



Estimado paciente:

Bienvenido a Shasta Community Health Center. Nos complace que nos haya elegido como su centro comunitario de atención médica principal. La misión de Shasta Community Health Center es brindar servicios de atención médica de calidad para todos. Somos un centro de salud comunitaria privado, no lucrativo con localidades en Redding, Anderson, y Shasta Lake.

***Vea una lista de nuestros sitios y horas al dorso de esta carta.***

**Citas:** Pedimos que por favor avise al menos con 24 horas de anticipación para cancelar una cita. Sin embargo, si debido a circunstancias que no estén bajo su control, usted no puede asistir a su cita y tampoco puede dar aviso al menos con 24 horas de anticipación, háganoslo saber tan pronto como sea posible para que podamos programar a otra persona que requiera atención.

**Medicamentos:** Traiga todos sus medicamentos a todas las citas y permita que transcurran 5 días hábiles para procesar los nuevos surtidos.

**Shasta Health Connect:** Conectarse con su equipo de atención médica es más fácil que nunca con nuestro portal en línea, Shasta Health Connect (SHC). Utilizar SHC puede simplificar la comunicación y elimina las llamadas telefónicas al Centro, que consumen tanto tiempo. Ya sea que usted quiera programar una cita o revisar los resultados de su último examen, SHC le brinda la información que necesita por medio de un sitio web conveniente, fácil de usar y seguro. ¡Vaya a [www.shastahealth.org/hc](http://www.shastahealth.org/hc) y siga las instrucciones para inscribirse hoy!

**Línea de consejos de enfermería las 24 horas:** Si necesita asesoramiento médico después de nuestro horario de atención regular, simplemente llame a nuestro consultorio a (530) 246-5710 y espere la indicación para hablar con un enfermero y nuestro servicio de respuesta le ayudará. Si tiene una emergencia llame al 911.

Gracias por elegir a Shasta Community Health Center para sus necesidades de atención médica. Esperamos verle en el Centro y haremos nuestro mejor esfuerzo por hacer que su visita sea tan placentera y eficiente como sea posible.

Atentamente,

*Shasta Community Health Center*

# Nuestros sitios y horas

## Centro de salud de Shasta Community

Dirección: 1035 Placer Street, Redding, CA 96001

Teléfono: (530) 246-5710

Horas: De lunes a viernes de 8 a.m. – 5 p.m.

Horas de sala de urgencia: De lunes a jueves de 8 a.m. a 8 p.m., viernes de 8 a.m. a 5 p.m., y sábados de 9 a.m. a 1 p.m.

## Atención primaria neuropsiquiatría (PCN)

Dirección: 980 Placer Street, Redding, CA 96001

Teléfono: (530) 246-5916

Horas: De lunes a viernes de 8 a.m. a 5 p.m.

## Telemedicina / centro de formación

Dirección: 1756 Continental Street, Redding, CA 96001

Teléfono: (530) 246-5818

Horas: De lunes a viernes de 8 a.m. a 5 p.m. (cerrado de 12 p.m. a 1 p.m. para el almuerzo)

## Centro para mujeres, bebés y niños

Dirección: 1000 Placer Street, Redding, CA 96001

Teléfono: Maternidad (530) 225-7480

Pediatría (530) 246-5702

Visión (530) 229-5101

Horas: De lunes a viernes de 8 a.m. a 5 p.m. (cerrado de 12 p.m. a 1 p.m. para el almuerzo)

## Centro de dentales de Shasta Community

Dirección: 1400 Market Street, Suite 8103, Redding, CA 96001

Teléfono: (530) 247-7253

Horas: De lunes a viernes de 8 a.m. a 5 p.m. (cerrado de 12 p.m. a 1 p.m. para el almuerzo)

## Centro de salud y dentales de Anderson

Dirección: 2965 East Street, Anderson, CA 96007

Teléfono: (530) 378-0486

Horas: De lunes a viernes de 8 a.m. a 5 p.m. (cerrado de 12 p.m. a 1 p.m. para el almuerzo)

## Centro de salud y dentales de Shasta Lake

Dirección: 4215 Front Street, Shasta Lake City, CA 96019

Teléfono: (530) 276-9168

Horas: De lunes a viernes de 8 a.m. a 5 p.m. (cerrado de 12 p.m. a 1 p.m. para el almuerzo)

## Centro de salud de Enterprise

Dirección: 3270 Churn Creek Road, Redding, CA 96002

Teléfono: (530) 229-5000

Horas: De lunes a viernes de 8 a.m. a 5 p.m. (cerrado de 12 p.m. a 1 p.m. para el almuerzo)

