

Aviso sobre prácticas de privacidad

Su información.

Sus derechos.

Nuestras responsabilidades.

En este aviso se describe el uso y la divulgación de la información médica sobre usted y cómo usted puede acceder a esta información. **Léalo con atención.**

Como parte de nuestras responsabilidades, todos los empleados y pacientes de Shasta Community Health, Dental y Maternity Centers deberán respetar este aviso.



Shasta Community Health Center
a californihealth⁺ center

Sus derechos

Usted tiene derecho a lo siguiente:

- Recibir una copia impresa o electrónica de su registro médico
- Solicitar la corrección de datos en la copia impresa o electrónica de su registro médico
- Solicitar que la comunicación sea confidencial o privada
- Pedirnos que limitemos los datos que compartimos
- Recibir una lista de las personas con las que hemos compartido su información
- Recibir una copia de este aviso de privacidad
- Designar a una persona para que actúe en su nombre (como un apoderado de atención médica o una persona con poder notarial)
- Presentar una queja si considera que no hemos protegido sus derechos de privacidad

***Consulte las páginas 2 y 3 para obtener detalles sobre estos derechos y saber cómo utilizarlos.**

Sus opciones

Usted cuenta con varias opciones con respecto a la forma en que utilizamos y divulgamos la información en los siguientes casos:

- Si hablamos con sus familiares y amigos sobre su salud
- Si le otorgamos asistencia en caso de desastre
- Si lo/a incluimos en nuestro directorio clínico, a menos que usted se oponga y nos lo informe
- Si le brindamos atención de salud mental
- Si promocionamos nuestros servicios y vendemos su información

***Consulte la página 4 para obtener detalles sobre estas opciones y saber cómo seleccionarlas.**

Nuestros usos y divulgaciones

Podemos utilizar y compartir su información en los siguientes casos:

- Mientras le brindamos tratamiento
- Durante la operación de nuestros centros de salud
- Cuando facturamos los servicios que le brindamos
- Si brindamos asistencia con problemas de seguridad y salud pública
- Mientras desarrollamos investigaciones
- En cumplimiento con las disposiciones legales
- Si respondemos a solicitudes de donación de órganos y tejidos
- Si trabajamos en conjunto con un evaluador médico o director de funeraria
- Si abordamos solicitudes gubernamentales, de compensación de trabajadores y de seguridad pública
- Si respondemos a demandas y acciones legales

***Consulte las páginas 5 y 6 para obtener detalles sobre estos usos y divulgaciones.**

Sus derechos

Cuando se trata de su información de salud, usted goza de ciertos derechos.

En esta sección se explican sus derechos y algunas de nuestras obligaciones para brindarle asistencia.

Recibir una copia impresa o electrónica de su registro médico

- Puede solicitar ver o recibir una copia impresa o electrónica de su registro médico y otra información de salud que tengamos sobre usted. SCHC exige que esta solicitud se realice mediante un formulario impreso.
[Formulario de autorización de divulgación de información](#)
- Le haremos llegar una copia o un resumen de su información de salud, en general, en un plazo de 15 días a partir de su solicitud. Es posible que le cobremos una tarifa razonable por cargos administrativos más \$0.25 por página. Esta tarifa no puede superar los \$6.50, incluidos los servicios de envío postal, cargos administrativos y suministros. (Sección 123110 del Código de Salud y Seguridad)
- Puede solicitar que SCHC le envíe su registro electrónico de salud a un tercero. Es posible que SCHC cobre solo los costos por cargos administrativos.
- Es posible que deneguemos el acceso a la totalidad o a una parte de sus registros médicos. Para esto, debemos proporcionar un motivo por escrito en el plazo de cinco (5) días hábiles.

Solicitarnos la corrección de sus registros médicos

- Puede pedirnos que corrijamos la información de salud que usted considere errónea o incompleta. Consúltenos cómo hacerlo.
[Formulario de enmienda de registro médico](#)
- Es posible que nuestra respuesta a su solicitud sea "no", pero le informaremos los motivos por escrito en un plazo de 60 días.

Solicitar que las comunicaciones sean confidenciales

- Puede hacernos saber cuál es el método de contacto que usted prefiere, por ejemplo, el teléfono particular o del trabajo, o el correo postal a una dirección específica.
[Formulario de solicitud de comunicación confidencial](#)
- Diremos que "sí" a todas las solicitudes que sean justas.

Pedirnos que limitemos los datos que utilizamos o compartimos

- Puede solicitarnos que no utilicemos o divulguemos cierta información de salud para el tratamiento, el pago o nuestras operaciones. No tenemos la obligación de aceptar su solicitud y es posible que nuestra respuesta sea "no" si esto afectara su atención.
[Formulario de solicitud de restricción del registro médico](#)
- Si usted realiza el pago de un servicio o artículo con dinero de su bolsillo, puede pedirnos que no se lo facturemos al plan de seguro médico.
- Diremos que "sí" a menos que la ley nos exija que divulguemos dicha información.

Recibir una lista de las personas con las que hemos compartido su información

- Puede solicitar que le enviemos una lista de todas las instancias en las que divulgamos su información de salud en un período máximo de seis (6) años antes de la fecha de su solicitud. Le informaremos con quién hemos compartido la información y los motivos. También le diremos si tenemos alguna exigencia legal para la divulgación sin su consentimiento expreso. Muchos ejemplos de por qué hacemos esto se deben al Departamento de Salud Pública de California o a otra entidad de concesión de licencias, y a los efectos de revisar los archivos de los pacientes para analizar la calidad de la atención y el cumplimiento de la legislación.

[Formulario de solicitud de responsabilidad por la divulgación de información de salud protegida](#)

- Le brindaremos una lista de todas las instancias en las que divulgamos su información, excepto en aquellos casos en los que se debió al tratamiento, al pago o a las operaciones de atención médica, y en algunos otros casos (como aquellos que respondan a una solicitud de su parte). La primera solicitud en un año es gratuita, pero es posible que, en el plazo de 12 meses, cobremos una tarifa justa basada en nuestro costo si usted realiza una segunda solicitud.

