

Bienvenido a Community Health Alliance

Gracias por elegir Community Health Alliance. Estamos orgullosos de ser tu hogar médico centrado en el paciente para prestarte y coordinar los servicios sanitarios que necesitas. Un hogar médico centrado en el paciente es un enfoque basado en el trabajo en equipo para prestar atención sanitaria con el paciente como eje central. Como paciente nuestro, tendrás acceso a un equipo cualificado de profesionales médicos, dentales y de salud conductual, farmacias de bajo coste, despensas de alimentos con receta, servicios de apoyo y programas. En Community Health Alliance, nuestro objetivo es proporcionarte la atención sanitaria que mereces.

Hogar Médico Centrado en el Paciente (PCMH)

Como parte de nuestro esfuerzo continuo por garantizar que ofrecemos la asistencia sanitaria de mayor calidad de la región, hemos solicitado y obtenido el reconocimiento del Comité Nacional de Garantía de Calidad (NCQA), una organización sin ánimo de lucro dedicada a mejorar la calidad de la asistencia sanitaria. Un hogar médico centrado en el paciente (PCMH) es un equipo que te proporciona atención sanitaria personalizada y basada en pruebas. "Centrado en el paciente" es una forma formal de decir que tú eres el centro de tu atención sanitaria. Tu equipo está formado por tus proveedores de asistencia sanitaria, tu sistema de apoyo y el líder del equipo: TÚ. Como miembro activo de tu PCMH, tendrás la oportunidad de explicar las cosas que son importantes para ti. Tú y tu equipo sanitario trabajaréis juntos para crear un plan de cuidados que:

1. Está creado sólo para ti.
2. Te conecta con tu equipo sanitario.
3. Se coordina con otros proveedores de atención sanitaria.
4. Te apoya en cada paso del camino (incluso si eso significa pedir ayuda a otros médicos).

Elegir un proveedor

Cuando te atiendas con nosotros, se te pedirá que elijas un Proveedor de Atención Primaria al que verás cuando te atiendas en el centro de salud. Podrás elegir entre los Proveedores que estén disponibles según tus preferencias y la ubicación del centro de salud. Tu equipo sanitario llegará a conocerte, tu historial, tus necesidades de atención sanitaria, y sabrás a quién dirigirte cuando tengas preguntas o necesites ayuda.

Asistencia fuera de horario

Si eres paciente y necesitas ponerte en contacto con tu proveedor urgentemente, fuera del horario de consulta, puedes llamar a nuestra línea de atención fuera del horario de consulta al 775-329-6300. Nuestro servicio de contestador automático te pondrá en contacto con el proveedor de guardia. Si tienes una urgencia médica, llama al 911.

Si te ingresan en el Hospital

Si te ingresan en el hospital, informa al personal del hospital de que somos tu Médico de Atención Primaria. Es importante que sepamos que estás en el hospital, así que pídeles que nos avisen. Mientras estés allí, tu asistencia será supervisada por el médico del hospital, pero es posible que se pongan en contacto con tu Proveedor de Atención Primaria para que les facilites

información sobre la asistencia que recibiste de nosotros en el pasado. Cuando el personal del hospital esté hablando de darte el alta, asegúrate de ponerte en contacto con nosotros para programar una visita de seguimiento.

Horario y ubicaciones accesibles

Nuestros Centros de Salud están abiertos de lunes a viernes. Para consultar la lista completa de horarios y ubicaciones, visita nuestro sitio web en

www.chanevada.org.

Servicios

Ofrecemos una amplia gama de servicios que incluyen:

Primacy Care y Medicina de Familia

- Vacunas y exámenes médicos
- Tratamiento de enfermedades agudas y crónicas
- Visitas por enfermedad
- Servicios de laboratorio
- Asistencia sanitaria a los Sin Techo

Salud Reproductiva y de la Mujer

- Control de natalidad
- Cuidado de la mama
- Pruebas de detección y prevención del cáncer
- Pruebas y detección del VIH
- Servicios para embarazadas
- Atención prenatal y posparto
- Pruebas, tratamiento y vacunas de ETS

Atención pediátrica

- Reconocimientos médicos para bebés y niños sanos
- Vacunas
- Visitas por enfermedad

Dental

- Limpiezas, exámenes bucales, radiografías
- Sellantes dentales
- Rellenos
- Coronas
- Servicios dentales de urgencia

Salud mental

- Asesoramiento para parejas, individuos, familias, niños y adolescentes
- Evaluación y coordinación
- Tratamiento del consumo de sustancias
- Telemedicina

Farmacias de bajo coste

Cuando se trata de recetas y vacunas, la comodidad es la clave. Por eso contamos con farmacias integrales de

bajo coste en tres de nuestros centros. Recoge tus medicamentos inmediatamente después de una cita médica o dental, o regístrate para recibirlos gratuitamente en un radio de 32 km de tu centro de salud. Nuestro equipo de amables farmacéuticos está aquí para ayudarte a administrar tus medicamentos, así como para proporcionarte servicios de vacunación de bajo coste o gratuitos para toda tu familia. Si tienes problemas para obtener tus medicamentos en cualquier farmacia local, puedes transferirlos a cualquiera de nuestras farmacias internas.

Programas

Mujeres, bebés y niños (WIC)

Proporcionamos educación, servicios de apoyo a la lactancia, alimentos nutritivos suplementarios y derivaciones a servicios sanitarios y sociales a mujeres embarazadas, lactantes y puérperas, bebés y niños menores de 5 años que viven en Nevada. También ofrecemos apoyo adicional individualizado, grupos de apoyo virtuales mensuales y podemos facilitar derivaciones internas y externas a expertos en lactancia materna y cuidados de lactancia.

Despensas de alimentos con receta

Nuestras despensas de alimentos sujetos a prescripción médica proporcionan alimentos gratuitos y ricos en nutrientes a quienes carecen de acceso constante a alimentos suficientes para llevar una vida activa y sana. Recibir alimentos de nuestras despensas es muy sencillo. El único requisito es ser paciente de Community Health Alliance.

Programa de Trabajadores Sanitarios Comunitarios

Los Trabajadores Sanitarios Comunitarios de Community Health Alliance son educadores de salud pública formados que mejoran la prestación de asistencia sanitaria con servicios integrados y coordinados en todo el proceso sanitario. Nuestro programa de Trabajadores Sanitarios Comunitarios (TSC) está disponible para ayudar a los pacientes con los factores sociales de la salud, poniéndolos en contacto con recursos y ayudándoles en la gestión y prevención de enfermedades crónicas. Los Factores Sociales de la Salud (SDOH) son los factores no médicos que influyen en los resultados sanitarios. Son las condiciones en las que las personas nacen, crecen, trabajan, viven y envejecen.

Información sobre facturación y pago

¿No tienes seguro?

Community Health Alliance presta servicios a todas las personas, tanto si tienen seguro como si no. Ofrecemos una variedad de opciones de autopago para quienes no tienen seguro o tienen un seguro insuficiente que se basa en el tamaño de la familia y los ingresos, y siempre trabajamos contigo para asegurarnos de que recibes una atención asequible y de calidad.

¿Cómo pago mi visita?

Community Health Alliance ofrece opciones de pago a bajo coste, con descuento y flexibles para pacientes sin seguro o con seguro insuficiente. Participamos en la mayoría de los planes de seguro, incluidos Medicaid y Medicare. Se requiere un copago cuando te registras para tu cita. Community Health Alliance acepta efectivo, cheque, Visa o MasterCard. Nunca negamos la atención a nadie por su capacidad de pago. Asistencia para la inscripción en el Seguro

Todas las personas que acuden a nuestros centros de salud en busca de servicios sanitarios son examinadas para comprobar si cumplen los requisitos para acceder a un seguro médico, incluidos Medicaid, Medicare y el Programa Suplementario de Asistencia Nutricional (SNAP). Nuestros especialistas en acceso a la asistencia sanitaria te guiarán a lo largo del proceso para que tú y toda tu familia podáis estar tranquilos cuando se trate de proteger vuestra salud. Nuestro equipo está a tu disposición durante todo el año para ayudarte a resolver cualquier duda que pueda surgir sobre la situación de tu seguro médico. ¿Ha finalizado la inscripción abierta y estás experimentando un acontecimiento vital que cumple los requisitos, como la incorporación de un nuevo miembro a la familia, o has perdido recientemente la cobertura del seguro médico? No hay problema. Podemos ayudarte a sortear los imprevistos de la vida y asegurarnos de que tienes una cobertura sanitaria adecuada.

