

**Clínica Dental**  
***Establecimiento de atención***

**¿Qué debo traer a mi primera cita?**

- Tarjetas de su seguro médico
- Identificación con fotografía, emitida por el estado y vigente
- El pago por la visita de hoy
- Una lista de todos los medicamentos que toma actualmente, tanto con receta médica como de venta libre, incluso suplementos y vitaminas
- Documentación completa de paciente nuevo, descargada de nuestro sitio web o que haya recibido por correo postal
- Solicitud de descuento por escala salarial y prueba de ingresos, si está solicitando nuestro Programa de descuentos por escala salarial
- Radiografías que se hayan tomado en el último año. Si se ha tomado radiografías dentales de toda la boca o panorámicas en los últimos cinco años, tráigalas también. Si las radiografías dentales se enviarán de otra clínica, verifique antes de su cita que las hayamos recibido para evitar retrasos en su cita.

La ley estatal exige que la clínica dental tenga disponible copias de la información solicitada en un período de dos semanas; los originales los guarda el proveedor original.

**¿Debo confirmar mi cita?**

Como cortesía, le llamaremos con un recordatorio antes de su cita. Debe saber que, si no podemos comunicarnos con usted, le solicitamos que NOS LLAME para confirmar su cita por lo menos **24 horas** antes de la hora de su cita. Sin esta confirmación, su cita puede ser cancelada.

---

***Le pedimos que llegue por lo menos 15 minutos antes de su primera cita para tener tiempo para completar su registro. Los registros atrasados pueden requerir que se programe nuevamente la cita.***





### ¿Cómo se enteró de nosotros?

- Remisión del médico    Recomendación de un amigo/familiar    Páginas amarillas
- Redes sociales (mencione la aplicación) \_\_\_\_\_    Periódico (mencione la publicación) \_\_\_\_\_
- Revista (mencione la publicación) \_\_\_\_\_    Radio (mencione la estación) \_\_\_\_\_
- Búsqueda de Google    Valla publicitaria    Otro \_\_\_\_\_

## 1 DATOS DEMOGRÁFICOS DEL PACIENTE

Nombre completo \_\_\_\_\_ Sobrenombre \_\_\_\_\_

N.º de SS \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Sexo al nacimiento  Femenino  Masculino

Dirección de facturación \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

Dirección de la casa \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

Teléfono de la casa \_\_\_\_\_ Teléfono durante el día \_\_\_\_\_

Teléfono celular \_\_\_\_\_

Correo electrónico \_\_\_\_\_

Estado civil  Soltero  Casado  Viudo  Divorciado  Separado  Pareja doméstica

Idioma principal  Inglés  Español  Lenguaje de señas  Otro \_\_\_\_\_ ¿Necesita un intérprete?  Sí  No

Nombre del contacto de emergencia/parentesco\*\* \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

**\*\*Si le gustaría que esta persona pudiera hablar sobre su atención médica o temas de facturación, pida un formulario de autorización.**

Farmacia principal \_\_\_\_\_ Farmacia secundaria \_\_\_\_\_

## 2 INFORMACIÓN DEL SEGURO: dé sus tarjetas del seguro

Nombre del seguro principal \_\_\_\_\_ N.º de póliza \_\_\_\_\_

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

Nombre del seguro secundario \_\_\_\_\_ N.º de póliza \_\_\_\_\_

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

## 3 ÚNICAMENTE PARA PACIENTES MENORES DE EDAD

Nombre de la madre \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

N.º de SS \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Nombre del padre \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

N.º de SS \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

## 4 ESTADÍSTICAS DEL PACIENTE

Como centro de salud autorizado por el gobierno federal, podemos ofrecer servicios a todos nuestros pacientes, incluso a las personas de escasos recursos, como resultado de las asignaciones de fondos de los subsidios federales. A fin de recibir el dinero de los subsidios debemos recopilar, anualmente, estadísticas sobre los pacientes que atendemos. Esta información es confidencial y será utilizada solo con fines estadísticos. Agradecemos que se tome el tiempo de completar totalmente todas las preguntas de esta sección.