Recibir una copia de este aviso de privacidad

- Usted puede solicitar una copia impresa de este aviso cuando lo desee, incluso si ha aceptado recibir el aviso en formato electrónico. Le proporcionaremos una copia impresa lo antes posible.

Designar a una persona para que actúe en su nombre

- Si usted ha otorgado un poder médico a alguien o bien si tiene un tutor legal o apoderado de atención médica, dicha persona puede hacer uso de sus derechos y elegir opciones sobre su información de salud.
- Antes de tomar alguna medida, nos aseguraremos de que la persona tenga esta autoridad y pueda actuar en su nombre.

Presentar una queja si considera que no hemos protegido sus derechos

- Puede presentar una queja si considera que no hemos protegido sus derechos. Usted debe presentar la queja por escrito en un plazo de 180 días (6 meses) a partir de la fecha en que sospecha que se produjo el inconveniente. Bríndenos la mayor cantidad posible de detalles.

Cómo presentar un reclamo:

1. Ingrese a shastahealth.org.
 2. En la esquina superior derecha de la página de inicio, haga clic en "Submit a Grievance" (Presentar un reclamo).
 3. En la siguiente página, complete todas las secciones del Formulario de resolución de reclamos de pacientes.
 4. Luego de hacer clic en "Submit" (Enviar), anote la clave de informe de 12 dígitos que se le otorgó. Esta clave le permite realizar un seguimiento de su reclamo, enviar más información y adjuntar archivos si fuese necesario.
 5. Le daremos una respuesta a su reclamo antes de que transcurran 30 días del envío del formulario.
- También puede presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. de una de las siguientes tres formas:
 1. Por correo postal: 200 Independence Ave., S.W., Washington, D.C. 20201
 2. Por teléfono: 1-877-696-6775
 3. Por Internet: <http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/>
 - No tomaremos ninguna medida en su contra si usted presenta una queja.

Sus opciones

En el caso de cierta información de salud, usted puede informarnos qué es lo que desea que se divulgue. Puede informarnos cómo desea que se divulgue su información en las siguientes situaciones. Díganos qué desea que hagamos y seguiremos sus instrucciones.

En estos casos, usted tiene el derecho y la opción de ordenarnos lo siguiente:

- Que compartamos la información con sus familiares, amigos cercanos u otras personas que se relacionen con su atención.
- Que retiremos su consentimiento cuando usted lo desee. Esto puede realizarse de forma verbal o por escrito.
- Que compartamos información en una situación de asistencia en caso de desastre.
- **Intercambio de información de salud:** Podemos compartir sus datos con una organización de información de salud (Health Information Organization, HIO). La HIO pondrá sus datos a disposición de los terceros que se relacionen con su atención médica, a menos que usted no les permita el acceso. Para esto, puede completar el Formulario de exclusión voluntaria que se encuentra en el sitio web de SACVALLEY MEDSHARE: <http://sacvalleyms.org/>.
- **Recordatorios de turnos:** Si nos comunicamos con usted para recordarle un turno en uno de nuestros centros de salud, le brindaremos solo el nombre del centro y el horario del turno. Infórmenos si prefiere que NO nos comuniquemos con usted por teléfono o por correo postal.

[Formulario de solicitud de comunicación confidencial](#)

Puede solicitar que nos contactemos con usted por otros medios, como mensaje de texto o correo electrónico.

[Formulario de preferencias de comunicación](#)

Si usted no puede informarnos sus preferencias, por ejemplo, si se encuentra en estado inconsciente, podemos compartir su información si consideramos que es para su beneficio. También podemos compartir su información cuando sea necesario brindar asistencia ante una amenaza seria e inminente para la salud o la seguridad.

Nunca divulgamos su información, a menos que usted nos otorgue su consentimiento por escrito cuando se atiende solamente por los siguientes motivos:

- Casi todas las notas de psicoterapia
- Estado de VIH
- Consumo de sustancias

Nuestros usos y divulgaciones

¿Cómo solemos utilizar y divulgar su información de salud?

Casi siempre utilizamos y divulgamos su información de salud de las siguientes maneras:

Mientras lo/a atendemos (tratamiento)

- Podemos utilizar su información de salud y compartirla con otros profesionales que le brindan tratamiento.

Por ejemplo: Un médico que le brinda tratamiento por una lesión consulta a otro médico sobre su estado de salud general.

Cuando facturamos los servicios que le brindamos (pago)

- Podemos utilizar y divulgar su información de salud para facturar servicios a los planes de salud u otras entidades, o bien para recibir pagos de ellos.

Por ejemplo: Proporcionamos información sobre usted a su plan de seguro médico para que este cubra sus servicios.

Durante la operación de nuestros centros de salud (operaciones)

- Podemos utilizar y divulgar su información de salud para operar centros de salud, mejorar su atención y comunicarnos con usted cuando sea necesario.

Por ejemplo: Utilizamos información de salud sobre usted para administrar su tratamiento y sus servicios.

¿De qué otras maneras podemos utilizar y divulgar su información de salud?

Tenemos la autorización o la obligación de divulgar su información de salud de otras maneras, en general para contribuir al bien común, mediante la salud pública y la investigación. Para divulgar su información por estos motivos, primero debemos satisfacer ciertas condiciones legales. Para obtener más información, consulte: www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html.