Portal del Paciente

El Portal del Paciente de Community Health Alliance te ofrece un acceso seguro a tus registros de información sanitaria personal desde cualquier lugar con conexión a Internet. Entre sus funciones se incluyen:

- Envía y recibe mensajes con tu equipo sanitario
- Acceder a tu historial médico
- Solicitar citas
- Ver los últimos resultados de las pruebas
- Actualiza tu información de contacto

¿Te interesa registrarte en el Portal del Paciente?

Por favor, ¡házselo saber a un miembro de nuestro personal!

Nuestra organización es beneficiaria de una subvención del Programa de Centros de Salud según el 42 U.S.C. 254b, y un empleado considerado del Servicio de Salud Pública según el 42 U.S.C. 233(g)-(n). FTCA - Federal Tort Claims Act (Ley Federal de Reclamaciones por Agravios). Este centro sanitario recibe financiación de los Servicios Sanitarios y Humanos (HHS) y tiene la consideración de Servicio Sanitario Público Federal (PHS) con respecto a determinadas reclamaciones sanitarias o relacionadas con la salud, incluidas las reclamaciones por negligencia médica, para sí mismo y para sus personas cubiertas.

INFORMACION DEL PACIENTE				
Apellido:		Primer Nombre:	Inicial media:	
			Fecha de Nac.: ____/____/____	
			Numero de Seguro Social: _____	
Dirreción:		Ciudad:	Estado:	Codigo Postal:
Télefono celular:	Télefono de casa:	Correo electronico:	Nombre Preferido:	
☐ Preferido ☐ No enví mensajes de texto	☐ Preferido	☐ Declinado		
Estado Civil: ☐ Soltero/a ☐ Casado/a ☐ Divorciado/a ☐ Separado/a ☐ Viudo/a ☐ Socio doméstico/a			Estudiante: ☐ Tiempo completo ☐ Tiempo parcial ☐ No soy un estudiante	
Grupo de Raza: ☐ Blanco ☐ Negro o Afro Americano ☐ Asiático ☐ Indio Asiático ☐ Nativo Americano/Alaskan ☐ Hawaiiano/Otro Isleño Pacifico ☐ Chino ☐ Filipino ☐ Japonés ☐ Coreano ☐ Samoano ☐ Vietnamita ☐ Guameño o Chamorro ☐ Declinar a Contestar			Grupo Étnico: ☐ Hispano o Latino ☐ No Hispano ☐ Chicano ☐ Cubano ☐ Mexicano ☐ Mexicano Americano ☐ Puertorriqueño ☐ Declinar a Contestar	
Idioma Preferido: ☐ Ingles ☐ Español ☐ Tagalog Otro: _____		Discapacidad auditiva: ☐ Sí ☐ No Deshabilitado: ☐ Sí ☐ No Necesita Intérprete: ☐ Sí ☐ No	Discapacidad visual: ☐ Sí ☐ No Necesita Alojamiento: ☐ Sí ☐ No	
Sexo al Nacer: ☐ Masculino ☐ Femenino Pronombres Preferidos: ☐ Ella ☐ Él ☐ Ellos	Cuál es su identidad de género actual? (marque todo que corresponda) ☐ Masculino ☐ Hombre transgénero ☐ Femenino ☐ Mujer transgénero ☐ Genderqueer ☐ Declinar a contestar Otro, por favor especifique:		Orientación Sexual: ☐ Heterosexual ☐ Desconocido ☐ Homosexual ☐ Declinar a ☐ Bisexual contestar Otro, por favor especifique:	
Situación Laboral: ☐ Empleado de tiempo completo ☐ Empleado a tiempo parcial ☐ Desempleado ☐ Trabajador por cuenta propia ☐ Jubilado ☐ En servicio militar active			☐ Es Trabajador agrícola migratorio ☐ Es Trabajador agrícola estacional	
Contacto de Emergencia: DEBE PROPORCIONAR CONTACTO DE EMERGENCIA QUE NO SEA USTED MISMO			Numero de Teléfono:	Relación:
Falta de hogar: ¿Estás sin hogar? ☐ Sí ☐ No (En caso afirmativo, por favor, elija una opción a continuación) ☐ Calle ☐ Duplicación ☐ Refugio de Indigentes ☐ Vivienda de transición ☐ Vivienda de Apoyo Permanente* ☐ Otro (por ejemplo: alquiler semanal) *Viviendo con servicios de apoyo y sin restricciones de tiempo			Es veterano: ☐ Sí ☐ No	

Como Centro de Salud que recibe fondos federales, estamos obligados a obtener esta información. Nuestro financiamiento asegura que podamos servir a cualquier persona que necesite nuestra atención. Todas las respuestas son confidenciales. Agradecemos su ayuda!

Número de personas en la familia:

Cantidad total de ingresos familiares:

☐ Mensual

☐ Anual

☐ Eligo no revelar el tamaño y los ingresos de mi familia

GUARDIAN/PADRE O PARTE RESPONSABLE				
Apellido:	Primer Nombre:	Inicial Media:	☐ Hombre ☐ Mujer	Estado Civil:
Apellido:	Primer Nombre:	Inicial Media:	☐ Hombre ☐ Mujer	Estado Civil:
Dirección (si es diferente):		Ciudad:	Estado:	Codigo Postal:
Teléfono de Casa:		Teléfono Celular:		Teléfono del Trabajo:
Su Fecha de Nacimiento:	Relación al Paciente: ☐ Esposo/a ☐ Padre ☐ Guardian Otro: _____			
Financieramente Responsable: ☐ El Mismo ☐ Padre ☐ Guardian ☐ Poder Notarial			Documento en Archivo: ☐ Sí ☐ No	

SEGURO MEDICO PRIMARIO		
Compania de Seguros Primario:		Número de Identificación del Seguro:
Nombre del Titular de la Póliza de Seguro (si es diferente):	Relación al Paciente:	Número de Grupo de Seguros:
Fecha de Nacimiento de Asegurado:	Número de Seguro Social de Asegurado:	Teléfono Principal:
Empleador:		Teléfono de Empleador:

SEGURO MEDICO SECUNDARIO		
Compania de Seguros Secundario:		Número de Identificación del Seguro:
Nombre del Titular de la Póliza de Seguro (si es diferente):	Relación al Paciente:	Número de Grupo de Seguros:
Fecha de Nacimiento:		Teléfono Principal:
Empleador:		Teléfono de Empleador:
Chart Number:	CHA Staff (Print Name):	Date:

SEGURO DENTAL		
Compañía de seguros dental:		Número de identificación de seguro dental:
Nombre del titular de la póliza de seguro dental (si es diferente)	Relación con el paciente :	Número de Grupo de Seguro Dental:
Fecha de Nacimiento de Asegurado:	Número de Seguro Social de Asegurado:	Número de Teléfono:
Empleador:		Teléfono de Empleador:

COMMUNITY HEALTH ALLIANCE

Consentimiento para el Tratamiento: Acepto y autorizo voluntariamente dichos cuidados y tratamientos, incluyendo, entre otros: examen físico, pruebas diagnósticas, procedimientos médicos, consultas de salud conductual y medicación por parte de los empleados y agentes autorizados de Community Health Alliance, incluidos todos los médicos afiliados, dentistas, enfermeras registradas de práctica avanzada, asistentes médicos, profesionales autorizados de salud conductual/abuso de sustancias, farmacéuticos, personal de enfermería y proveedores auxiliares que puedan considerar necesarios o aconsejables según su criterio profesional. Soy consciente de que la práctica de la medicina no es una ciencia exacta y, además, reconozco que no se han ofrecido garantías sobre el efecto que dichos tratamientos puedan tener en cualquier afección médica. Entiendo que un farmacéutico puede iniciar, modificar o interrumpir cualquier medicación de conformidad con un acuerdo de práctica colaborativa; y soy consciente de que un farmacéutico no es un médico, un médico osteópata, una enfermera registrada de práctica avanzada o un asistente médico.