¿Cuál es su condición de vida?  Persona sin hogar  No es persona sin hogar

¿Es usted un trabajador agrícola migrante?  Sí  No

¿Cuál es su raza?  Blanco  Indio americano/nativo de Alaska  Indio Asiático  Otro Asiático  Negro/afroamericano  
 Chino  Filipino  Guamanion o Chamorro  Japonés  Coreano  Nativo hawaiano  Isleño del pacífico  Samoano  Vietnamita

¿Cuál es su origen étnico?  Chicano  Cubano  Hispano/latino/español conjunto  Mexicano  
 Americano mexicano  No hispano/latino/español conjunto  Puertorriqueño  Español

¿Es usted un veterano?  Sí  No

¿Identidad de género?  Declinó  Femenino  Masculino  Transgénero F a M  Transgénero M a F  Intergénero  
 Otro \_\_\_\_\_

¿Orientación sexual?  Declinó  Heterosexual  Lesbiana/Gay  Bisexual  Otro  No sabe

¿Cuáles son los ingresos brutos anuales de su grupo familiar? \_\_\_\_\_ ¿Cuántas personas hay en su grupo familiar? \_\_\_\_\_

¿Cuál es su estado de empleo?  Empleado  Ama de casa  Jubilado  Estudiante  Desempleado  Discapacitado

## 5 POLÍTICA DE FACTURACIÓN Y COBRO

Se espera que los copagos, deducibles y cualquier otra cantidad que no cubra el seguro se paguen al momento de recibir el servicio. Cualquier cantidad que no se reciba en su cita se le facturará en su estado de cuenta mensual. Todos los estados de cuenta vencen por completo al momento de recibirlos a menos que se haya hecho algún acuerdo financiero previo. Los saldos pendientes estarán sujetos al proceso de cobro, lo que puede incluir la asignación a una agencia de cobros externa y posible baja del consultorio médico.

Enviaremos un reclamo a todas las compañías de seguros primarias y secundarias contratadas con excepción de los reclamos de vehículos motorizados y reclamos por compensación de los trabajadores fuera del estado. Es su responsabilidad darnos una copia reciente de sus tarjetas de seguro en cada cita. Ofrecemos un descuento de la cuota con base en sus ingresos y el tamaño del grupo familiar. Pida una solicitud al personal de recepción.

La Oficina de facturación está abierta de lunes a viernes, de 8:00 a. m a 5:00 p. m. Aceptamos las principales tarjetas de crédito/débito, cheques, efectivo y Care Credit en nuestro Centro Dental. Se aplicará una cuota de \$29 por fondos insuficientes por todos los cheques rechazados.

Por este medio autorizo al Centro de Salud Comunitario de Siskiyou para que dé los servicios al paciente arriba indicado y para que use y revele la información médica o dental según sea requerido para tratamiento, pago, atención médica y operaciones dentales. También asigno a Siskiyou Community Health Center los pagos a los que tengo derecho por gastos médicos, quirúrgicos, de salud conductual o dental. He leído y entiendo la política anterior en relación con mi responsabilidad financiera por todos los servicios que me den ya sea que estén cubiertos por el seguro o no.

Firma del paciente o del representante del paciente \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

## 6 POLÍTICA DE CITA CANCELADA SIN AVISO PREVIO

Si no cumple con una cita, no la cancela con 24 horas de anticipación o llega tarde, se considera una "cancelación sin aviso previo". Si no puede llegar a su cita, es su responsabilidad llamar y reprogramar o cancelar la cita.

**Pacientes nuevos:** si no confirma ni cancela su cita de paciente nuevo al menos 24 horas antes de la hora programada, esto resultará en un estado de "cancelación sin aviso previo". Los pacientes nuevos que no den un aviso de cancelación apropiado para dos (2) citas, no serán elegibles para establecer la atención con nosotros durante doce (12) meses consecutivos.

**Pacientes establecidos:** si un paciente establecido tiene cuatro (4) "cancelaciones sin aviso previo", se le notificará que ya no es elegible para programar citas futuras y se le atenderá en la clínica el mismo día, *sin previa cita*.

He leído y entiendo esta política de "cancelación sin aviso previo".

Firma del paciente o del representante del paciente \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_



## Autorización de Divulgación e Intercambio de Información Médica

### INFORMACIÓN DEL PACIENTE: *(En letra de molde)*

Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

### DIVULGAR INFORMACIÓN A:

Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Parentesco: \_\_\_\_\_

### INFORMACIÓN QUE SE DIVULGARÁ:

Ponga sus iniciales en todas las que aplican.

