

## **¡Le damos la bienvenida a Siskiyou Community Health Center!** *Gracias por elegirnos como su hogar médico.*

### **Próximos pasos**

1. Revise la carpeta para pacientes nuevos, donde encontrará información importante sobre nuestros servicios, horarios de atención, herramientas para mejorar su atención, políticas y sobre los derechos y responsabilidades de los pacientes.
2. Complete todas las páginas de este paquete de registro.
3. Complete el Formulario de revelación de registros para que podamos acceder a los registros médicos de su proveedor anterior y de otros especialistas que participen en su atención. Debe incluir el nombre completo, la dirección, el número de teléfono y el número de fax de cada proveedor.
4. Complete la solicitud de Determinación de elegibilidad si necesita ayuda económica mediante el Plan de salud de Oregón o nuestro Programa de descuento de tarifas variables. Asegúrese de incluir cualquier prueba de ingresos solicitada.
5. Devuelva la documentación completa a cualquier miembro de nuestro personal de registro. Deberá presentar una copia de su tarjeta del seguro o traerla para que podamos hacer una copia.
6. Si necesita un odontólogo, infórmele a nuestro coordinador de pacientes nuevos cuando entregue su paquete de registro.
7. Nuestro coordinador de pacientes nuevos se comunicará con usted en un plazo de diez (10) días laborables para revisar toda la información en la carpeta de pacientes nuevos, responder cualquier pregunta que pueda tener y programar su primera cita.

### **Su equipo de atención médica**

Siskiyou Community Health Center (SCHC) se enorgullece de ser un centro de atención primaria centrada en el paciente (PCPCH). Esto quiere decir que usted es el centro de su atención y que sus necesidades, preferencias y objetivos son nuestra prioridad. Su equipo de atención trabajará con usted para crear un plan de atención personalizada y coordinar con otros proveedores de atención médica para darle atención integral y de alta calidad.

En SCHC, puede esperar lo siguiente:

- Su proveedor de atención primaria coordinará su atención y se asegurará de que reciba los servicios necesarios cuando sea necesario.
- El personal de SCHC estará atento a sus preocupaciones y disponible para responder sus preguntas.
- El equipo de atención de SCHC le dará las herramientas necesarias para que tome un papel activo en su salud.

Le asignarán un equipo de atención central formado por un proveedor de atención primaria dos auxiliares médicos y un equipo de enfermeros, quienes lo ayudarán con sus visitas médicas, prestarán servicios clínicos y atenderán sus llamadas telefónicas y mensajes de voz. Nos esforzamos por responder los mensajes en un plazo de 24 horas.

Además de su equipo de atención médica principal, usted tendrá acceso a un equipo de atención extendida que incluye:

- ❖ Servicios de clínica sin cita previa
- ❖ Especialistas en remisiones
- ❖ Servicios médicos conductuales
- ❖ Atención dental
- ❖ Laboratorio y radiología
- ❖ Farmacia
- ❖ Especialistas en facturación
- ❖ Coordinadores de difusión

Puede obtener más información sobre nuestros servicios visitando nuestro sitio web en [www.siskiyouhealthcenter.com](http://www.siskiyouhealthcenter.com).

## Comuníquese con su equipo de atención médica

Para programar una cita o comunicarse con su equipo de atención médica durante el horario de atención habitual, llámenos al (541) 472-4777 y siga las indicaciones para comunicarse con el miembro adecuado del equipo de atención.

- Para programar una cita, haga clic en “*Scheduling*” (Programación).
- Para comunicarse con su equipo médico, haga clic en “*Other*” (Otro) para que lo transfieran con un operador.
- Para pedir un resurtido de recetas médicas, comuníquese con su farmacia. Si usa la farmacia de Siskiyou, puede seleccionarla en el menú principal para que lo dirijan a nuestra línea de resurtido automatizado. También lo animamos a usar nuestra aplicación de farmacia, que le permite administrar sus recetas desde su dispositivo móvil.
- Si tiene preguntas sobre el estado de una remisión, haga clic en “*Referrals*” (Remisiones).

Si necesita asistencia médica después del horario de atención habitual, llame al mismo número para comunicarse con nuestro servicio de atención de llamadas. Rápidamente, la línea de ayuda de RN o un proveedor de SCHC de guardia lo ayudará, según corresponda. Para situaciones de emergencia, remitirán a los pacientes a la sala de emergencias o llamarán al 9-1-1.

Tenemos clínicas sin cita previa en Grants Pass y Cave Junction que ofrecen visitas en persona y virtuales. No se necesita una cita. En la clínica sin cita previa, se atienden lesiones menores, enfermedades y condiciones crónicas, y se ofrecen servicios de prevención y pruebas de detección de enfermedades. Visite la página de visita virtual en nuestro sitio web, [www.siskiyouhealthcenter.com](http://www.siskiyouhealthcenter.com), para obtener más información o programar una visita virtual a la clínica sin cita previa.