Derecho a Rechazar Tratamiento: Entiendo que tengo el derecho hacer decisiones informadas con respecto a todos los cuidados y tratamientos. Entiendo que puedo pedir a los profesionales de la salud que expliquen cualquier cosa que no se entienda. Esto incluye el derecho de rechazar cualquier tratamiento.

Servicios de Telesalud: Ciertos servicios de atención médica pueden ser proporcionados a mi por un sistema de telesalud o telecomunicaciones que permite a mi proveedor ver mi condición médica y proporcionarme tratamiento directamente cuando estoy fuera del sitio. Tengo derecho de recibir una descripción de los riesgos, beneficios, y consecuencias de los servicios de telesalud y una descripción de mis derechos de privacidad en relación con los servicios de telesalud. Tengo el derecho a cancelar los servicios de telesalud a cualquier tiempo. Puedo acceder copias de toda la información de salud transmitida. Mi información no será divulgada a otras entidades sin mi consentimiento. Si el tratamiento se proporciona utilizando un sistema asincrónico, tengo el derecho de solicitar y recibir comunicación interactiva con mi proveedor dentro de 30 días después de mi solicitud.

Portal de Paciente Soy consciente de que al proporcionar mi dirección de correo electrónico tendré acceso a mi gráfico médico seguro a través del portal del paciente. Podré acceder a las próximas citas, resultados de laboratorio, resultados de diagnóstico de imágenes, preguntas médicas no urgentes y más.

Tratamiento de Salud Conductual: Entiendo que si eligo buscar servicios de salud conductual en Community Health Alliance, mi consulta inicial se llevará a cabo en una cita programada con un profesional licenciado en salud conductual. Si está asegurado, su seguro de salud se facturará por la sesión de consulta de salud conductual. Doy mi consentimiento para la consulta inicial de salud conductual y/o consulta de telesalud.

Consentimiento para Facturación: Todos los copagos, depósitos, y tarifas móviles son debidos y se pagan al tiempo de servicio. Asigno todos los pagos de seguro que se realicen directamente a Community Health Alliance. Esta autorización y asignación es permanente a menos que ejerza mi derecho a revocar la autorización y mi asignación por escrito en un momento dado. Entiendo que es mi responsabilidad confirmar con mi compañía de seguros el estado de proveedores participantes de Community Health Alliance. Seré responsable por cualquier cargo incurrido que mi seguro no cubra. Por lo presente autorizo Community Health Alliance a divulgar la información necesaria para presentar y/o procesar un reclamo con mi compañía de seguro.

Derechos del Paciente: Usted tiene derecho de recibir atención considerada y respetuosa, tiene el derecho de participar en su atención médica, y usted tiene el derecho a resolver problemas o quejas. *Por favor revise el paquete de bienvenida al paciente para mas información.*

Responsabilidades del Paciente: Proporcione información completa y precisa lo mejor que pueda con respeto a su salud, siga su plan de tratamiento o el alta de tratamiento, solicite más instrucciones si no comprende su plan de tratamiento, informenos si tiene un poder notarial, proporciónenos información financiera precisa, asista a sus citas, mantenga comunicaciones respetuosas, rellene sus recetas de medicamentos de manera oportuna (no se rellenan recetas antes de tiempo). *Por favor revise las paginas del paquete de bienvenida para mas información.*

Poliza de Manejo de Dolor Crónico: Community Health Alliance no proporciona manejo del dolor crónico con medicamentos a base de opiáceos para nuevos pacientes ni se iniciará a los pacientes establecidos en los servicios del manejo del dolor crónico. Todos los paciente deben firmar un reconocimiento de esta poliza cuando se registren. Si tiene preguntas sobre esta poliza, hable con el Gerente del Centro de Salud antes de firmar.

Poliza de Sustancias Controladas para el Dolor Agudo: Para el dolor agudo CHA puede tratar a un paciente a discreción del proveedor de tratamiento. Debe informar a su proveedor si está tomando medicamentos para el dolor de otro proveedor. Reservamos el derecho de terminar la relación médico/dentista-paciente.

Consentimiento para la comunicación electrónica Doy mi consentimiento y autorizo a Community Health Alliance y sus entidades relacionadas, agentes, contratistas, incluidos, entre otros, programadores, personal de facturación y otro personal, a utilizar sistemas de marcación telefónica automatizada, mensajes de texto SMS y correo electrónico para (1) proporcionarme mensajes (incluidos mensajes pregrabados o mensajes de texto) sobre mi cuenta, fechas de vencimiento de pagos, pagos atrasados, información para o relacionados con bienes médicos y / o servicios prestados, intercambiar información, cambios en la ley de atención médica, cobertura de atención médica, seguimiento de atención y otra información de atención médica o (2) proporcionar mensajes (incluidos mensajes pregrabados) durante una llamada o mediante un mensaje de texto que entregue un mensaje de "atención médica" hecho por, o en nombre o, una "entidad cubierta" o su "socio comercial" como se definen esos términos en la Regla de privacidad de HIPAA, 45 CFR 160.103. Entiendo que puedo optar por no participar llamando a Community Health Alliance.

Poliza de Citas Perdidas o Tardía: Como paciente, es su responsabilidad cumplir con todas las citas programadas. La reprogramación causará un retraso en su atención. Solicitamos un aviso de cualquier cancelación al menos 24 horas antes de su cita o antes si es posible. Un paciente que llega a su cita programada dentro de los diez (10) minutos después de su cita programada se considerará una llegada tardía aceptable y será visto ese día. Una cita perdida es una cita programada, a la que el paciente no se presenta y no se comunica con nosotros para cancelar la cita antes de la hora de la cita programada. Un paciente que llega a su cita programada once (11) minutos o más después de la hora de inicio de su cita programada es una llegada tardía no aceptable y no será visto, esto se considerará una cita perdida.

La información que he proporcionado es verdad y correcta a mi leal saber y entender. He leído y entiendo la información anterior y acepto cumplir con los términos anteriores a los servicios prestados por CHA.

Firma de Paciente, Padre, o Guardian

Fecha

Nombre en Letra de Molde

Print Staff Name

Derechos y Responsabilidades de los Pacientes

Usted tiene el derecho de recibir atención considerada y respetuosa a través de:

- ❖ Mantener su privacidad personal y comodidad, proporcionando un lugar seguro para recibir atención, libre de todas las formas de abuso o acoso.
- ❖ Manejo confidencial de todas las comunicaciones y expedientes relacionados a su cuidados. Los expedientes médicos solo están disponibles para las personas directamente involucradas en su cuidado y excepto a la medida permitida por la ley no son compartidos sin su permiso por escrito.
- ❖ Estar informado de los servicios disponibles en este centro de salud y los nombres y credenciales del personal que proporciona su atención.
- ❖ Cambiar su proveedor si otros proveedores calificados están disponibles.
- ❖ Servicios confidenciales de Salud Sexual y Reproductiva

Usted tiene derecho a participar activamente en su atención médica por:

- ❖ Recibir información sobre su estado de salud y el curso del tratamiento en términos que usted pueda entender.
- ❖ Revisar su expediente médico con su proveedor y recibir una explicación profunda del tratamiento, los resultados de los exámenes y procedimientos.
- ❖ Recibir información sobre las reglas y pólizas que se aplican a su conducta mientras sea paciente.
- ❖ Acceso a la información contenida en sus expedientes médicos dentro de un tiempo razonable (excepto en ciertas circunstancias reguladas por la ley).
- ❖ Participar en la planificación de sus opciones de atención y tratamiento, incluyendo la opción de no recibir tratamiento. Usted tiene el derecho de rechazar la medicación y el tratamiento.
- ❖ Que se le proporcione, hasta el grado conocido, una explicación de su condición médica/salud completa, diagnóstico, pronóstico y tratamiento recomendado, incluyendo el riesgo(s) de tratamiento ó ningún tratamiento, alternativas y resultado(s) esperado(s).
- ❖ Recibir una explicación de su factura independientemente de la fuente de pago, incluyendo los metodos de pago disponibles, y si no tiene seguro médico, información relacionada con nuestro programa de asistencia financiera.