# 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<sup>+</sup> 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](http://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](http://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



|  |  |
|--|--|
| <b>Desarrollamos investigaciones</b>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>Podemos utilizar y compartir su información con fines de investigación en materia de salud.</li> </ul>  |
| <b>Cumplimiento de la ley</b>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>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.</li> </ul>  |
| <b>Respondemos a solicitudes de donación de órganos y tejidos</b>                                    | <ul style="list-style-type: none"> <li>Podemos divulgar información de salud sobre usted a organizaciones de recolección de órganos.</li> </ul>  |
| <b>Trabajamos en conjunto con un evaluador médico o director de funeraria</b>                        | <ul style="list-style-type: none"> <li>Podemos divulgar información de salud con un médico forense, evaluador médico o director de funeraria en caso de fallecimiento.</li> </ul>  |
| <b>Abordamos solicitudes gubernamentales, de compensación de trabajadores y de seguridad pública</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>Podemos utilizar y compartir información de salud sobre usted en los siguientes casos: <ul style="list-style-type: none"> <li>Para reclamos de compensación de trabajadores</li> <li>A los efectos de la seguridad pública o con un funcionario de orden público</li> <li>A instituciones correccionales</li> <li>Con agencias de supervisión sanitaria para actividades autorizadas por ley</li> <li>A determinadas funciones de gobierno, como servicios militares, de seguridad nacional y de protección presidencial</li> </ul> </li> </ul> |
| <b>Respondemos a demandas y acciones legales</b>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>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).</li> </ul>   |

### **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](http://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](http://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](mailto: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](http://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](mailto:privacy@shastahealth.org).

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

|  |        |
|--|--------|
| Nombre del paciente:   | Fecha: |
|  <b>Firme aquí:</b>   |        |
| 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:  |        |



# Derechos y responsabilidades de los pacientes

---

El objetivo de Shasta Community Health Center (SCHC) es brindar atención médica de gran calidad a nuestra comunidad con compasión y comprensión. Nuestra fuerza impulsora es eliminar los obstáculos para acceder a la atención médica y fomentar el bienestar de toda nuestra comunidad.

Queremos ser un socio en su salud para brindarle la mejor atención médica posible. Esto sucede cuando usted está bien informado sobre sus opciones, participa en sus decisiones de tratamiento y puede hablar abiertamente con su médico y su equipo de atención médica. Respetamos las elecciones personales y los valores de todos nuestros pacientes. Es nuestro objetivo garantizar que se cumplan sus derechos como paciente y que actúe como un socio en su proceso de toma de decisiones.

Mientras usted es nuestro paciente, **tiene los siguientes derechos:**

✓ **Acceso a la atención médica**

- Acceder a la atención médica sin preocuparse de no ser bien atendido por motivos de sexo, orientación sexual, cultura, condiciones económicas, educación, religión, idioma, edad, raza, color, ascendencia, nacionalidad, presencia de una discapacidad o la fuente de pago por su atención médica.
- Obtener una respuesta oportuna a cualquier solicitud razonable que se haga por servicios que estén dentro de la capacidad del Centro Médico, su misión y las leyes y regulaciones aplicables. El Centro Médico le brindará a cada paciente los servicios de salud necesarios de acuerdo a su mejor capacidad.
- Acceder a servicios urgentes o de emergencia cuando sea necesario.

✓ **Cuidado atento y respetuoso**

- Contar con un servicio que se centra en su comodidad y dignidad.
- Contar con un servicio que refleje sus deseos, o los de su representante legal, teniendo en cuenta sus límites físicos, así como sus preocupaciones sociales, mentales, espirituales y culturales.
- Contar con la mejor y más completa atención médica que podemos ofrecer.

✓ **Conocimiento e información**

- Saber el nombre del médico que está a cargo de su atención médica y los nombres de otros profesionales de la salud que lo atenderán.
- Saber con anticipación sobre futuras citas, incluso la hora, el lugar y quién le brindará la atención médica.
- Recibir información del médico acerca de su atención y tratamiento en términos que usted pueda entender.
- Contar con el consentimiento informado, que es obtener todos los detalles que pueda necesitar sobre cualquier tratamiento o procedimiento propuesto. Esto le permitirá aceptar o rechazar el plan de tratamiento.

✓ **Participación activa en su atención médica**

- Trabajar con su médico en la toma de decisiones sobre su atención médica. Si elige seleccionar un representante, también tiene este derecho.
- Obtener información y crear directivas anticipadas, que es un plan para su atención médica si no puede hablar por sí mismo.