Si brindamos asistencia con problemas de seguridad y salud pública

- Podemos divulgar información de salud sobre usted por ciertos motivos como los siguientes.
 - Para prevenir enfermedades
 - Para contribuir al retiro de un producto del mercado
 - Para informar reacciones graves o severas a los medicamentos
 - Para informar la sospecha de abuso, negligencia o violencia doméstica
 - Para prevenir o minimizar una amenaza seria a la salud o la seguridad personal

Socios comerciales

- Un socio comercial es una persona o un grupo de personas que realizan tareas que implican la utilización o el uso compartido de información de salud protegida para una entidad cubierta. SCHC es una entidad cubierta. Estos socios comerciales se mantienen en conformidad con las siguientes normas:
 - Todas las medidas de protección administrativa de la seguridad de la Ley de transferencia y responsabilidad de los seguros médicos (Health Information Portability and Accountability Act, HIPAA)
 - Medidas de protección física y técnica
 - Procedimientos, políticas de seguridad y requisitos de documentación

Desarrollamos investigaciones	<ul style="list-style-type: none"> Podemos utilizar y compartir su información con fines de investigación en materia de salud.
Cumplimiento de la ley	<ul style="list-style-type: none"> Divulgaremos información sobre usted si la legislación estatal o federal así lo exige, incluso ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos si este desea verificar nuestro cumplimiento con la ley federal de privacidad.
Respondemos a solicitudes de donación de órganos y tejidos	<ul style="list-style-type: none"> Podemos divulgar información de salud sobre usted a organizaciones de recolección de órganos.
Trabajamos en conjunto con un evaluador médico o director de funeraria	<ul style="list-style-type: none"> Podemos divulgar información de salud con un médico forense, evaluador médico o director de funeraria en caso de fallecimiento.
Abordamos solicitudes gubernamentales, de compensación de trabajadores y de seguridad pública	<ul style="list-style-type: none"> Podemos utilizar y compartir información de salud sobre usted en los siguientes casos: <ul style="list-style-type: none"> Para reclamos de compensación de trabajadores A los efectos de la seguridad pública o con un funcionario de orden público A instituciones correccionales Con agencias de supervisión sanitaria para actividades autorizadas por ley A determinadas funciones de gobierno, como servicios militares, de seguridad nacional y de protección presidencial
Respondemos a demandas y acciones legales	<ul style="list-style-type: none"> Podemos divulgar información de salud sobre usted a modo de respuesta a una orden judicial o administrativa, o bien a una orden de comparecencia (citación legal).

Nuestras responsabilidades

- La ley nos exige que conservemos la privacidad y la seguridad de su información de salud protegida (PHI).
- Es nuestro deber proteger la privacidad de todos nuestros pacientes. También debemos proteger la privacidad de nuestros empleados. Conforme a la política de SCHC y a la legislación de California, está prohibido grabar o tomar fotografías de la información confidencial mediante un dispositivo electrónico o de grabación (incluidos los teléfonos móviles), a menos que el médico otorgue su consentimiento expreso.
- Le informaremos de inmediato si se produce una violación que pueda haber afectado la privacidad o la seguridad de su información.

(Continúa en la siguiente página)

- SCHC incluye las disposiciones de la Ley de Tecnologías de Información Médica para Salud Clínica y Económica (Health Information Technology for Economic and Clinical Health, HITECH) en este aviso, de la siguiente manera:

Conforme a HITECH, SCHC debe informarle si se ha producido alguna violación de su PHI. Este aviso debe enviarse mediante un servicio de correo postal certificado en el plazo de 15 días a partir del evento. Una violación tiene lugar cuando se produce el uso o la divulgación sin autorización y se pone en riesgo la privacidad o la seguridad de la PHI, lo que supone un riesgo significativo de que la persona sufra algún daño financiero, de reputación o de otra índole. En otras palabras, una violación se produce cuando alguien obtiene acceso a su PHI o divulga su PHI sin su consentimiento. Esto podría implicar daños en su identidad, colocarlo/a en una posición de mayor riesgo de fraude o suponer un impacto perjudicial de otro tipo. Este aviso debe garantizar lo siguiente:

1. Brindar detalles del incidente, incluidas la fecha de la violación y la fecha de la detección
 2. Informar las medidas que deben tomarse para protegerse contra aquellos daños que podrían derivarse de una violación
 3. Brindar detalles de las acciones de SCHC que tengan el objetivo de investigar la violación, reducir las pérdidas y brindar protección contra otras violaciones
- Debemos cumplir con nuestras obligaciones y prácticas de privacidad mencionadas en este aviso, y le proporcionamos una copia de este documento.
 - No utilizaremos ni divulgaremos su información con otros fines distintos a los mencionados aquí, a menos que usted nos dé una autorización por escrito. Si nos otorga dicha autorización, esto no es definitivo y usted puede cambiar de idea en cualquier momento.
 - Para obtener más información, consulte: www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html.

Cambios en los términos de este aviso

Podemos modificar los términos de este aviso y dichos cambios se aplicarán a toda la información que tenemos sobre usted. El nuevo aviso estará disponible a pedido, en nuestras oficinas y en el sitio web, www.shastahealth.org.

Otras instrucciones para este aviso

Este aviso tiene vigencia a partir del 1.º de enero de 2019. Las versiones anteriores tuvieron vigencia desde el 1.º de abril de 2003, con enmiendas aplicadas el 17 de febrero de 2010 y el 1.º de enero de 2017.

Si tiene alguna pregunta sobre este aviso, comuníquese con:

Privacy Officer
1035 Placer Street
Redding, CA 96001
Teléfono: (530) 246-5986
privacy@shastahealth.org



Aviso sobre prácticas de privacidad: Acuse de recibo

Con la firma de este formulario, usted reconoce la recepción del "Aviso sobre prácticas de privacidad" de Shasta Community Health Center (SCHC). Nuestro "Aviso sobre prácticas de privacidad" brinda información sobre cómo podemos utilizar y divulgar su información de salud protegida. Lo/a invitamos a que lo lea con atención.

Es posible que modifiquemos nuestro "Aviso sobre prácticas de privacidad." En tal caso, usted puede recibir una copia del aviso revisado en cualquiera de nuestras sedes, o bien llamando al (530) 246-5710 o visitando www.shastahealth.org.