## Cómo prepararse para sus citas

1. Confirme su cita. Una semana antes de su cita, recibirá mensajes de texto o correos electrónicos que le permitirán confirmar su cita y preinscribirse digitalmente para su visita. Si no responde a estos, nuestro personal de programación lo llamará algunos días antes de su cita. ***Si no recibimos noticias tuyas antes de las 3:00 p. m. del día anterior, su cita se cancelará.***
2. Llegue 15 minutos antes de su cita.
3. Traiga sus tarjetas de seguro y la cantidad adeudada del copago.
4. Para su primera visita, traiga todos los medicamentos con receta y de venta libre que toma actualmente, incluyendo suplementos y vitaminas.
5. Prepárese para compartir las preocupaciones de atención médica específicas que quiera tratar con su equipo de atención.



# Siskiyou Community Health Center

## ¿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

\_\_\_\_\_ Resultados de diagnóstico

\_\_\_\_\_ Laboratorio/patología

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

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

\_\_\_\_\_ Vacunas

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

\_\_\_\_\_ Facturación

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

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

\_\_\_\_\_ Radiografías

\_\_\_\_\_ 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: \_\_\_\_\_  
(Patient Signature)

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

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

Date of Birth: \_\_\_\_\_

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

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

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

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





**GRANTS PASS MEDICAL**  
 1701 NW Hawthorne Avenue, Suite 201  
 Grants Pass, OR 97526  
 (541) 471-3455

**CAVE JUNCTION MEDICAL**  
 25647 Redwood Highway  
 Cave Junction, OR 97523  
 (541) 592-4111

### Historial médico del adulto

**Este formulario se debe llenar por completo, incluyendo todas las fechas.**

Nombre del paciente: *(En letra de molde)* \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Doctor primario: \_\_\_\_\_ Fecha de hoy: \_\_\_\_\_

#### Historial médico

Enumere las afecciones médicas	¿actual? S/n	Fecha en que se diagnosticó	Proveedor que consultó	Office Use

**Alergias**       Ninguna alergia

Nombre	Reacción	Nombre	Reacción
1.		3.	
2.		4.	

**Medicamentos** *(Incluso medicamentos de venta libre, suplementos a base de hierbas y vitaminas)*

Nombre del medicamento	¿actual? S/n	Recetado por



# Siskiyou community health center

## Historial médico del adulto (página 2 de 3)

**Este formulario se debe llenar por completo, incluyendo todas las fechas.**

Nombre del paciente: *(En letra de molde)* \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

### Historial quirúrgico *(Incluya el año en que se hizo la cirugía)*

Procedimiento quirúrgico	Fecha	Médico

### Mantenimiento de la salud

Última colonoscopia	
Última vacuna contra el tétanos	
Última vacuna contra la neumonía	

### Historial médico de la mujer

Edad en la primera menstruación		Total de embarazos		Cantidad de embarazos ectópicos o en las trompas de Falopio	
Edad en el primer parto		Cantidad de embarazos a término		Cantidad de hijos nacidos vivos Parto vaginal	
Edad / año de la menopausia <i>(si aplica)</i>		Cantidad de embarazos pre-término		Cantidad de hijos nacidos vivos Operación cesárea	
Última prueba Papanicolaou		Cantidad de abortos espontáneos		Cantidad de hijos vivos actualmente	
Última mamografía		Cantidad de abortos electivos			

### Historial médico familiar ¿Alguno de sus parientes ha padecido alguna de las siguientes?

Diagnóstico	Marque todos los que aplican	Parentesco	Aún vive
TDA/THDA			
Alcoholismo			
Alergias			
Enfermedad de Alzheimer			
Artritis			
Asma			
Trastorno bipolar			
Defectos congénitos Tipo: _____			
Enfermedad de la sangre			
Cáncer Tipo: _____			
ACV (accidente cerebrovascular)			
Depresión			
Retrasos en el desarrollo			
Diabetes			
Eccema			

Diagnóstico	Marque todos los que aplican	Parentesco	Aún vive
Enfermedad cardíaca			
Colesterol alto			
Hipertensión			
Discapacidad del aprendizaje			
Enfermedad pulmonar			
Enfermedad mental			
Migraña			
Obesidad			
Osteoporosis			
Enfermedad renal			
Convulsiones			
Enfermedad de la tiroides			
Otro: _____			
Otro: _____			
Otro: _____			



**Siskiyou community health center**  
**Historial médico del adulto** (página 3 de 3)

**Este formulario se debe llenar por completo, incluyendo todas las fechas.**

Nombre del paciente: *(En letra de molde)* \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

**Historial social**

**Educación/experiencia militar**

Graduado de la preparatoria o equivalencia de secundaria:

Sí  No

Universidad:

Alguno  ¿Título/diploma obtenido? \_\_\_\_\_

Experiencia militar: \_\_\_\_\_

**Empleo**

Empleador: \_\_\_\_\_

Ocupación: \_\_\_\_\_

Medio tiempo  Tiempo completo  Jubilado  Discapacitado

*(Encierre con círculo)*

**Tabaco**

¿Usa tabaco?  Sí  No

Tipo: \_\_\_\_\_

Cantidad de años: \_\_\_\_\_

¿Intentos anteriores de dejar el tabaco?  Sí  No

¿Exposición pasiva al humo?  Sí  No

Antes Año en que lo dejó: \_\_\_\_\_

¿Cuánto? \_\_\_\_\_

Método: \_\_\_\_\_

**Alcohol**

¿Bebe alcohol?

Sí  No  Antes Cantidad de años: \_\_\_\_\_

Tipo: \_\_\_\_\_

¿Cuánto? \_\_\_\_\_

¿Con qué frecuencia?  A diario  Semanalmente

Socialmente  Desenfrenadamente

*(Marque una)*

**Drogas recreativas**

Sí  No  Antes Cantidad de años: \_\_\_\_\_

Tipo: \_\_\_\_\_

¿Cuánto? \_\_\_\_\_

¿Con qué frecuencia? \_\_\_\_\_

**Cafeína**

Sí  No

Tipo: \_\_\_\_\_

¿Cuánto? \_\_\_\_\_

¿Con qué frecuencia? \_\_\_\_\_

**Estilo de vida**

Nivel de actividad física (Ejemplo: Sedentario, Moderado, Atlético): \_\_\_\_\_

¿Cuántas horas por semana hace ejercicio? \_\_\_\_\_

**Ambiente/seguridad en el hogar**

Tipo de calefacción en el hogar: \_\_\_\_\_

Proveedor dental: \_\_\_\_\_

Proveedor dental SCHC  Otro  Ninguno

Última Examen: \_\_\_\_\_

Directivas anticipadas en orden:  Ninguna

Testamento en vida

Poder notarial duradero

Apoderado de Atención médica





## **Declaración de la misión**

Identificar y proporcionar atención para las necesidades médicas primarias de nuestra comunidad de manera profesional y compasiva.

## **Derechos y responsabilidades del paciente**

En Siskiyou Community Health Center, reconocemos la importancia de tratar a cada paciente con respeto y dignidad, de reconocer la individualidad, de ofrecer información clara y de involucrar al paciente en las decisiones relacionadas con su atención y tratamiento.

### **Derechos del paciente**

Como paciente, usted tiene los siguientes derechos:

#### **▶ Calidad de la atención**

- Recibir atención que reconozca y mantenga su dignidad y valores.
- Recibir atención, tratamiento y servicios que estén dentro del ámbito y la misión de Siskiyou Community Health Center y que se presten en cumplimiento de las leyes y reglamentaciones vigentes.
- Estar en un entorno de atención médica seguro.
- Recibir atención de personal capacitado.
- Conocer la identidad y la categoría profesional de sus cuidadores.
- Que respeten sus valores, creencias y preferencias culturales, psicosociales, espirituales y personales.
- Recibir la ayuda gratuita de intérpretes calificados o de equipo especial que cubra sus necesidades lingüísticas.
- Accesibilidad significativa para individuos que tengan discapacidades.
- Recibir ayuda gratuita relacionada con accesibilidad significativa para individuos que tengan discapacidades para comunicarse eficazmente.
- Obtener información sobre nuestras opciones para recibir atención.
- Estar libre de todas las formas de abuso y acoso.
- Servicios de traslado para acceder a la atención en un centro médico.

#### **▶ Confidencialidad y privacidad**

- Privacidad personal dentro de lo que regula la ley.
- Confidencialidad de su atención médica y sus registros de facturación.

#### **▶ Toma de decisiones**

- Recibir toda la información de la atención médica relacionada con el estado médico, incluyendo alternativas y riesgos.
- Ayudar a planificar la atención, el tratamiento y los servicios.
- Participar en las decisiones sobre la atención, el tratamiento y los servicios.
- Dar consentimiento informado antes de iniciar cualquier examen, operación, procedimiento o tratamiento. También puede retirar su consentimiento en cualquier momento.
- Solicitar una segunda opinión.
- Crear directivas anticipadas (como un testamento en vida) y que se intente cumplir esas instrucciones hasta donde lo permita la ley.
- Tener un suplente encargado de tomar decisiones, como lo permita la ley, cuando usted no pueda decidir sobre la atención, tratamiento y servicio que quiera recibir.
- Elegir o cambiar a su proveedor de atención médica.