Usted tiene derecho a la resolución de problemas ó quejas:

- ❖ Como paciente, usted tiene el derecho a no ser discriminado por edad, raza, religión, género, orientación sexual, color, nacionalidad, idioma, estado civil, ciudadanía, estado veterano, discapacidad física, discapacidad mental ó intelectual, antecedentes cultural, económicos, educativos, ó la fuente de pago.
- ❖ Usted tiene derecho a los servicios de interpretación necesarios relacionados con el idioma y/ó la discapacidad, pero necesita informar a el personal de esta necesidad de alojamiento de manera oportuna.
- ❖ Usted tiene el derecho de hacer sugerencias, cambios recomendados en las pólizas y servicios, expresar quejas ó hacer quejas al ó sobre el personal de la instalación sin riesgos de represalias. Usted puede expresar quejas ó recomendar cambios directamente con un supervisor, gerente ó su médico, en la encuesta de satisfacción del paciente ó enviando un formulario de queja al Oficial de Conformidad. Este formulario se puede obtener de cualquier personal de el Centro de Salud. Puede comunicarse con el Oficial de Conformidad llamando a 775.870.4312 para verbalizar sus queja(s).

Cada paciente, y/ó su representante designado, que reciba servicios en este Centro de Salud tendrá las siguientes responsabilidades:

- ❖ Proporcionar información completa y precisa de la mejor manera posible con respeto a su salud, quejas de salud, enfermedades pasadas, hospitalizaciones, medicamentos y alergias/sensibilidades y otros asuntos relacionados con su atención médica.
- ❖ Seguir el plan de tratamiento (incluyendo instrucciones de alta y citas de seguimiento) prescrito por su proveedor y para notificar a su proveedor de cualquier decisión de no seguir su plan de tratamiento.
- ❖ De leer todas los permisos y/ó consentimientos que usted firma y para pedir al personal ó proveedor para aclarar ó ayudar para cualquier cosa que no entiende.
- ❖ Informarnos si usted tiene un poder notarial duradero, una directiva anticipada, un testamento vital ó cualquier otra directiva para proporcionar una copia para nuestros registros.
- ❖ Proporcionar una prueba precisa de su situación financiera y aceptar la responsabilidad financiera por cualquier cargo no cubierto por su seguro ó incurrido en base a nuestra escala de descuentos; pagando a tiempo.
- ❖ Mantener sus citas; si no puede mantener una cita, dejenos saber tan pronto sea posible para que otro paciente pueda tener esa cita.
- ❖ Mantenga comunicaciones y interacciones respetuosas con los miembros del equipo de atención médica de Community Health Alliance.
- ❖ Comportarse adecuadamente dentro de las instalaciones de Community Health Alliance; usted no puede abusar verbal ó físicamente del personal ó de la propiedad, ni hacer amenazas verbales ni usar amenazante (hostil/agresivo).
- ❖ Utilice palabras apropiadas sin lenguaje vulgar ó amenazante.
- ❖ Abstenerse de venir a citas intoxicado.

Community Health Alliance



Su Información. Sus Derechos. Nuestras Responsabilidades.

Este aviso describe cómo se puede usar y divulgar información médica sobre usted y cómo puede obtener acceso a esta información.

Por favor revise con cuidado.

Sus Derechos

Cuando se trata de su información de salud, usted tiene ciertos derechos. Esta sección explica sus derechos y algunas de nuestras responsabilidades para ayudarle.

Obtenga una copia electrónica o en papel de su expediente médico	• Puede solicitar ver o obtener (accesar) una copia electrónica o de papel de su expediente médico y otra información de salud que tengamos sobre usted. Pregúntenos cómo hacerlo. • Le proporcionaremos una copia o un resumen de su información de salud, generalmente dentro de los 10 días después de que haga su solicitud. Es posible que cobremos una tarifa razonable basada en el costo.
Solicite que corrijamos su expediente médico	• Puede pedirnos que corrijamos (enmendemos) su información de salud que usted considere incorrecta o incompleta. Pregúntenos cómo hacerlo. • Podemos decir "no" a su petición, pero le diremos por qué por escrito dentro de 60 días.
Solicitar comunicaciones confidenciales	• Usted puede pedirnos que lo contactemos de una manera específica (por ejemplo, teléfono de la casa o oficina) o para enviar correo a una dirección diferente. • Diremos "sí" a todas las solicitudes razonables.

Continuado en la próxima página

Sus Derechos *continuados*

Pedirnos que limitemos lo que usamos o compartimos

- Puede solicitar que **no** usemos ni compartamos cierta información médica para tratamiento, el pago, o nuestras operaciones.
 - No estamos obligados a aceptar su solicitud, y podemos decir “no” si pudiera afectar su atención médica.
- Si paga por un servicio o artículo de atención médica de su bolsillo en su totalidad, puede pedirnos que no compartamos esa información con fines de pago o nuestras operaciones con su seguro de salud.
 - Diremos “sí” a menos que una ley nos exija compartir esa información.

Obtener una lista de aquellos con los que hemos compartido información

- Usted puede pedir una lista (contabilidad) de las veces que hemos compartido su información de salud por seis años antes de la fecha que usted pregunte, con quién lo compartimos, y por qué.
- Incluiremos todas las divulgaciones, excepto las relacionadas con el tratamiento, el pago, y las operaciones de atención médica, y ciertas otras divulgaciones (como cualquier otra divulgación que nos haya pedido que hagamos). Proporcionaremos una lista (contabilidad) al año de forma gratuita, pero cobraremos una tarifa razonable basada en el costo si solicita otra dentro de 12 meses.

Obtener una copia de este aviso de privacidad

- Usted puede solicitar una copia de papel de este aviso en cualquier momento, incluso si usted ha aceptado recibir el aviso electrónicamente. Le proporcionaremos una copia de papel puntualmente.

Elige alguien para que actúe por usted

- Si usted le ha dado a alguien un poder médico o si alguien es su guardián legal, esa persona puede ejercer sus derechos y tomar decisiones sobre su información de salud.
- Nos aseguraremos de que la persona tenga esta autoridad y pueda actuar para usted antes de tomar cualquier acción.

Presentar una queja si siente que sus derechos son violados

- Usted puede quejarse si cree que hemos violado sus derechos poniéndose en contacto con nosotros usando la información en la página 1.
- Puede presentar una queja ante la oficina de derechos civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE.UU. con 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.

Sus Opciones

Para cierta información de salud, usted puede decirnos sus preferencias sobre lo que compartimos.

Si usted tiene una preferencia por cómo compartimos su información en las situaciones descritas a continuación, hable con nosotros. Díganos lo que quiere que hagamos, y seguiremos sus instrucciones.

En estos casos, usted tiene tanto el derecho y la opción de decirnos:

- Compartir información con su familia, amigos cercanos, o otros involucrados en su cuidado
- Compartir información en una situación de socorro en casos de desastre
- Incluya su información en un directorio de instalaciones
- Contactarnos con usted para recaudar fondos

Si no puede decirnos su preferencia, por ejemplo si está inconsciente, podemos seguir adelante y compartir su información si creemos que es en su mejor interés. También podemos compartir su información cuando sea necesario para reducir una amenaza seria e inminente a la salud o la seguridad.

En estos casos **nunca** compartimos su información a menos de que nos dé permiso por escrito:

- Propósitos de mercadotecnia
- Venta de su información
- El intercambio de la mayoría de notas de psicoterapia

In the case of fundraising:

- Podemos comunicarnos con usted para los esfuerzos de recaudación de fondos, pero usted nos puede decir que no nos comuniquemos con usted

Nuestros Usos y Divulgaciones

¿Como usamos o compartimos su información normalmente? Normalmente utilizamos o compartimos su información de salud de las siguientes maneras.

Su tratamiento

- Podemos usar su información de salud y compartirla con otros profesionales que lo estén tratando.

Ejemplo: Un médico tratándolo para una lesión pide información a otro médico acerca de su condición de salud.

Manejar nuestra organización

- Podemos usar y compartir su información de salud para dirigir nuestra práctica, mejorar su cuidado y contactarlo cuando sea necesario.