Si tiene alguna pregunta sobre nuestro "Aviso sobre prácticas de privacidad," comuníquese con el oficial de Privacidad por teléfono al (530) 246-5986 o por correo electrónico a privacy@shastahealth.org.

Reconozco la recepción del "Aviso sobre prácticas de privacidad" de SCHC.

Nombre del paciente:	Fecha:
Firme aquí:	
Relación: <input type="checkbox"/> Paciente <input type="checkbox"/> Padre/madre <input type="checkbox"/> Tutor/representante legal <input type="checkbox"/> De crianza temporal	
Si firma en lugar del paciente, escriba su nombre en letra impresa:	



Registro del paciente



Información personal: Denos algunos detalles acerca del paciente para que podamos conocerle mejor.

Información del paciente

Apellido: _____ Primer nombre: _____

Inicial del segundo nombre: _____

Fecha de nacimiento: _____ N.º de Seguro Social: _____

Sexo al nacer: Masculino Femenino

Dirección postal : _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Dirección física (si es distinta): _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono de casa: _____ Teléfono del trabajo : _____

Celular: _____ Dirección de correo electrónico: _____

¿Es veterano? Sí No ¿Está sin hogar o en riesgo de quedarse sin hogar? Sí No

¿Raza? (Marque todas las opciones que apliquen):

- Indio Asiático Chino Filipino Japonés Coreano Vietnamita
 Otro Asiático Nativo de Hawái Otros isleños del Pacífico Guameño o Chamorro
 Samoano Negro/afroamericano Indio americano/nativo de Alaska Blanco
 Más de una raza No sabe o no quiere informar

¿Etnicidad?

- Mexicano Americano Mexicano Chicano/a Puertorriqueño Cubano
 Otro Hispano o Latino No Hispano o Latino No sabe o no quiere informar

¿Que idioma prefieres?

- Español Inglés ASL Otro: _____

¿Le gustaría tener un intérprete durante sus visitas médicas? Sí No

MRN: _____

Employee ID #: _____

Office Use Only

Información del padre/madre o tutor legal

Solo es necesaria si el paciente es menor de 18 años de edad

Padre/tutor legal N.º1: _____ Fecha de nacimiento: _____

Tipo de padre(s): Biológico Adoptivo De crianza temporal Otro: _____

Padre/tutor legal N.º2: _____ Fecha de nacimiento: _____

Tipo de padre(s): Biológico Adoptivo De crianza temporal Otro: _____



Información financiera y del seguro: Aquí necesitamos la información sobre el titular de la cuenta. Esta es la persona que va a pagar por los servicios.

Seguro del paciente: Medicare Medi-Cal Seguro privado

Otro: _____

Titular de la cuenta o persona que paga

Se le pide primero al seguro que pague. Algunas veces aún se debe dinero. ¿A quién debemos enviarle los estados de cuenta? (Las declaraciones pueden incluir información de salud personal limitada.)

Al paciente Otro

Si marcó otro, complete los detalles a continuación:

Apellido: _____ Primer nombre: _____

Inicial del segundo nombre: _____

Relación con el paciente: _____

Dirección postal : _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono de casa: _____ Teléfono del trabajo : _____

Celular: _____ Dirección de correo electrónico: _____



Firme aquí: Al firmar aquí usted está aceptando que los detalles proporcionados en este formulario son verdaderos y correctos.

Paciente o titular de la cuenta : _____ Fecha: _____

Consentimiento de Cuidado Medico

Gracias por obtener atención medica en el centro de salud en la comunidad de Shasta (iniciales en inglés SCHC). SCHC es un Centro de Salud Calificado Federalmente y Centro de Salud Integrado de Enseñanza con sitios en el Centro de Salud en la Comunidad de Shasta en Redding, Centro de Salud en Anderson, Centro de Maternidad, centro de salud en Shasta Lake, y todos los centros de salud dentales. Para obtener una lista completa de todas las ubicaciones y médicos de SCHC por el internet vaya a www.shastahealth.org.

Este consentimiento para el acuerdo de cuidado autoriza a SCHC que proporcione servicios médicos, de especialista o cuidado dental. Este formulario debe ser firmado antes de los servicios, la única excepción es en caso de emergencia.

Al firmar este formulario:

1. Consiento el diagnóstico, cuidado y tratamiento que consideren necesarios o recomendados de mi médico (s) y otros profesionales de la salud.
2. Entiendo que mi consentimiento se transferirá a otras ubicaciones de SCHC, si elijo otro médico o servicios dentro de SCHC.
3. Entiendo que SCHC es un centro de salud integrado de enseñanza. Entiendo que esto significa que los médicos y residentes dentales, enfermeras practicantes, médicos asistentes y otros profesionales de la salud medica licenciados y "entrenándose" pueden participar en mi cuidado y tratamiento.

He leído, entiendo y acepto este acuerdo de Consentimiento para Cuidar.

Nombre del paciente: _____

Fecha: _____

 **Firme aquí:**

Relación: Paciente Padre/madre Tutor/representante legal De crianza temporal

Si firma en lugar del paciente, escriba su nombre en letra imprenta: _____

Preferencias de comunicación

Díganos cómo le gustaría comunicarse con nosotros. Nos contactaremos para recordarle los turnos, la atención médica preventiva que le corresponde y los mensajes de su equipo de atención médica.

NOTA: Los mensajes de texto normales no son seguros. Esto significa que puede haber un determinado riesgo de que alguien, además de usted, lea la información. Por ese motivo, estamos obligados por ley a obtener su consentimiento si quiere recibir mensajes de texto de SCHC.

Preferencias telefónicas

Quiero recibir llamadas de SCHC en mi:

Número telefónico del hogar: (____) _____

Quiero recibir mensajes de voz en el número de mi hogar, y entiendo que no se dejará ninguna información de salud protegida en el mensaje.

Número de celular: (____) _____

Quiero recibir mensajes de voz en mi celular, y entiendo que no se dejará ninguna información de salud protegida en el mensaje.