▶ **Acceso a expediente médico**

- Solicitar la revisión de su expediente médico con su proveedor de atención médica y obtener una explicación e interpretación sobre la información, solicitar que se enmiende y recibir un informe de lo que se ha revelado sobre su información médica, como lo permita la ley vigente en un periodo de tiempo razonable.

▶ **Aislamiento y restricciones**

- Estar libre de cualquier tipo de restricciones a menos que sea médicamente necesario.

▶ **Proceso de quejas formales**

- Expresarle sus quejas al proveedor de atención médica sin miedo a represalias.
- Recibir una respuesta a tiempo, con los resultados de su queja.
- Solicitar una reunión administrativa o participar en cualquier conversación que surja en el curso de su atención.
- Comunicar sus preocupaciones llamando al 541-471-3455 y pedir hablar con el director de Operaciones/Administrativo.
- Presentar una queja o queja formal ante el director de Cumplimiento llamando al 541-472-4713.
- Presentar una apelación de una queja formal ante el director de Cumplimiento llamando al 541-472-4713.

Si no se resuelve, presentar una queja formal ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. (U.S. Department of Health and Human Services), Oficina de Derechos Civiles. Los formularios están disponibles en <https://www.hhs.gov/ocr/filing-with-ocr/index.html>.

▶ **FACTURACIÓN**

- Recibir una explicación completa de su factura.
- Hablar con un especialista bilingüe sobre la factura, el seguro, los copagos y otros medios de pago.
- Para comunicarse con un especialista en facturación, llame al 541-472-4799.

▶ **NO DISCRIMINACIÓN**

Este centro de atención médica hace disponibles sus servicios para todas las personas de la comunidad.

Declaración de no discriminación: Siskiyou Community Health Center cumple las leyes federales vigentes de derechos civiles y no discrimina con base en la raza, el color, el país de origen, la edad, la discapacidad, el sexo, la religión, la orientación sexual y la incapacidad de pagar.

Este centro de atención médica no discrimina a ningún paciente por su edad ni su sexo, además no discrimina por embarazo, discapacidad, raza, credo, color de la piel, país de origen ni por la cobertura del seguro médico del paciente en los Mercados y la cobertura que tenga de otros planes médicos. Si cree que le han negado los servicios inadecuadamente, comuníquese con el administrador de la clínica de su localidad:

- Administrador de la Grants Pass Clinic: (541) 471-3455
- Administrador de la Cave Junction Clinic: (541) 592-4111
- Administrador de la clínica dental: (541) 479-6393
- Administrador del programa de extensión: (541) 472-4743
- Administrador de la clínica de consulta sin cita: (541) 472-4705

▶ **No discriminación (continuación)**

Si usted cree que ha sido discriminado por su raza, color, país de origen, discapacidad, edad, sexo (incluyendo estereotipos de sexo e identidad de género) o religión, puede presentar una queja ante el director de Cumplimiento del Siskiyou Community Health Center, o:

- En forma electrónica mediante el Portal de Quejas de la Oficina de Derechos Civiles, en: <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>.
- Por correo a: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue, SW, Room 509F, HHH Building, Washington, D.C. 20201
- Por teléfono, llamando sin costo del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU., Oficina de Derechos Civiles
- al: 1-800-368-1019, TDD: 1-800-537-7697.

**Responsabilidades del paciente**

Ayúdenos a darle atención médica. Sepa que lo apoyamos para que cumpla sus obligaciones durante su estancia en este centro. Entre esas responsabilidades están las siguientes:

▶ **Compartir información**

- Dar información médica exacta y completa a sus proveedores de atención médica.
- Entender su plan de tratamiento, hacer preguntas e informarle al personal cuando las respuestas sean incomprensibles o cuando su plan de tratamiento no se pueda seguir.
- Informar sobre cualquier cambio en su condición médica.
- Informarnos sobre sus directivas anticipadas.

▶ **Participación**

- Participar en la atención que recibe.
- Seguir las recomendaciones de su equipo de atención médica lo mejor que pueda.
- Aceptar las consecuencias de sus decisiones si usted se niega a seguir los tratamientos recomendados y las instrucciones.

▶ **Respeto y consideración**

- Respetar las necesidades, los derechos y la propiedad de los otros pacientes, los familiares y los cuidadores.
- Tomar en cuenta los niveles de ruido.
- Evitar todas las formas de abuso y acoso.

▶ **Seguro médico y facturación**

- Conocer el alcance de la cobertura de su seguro médico.
- Conocer los requisitos de su seguro, como autorizaciones previas, deducibles y copagos.
- Llamar a la oficina de facturación si tiene alguna pregunta o preocupación.
- Cumplir sus obligaciones económicas.

*En Siskiyou Community Health Center no se permite el ingreso de armas y se prohíbe el consumo de tabaco y de drogas. Esta institución es un proveedor y empleador que da igualdad de oportunidades.*



**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** \_\_\_\_\_