Ejemplo: Usamos información de salud sobre usted para administrar su tratamiento y servicios.

Facturar por sus servicios

- Podemos utilizar y compartir su información de salud para facturar y obtener el pago de planes de salud o otras entidades.

Ejemplo: Damos información sobre usted a su plan de seguro médico para que pague por sus servicios.

Continuado en la proxima pagina

¿De qué otra manera podemos usar o compartir su información médica? Se nos permite o se nos requiere compartir su información de otras maneras – generalmente de maneras que contribuyen al bien público, como la salud pública y investigación. Tenemos que cumplir con muchas condiciones en la ley antes de poder compartir su información para estos propósitos. Para obtener más información, consulte: www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html.

Ayuda con asuntos de salud y seguridad pública	- Podemos compartir información de salud sobre usted para ciertas situaciones tales como: - Prevención de enfermedades - Ayuda con las retiradas de productos - Reportar reacciones adversas a medicamentos - Reportar sospechas de abuso, negligencia, o violencia doméstica - Prevenir o reducir una amenaza seria para la salud o la seguridad de cualquier persona
Investigaciones	Podemos utilizar o compartir su información para la investigación de la salud.
Cumplir con la ley	Compartiremos información sobre usted si leyes estatales o federales lo requieren, incluso con el Departamento de Salud y Servicios Humanos si quiere ver que estamos cumpliendo con la ley federal de privacidad y Regla Final de la Parte 2 de CFR 42.
Responder a solicitudes de donación de órganos y tejidos	Podemos compartir información de salud sobre usted con organizaciones de adquisición de órganos.
Trabajar con un examinador médico o director de funerales	Podemos compartir información con un forense, un examinador médico, o director de funeral cuando un individuo muere.
Abordar la indemnización de los trabajadores, cuerpos policiales, y otras solicitudes gubernamentales	- Podemos usar o compartir información de salud sobre usted: - Para las reclamaciones de compensación de los trabajadores - Para propósitos de aplicación de la ley o con un agente policial - Con agencias de supervisión de salud para actividades autorizadas por la ley - Para funciones gubernamentales especiales como los servicios militares, de seguridad nacional, y de protección presidencial
Responder a demandas y acciones legales	Podemos compartir información de salud sobre usted en respuesta a una orden judicial o administrativa, o en respuesta a una citación.
Salud Conductual/ Programas de Trastorno por Abuso de Sustancias (SUD en inglés)	- Se nos permite volver a divulgar registros de acuerdo con las regulaciones de HIPAA. - Se restringe el uso de registros de tratamiento de trastorno por abuso de sustancias en testimonios en procedimientos civiles, penales, administrativos, y legislativos contra pacientes, sin el consentimiento del paciente o una orden judicial. - Requerimos un consentimiento del paciente por separado para el uso y la divulgación de las notas de asesoramiento de SUD. Una copia de el consentimiento o una clara explicación del alcance del consentimiento debe acompañar a cada divulgación aprobada por el paciente.

Salud Reproductiva

- Se nos prohíbe usar o divulgar PHI por cualquier de las siguientes actividades:
 - Llevar a cabo una investigación penal, civil o administrativa o imponer responsabilidad penal, civil, o administrativa a cualquier persona por el acto de solicitar, obtener, proporcionar, o facilitar atención de salud reproductiva cuando la atención de salud sea legal en las circunstancias en que se preste.
 - La identificación de cualquier persona con el fin de llevar a cabo o imponer dicha responsabilidad.
- Se nos prohíbe usar o divulgar PHI si hemos determinado que el cuidado fue proporcionado en un estado donde la salud reproductiva es legal por un proveedor autorizado o que la atención médica es protegida, requerida o autorizada por la ley federal.
- CHA ésta obligado, cuando recibe una solicitud de PHI potencialmente relacionada con la atención de salud reproductiva, a obtener una certificación firmada del solicitante de que el uso o divulgación no es para los propósitos prohibidos enumerados anteriormente. Este requisito de certificación de salud reproductiva se aplica cuando la solicitud es para PHI para cualquiera de los siguientes:
 - Actividades de Supervisión de la salud
 - Procedimientos judiciales y administrativos
 - Para efectos del cumplimiento de la ley
 - Divulgación a forenses o medicos examinadores

No creamos ni administramos un directorio de instalaciones.

No compartiremos ningún registro de tratamiento de abuso de sustancias sin su permiso por escrito, a menos que lo exija NRS 484C o NRS 488.

CHA destruye los registros médicos de los pacientes despues de seis años para los pacientes inactivos, a menos que la persona tenga menos de 23 años de edad. Los registros de niños y adultos jóvenes se destruyen despues que el paciente cumple 29 años de edad. Los registros de pacientes inactivos cubiertos por Medicare se conservan por siete años según lo previsto en 42 CFR 424.516(f).

Nuestras Responsabilidades

- La ley nos exige que mantengamos la privacidad y seguridad de su información médica protegida.
- Le haremos saber rápidamente si ocurre una infracción que puede haber comprometido la privacidad o seguridad de su información.
- Debemos seguir los deberes y las prácticas de privacidad descritas en este aviso y darle una copia.
- No utilizaremos o compartiremos su información aparte de la descrita aquí a menos que nos indique que podemos hacerlo por escrito. Si nos dice que podemos, puede cambiar de opinión en cualquier momento. Hagamos saber por escrito si cambia de opinión.

Para obtener más información, consulte:

www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html.

Cambios a los Términos de este Aviso

Podemos cambiar los términos de este aviso, y los cambios se aplicarán a toda la información que tengamos sobre usted. El nuevo aviso estará disponible a pedido, en nuestras oficinas, y en nuestro sitio de web.

La Fecha Efectiva de esta Notificación es octubre 1, 2024.

Este Aviso de Prácticas de Privacidad se aplica a las siguientes organizaciones.

Este aviso aplica a todas las instalaciones operadas por Community Health Alliance.

Todd Johnson
Oficial de Privacidad de HIPAA
tjohnson@chanevada.org
775-329-6300 ext 387

COMMUNITY HEALTH ALLIANCE
ACUSE DE RECIBO

DE AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad proporciona información sobre cómo podemos y divulgar información médica protegida sobre usted. El aviso contiene una sección que describe sus derechos bajo la ley. Tiene derecho a revisar nuestro Aviso antes de firmar este Consentimiento. Los terminos de nuestro Aviso pueden cambiar. Si cambiamos nuestro Aviso, puede obtener una copia revisada comunicándose con nuestra oficina al (775) 870-4312 o con visitar nuestro sitio de web en www.chanevada.org.

Tiene derecho a solicitar que restrinjamos la forma en que se usa o divulga la información protegida sobre usted para el tratamiento, el pago o las operaciones de atención médica. No estamos obligados aceptar esta restricción, pero sí lo hacemos, cumpliremos ese acuerdo.

Al firmar este formulario, usted acepta nuestro uso y divulgación de información médica protegida sobre usted para tratamiento, pago y operaciones de atención médica. Tiene derecho de revocar el Consentimiento por escrito, firmado por usted. Sin embargo, dicha revocación no afectará ninguna divulgación que ya hayamos realizado en base en su Consentimiento previo. Community Health Alliance proporciona este formulario para cumplir con la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996 (HIPPA) y otras leyes estatales y federales relacionadas con la protección de la PHI.

Usted, el abajo firmante, entiende que:

- La información de salud protegida puede ser divulgada o utilizada para tratamiento, pago, operaciones de atención médica, o segun lo exija la ley.
- Community Health Alliance tiene un Aviso de Practicas de Privacidad y usted ha tenido la oportunidad de revisar este aviso antes de firmar este reconocimiento.
- Community Health Alliance se reserve el derecho a cambiar el Aviso de Prácticas de Privacidad.
- El paciente tiene el derecho a solicitar restricciones a los usos de su información pero Community Health Alliance no tiene que aceptar estas restricciones.
- El paciente puede revocar este Consentimiento por escrito en cualquier momento y las divulgaciones completas cesarán.
- Community Health Alliance puede condicionar la recepción de tratamiento a la ejecución de este consentimiento.