NO quiero que me contacten por teléfono

Preferencias de mensajes de texto

Quiero recibir mensajes de texto en este número: (____) _____

Sé que, si cambio mi número, es mi responsabilidad informar a SCHC de inmediato.

También sé que los mensajes no pueden enviarse de manera segura y que corro el riesgo de que mi información se divulgue.

NO quiero recibir mensajes de texto

Portal para pacientes

Utilizamos un portal para pacientes llamado Shasta Health Connect (SHC). Con SHC puede enviar y recibir correos electrónicos seguros, solicitar turnos, solicitar la reposición de los medicamentos con receta y revisar los resultados de sus análisis clínicos y sus registros médicos.

Para registrarse debe proporcionar una dirección de correo electrónico. ¿Le gustaría registrarse hoy?

Sí, mi dirección de correo electrónico es: _____

No, no quiero registrarme en este momento

Nombre del paciente:

Fecha:

 **Firme aquí:**

Relación: Paciente Padre/madre Tutor/representante legal

Si firma en lugar del paciente, escriba su nombre en letra imprenta:

Cómo compartimos la Información Médica Protegida (PHI)

El Centro de Salud Comunitario de Shasta (SCHC) tiene salvaguardas para proteger la información médica y privada de nuestros pacientes. Nuestra misión es ofrecerles atención médica de calidad y asegurarnos de que se cumplan sus requisitos de privacidad.

¿Necesito completar este formulario?

Sí, necesitamos saber su contacto de emergencia. Es opcional incluir a alguien más. El personal del SCHC solo compartirá su información médica personal (PHI) para apoyarnos en su tratamiento, para proporcionar mínimos datos indispensables para obtener el pago de su seguro médico u otras fuentes, y en nuestras operaciones internas que estén destinadas a garantizarle una atención de calidad. Esto incluye compartir sólo la información necesaria a alguien que usted elija. Así es como definimos esos roles de apoyo:

- 1) **Contacto de emergencia**—Es alguien con quien podemos compartir información solo en caso de una emergencia. Si un desea compartir información más libremente, seleccione un cuidador.
- 2) **Familiar más cercano**—Este es un familiar con quien podemos compartir información solo en caso de que usted esté incapacitado (no pueda hablar por sí mismo). Si desea compartir información más libremente, seleccione un cuidador.
- 3) **Cuidador**—Se trata de cualquier persona con la que se sienta cómodo compartiendo información, como un familiar, un amigo cercano o un asistente de atención domiciliaria. No es necesario que dependa de ellos para la vida diaria para poder designarlos como alguien que forma parte de su cuidado. Es posible que necesitemos utilizar nuestro criterio profesional para decidir si alguien es un cuidador y si compartir su PHI con esa persona sería lo mejor para su cuidado.

¿Qué debería hacer para asegurarme de que mi cuidador obtenga copias de mi registro?

Usted puede completar el formulario Autorización para *Divulgar Registros Médicos (Authorization to Release Health Records)* para solicitar su expediente médico impreso o digital y compartirlo con el cuidador o con algún familiar.


¿Qué ocurre si no quiero compartir mi PHI con alguna persona o doctor en particular?

Si usted no desea que suministremos su PHI a otra persona, ya sea su cuidador u otro proveedor de salud, puede llenar el formulario de *Solicitud de restricción de registros médicos (Request for Restriction of Health Record)*.

¿Alguna otra pregunta? Consulte el *Aviso sobre prácticas de privacidad (Notice of Privacy Practices)* de SCHC.

Nombre y apellido:		
Número de teléfono:		
Relación con el paciente:		
Rol de soporte: <input type="checkbox"/> Familiar más cercano <input type="checkbox"/> Contacto de emergencia <input type="checkbox"/> Cuidador		
Nombre y apellido:		
Número de teléfono:		
Relación con el paciente:		
Rol de soporte: <input type="checkbox"/> Familiar más cercano <input type="checkbox"/> Contacto de emergencia <input type="checkbox"/> Cuidador		

Información del paciente:

Nombre del paciente:		Fecha:
 Firme aquí:		
Relación: <input type="checkbox"/> Paciente <input type="checkbox"/> Padre/madre <input type="checkbox"/> Tutor/representante legal		
Si firma en nombre del paciente, escriba su nombre en letra de imprenta:		



Historial de salud del paciente: salud dental

Nombre del paciente: _____

Fecha actual: _____

Apodo: _____

Fecha de nacimiento: _____

1. Marque con un círculo Sí o No (deje un espacio en blanco si no comprende la pregunta):

Sí / No ¿Su estado de salud general es bueno?

Sí / No ¿Hubo algún cambio en su salud en el último año?

Sí / No ¿Ha ido al hospital o a la sala de emergencias o ha tenido una enfermedad grave en los últimos tres años?

Sí / No En la actualidad, ¿lo está atendiendo un médico clínico?

Fecha del último examen médico: _____

Motivo del examen: _____

Sí / No ¿Ha tenido problemas con un tratamiento dental anterior?

Fecha del último examen dental: _____

Nombre del último dentista que le brindó tratamiento: _____

Sí / No ¿Ahora siente dolor?