### ✓ **Privacidad y confidencialidad**

- A la privacidad con respecto a su atención médica. Esto incluye todo lo que se hable durante la visita, el examen y el tratamiento.
- Al tratamiento confidencial de toda la información, las comunicaciones y los registros relacionados con su atención médica y tratamiento. Se debe dar un permiso por escrito de usted o de su representante legal antes de que los registros médicos puedan compartirse con cualquier persona que no esté directamente involucrada en su atención médica. Usted o la persona que sea legalmente designada tiene derecho a obtener acceso a la información incluida en su expediente médico, dentro de los límites de la ley.

### ✓ **Respeto por los derechos del paciente**

- Expresar sus inquietudes o quejas acerca de la atención médica, con la seguridad de que la presentación de su queja no comprometerá la calidad de su atención ni el acceso futuro a la atención, y esperar una respuesta razonable y oportuna a sus inquietudes.
- Esperar que todos los miembros del personal de SCHC respeten sus derechos como paciente, así como cualquier persona que sea legalmente responsable de sus decisiones médicas.

Mientras usted es nuestro paciente, **tiene los siguientes derechos:**

### ✓ **Responsabilidades del paciente**

- Darle a su equipo de atención médica información correcta y completa.
- Hacerle saber a su médico si entiende o no el tratamiento que se le ofrece y lo que se espera que haga.
- Aceptar la responsabilidad de sus resultados de salud siguiendo el plan de tratamiento dado por su médico o haciéndole saber a su médico si decide no seguir ese plan.
- Ser amable y respetuoso con los demás, tanto con los pacientes como con el personal.
- No llevar ningún tipo de arma a ninguna de las ubicaciones de los centros de salud.
- Asistir a las citas según lo programado, o notificar a la SCHC si cancela al menos dos horas antes de la hora y fecha de la cita.



# 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](http://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:





## Preguntas para nuevos pacientes

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

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

- |  |                             |                             |
|--|-----------------------------|-----------------------------|
| 1. ¿Tiene algún problema cardíaco (del corazón)?   | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| 2. ¿Sufre de presión arterial alta?  | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| 3. ¿Sufre de diabetes?   | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| 4. ¿Ha sufrido un infarto recientemente?   | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| 5. ¿Tiene algún problema respiratorio o en los pulmones?   | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| 6. ¿Usted o alguien en su familia ha sufrido de cáncer?  | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| 7. ¿Alguna vez ha sufrido de convulsiones?   | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| 8. ¿Alguna vez ha sufrido de alguna afección en el hígado?   | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| 9. ¿Ha sido operado, ha estado hospitalizado o ha ido a la sala de emergencias en los últimos dos meses? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |

10. ¿Cuántos medicamentos recetados toma?     0     1-5     6-10     11 o más

11. ¿Cuáles son sus medicamentos recetados y cuándo se le acabarán?

Por ejemplo: *Atenolol 1 semana*    \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

*Si se le acaba el espacio, termine su lista al reverso de la página.*

12. ¿Tiene alguna afección que le cause dolor diariamente?     Sí     No

13. De ser así, ¿toma medicamentos para el dolor?     Sí     No

14. ¿Qué tan pronto piensa que necesita que lo vean y por qué?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

15. ¿Ha tenido atención especial en cardiología, neurología, psiquiatría, etc.?     Sí     No

16. De ser así, ¿qué tipo de atención?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_







# Formulario de historia del paciente adulto

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de hoy: \_\_\_\_\_

Apodo: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_



**Alergias:** ¿Es alérgico a algún medicamento o alimento?  No  Sí

Si la respuesta es Sí, mencione sus alergias a los medicamentos o alimentos.

| Medicamento o alimento | ¿Qué sucede cuando lo toma o come? |
|------------------------|------------------------------------|
| Ejemplo: amoxicilina   | Me sale urticaria.                 |
| Ejemplo: maní          | No puedo respirar.                 |
| 1.                     |                                    |
| 2.                     |                                    |
| 3.                     |                                    |