Opciones de Correo de Voz y Mensaje de texto:

- Ampliado para incluir información sobre referencias, resultados de laboratorio, resultados de imágenes, servicios preventivos (Papanicolaou, CRC, etc.), formularios listos para ser recogidos; por lo general, no tendría que volver a llamarnos.
- ☐ Quiero recibir correo de voz extendido y mensajes de texto al siguiente número _____
- ☐ No deseo recibir mensajes de voz de Community Health Alliance.

Correspondencia por correo:

Autorizo que se envíe correspondencia confidencial por correo a mi domicilio: ☐ Si ☐ No

He recibido una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad. Además, entiendo que puedo solicitar una copia adicional si es necesario y puedo comunicarme con el Oficial de Privacidad al (775) 870-4312, si tengo preguntas o inquietudes.

Nombre de Paciente/Cliente (letra de molde)

Firma de Paciente o/ Representante de Cliente

Fecha

(Requerido si el Paciente/Cliente es un menor o un adulto que no pueda firmar este formulario)

Relacion de Representante al Paciente/Cliente (Nombre)

Autorización para Compartir Información de Privacidad

De acuerdo con la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA), Community Health Alliance debe mantener su información de salud confidencial y protegida. Usted tiene el derecho de restringir el acceso de los miembros de su familia o otras personas a su información de salud.

Somos conscientes de que muchos de nuestros pacientes no desean restringir a su pareja, miembro de familia o otra persona(s) de tener acceso a su información de salud. En un esfuerzo por cumplir con las Regulaciones de HIPAA, y evitar inconveniencias para nuestros pacientes, le pedimos que complete este formulario.

Si en algún momento desea cambiar alguna de la información en este formulario, por favor notifique a nuestra oficina por escrito, cumpliremos con su solicitud.

Por favor, enumere a los miembros de familia o otras personas, si alguno, a quienes podemos informar sobre su condición médica general, diagnóstico, citas, resultados de exámenes, o otra información de atención médica (incluyendo tratamiento, pagos y procedimientos). **No está obligado a enumerar a nadie. Sin embargo, si lo hace, está autorizando a esa persona tener acceso a su información médica y/o de pago.**

Nombre Completo de Paciente: _____ Numero de Teléfono: _____

Fecha de Nacimiento de Paciente: _____

Por favor, marque el tipo de acceso que le gustaría que tuvieran:

Nombre Completo: _____ Relación: _____
☐ Información de Citas ☐ Información de Facturación ☐ Información Médica Detallada ☐ Autoziación de liberar Registros de Atención Médica a una Entidad Cubierta

Nombre Completo: _____ Relación: _____
☐ Información de Citas ☐ Información de Facturación ☐ Información Médica Detallada ☐ Autorización de liberar Registros de Atención Médica a una Entidad Cubierta

Nombre Completo: _____ Relación: _____
☐ Información de Citas ☐ Información de Facturación ☐ Información Médica Detallada ☐ Autorización de liberar Registros de Atención Médica a una Entidad Cubierta

Esta autorización no tiene fecha de expiración. Se redactará cuando se retire por escrito o se haya completado un formulario actualizado.

Firma de Paciente/Guardian: _____ Fecha: _____



AUTORIZACIÓN PARA SERVICIOS DE SALUD/TRATAMIENTO PARA UN MENOR

EL ABAJO FIRMANTE, DEBIDAMENTE AUTORIZADO: ☐ Padre tutelar ☐ Tutor legal (marque una)

Por la presente doy mi consentimiento por escrito a Community Health Alliance para proporcionar los servicios de atención médica necesarios incluyendo (marque con su inicial cada uno):

Atención médica general	☐ Sí ☐ No
Educación para la salud	☐ Sí ☐ No
Inmunizaciones/vacunas	☐ Sí ☐ No
Servicios de salud dental	☐ Sí ☐ No
Servicios de salud mental	☐ Sí ☐ No
Educación y orientación sexual	☐ Sí ☐ No
Detección de embarazo	☐ Sí ☐ No

Para el siguiente menor:

_____ Fecha de nacimiento del menor: _____

Escriba claramente el nombre del menor

Autorización es otorgada para (marque con su inicial uno) (1) la fecha de servicio únicamente: ☐ _____; o, (2) ☐ a perpetuidad (hasta que la autorización sea retirada por escrito y proporcionada a CHA).

Al dar este consentimiento, el abajo firmante confirma su responsabilidad legal para tomar decisiones sobre la salud del menor anteriormente mencionado y puede presentar una verificación escrita, si es necesario, para dicha autoridad.

Si el abajo firmante no puede acompañar al menor a una cita para cualquiera de los servicios de salud anteriormente marcados con su inicial, Community Health Alliance (CHA) intentará contactar al padre o tutor por teléfono para recibir la específica autorización para un determinado servicio de salud. Alternativamente, el abajo firmante puede completar una autorización de CHA para el consentimiento de terceros para el tratamiento de menores una forma para cada individuo designado para actuar como el abajo firmante en su ausencia.

Al firmar esta autorización, el abajo firmante acepta los términos y condiciones para el pago de servicios del menor. El abajo firmante reconoce haber recibido el aviso de prácticas de privacidad y su reconocimiento, como se explica en el paquete de bienvenida del paciente, así como los derechos del paciente, el formulario de inscripción y el paquete pediátrico para nuevo paciente.

El abajo firmante ha sido notificado y entiende que puede retirar su autorización en cualquier momento para cualquier paciente menor que no este emancipado y que la solicitud debe ser retirada por escrito y será efectiva al ser recibida por Community Health Alliance.

Firma del padre/tutor Fecha Nombre escrito del padre/tutor Iniciales

Número de teléfono: (____) _____ Número de teléfono alterno: (____) _____

SI ESTE FORMULARIO FUE COMPLETADO POR LOS PADRES EN CASA Y NO EN UN CENTRO DE SALUD DE CHA, DEBE SER TESTIFICADO.

Firma del testigo Fecha Relación del testigo (____) _____
Número de teléfono



Autorización de Terceros para el Consentimiento para el Tratamiento de Menores

Yo soy el

____ Padre

____ Tutor

____ Otra persona que tiene la custodia legal _____

(Describir el tipo de relación legal y proporcionar documentación)

de _____, un menor.

(Escribir nombre del menor)

Por la presente autorizo a _____, para actuar como mi agente y

(Escribir nombre del agente)

autorizar a todos los servicios de salud que son recomendados por, y administrados por cualquier proveedor de salud certificado de Community Health Alliance (CHA), si ese diagnóstico, tratamiento o transporte/remisión para atención hospitalaria es necesaria.

Entiendo que esta autorización es dada antes de cualquier diagnóstico específico, tratamiento o transporte/remisión para atención hospitalaria necesaria, pero es proporcionada para otorgar autoridad al agente anteriormente nombrado a dar su consentimiento para cualquier y todo tipo de diagnóstico, tratamiento, o transporte/remisión para la atención hospitalaria que un proveedor certificado de salud médica de Community Health Alliance recomiende.

He leído detenidamente y entiendo completamente esta autorización y acuerdo. He recibido una copia de esta autorización y acuerdo y estoy debidamente autorizado para ejecutar lo anteriormente mencionado, y acepto los términos descritos. Entiendo que esta autorización es efectiva a partir de hoy o hasta que sea revocado por escrito.

Reconozco que tengo el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento (lo cual podría ser por escrito, en persona o por correo certificado al proveedor de salud médica de Community Health Alliance, c/o Compliance Officer, 680 S. Rock Blvd., Reno, NV 89502). La revocación solo será efectiva a partir de haber sido recibida, salvo en la medida que el proveedor de salud haya actuado basándose en la autorización.

Firma: _____ Fecha y hora: _____
(Padre, tutor u otra persona que tiene la custodia legal)

Escriba el nombre: _____
(Padre, tutor u otra persona que tiene la custodia legal)

Firma del testigo: _____ Fecha y hora: _____

Escriba el nombre del menor: _____

Fecha de nacimiento: _____

____ Copia entregada al agente ____ Autorización escaneada en el archivo médico del menor

REVOCAR LA AUTORIZACIÓN PARA EL CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO DE UN MENOR

Por la presente revoco la autorización de terceros de consentimiento para el tratamiento de dicho menor.