2. ¿Alguna vez ha tenido alguna de las siguientes molestias? (marque con un círculo Sí o No en cada opción)

Sí / No Dolor torácico (angina de pecho)	Sí / No Sed excesiva
Sí / No Sangre en las heces	Sí / No Sudores nocturnos
Sí / No Vómitos frecuentes	Sí / No Dificultad para tragar
Sí / No Síncopes	Sí / No Tos persistente
Sí / No Dolores de cabeza	Sí / No Tos con sangre
Sí / No Ictericia	Sí / No Dolor o rigidez articular
Sí / No Zumbidos en los oídos	Sí / No Tobillos hinchados
Sí / No Fiebre	Sí / No Problemas de sangrado
Sí / No Mareo	Sí / No Formación de hematomas con facilidad
Sí / No Pérdida importante de peso reciente	Sí / No Problemas de senos nasales
Sí / No Micción frecuente	Sí / No Falta de aliento
Sí / No Dificultad para orinar	Sí / No Visión borrosa
Sí / No Sangre en la orina	Sí / No Sangrado de encías
Sí / No Diarrea o constipación	Sí / No Dolor bucal
Sí / No Sequedad bucal	Sí / No Otra: _____

3. ¿Tiene o alguna vez tuvo algunas de las siguientes afecciones o se sometió a los siguientes procedimientos? (marque con un círculo Sí o No en cada opción)

Sí / No Cirugías Fecha de las cirugías: _____	Sí / No Marcapasos Fecha de implantación: _____
Sí / No Antecedentes familiares de enfermedades cardíacas	Sí / No Problemas estomacales o úlceras
Sí / No Defectos cardíacos	Sí / No Fiebre reumática
Sí / No Soplos cardíacos	Sí / No Enfermedad ocular
Sí / No Ataque cardíaco	Sí / No Trasplante
Sí / No Artritis, reumatismo	Sí / No Sonda de gastrostomía (sonda de alimentación)
Sí / No Enfermedad de la piel	Sí / No Osteoporosis
Sí / No Anemia	Sí / No Atención psiquiátrica
Sí / No Endurecimiento de las arterias	Sí / No Enfermedad de la tiroides
Sí / No Presión arterial alta	Sí / No Asma
Sí / No Convulsiones	Sí / No Hepatitis
Sí / No Apoplejía	Sí / No Tumores o cáncer
Sí / No Cirugías estéticas	Sí / No Quimioterapia
Sí / No SIDA/VIH	Sí / No Radiación
Sí / No Enfermedad de transmisión sexual	Sí / No Enfermedad hepática
Sí / No Herpes	Sí / No Enfermedad renal o de la vejiga
Sí / No Aftas bucales o herpes labial	Sí / No Trastorno de la conducta alimentaria
Sí / No Hospitalización	Sí / No Tuberculosis
Sí / No Diabetes	Sí / No Pérdida o aumento repentino de peso
Sí / No Antecedentes familiares de diabetes	Sí / No Medicamentos de dieta
Sí / No Enfisema u otra enfermedad pulmonar	Sí / No Consumo de alcohol o drogas
Sí / No Enfermedad cardíaca	Sí / No Urticaria

4. ¿Tiene alergia o tuvo alguna vez una reacción alérgica a cualquiera de los siguientes medicamentos o materiales? (marque con un círculo Sí o No)

Sí / No Aspirina	Sí / No Látex
Sí / No Codeína u otros opioides	Sí / No Alimentos
Sí / No Óxido nitroso	Sí / No Metales
Sí / No Valium o sedantes	Sí / No Anestesia local
Sí / No Penicilina u otros antibióticos	Sí / No Otras alergias: _____ _____

5. ¿Tiene o alguna vez tuvo una enfermedad o problema médico que NO esté incluido en este formulario? Sí / No

Si la respuesta es Sí, explique cuál: _____

6. Mujeres:

Sí / No ¿Utiliza algún método anticonceptivo?

Sí / No ¿Está o podría estar embarazada? **Si la respuesta es afirmativa, ¿de cuántos meses?** _____

Sí / No ¿Está amamantando?

7. Medicamentos:

Nombre del medicamento	Dosis
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	

Nombre del paciente: _____

Fecha: _____

 **Firme aquí:**

Relación: Paciente Padre/madre Tutor/representante legal

Si firma en nombre del paciente, escriba tu nombre: _____

Dental Office Notes: _____

DDS Signature : _____ **ASA:** _____



Programa de descuento en las tarifas según los ingresos para los servicios médicos y dentales

¡ Sírvase leer este documento antes de completar la solicitud para el programa de descuento en las tarifas según los ingresos.

La misión de Shasta Community Health Center es brindar servicios de atención médica y dental de calidad para todos. Somos un programa de atención médica privado, no lucrativo, financiado por el gobierno federal con localidades en Redding, Anderson, y Shasta Lake. Nosotros facturamos la mayoría de los seguros y aceptamos a todos los pacientes sin importar cuál sea su estado financiero. Ofrecemos una gran variedad de servicios a los pacientes por medio del programa de descuento en las tarifas según los ingresos. Este programa ayuda a garantizar que el costo no sea un obstáculo para nadie de nuestra comunidad que busque servicios de atención médica.

Para determinar su elegibilidad para este programa financiado con fondos federales, se requiere la documentación de sus ingresos (o la falta de ingresos) y el tamaño de su grupo familiar. Debe actualizar esta información al menos cada año para continuar con su participación en el programa. Esta información solo se utiliza para calcular su descuento y se mantiene bajo absoluta confidencialidad. Si tiene un deducible alto en su seguro, podría ser elegible para el Programa de descuento en las tarifas según los ingresos.

Si usted califica para el programa de las tarifas según los ingresos, se le exigirá que pague una tarifa mínima de \$15.00 a \$55.00. El pago debe hacerse al momento de recibir el servicio.

Tiene que completar el formulario de información financiera todos los años para determinar su elegibilidad y su descuento. Esta información incluye:

- ✓ Los ingresos totales de su grupo familiar de todas las fuentes antes de impuestos.
- ✓ El número de miembros del grupo familiar que vive en su casa.
- ✓ Es posible que le pidan que proporcione una prueba de los ingresos totales de su grupo familiar. Esto podría ser por medio de los talones de los cheques, estados de cuenta bancarios, declaraciones de impuestos o cualquier otro documento que pruebe los ingresos de su grupo familiar.

Su descuento podría variar si sus ingresos cambian.

Los pagos de descuento en la tasa de ingresos pueden ser reembolsables cuando SCHC reciba el pago de su seguro por esa fecha de servicio.

