Fecha _____

Complete esta información sólo si ha firmado el formulario para otra persona:

¿Tiene la autoridad para tomar decisiones de atención médica en nombre del paciente? ☐ Sí ☐ No

¿Cuál es su relación con el paciente? _____

Esta sección es sólo para uso de la oficina:

Verificado por: _____

Firma del personal de verificación: _____

Fecha: _____

RESUMEN - NOTIFICACIÓN DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD DE NEVHC (2020)

Este es un resumen del Aviso de prácticas de privacidad de Northeast Valley Health Corporation (NEVHC). Tiene derecho a recibir una copia del documento completo.

NEVHC reconoce que su información médica es personal. Nos comprometemos a proporcionar privacidad y confidencialidad de su información médica. Este aviso resumido describe brevemente las prácticas de privacidad de NEVHC y la forma en que podemos usar y divulgar su información médica.

Estamos obligados a mantener una copia completa de su historial médico, condición actual, plan de tratamiento y todo el tratamiento administrado, incluidos los resultados de todas las pruebas, procedimientos y terapias. Debemos mantener esta información de manera segura y protegida que proteja su privacidad y confidencialidad. Con algunas excepciones (descritas en el Aviso completo de prácticas de privacidad de NEVHC), tenemos prohibido vender su información médica sin obtener primero su autorización para hacerlo. Tiene derecho a leer u obtener una copia de su información médica en la mayoría de los casos.

Comunicaciones con su equipo de atención de NEVHC: NEVHC ofrece a todos los pacientes la posibilidad de inscribirse en el portal de NEVHC. Este portal es un sitio web seguro de quejas de HIPAA para que pueda ver su información médica, comunicarse con su equipo de atención, revisar los resultados de las pruebas de diagnóstico y pagar su factura de NEVHC. Nadie más que usted y su equipo de atención de NEVHC tienen acceso a su portal a menos que comparta su contraseña personal. La información de atención médica que los pacientes intercambian a través de su correo electrónico personal no es segura.

NEVHC puede usar y divulgar información médica sobre usted de las siguientes maneras:

1. **A Petición Suya**: Podemos divulgar información cuando usted lo solicite, y a veces esto puede requerir que firme una autorización por escrito. También podemos cobrar una tarifa por este pedido según lo permita la ley.
2. **Para el Tratamiento:** Otros profesionales de la salud dentro o fuera de NEVHC que estén involucrados en su atención pueden necesitar acceder a su información para brindarle la atención adecuada.
3. **Para el Pago:** Para facturar o cobrar el pago de los servicios de usted, su compañía de seguros o una agencia de facturación externa, podemos divulgar su información.
4. **Para Operaciones de Atención Médica:** Podemos usar o divulgar información médica sobre usted en la medida necesaria para administrar las instalaciones o garantizar una atención de calidad.
5. **Para Investigación:** Los registros de pacientes y la información médica son herramientas valiosas utilizadas por los investigadores para descubrir nuevas opciones de tratamiento, y podemos divulgar su información para que otros puedan usarla para estudiar la atención médica. Si lo hacemos, eliminaremos la información que lo identifique, a menos que la ley exija o permita lo contrario.
6. **Recordatorios de Citas:** Podemos utilizar su información para contactarlo y recordarle que tiene una cita programada.
7. **Alternativas de Tratamiento, Beneficios y Servicios Relacionados con la Salud:** Podemos usar o divulgar información médica para informarle o recomendarle posibles opciones de tratamiento, alternativas a su tratamiento actual o beneficios o servicios relacionados con la salud que puedan ser de su interés.
8. **Para Evitar Amenazas Graves a la Salud o la Seguridad:** Cuando sea necesario, su información puede ser utilizada o divulgado para evitar una amenaza grave para su salud y seguridad, el público u otra persona.
9. **Riesgos de Salud Pública:** Podemos divulgar información médica sobre usted para actividades de salud pública para prevenir o controlar enfermedades, lesiones o discapacidades; para informar nacimientos y defunciones; para reportar abuso y / o negligencia infantil; para informar reacciones a medicamentos o problemas con productos; para notificar a las personas sobre el retiro de productos; para notificar a una persona que puede haber estado expuesta a una enfermedad o que puede estar en riesgo de contraer o propagar una enfermedad; y para notificar a una agencia gubernamental sobre abuso, negligencia o violencia doméstica según lo exige la ley.
10. **Actividades de Supervisión de la Salud:** Podemos divulgar su información médica a una agencia de supervisión de la salud para actividades de supervisión legales, como auditorías o inspecciones.
11. **Compensación para Trabajadores:** Podemos divulgar información médica sobre usted para beneficios de compensación para trabajadores por lesiones o enfermedades relacionadas con el trabajo.
12. **Funciones Gubernamentales Especializadas:** Podemos divulgar su información médica de conformidad con funciones gubernamentales especializadas, tales como actividades militares, actividades de seguridad nacional e inteligencia, servicios de protección para el Presidente y otros, e instituciones correccionales y otras situaciones de custodia de las fuerzas del orden. Por ejemplo, si usted es miembro de las fuerzas armadas, podemos divulgar información sobre usted según lo requieran las autoridades del comando militar.