Firma: _____ Fecha y hora: _____
(Padre, tutor u otra persona que tiene la custodia legal)

____ Copia entregada al agente ____ Autorización escaneada en el archivo médico del menor

Formulario de Consentimiento de Paciente

Para el Intercambio Electrónico de Información de Salud Individual

Detalles sobre la información del paciente en HealthIE Nevada y el proceso de consentimiento:

1. **Cómo se utilizará su información y quien la puede acceder:** Cuando proporcione consentimiento, solo los participantes de HealthIE Nevada (cómo médicos, hospitales, laboratorios, centros de radiografía y farmacias), tendrán acceso a su información de salud. Sólo se puede utilizar para:
 - Proporcionarle tratamiento médico y servicios relacionados.
 - Evaluar y mejorar la calidad de la atención médica proporcionada a todos los pacientes, utilizando información de salud no identificada.

2. **Tipos de información incluida y de donde proviene:** La información sobre usted proviene de organizaciones participantes que le han brindado atención médica. Estos pueden incluir hospitales, médicos, farmacias, laboratorios y otras organizaciones de atención médica. Sus registros de salud pueden incluir antecedentes de enfermedades o lesiones presentes que haya tenido (cómo diabetes o un hueso roto), resultados de exámenes (cómo radiografías o análisis de sangre), y listas de medicamentos que su médico le haya recetado. Esto puede incluir información creada antes de la fecha de este Formulario de Consentimiento. Esta información puede estar relacionada con condiciones de salud sensibles, que incluyen, entre otras:

- Problemas de consumo de Alcohol o drogas	-VIH/SIDA	-Control de la Natalidad y Planificación Familiar
-Enfermedades Genéticas (hereditarias)	-Condiciones de Salud Mental	-Infecciones de Transmisión Sexual

3. **Acceso o divulgación indebidos de su información:** La información electrónica sobre usted puede ser divulgada por un médico participante a otros solo en la medida permitida por la Ley del Estado de Nevada. Si en algún momento sospecha que alguien que no debería haber visto o recibido información sobre usted lo ha hecho, debe notificarlo a su médico.

4. **Periodo de vigencia:** Su consentimiento se hace efectivo al firmar este formulario y permanecerá en vigencia hasta el día en que usted lo revoque o HealthIE Nevada deje de realizar negocios.

5. **Revocación de su consentimiento:** Puede revocar su consentimiento en cualquier momento firmando un nuevo formulario de consentimiento y entregándoselo a su médico. Estos formularios están disponibles en el consultorio de su médico, o llamando al 855-484-3443. Los cambios a su estado de consentimiento pueden tardar de 24-48 horas para activarse en el sistema.
Nota: Organizaciones que acceden a su información de salud a través de HealthIE Nevada mientras su consentimiento está en vigencia pueden copiar o incluir su información en sus propios registros médicos. Incluso si más tarde decide retirar su consentimiento, no están obligados a devolverlo o eliminarlo de sus registros.

6. **Cómo se protege su información:** Las leyes y regulaciones federales y estatales protegen su información de salud. HIPPA, la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro de Salud de 1996, es la ley federal que protege sus registros médicos y limita quién puede ver y recibir su información de salud, incluida la información electrónica de salud. Las protecciones de HIPPA se fortalecieron aún más por otra ley federal, la Ley de HITECH de 2009, que puede imponer multas financieras severas a cualquier persona que viole sus derechos de privacidad médica. Toda la información de salud disponible en el HIE, incluida su información médica, está encriptada según los estándares federales y es accesible solo según lo permitido por la Ley del Estado de Nevada (NRS 439.590). Además, su médico debe proporcionarle un Aviso de Prácticas de Privacidad, que describe cómo él o ella use y protege su información médica.

Formulario de Consentimiento para el Intercambio Electronico de Información de Salud Individual

Pacientes de Nevada Medicaid: **POR FAVOR LEA.** La ley de Nevada exige que “una persona que es recipiente de Medicaid o Seguro de conformidad con el Programa de Seguro de Salud para Niños no puede optar por no divulgar su información de salud indentificable electronicamente” (NRS 439.539). Cuando un paciente ya no es beneficiario de Medicaid, es su responsabilidad cambiar su elección de consentimiento, si así lo decide. Por favor, firme a continuación para indicar su reconocimiento.

Al firmar este formulario de consentimiento, usted acepta que todos los participantes de HIE accedan toda su información de salud electrónica (incluyendo información confidencial) en relación con la prestación de servicios de atención médica, incluyendo la atención de emergencia. A menos que elija no participar o optar por no participar. Si decide optar por no participar, médicos no podran buscar sus registros en el Intercambio de Información de Salud, o tener la información mas reciente sobre usted, lo que puede afectar negativamente su atención. Si no desea participar en el Intercambio de Información de Salud, debe completar, firmar y enviar el Formulario de Exclusión Voluntaria. Al completar el Formulario de Exclusión Voluntaria, solo está optando por no participar en el Intercambio de Información de Salud. Sus registros aún se pueden compartir directamente entre sus proveedores de atención médica afuera de el Intercambio de Información de Salud utilizando métodos tradicionales (fax, correo, teléfono). Si decide optar por no participar en el Intercambio de Información de Salud, Continuaremos brindándole tratamiento de atención médica en nuestras instalaciones.

Firma de paciente o representante autorizado

Fecha

Si firmo esta forma como el representante autorizado del paciente, entiendo que todas las referencias en esta forma a “yo,” “mi” or “mio” refieren al paciente.

Nombre de representante autorizado (letra de molde)

Relación

Fecha

Community Health Alliance

Aplicación Para Escala de Descuentos

Como un Centro de Salud calificado a nivel Federal, nos complace ofrecer la Aplicación Para Escala de Descuentos a todos los pacientes en todos los centros de salud médica/ salud de conducta/servicios dentales. Si usted solicita y se determina que es elegible, puede calificar para un descuento. Podemos ayudarle aplicando nuestra escala de descuento a su co-pago y deducibles **si su seguro médico lo permite**. Si decide aplicar para la escala de descuento por favor llene esta aplicación completamente.

Si decide no solicitar nuestra aplicación para la escala de descuentos por favor marque la casilla indicando que está rechazando la aplicación, incluya sus iniciales y la fecha. Al rechazar la aplicación para la escala de descuento usted será responsable de pagar por sus servicios en Community Health Alliance.

Nombre del Paciente: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Número de personas en la familia: _____

NOMBRE DE LOS DEPENDIENTES	FECHA DE NACIMIENTO	EDAD	NOMBRE DE LOS DEPENDIENTES	FECHA DE NACIMIENTO	EDAD

Cantidad Total de Ingresos Familiares: _____ (Semanal/Quincenal/Mensual/Anualmente)

Incapaz de proporcionar verificación de ingresos ☐

Verificación de ingresos adjunta ☐

Programa de Escala de Descuentos rechazada/o ☐

(La tarifa nominal de Community Health Alliance se cobrará independientemente de la calificación de ingresos)

La elegibilidad para el Programa de Escala de Descuentos se basa únicamente en el tamaño de la familia y los ingresos

Este formulario tendrá una validez de un año; Al vencimiento, se deberá completar un nuevo formulario.

Certifico que la información que he dado en este formulario es verdadera y correcta a mi leal saber y entender.

Firma del paciente o padre (si el paciente es menor de edad)

Fecha

CHA: Employee name: _____ Date: _____

For Office Use Only: ☐ Did not qualify – scan page into patient documents

CHA SERVICES:

- ☐ B
- ☐ C
- ☐ D
- ☐ E
- ☐ F*

*Only qualifies for RH Slide

SFSDP S-2023-01-20

HISTORIAL DE SALUD 0-11 AÑOS

Nombre del paciente:	Fecha de nacimiento:	Fecha:
Razón principal para su visita de hoy::		
¿Dónde recibía atención MÉDICA antes? (médico/proveedor de salud anterior):		

Por favor anote (o muestre sus propios registros impresos) todos los medicamentos, con o sin receta, vitaminas, remedios caseros, pastillas anticonceptivas, hierbas, inhaladores, etc.