Los servicios que se ofrecen bajo el Programa de descuento en las tarifas según los ingresos de SCHC están limitados a aquellos que se consideren médicamente necesarios según el criterio del personal correspondiente del Centro. Los servicios de salud cosméticos, electivos o exigidos por el trabajo no califican para el Programa de descuento en las tarifas según los ingresos.

Laboratorios, radiología, y procedimientos especiales:

Si califica para nuestro programa de descuento de tarifas según los ingresos, sus laboratorios están cubiertos si los realiza Quest Diagnostics. Si no califica y paga por su cuenta, debe pagar una "tarifa cuota del consejo" con descuento en el momento de su visita con un coordinador de visitas.

Hay cargos por separado por realizar y leer una radiografía. MDI ofrece un programa de descuentos, pero es un programa por separado. Haga los arreglos para recibir el descuento directamente con MDI.

Su proveedor de atención médica podría ordenar estudios de diagnóstico especiales (tales como un ultrasonido o tomografía computarizada) que no se realizan en SCHC. Usted será responsable del 100% de esos cargos y debe organizar el pago con los centros que los proporcionan.

¿ Háganos saber si tiene alguna pregunta acerca de nuestros programas o servicios. ¡Será un gusto para nuestro Equipo de facturación ayudarle! Puede llamarnos al (530) 246-5934.



Solicitud de según los ingresos Registro e información financiera



Información personal: Denos algunos datos sobre el paciente.

Información del paciente

Apellido: _____ Nombre: _____

Inicial del segundo nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Jefe del grupo familiar

Esta es normalmente la persona que gana más dinero en el hogar.

¿Es la misma que el paciente? Sí No

Si la respuesta es No, háganos saber quién es el jefe del hogar:

Apellido: _____ Nombre: _____ Inicial del segundo nombre: _____

Relación con el paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Otros personas en el hogar <i>(personas que comparten todo el dinero ganado y el pago de las facturas, incluidos los niños)</i>	Relación con el jefe del hogar	Fecha de nacimiento
1)		
2)		
3)		
4)		
5)		
6)		
7)		
8)		
TOTAL DE MIEMBROS DEL HOGAR		



Información financiera y del grupo familiar: Díganos cuánto dinero ganan usted y su familia y cuántas personas viven en su casa.

Sección A: ¿Cuánto dinero ganan por todos los empleos, incluido el trabajo por cuenta propia?

Mensualmente \$ _____

Semanalmente \$ _____

Cada 2 semanas \$ _____

Dos veces al mes \$ _____

TOTAL (A) \$

Sección B: Otras fuentes de dinero **Total mensual**

Pensión alimenticia/manutención infantil	\$ _____
Desempleo	\$ _____
Indemnización laboral/ por discapacidad	\$ _____
Intereses/dividendos	\$ _____
Seguro Social/SSI/agregue los beneficios para familiares sobrevivientes	\$ _____
Pensiones	\$ _____
Ingresos por alquileres	\$ _____
Asistencia pública (no incluye cupones de comida)	\$ _____
Asistencia educativa	\$ _____
TOTAL (B)	\$ _____



Firme aquí: Al firmar abajo, usted manifiesta que está de acuerdo con el enunciado incluido en el recuadro.

Sé que puedo quedar descalificado para obtener descuentos si doy información falsa. También sé que, si quedo descalificado, deberé pagar la tarifa completa y no estaré en condiciones de acceder al Programa de descuentos de tarifas según los ingresos.

Sé que por el solo hecho de solicitar un descuento no implica que lo obtendré. También sé que si no le informo a SCHC sobre cualquier cambio en la cantidad de dinero gano o la cantidad de personas que viven en la casa, SCHC puede quitarme cualquier descuento de inmediato.

Sé que la información incluida en este formulario se compartirá únicamente a nivel interno a los fines del Programa de descuentos de tarifas según los ingresos.

Persona responsable del pago:

Firma: _____ **Fecha de nacimiento:** _____

Nombre y relación: _____ **Fecha:** _____

Este formulario no obliga a otras agencias a cumplir con el descuento otorgado y es posible que ellas soliciten información adicional.

--- PARA USO EXCLUSIVO DE LA OFICINA/OFFICE USE ONLY ---

Take the number reported in (A) and times it by the appropriate amount to get (A*)
Weekly: x 4.33 Every 2 Weeks: x 2.167 Twice a Month: x 2

Household size: _____	Monthly Income:	Category:	Total Annual Income: \$ _____
	Wages (A*): \$ _____ Other (B): \$ _____ TOTAL: \$ _____ (A* + B)	_____ (A, B, C, D or Self) Fee: \$ _____	

Reviewed By: _____ O&E Referral: _____ Expiration Date: _____

Política financiera de los servicios médicos y dentales y las tarifas

Creemos que parte de una buena atención médica es tener una política financiera clara que se comparta con nuestros pacientes. Tómese el tiempo para revisar esta política. Queremos asegurarnos de que la entienda. Los detalles financieros pueden ser confusos. Avísenos si necesita que le expliquemos algo.



Pago: A continuación, encontrará algunos detalles que debería conocer acerca de nuestra política de pago.

Cualquier tarifa que usted tenga que pagar se debe cancelar al momento de su visita. Esta política es para los pacientes con o sin seguro médico.

Recibimos efectivo, cheque o tarjeta de crédito.

Si tiene seguro, su pago incluye cualquiera de los siguientes rubros que no haya sido pagado:

- ✓ Deducibles
- ✓ Coaseguro
- ✓ Monto del copago
- ✓ Honorarios que no sean cubiertos por su compañía aseguradora

Pedimos una copia de alguna tarjeta de identificación o licencia para ayudar a protegerle de robo de identidad.

Pacientes que pagan por su cuenta o de pago inmediato (paga durante su visita) que tienen seguro: ¿Sabía que si paga por los honorarios médicos al momento de su visita, podría calificar para un 50 % de descuento?