\_\_\_\_\_ Notas de expediente

\_\_\_\_\_ Informe del hospital

\_\_\_\_\_ Notas del cuadro dental

\_\_\_\_\_ Resultados de diagnóstico

\_\_\_\_\_ Vacunas

\_\_\_\_\_ Cuadro periodontal

\_\_\_\_\_ Laboratorio/patología

\_\_\_\_\_ Consultas de especialista

\_\_\_\_\_ Radiografías

\_\_\_\_\_ Medicamento/Farmacia

\_\_\_\_\_ Facturación

\_\_\_\_\_ Información de citas

Esta autorización se puede revocar en cualquier momento al proporcionar un aviso por escrito al Siskiyou Community Health Center. Dicho aviso tendrá vigencia inmediatamente después de que lo reciba el personal de expedientes del Siskiyou Community Health Center.

Fecha del consentimiento: \_\_\_\_\_

Fecha de vencimiento del consentimiento: \_\_\_\_\_

**Firma:** \_\_\_\_\_

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

---

Acepto que la información que se divulgue puede tener información que es protegida por las leyes federales y estatales (por ejemplo, abuso de drogas/alcohol, salud mental, VIH/SIDA) y específicamente doy mi consentimiento para divulgar dicha información.

Ponga sus iniciales en cada una que aplique:

\_\_\_\_\_ VIH/SIDA

\_\_\_\_\_ Salud mental

\_\_\_\_\_ Abuso de drogas/alcohol

**Firma:** \_\_\_\_\_

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



## **Aviso: privacidad del paciente**

La ley nos exige proteger la privacidad de su información médica y que le demos un aviso por escrito que describa:

### **Cómo podemos utilizar y revelar su información médica y cómo puede acceder a esta información**

- Podemos utilizar o revelar su información médica a otros con el fin de dar u organizar su atención médica, el pago de reembolso de la atención que le damos y las actividades administrativas relacionadas con el apoyo de su tratamiento.
- Algunas leyes, reglamentos o circunstancias nos pueden exigir o permitir utilizar y revelar su información médica para ciertos fines sin su autorización. Bajo otras circunstancias, es posible que necesitemos su autorización por escrito (la cual puede revocar después) para utilizar o revelar su información médica.
- Como paciente nuestro, usted tiene derechos importantes relacionados con inspeccionar y copiar su información médica que nosotros guardamos, modificar o corregir esa información, obtener un informe detallado de nuestras revelaciones de su información médica, solicitar que nos comuniquemos con usted confidencialmente, solicitar que restrinjamos ciertos usos y revelaciones de su información médica y presentar un reclamo si cree que sus derechos fueron violados.
- Tenemos disponible un **AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD** detallado que explica completamente sus derechos y nuestras obligaciones según la ley. Podemos revisar nuestro AVISO de vez en cuando. La fecha de vigencia en la parte inferior derecha de esta página indica la fecha más reciente del AVISO vigente.
- Usted tiene derecho a recibir una copia de nuestro AVISO más reciente vigente. Si aún no ha recibido una copia de nuestro AVISO más reciente, solicítela en la recepción y le daremos una.
- Si tiene alguna pregunta, preocupación o quejas sobre el AVISO o sobre su información médica, comuníquese con el director de privacidad de la Ley de portabilidad y responsabilidad de seguros de salud (HIPAA) al 1-866-667-2870.





## Reconocimiento y consentimiento

Entiendo que Siskiyou Community Health Center (en adelante "Este consultorio médico") utilizará y revelará mi **información de salud**.

Entiendo que mi **información de salud** puede incluir información tanto creada como recibida por Este consultorio médico. Puede ser en forma de registros escritos o electrónicos o de forma verbal y puede incluir información sobre mis antecedentes médicos, estado de salud, síntomas, exámenes, resultados de pruebas, diagnósticos, tratamientos, procedimientos, recetas médicas y tipos similares de información relacionada con la salud.

Entiendo y acepto que Este consultorio médico puede **utilizar y revelar** mi información de salud para:

- Tomar decisiones sobre mi atención y tratamiento y planificarlos.
- Referir, consultar, coordinar y administrar junto con otros proveedores de atención médica mi atención y tratamiento.
- Determinar mi elegibilidad para el plan médico o cobertura de seguro y enviar facturas, reclamos y otra información relacionada, a las compañías de seguros u otros que pueden ser responsables de pagar una parte o toda mi atención médica.
- Realizar varias funciones administrativas, de las clínicas y comerciales que respalden los esfuerzos de mi médico para proporcionarme, organizar y recibir reembolsos por la atención médica de calidad y a bajo costo.