☐ **NO TOMA MEDICAMENTOS** ☐ Historia de medicamentos anticoagulantes ☐ Quimioterapia actual o pasada
☐ Historia de terapia con esteroides ☐ Historia de terapia con aspirina ☐ Historia de medicamentos para la osteoporosis

MEDICAMENTOS	DOSIS (por ej. mg/píldora)	¿CUÁNTAS VECES POR DÍA?	MEDICAMENTOS	DOSIS (por ej. mg/píldora)	¿CUÁNTAS VECES POR DÍA?

ALERGIAS O INTOLERANCIAS A MEDICAMENTOS:

¿Es usted alérgico a lo siguiente?

☐ Ninguno

Látex ☐ Sí ☐ No ☐ No sé Metales ☐ Sí ☐ No ☐ No sé Anestesia local ☐ Sí ☐ No ☐ No sé Yodo ☐ Sí ☐ No ☐ No sé
 Ibuprofeno ☐ Sí ☐ No ☐ No sé Sulfa/Sulfito ☐ Sí ☐ No ☐ No sé Codeína ☐ Sí ☐ No ☐ No sé Aspirina ☐ Sí ☐ No ☐ No sé
 Penicilina ☐ Sí ☐ No ☐ No sé Otros ANTIBIÓTICOS ☐ Sí ☐ No ☐ No sé Otro ☐ _____

ANTECEDENTE MÉDICO: ¿Tiene ahora (actual) o ha tenido (pasado) cualquiera de las siguientes condiciones?

CONDICION	ACTUAL	PASADO	CONDICION	ACTUAL	PASADO
Síndrome de déficit atencional			Desorden alimenticio (anorexia, bulimia, etc.)		
Abuso de alcohol/drogas			Reflujo gastroesofágico (acidez)		
Ansiedad			Problemas del corazón		
Asma / problemas respiratorio			VIH / SIDA		
Problemas de vejiga o renales			Fiebre reumática		
Trastorno hemorrágico			Convulsiones/epilepsia		
Cáncer			Apnea del sueño		
Metahemoglobinemia congénita			Necesidades especiales		
Depresión			Enfermedad de la tiroides		
Diabetes			Problemas con peso		
¿Tiene tuberculosis activa?					

EMBARAZO Y PARTO

¿En qué ciudad nació su hijo(a)? _____ Nombre del hospital: _____

Es su hijo(a) por: ☐ Nacimiento ☐ Adopción ☐ Hijastro(a) ☐ Otro: _____

¿Cuál fue su peso al nacer? _____ ¿Fue su bebé prematuro? ☐ Sí ☐ No

¿Existieron graves problemas médicos durante su embarazo? ☐ Sí ☐ No

¿Hubo complicaciones durante el parto o en el período de recién nacido del bebé? ☐ Sí ☐ No

Si la respuesta es afirmativa para alguna de las preguntas anteriores, por favor explique: _____

¿Por cuánto tiempo amamanto a su bebé? ☐ No amamante ☐ menos de 6 meses ☐ 6-11 meses ☐ 12-17 meses ☐ 18-23 meses ☐ 2 años a más

¿Por cuánto tiempo bebió biberón su bebé? ☐ No bebió biberón ☐ menos de 6 meses ☐ 6-11 meses ☐ 12-17 meses ☐ 18-23 meses ☐ 2 años o más

¿Durmió o duerme su bebé con el biberón en la boca? ☐ Sí ☐ No Si afirmativo, ¿Qué contiene el biberón? _____

¿Usó o usa su niño(a) una taza para niños anti-derrames (sippy cup)? ☐ Sí ☐ No

¿Edad del niño(a) en meses cuando le salió su primer diente? _____

¿Ha tendido su hijo(a) algún problema con los dientes? ☐ Sí ☐ No

¿Cuándo empezó a cepillarle los dientes a su hijo(a)? ☐ Aún no lo hace ☐ menos de 6 meses ☐ 6-11 meses ☐ 12-17 meses ☐ 18-23 meses ☐ 2 años o más

¿Cuándo empezó a utilizar pasta o crema dental para cepillarle los dientes? Aún no lo hace ☐ menos de 6 meses ☐ 6-11 meses ☐ 12-17 meses ☐ 18-23 meses ☐ 2 años o más

¿Quién cuida de su niño(a) por el día? _____ ¿Y durante la noche? _____

Nombre y edad de hermanos que se encuentran viviendo en la misma casa: _____

CRECIMIENTO Y DESARROLLO

¿Tiene usted o su pediatra anterior ha tenido alguna preocupación acerca del crecimiento y desarrollo de su hijo(a) (lenguaje, habilidades sociales, habilidades motrices, etc.)? ☐ Sí ☐ No

Si afirmativo, por favor explique: _____

Únicamente niñas: _____ Edad al primer periodo: _____ ¿Está embarazada? ☐ Sí ☐ No

ANTECEDENTES FAMILIARES – indique cuál de sus parientes ha tenido la siguiente enfermedad (padres y hermanos son más importantes)								
¿Es adoptado o no conoce de su historia familiar? ☐ Sí ☐ No								
Enfermedad	Madre	Padre	Herman	Enfermedad	Madre	Padre	Herman	Enfermedad
No se sabe nada significativa				Depresión / suicidio / ansiedad				Colesterol alto
Abuso de alcohol / drogas				Diabetes				Hipotiroidismo/enfermedad de la tiroides
Enfermedad autoinmune				Enfermedad del corazón				Enfermedad renal (riñón)
Cáncer				Alta presión arterial / Hipertensión				

Seguridad: ☐ me niego a responder			
Utiliza casco de bicicleta?		☐ Si ☐ No	
Utiliza el cinturón de seguridad?		☐ Si ☐ No	
Su hogar cuenta con un detector de humo?		☐ Si ☐ No	
Si tiene armas en su casa, estas están bajo seguro?		☐ Si ☐ No	
La violencia en el hogar es una preocupación para usted?		☐ Si ☐ No	
Nivel de educación: Grado de escuela terminado : _____			
Antecedentes dentales/orales			
Sus dientes son sensibles a lo frío, caliente, dulce o presión?	☐ Si ☐ No ☐ No sé	Le suena o tiene molestias en la mandíbula?	☐ Si ☐ No ☐ No sé
Tiene dolor o malestar dental?	☐ Si ☐ No ☐ No sé	Aprieta o rechina los dientes?	☐ Si ☐ No ☐ No sé
Tiene alguna perforación o joyas orales?	☐ Si ☐ No ☐ No sé	Hábitos orales (se muerde las uñas, aprieta o tensiona la mandíbula, etc.)	☐ Si ☐ No ☐ No sé
Padece de boca seca?	☐ Si ☐ No ☐ No sé	Tiene llagas o úlceras en la boca?	☐ Si ☐ No ☐ No sé
Ha tenido algún tratamiento periodontal (encías)?	☐ Si ☐ No ☐ No sé	Ha tenido alguna vez tratamiento de ortodoncia (frenos)?	☐ Si ☐ No ☐ No sé
Se blanquea los dientes?	☐ Si ☐ No ☐ No sé	Utiliza protector bucal al practicar deportes de contacto?	☐ Si ☐ No ☐ No sé
Ha tenido problemas asociados con tratamientos dentales anteriores?	☐ Si ☐ No ☐ No sé	Alguna vez ha tenido una lesión grave en la cabeza o en la boca?	☐ Si ☐ No ☐ No sé
Cuántas veces se cepilla los dientes al día?	Cuántas veces utiliza el hilo dental al día?		
Que le parece su sonrisa?			
Bebe agua embotellada o filtrada?		☐ Si ☐ No ☐ No sé	
Si es afirmativo, con cuánta frecuencia?		☐ Todos los días ☐ Cada semana ☐ Ocasional	
Fecha de su último examen dental: _____		Fecha de su última radiografía dental: _____	
Que hicieron en esa cita? _____		☐ NO recuerdo ☐ No recuerdo	
Alguna vez su doctor o dentista le ha recomendado tomar antibióticos antes de un tratamiento dental: ☐ No recuerdo			
_____ _____ Firma Fecha			