- ✓ No necesita un seguro para calificar
- ✓ Esto no incluye honorarios por servicios dentales



Seguro: A continuación, encontrará algunos detalles que debería saber acerca del seguro.

Somos un proveedor participante o algunos planes nos consideran que formamos parte de la red; averigüe si estamos con su plan al comunicarse con su compañía aseguradora.

Conozca qué servicios y especialistas clínicos están cubiertos antes de su visita al llamar a su departamento de beneficios del seguro.

Si nuestros especialistas clínicos o servicios no aparecen mencionados en la red de su plan (en su lista de especialistas clínicos o servicios con los que tienen un contrato):

- ✓ Es posible que tenga que pagar parte o toda la cuenta.
- ✓ Enviaremos el reclamo a su aseguradora por usted.
- ✓ Su seguro podría enviar el pago para que usted lo traiga y pague durante su visita a SCHC.

Debe traer su tarjeta del seguro a todas las visitas. Será necesario que saquemos una copia de ambos lados.

Si usted tiene seguro, les enviaremos la factura.

Si usted no tiene seguro le enviaremos a usted la factura.

Si el seguro no cubre los honorarios el paciente tendrá que pagar. Si recibimos un pago de su aseguradora después de que usted pague, le reembolsaremos a usted lo que corresponda.

Si usted es miembro de un plan HMO o un plan de atención gestionada:

Primero debe consultar a su proveedor de atención primaria (el especialista clínico que le atiende para la atención médica general).

Si su seguro no cubre parte de su tarifa:

Usted podría calificar para nuestro programa de descuento en las tarifas según los ingresos para las cosas que no estén cubiertas. Los servicios médicos y dentales tienen diferentes reglas.

i Otras notas: Estas son otras cosas en las que debe pensar.

Las pruebas de diagnóstico se cobran por separado.

Si lo remiten con otro proveedor u otros servicios, cualquier factura u honorarios que reciba de parte de ellos será entre usted y ellos. Es posible que ellos cobren de forma distinta a SCHC.

? Si tiene alguna pregunta acerca de su factura u honorarios:

¡Será un gusto para nuestro Equipo de facturación ayudarle! Puede llamarnos al **(530) 246-5934**.



Firma: Al firmar debajo, está diciendo que ha leído, comprendo, y acuerdo los detalles de la Política financiera de SCHC.

Nombre del paciente:

Fecha:



Firme aquí:

Relación: Paciente Padre/madre Tutor/representante legal

Si firma en lugar del paciente, escriba su nombre en letra imprenta:



Ahorre dinero en sus medicamentos recetados

y brinde apoyo a su comunidad

¿Sabía que Shasta Community Health Center (SCHC) forma parte del programa de descuento en medicamentos 340B?

Qué significa esto:

- Reducción de los costos de medicamentos si usted no tiene seguro de salud.
- Mejor comunicación entre la farmacia y el médico.
- Apoyo al centro médico local de la comunidad.

SCHC es un centro de salud aprobado por el gobierno federal que nos permite compartir este programa con nuestros pacientes. Muestre su tarjeta de 340B en una farmacia de la red de farmacias SCHC y podría ahorrar dinero a la vez que apoya al centro médico de su comunidad. Los pacientes que no tienen seguro médico pueden obtener medicamentos a un menor costo. Los pacientes que tienen seguro médico reciben beneficios a través de los servicios ampliados de SCHC.


¡Solicite su tarjeta de 340B hoy mismo!

SHASTA COMMUNITY HEALTH CENTER	
Patient Name _____	
Exp. Date _____	
Prescription Discount Card	
Rite Aid, Safeway, or Raley's	CVS Pharmacy
BIN 610724	BIN 017515
PCN CRX	
Group CAP35	Group SHCH1000
Member ID 1020892	Member ID 999999999

SHASTA COMMUNITY HEALTH CENTER		Sliding Fee Card
Patient Name _____		
Exp. Date _____		
Prescription Discount Card		
Rite Aid, Safeway, or Raley's	CVS Pharmacy	
BIN 610724	BIN 017515	
PCN CRXSF		
Group CAP35	Group SHCH3000	
Member ID 1027054	Member ID 999999999	

Nota: La tarjeta azul y blanca está disponible para todos los pacientes. La tarjeta amarilla y blanca es para pacientes sin seguro médico que califican para el programa de tarifas.



En el reverso encontrará una lista de farmacias que aceptan este programa. 

Red de farmacias SCHC 340B:

CVS Pharmacy

1060 E. Cypress Avenue, Redding	(530) 221-5575
3375 Placer Street, Redding	(530) 241-7328
1035 Placer Street, Suite 110, Redding	(530) 999-6073
2025 Court Street, Suite A, Redding	(530) 999-6072
317 Lake Boulevard, Suite B, Redding	(530) 999-6099
1280 Dana Drive, Redding (Inside Target)	(530) 224-1437
2975 East Street, Anderson	(530) 744-6024
455 South Main Street, Red Bluff	(530) 529-5530
1311 South Main Street, Weaverville	(530) 623-5555

Raley's

201 Lake Boulevard, Redding	(530) 246-3511
-----------------------------	----------------

Rite Aid Pharmacy

3095 McMurray Drive, Anderson	(530) 365-5753
975 East Cypress Avenue, Redding	(530) 223-3995
6424 Westside Road, Redding	(530) 243-3616
1801 Eureka Way, Redding	(530) 243-5500
5350 Shasta Dam Boulevard, Shasta Lake	(530) 275-1532

Safeway Pharmacy

2275 Pine Street, Redding	(530) 247-3040
1070 East Cypress Avenue, Redding	(530) 222-8274
2601 Balls Ferry Road, Anderson	(530) 365-1010

Walgreens Pharmacy

980 East Cypress Avenue, Redding	(530) 221-5028
1775 Eureka Way, Redding	(530) 241-3294
115 Lake Boulevard, Redding	(530) 229-1519