**Historial médico anterior:** ¿Padece o alguna vez ha sido diagnosticado o tratado por lo siguiente?

|   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Anemia / trastornos en la sangre<br>→ Tipo: _____        | <input type="checkbox"/> Problemas renales/del tracto urinario<br>→ Tipo: _____     |
| <input type="checkbox"/> Artritis<br>→ Tipo: _____                                | <input type="checkbox"/> Problemas de hígado o hepatitis<br>→ Tipo: _____           |
| <input type="checkbox"/> Coágulos sanguíneos                                      | <input type="checkbox"/> Problemas de pulmones<br>→ Tipo: _____                     |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad de los huesos/articulaciones<br>→ Tipo: _____ | <input type="checkbox"/> Problemas de salud mental<br>→ Tipo: _____                 |
| <input type="checkbox"/> Cáncer<br>→ Tipo: _____                                  | <input type="checkbox"/> Problemas de piel<br>→ Tipo: _____                         |
| <input type="checkbox"/> Diabetes<br>→ Tipo: _____                                | <input type="checkbox"/> Problemas estomacales o de los intestinos<br>→ Tipo: _____ |
| <input type="checkbox"/> Epilepsia/trastornos de convulsiones                     | <input type="checkbox"/> Apoplejía  |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad de los ojos o los oídos<br>→ Tipo: _____      | <input type="checkbox"/> Enfermedad de la tiroides                                  |
| <input type="checkbox"/> Problemas del corazón<br>→ Tipo: _____                   | <input type="checkbox"/> Tuberculosis   |
| <input type="checkbox"/> Presión arterial alta                                    | <input type="checkbox"/> Problemas de salud femenina<br>→ Tipo: _____               |
| <input type="checkbox"/> Colesterol alto  | <input type="checkbox"/> Otro: _____  |
| <input type="checkbox"/> VIH/SIDA   | <input type="checkbox"/> Otro: _____  |



**Historial de cirugías:** Mencione cualquier cirugía que le hayan practicado y el año en el que ocurrió.

|   |  |   |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Vesícula biliar → Año: _____ | <input type="checkbox"/> Apéndice → Año: _____ | <input type="checkbox"/> Amígdalas → Año: _____ |
| Otro:   | Año:   |   |
| Otro:   | Año:   |   |
| Otro:   | Año:   |   |
| Otro:   | Año:   |   |



**Historial familiar:** ¿Alguno de sus familiares cercanos ha padecido de algo de lo siguiente?

| Familiar   | Condición médica  |
|--|---|
| <b>Madre</b><br><input type="checkbox"/> Viva<br><input type="checkbox"/> Falleció<br>Edad: _____              | <input type="checkbox"/> Problemas del corazón <input type="checkbox"/> Apoplejía <input type="checkbox"/> Presión arterial alta<br><input type="checkbox"/> Colesterol alto <input type="checkbox"/> Enfermedad mental <input type="checkbox"/> Abuso de alcohol/drogas<br><input type="checkbox"/> Cancer, tipo: _____ <input type="checkbox"/> Diabetes, tipo: _____<br><input type="checkbox"/> Trastorno genético (es de familia) <input type="checkbox"/> Otro: _____ |
| <b>Padre</b><br><input type="checkbox"/> Viva<br><input type="checkbox"/> Falleció<br>Edad: _____              | <input type="checkbox"/> Problemas del corazón <input type="checkbox"/> Apoplejía <input type="checkbox"/> Presión arterial alta<br><input type="checkbox"/> Colesterol alto <input type="checkbox"/> Enfermedad mental <input type="checkbox"/> Abuso de alcohol/drogas<br><input type="checkbox"/> Cancer, tipo: _____ <input type="checkbox"/> Diabetes, tipo: _____<br><input type="checkbox"/> Trastorno genético (es de familia) <input type="checkbox"/> Otro: _____ |
| <b>Hermana(s)</b><br>N.º de los que están vivos: _____<br>N.º de los que fallecieron: _____<br>Edad(es): _____ | <input type="checkbox"/> Problemas del corazón <input type="checkbox"/> Apoplejía <input type="checkbox"/> Presión arterial alta<br><input type="checkbox"/> Colesterol alto <input type="checkbox"/> Enfermedad mental <input type="checkbox"/> Abuso de alcohol/drogas<br><input type="checkbox"/> Cancer, tipo: _____ <input type="checkbox"/> Diabetes, tipo: _____<br><input type="checkbox"/> Trastorno genético (es de familia) <input type="checkbox"/> Otro: _____ |
| <b>Hermano(s)</b><br>N.º de los que están vivos: _____<br>N.º de los que fallecieron: _____<br>Edad(es): _____ | <input type="checkbox"/> Problemas del corazón <input type="checkbox"/> Apoplejía <input type="checkbox"/> Presión arterial alta<br><input type="checkbox"/> Colesterol alto <input type="checkbox"/> Enfermedad mental <input type="checkbox"/> Abuso de alcohol/drogas<br><input type="checkbox"/> Cancer, tipo: _____ <input type="checkbox"/> Diabetes, tipo: _____<br><input type="checkbox"/> Trastorno genético (es de familia) <input type="checkbox"/> Otro: _____ |
| <b>Abuela(s)</b><br><input type="checkbox"/> Vivo<br><input type="checkbox"/> Falleció<br>Edad(es): _____      | <input type="checkbox"/> Problemas del corazón <input type="checkbox"/> Apoplejía <input type="checkbox"/> Presión arterial alta<br><input type="checkbox"/> Colesterol alto <input type="checkbox"/> Enfermedad mental <input type="checkbox"/> Abuso de alcohol/drogas<br><input type="checkbox"/> Cancer, tipo: _____ <input type="checkbox"/> Diabetes, tipo: _____<br><input type="checkbox"/> Trastorno genético (es de familia) <input type="checkbox"/> Otro: _____ |
| <b>Abuelo(s)</b><br><input type="checkbox"/> Vivo<br><input type="checkbox"/> Falleció<br>Edad(es): _____      | <input type="checkbox"/> Problemas del corazón <input type="checkbox"/> Apoplejía <input type="checkbox"/> Presión arterial alta<br><input type="checkbox"/> Colesterol alto <input type="checkbox"/> Enfermedad mental <input type="checkbox"/> Abuso de alcohol/drogas<br><input type="checkbox"/> Cancer, tipo: _____ <input type="checkbox"/> Diabetes, tipo: _____<br><input type="checkbox"/> Trastorno genético (es de familia) <input type="checkbox"/> Otro: _____ |