13. **Actividades de Recaudación de Fondos:** Podemos utilizar su información médica para contactarlo en un esfuerzo por recaudar dinero para la instalación y sus operaciones, pero sólo divulgaremos información de contacto sobre usted y / o las fechas en que recibió tratamiento o servicios de nuestra parte.
14. **Procedimientos Judiciales y Administrativos; Cumplimiento de la Ley:** Podemos divulgar información sobre usted si así lo solicita un funcionario de cumplimiento de la ley o en el curso de un procedimiento judicial o administrativo de varias maneras, como en respuesta a una orden judicial, citación, orden judicial, citación; para identificar o localizar sospechosos, fugitivos, testigos materiales o personas desaparecidas; sobre una víctima del delito; sobre una muerte como resultado de un crimen; sobre conducta criminal en nuestra clínica; y en circunstancias de emergencia para denunciar un delito.
15. **Médicos Forenses, Examinadores Médicos y Directores de Funerarias:** Podemos divulgar su información médica a un médico forense o examinador médico para identificar a una persona fallecida o determinar la causa de la muerte. Podemos divulgar información a los directores de funerarias según sea necesario para llevar a cabo sus funciones.
16. **Víctimas de Abuso, Negligencia o Violencia Doméstica:** Podemos divulgar su información médica a una autoridad gubernamental si creemos razonablemente que usted es víctima de abuso, negligencia o violencia doméstica.
17. **Donación de Órganos, Ojos o Tejidos:** Podemos usar o divulgar su información médica a organizaciones apropiadas con el fin de facilitar la donación y el trasplante de órganos, ojos o tejidos.
18. **Intercambio de Información de Salud:** Ésta es una red informática segura para compartir y recopilar información médica importante sobre usted con otros proveedores de atención médica y miembros del equipo de atención a los que ve en una variedad de entornos de atención médica. Sólo el personal involucrado en su atención tiene acceso a esta información con el propósito de coordinar su atención médica. A menos que nos diga específicamente que desea OPTAR POR NO, su información médica se compartirá a través de un HIE.
19. **Según lo Permitido o Requerido por la Ley:** Podemos divulgar su información según lo permitido o requerido por la ley de California y / o federal.

Excepto según lo permitido o requerido por la ley, no permitimos que otros fuera de NEVHC accedan a su información médica a menos que tengamos su autorización para hacerlo. Usted puede revocar cualquier autorización para usar o divulgar información médica por escrito en cualquier momento, a menos que: (1) NEVHC ya haya tomado medidas en virtud de esa autorización, ó (2) la autorización se obtuvo como condición para obtener cobertura de seguro.

En ciertas circunstancias específicas (descritas en el Aviso completo de prácticas de privacidad de NEVHC) según lo exige la ley, le informaremos con anticipación sobre un uso o divulgación y le daremos la oportunidad de prohibir o restringir ese uso o divulgación. Siempre que se requiera un permiso específico del paciente para usar o divulgar su información, no usaremos ni divulgaremos esa información sin obtener primero su permiso específico.

USTED TIENE LOS SIGUIENTES DERECHOS CON RESPECTO A LA INFORMACIÓN MÉDICA QUE MANTENEMOS SOBRE USTED:

1. Tiene derecho a inspeccionar y recibir una copia de su información médica, excepto en circunstancias limitadas.
2. Tiene derecho a modificar su información médica si cree que es incorrecta o está incompleta (se pueden aplicar restricciones).
3. Tiene derecho a solicitar restricciones o limitaciones de su información médica, pero no estamos obligados a aceptarlo.
4. Tiene derecho a solicitar el método por el cual nos comunicamos con usted sobre asuntos médicos para que la comunicación se mantenga confidencial. Acomodaremos todas las solicitudes razonables.
5. Tiene derecho a recibir un informe de ciertas divulgaciones que hayamos hecho de su información médica.
6. Tiene derecho a recibir una copia impresa del Aviso completo de prácticas de privacidad de NEVHC.

PRESENTAR UNA QUEJA:
Si desea solicitar restricciones, enmiendas o informes de su información médica, puede presentar dicha solicitud por escrito al Oficial de Privacidad de NEVHC ubicado en 1172 North Maclay Avenue, San Fernando, CA, 91340. También puede enviar un correo electrónico a privacyoffice@nevhc.org o llame al (818) 898-1388.

Si cree que se han violado sus derechos de privacidad, puede presentar una queja ante el Oficial de Privacidad de NEVHC o ante el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos. Para presentar una queja ante el Secretario, puede pedirle al Oficial de Privacidad de NEVHC la información de contacto adecuada, o puede visitar www.hhs.gov/ocr para obtener más información sobre cómo presentar una queja. Todas las quejas deben ser por escrito. No será penalizado de ninguna manera por presentar una queja.