También entiendo que tengo derecho a recibir y revisar una descripción por escrito de cómo Este consultorio médico manejará mi información de salud. Esta descripción por escrito se conoce como **Aviso de prácticas de privacidad** y describe los usos y las revelaciones de la información de salud creada, las prácticas de información que siguen los empleados, el personal y otro personal de oficina de Este consultorio médico y mis derechos sobre mi información de salud.

Entiendo que el Aviso de prácticas de privacidad puede ser revisado de vez en cuando y que tengo derecho a recibir una copia de cualquier Aviso de prácticas de privacidad revisado. También entiendo que una copia o resumen de la versión más reciente del Aviso de prácticas de privacidad vigente de Este consultorio médico se publicará en las áreas de recepción/espera.

Entiendo que tengo derecho a pedir que no se utilice ni revele una parte o toda mi información de salud en la manera descrita en el Aviso de prácticas de privacidad y entiendo que Este consultorio médico no está obligado por ley a aceptar dichas solicitudes.

**Al firmar a continuación, acepto que he revisado y entiendo la información anterior y que he recibido o me han ofrecido una copia del Aviso de prácticas de privacidad.**

Por: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
(Patient Signature)

Nombre en letra de imprenta: \_\_\_\_\_ Date of Birth: \_\_\_\_\_  
(Nombre del paciente)

Por: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
(Patient Representative Signature)

Nombre en letra de imprenta: \_\_\_\_\_  
(Nombre del representante del paciente)

Descripción de la autoridad del representante: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



## **Responsabilidad Financiera Del Paciente Servicios Dentales**

Gracias por elegir a Siskiyou Community Health Center para sus necesidades dentales. Estamos comprometidos a darle la atención dental de la más alta calidad posible. Le damos esta información relacionada con nuestra política financiera para ayudarle de una mejor forma a determinar sus beneficios y a entender su responsabilidad financiera.

### **Seguro Privado**

Facturaremos a su seguro por los servicios que le hayan dado; sin embargo, es **su responsabilidad comunicarse con su seguro para determinar si los servicios están cubiertos y la cantidad por la que usted será responsable**. Para servicios de tratamiento, le daremos un Plan de tratamiento propuesto indicándole los servicios recomendados y los honorarios estimados. Puede usar este documento cuando se comunique con su seguro para ayudarle a determinar la cobertura.

Preguntas que tal vez quiera hacer a su proveedor de seguros:

1. ¿Cubre mi póliza este servicio? Si lo cubre, ¿cuánto cubre mi póliza?
2. ¿Hay un deducible que debo pagar?
3. ¿Hay un límite en la cantidad de veces que puedo tener este tipo de servicio en un año?  
¿Cuál es el límite?
4. ¿Qué fechas se consideran mi año de la póliza?
5. ¿Hay un límite en dólares para cualquiera de los servicios?

Después de que determine su responsabilidad financiera estimada, puede comunicarse con nuestro consultorio para confirmar o programar sus citas.

Nos comunicaremos con su seguro antes del tratamiento para verificar la cobertura y determinar si el servicio requiere una autorización previa. De ser así, comenzaremos ese proceso. Si recibimos una denegación de parte de su seguro para la autorización previa, nos comunicaremos con usted. Para **coronas, tratamiento de canales, dentaduras postizas, puentes o dentaduras parciales**, también pediremos un cálculo de lo que debe pagar el paciente dentro de los siguientes 30 días después de la cita. Le informaremos sobre esta cantidad estimada y esperamos que dicha cantidad se pague al momento del servicio. Para todos los demás servicios, le facturaremos primero a su seguro antes de cobrarle a usted.

Para **TODOS** los servicios, cualquier saldo pendiente de pago después de que el seguro procese el reclamo, se le facturará a usted. **Esperamos el pago de este saldo en un plazo de 30 días de la fecha del estado de cuenta.**

**(Vea el reverso para obtener más información)**



## **Pago Por Cuenta Propia/Tarifa Proporcional**

Los servicios que le hayan dado se considerarán 100 % responsabilidad del paciente, menos el descuento de tarifa proporcional para aquellas personas que califiquen.

Para los servicios preventivos (*exámenes, limpiezas, etc.*) podemos darle un rango de precio estimado si lo solicita. Si usted no califica para el Programa de descuento por escala salarial (Sliding Discount Program), pregunte a nuestro personal de registro sobre nuestro programa Una onza de prevención (**Ounce of Prevention Program**). Este programa ofrece servicios con descuento para la atención preventiva.

Para tratamiento (*rellenos, extracciones, coronas, dentaduras postizas, etc.*), le daremos un Plan de tratamiento propuesto indicándole los servicios recomendados y sus honorarios estimados. Puede usar este documento para ayudarle a determinar cuál es el tratamiento que puede pagar. Dentro de los 30 días de su tratamiento, prepararemos una estimación para usted. Esta es la cantidad que deberá pagar al momento del servicio.

### **\*\* IMPORTANTE \*\***

Todos los Planes de tratamiento propuesto y las estimaciones son **solo estimaciones**. Los servicios y los honorarios pueden estar sujetos a cambio. Haremos todo lo posible por garantizar que usted tenga la información financiera más exacta que necesita para tomar sus decisiones acerca del tratamiento; sin embargo, ***cualquier cambio a los servicios/honorarios estimados se considerará responsabilidad del paciente.***



# Siskiyou Community Health Center

## HISTORIA MÉDICA

Nombre del paciente \_\_\_\_\_ Historia médica Nº \_\_\_\_\_  
 Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

**I. Encierre en un círculo la respuesta adecuada** (Deje en blanco si no entiende la pregunta)

- Sí No** ¿Su estado de salud es en general satisfactorio?
- Sí No** ¿Hubo algún cambio en su estado de salud durante el último año?
- Sí No** ¿Se encuentra bajo el cuidado de un médico? Si la respuesta es sí, escriba el nombre y teléfono \_\_\_\_\_  
 Si la respuesta es sí, ¿cuál es la condición médica que padece? \_\_\_\_\_  
 Fecha del último examen médico \_\_\_\_\_
- Sí No** ¿Ha estado hospitalizado o ha sufrido alguna enfermedad grave en los últimos tres años?  
 En caso afirmativo, por favor explique: \_\_\_\_\_
- Sí No** ¿Ha tenido problemas con algún tratamiento dental en el pasado? \_\_\_\_\_ Fecha del último examen dental \_\_\_\_\_
- Sí No** ¿Está experimentando algún dolor en este momento? Descríbalo \_\_\_\_\_

**II. ¿Tiene o ha tenido alguna de las siguientes condiciones?:**

<b>Sí No</b> Problemas de sangrado, fácil aparición de hematomas	<b>Sí No</b> Tiroides, enfermedad suprarrenal
<b>Sí No</b> Sinusitis	<b>Sí No</b> Diabetes
<b>Sí No</b> Accidente cerebrovascular, Endurecimiento de las arterias	<b>Sí No</b> Convulsiones
<b>Sí No</b> Enfermedad cardíaca	<b>Sí No</b> Resequedad de la boca
<b>Sí No</b> Ataque cardíaco, Defectos cardíacos	<b>Sí No</b> VIH o SIDA
<b>Sí No</b> Transfusiones de sangre	<b>Sí No</b> Tumores o cáncer
<b>Sí No</b> Soplo cardíaco	<b>Sí No</b> Tratamientos de radiación
<b>Sí No</b> Prótesis de válvula cardíaca	<b>Sí No</b> Quimioterapia (píldoras y/o inyecciones)
<b>Sí No</b> Marcapasos	<b>Sí No</b> ETS (sífilis, herpes o gonorrea)
<b>Sí No</b> Fiebre reumática	<b>Sí No</b> Artritis, reumatismo
<b>Sí No</b> Presión arterial alta	<b>Sí No</b> Asma, tuberculosis, enfisema, otras enfermedades
<b>Sí No</b> Articulación artificial	<b>Sí No</b> Hepatitis, otras enfermedades del hígado
<b>Sí No</b> Problemas estomacales, úlceras	<b>Sí No</b> Enfermedad renal o de la vejiga
<b>Sí No</b> Atención Psiquiátrica	<b>Sí No</b> Osteoporosis

**III. ¿Consume alguno de los siguientes?:**

- Sí No** Drogas con propósitos recreativos
- Sí No** Alcohol, cerveza o vino
- Sí No** Tabaco (pipas, cigarros, cigarrillos, tabaco para mascar)
- Sí No** Drogas, medicamentos recetados o de venta libre (incluida la aspirina), remedios naturales:  
 Indique cuáles: \_\_\_\_\_

**IV. Sólo mujeres:**

- Sí No** Método anticonceptivo: \_\_\_\_\_
- Sí No** ¿Está o podría estar embarazada o lactando?

**V. Todos los pacientes:**

- Sí No** ¿Tiene o ha tenido alguna otra enfermedad o problema médico que no aparezca en este formulario?  
 En caso afirmativo, por favor explique: \_\_\_\_\_
- Sí No** Alergias a: Medicamentos, alimentos, látex: \_\_\_\_\_

Según mi saber y entender, respondí todas las preguntas de manera completa y precisa. Informaré a mi dentista sobre cualquier cambio en mi salud y/o medicamentos.

Firma del paciente/tutor \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_ Actualización \_\_\_\_\_

Firma del dentista \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_ Actualización \_\_\_\_\_

Iniciales del higienista dental \_\_\_\_\_



**AUTORIZACIÓN PARA USAR O REVELAR INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA**

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

Dirección: \_\_\_\_\_ Tipo de identificación: \_\_\_\_\_

Proveedor de atención médica que **revelará** la información:

Persona/Agencia que **recibirá** la información:  Paciente/Yo

Nombre		
Dirección		
Ciudad	Estado	Código postal
Teléfono	Fax	

**Nombre**  
Siskiyou Community Health Center (SCHC)  
1701 NW Hawthorne Ave, Grants Pass OR 97526  
TEL.: 541-471-3455 FAX: 541-471-1439

**Nombre**  
Siskiyou Community Health Center (SCHC)  
PO Box 1850, Cave Junction OR 97523  
TEL.: 541-592-4111 FAX: 541-592-3916

**PROPÓSITO DE LA REVELACIÓN** \_\_\_\_\_ Transferencia de la atención \_\_\_\_\_ Coordinación de la atención \_\_\_\_\_ Otro \_\_\_\_\_

**FECHAS SOLICITADAS** \_\_\_\_\_ últimos 3 años  Intervalo de fechas: Del \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

**TIPO DE COPIA SOLICITADA**  Memoria USB  Copia impresa  Correo electrónico \_\_\_\_\_  
(Solo para uso profesional)

**INFORMACIÓN SOLICITADA (Debe poner sus iniciales junto a cada registro solicitado):**

- \_\_\_\_\_ Escriba sus iniciales aquí para incluir **TODOS** los tipos de registros indicados abajo  escriba sus iniciales junto a los registros específicos solicitados.
- |   |                                   |                               |
|---|-----------------------------------|-------------------------------|
| _____ Notas de la historia médica           | _____ Consultas con especialistas | _____ Registros de vacunación |
| _____ Resultados de laboratorio             | _____ Registros del hospital      | _____ Estados de cuenta       |
| _____ Informes de radiología e imágenes     | _____ Notas de fisioterapia       |                               |
| _____ Informes de electrocardiogramas (EKG) | _____ Otro _____                  |                               |

**CONSENTIMIENTO ESPECÍFICO (Poniendo mis iniciales en los espacios de abajo, autorizo específicamente que se revele la información confidencial indicada):**

- |  |                                      |
|--|--------------------------------------|
| _____ Registros sobre enfermedades mentales o discapacidades del desarrollo* | _____ Enfermedades contagiosas       |
| _____ Registros médicos sobre drogadicción o alcoholismo                     | _____ Enfermedades venéreas          |
| _____ Resultados de la prueba de VIH   | _____ Maltrato y abandono de menores |
| _____ Información y resultados de pruebas genéticas                          | _____ Agresión sexual                |

**FECHA DE VIGENCIA DE LA AUTORIZACIÓN**

- \_\_\_\_\_ Hasta que se cumpla el propósito  
 \_\_\_\_\_ Otra \_\_\_\_\_

Entiendo que puedo revocar esta autorización por escrito en cualquier momento informando al Departamento de Registros Médicos. Entiendo que, una vez que se revele mi información médica al destinatario, ningún miembro del personal de SCHC podrá garantizar que el destinatario no vuelva a revelar mi información médica a un tercero o según lo exija la ley. El tercero quizá no tenga la obligación de cumplir esta autorización o las leyes de privacidad. Entiendo que puedo negarme a firmar esta autorización y que, si lo hago, mi capacidad para recibir tratamiento no se verá afectada.

Leí y entendí esta autorización, y tuve la oportunidad de hacer preguntas sobre la revelación de la información médica. Autorizo a SCHC para que use o revele mi información médica de la manera indicada arriba.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente o de la persona autorizada por ley

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
\*Nombre y firma del testigo (obligatorio para revelar información de una enfermedad mental o una discapacidad del desarrollo)

\_\_\_\_\_  
Fecha

**Iniciales del miembro del personal** \_\_\_\_\_