**Historial social:**


| Estado del empleo actual  | Consumo de alcohol   |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Trabajo, tiempo completo<br><input type="checkbox"/> Trabajo, medio tiempo<br><input type="checkbox"/> Trabaja por cuenta propia<br><input type="checkbox"/> Desempleado<br><input type="checkbox"/> Jubilado <input type="checkbox"/> Discapacitado<br><input type="checkbox"/> Otro: _____<br>→ ¿Trabajo actual? _____<br>→ ¿Trabajo anterior? _____   | ¿Bebe alcohol? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí<br><input type="checkbox"/> Anteriormente - Año en el que lo dejó: _____<br>→ Tipo: <input type="checkbox"/> Cerveza <input type="checkbox"/> Licor<br><input type="checkbox"/> Vino <input type="checkbox"/> Otro: _____<br>→ ¿Con qué frecuencia? _____<br>→ ¿Cuánto? _____<br>→ ¿Último trago? _____ |
| Consumo de tabaco y drogas  |  |
| ¿Alguna vez ha usado productos de tabaco de forma activa? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí<br>→ ¿Es ex fumador o masticaba tabaco? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí<br>¿A qué edad comenzó? _____ ¿A qué edad lo dejó? _____<br>→ ¿Actualmente consume o mastica? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí      Consumo diario promedio: _____<br>¿Alguna vez ha consumido marihuana? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí<br>→ Si la respuesta es sí, ¿actualmente consume? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí<br>¿Alguna vez ha usado drogas como metanfetaminas, cocaína o drogas intravenosas? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí<br>→ Si la respuesta es sí, ¿actualmente consume? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí |  |


**Vacunas anteriores:** ¿Alguna vez le han administrado una de las siguientes vacunas?

|  |        |   |
|--|--------|---|
| <input type="checkbox"/> Para la gripe                     | Fecha: | ¿Tiene el registro? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí |
| <input type="checkbox"/> Hepatitis A                       | Fecha: | ¿Tiene el registro? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí |
| <input type="checkbox"/> Hepatitis B                       | Fecha: | ¿Tiene el registro? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí |
| <input type="checkbox"/> Neumonía                          | Fecha: | ¿Tiene el registro? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí |
| <input type="checkbox"/> Tétanos                           | Fecha: | ¿Tiene el registro? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí |
| <input type="checkbox"/> Prueba de tuberculosis en la piel | Fecha: | ¿Tiene el registro? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí |
| <input type="checkbox"/> Herpes                            | Fecha: | ¿Tiene el registro? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí |
| <input type="checkbox"/> Tos ferina                        | Fecha: | ¿Tiene el registro? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí |

## Historial de salud reproductiva:

|  |                             |                             |
|--|-----------------------------|-----------------------------|
| ¿Alguna vez ha tenido alguna enfermedad de transmisión sexual (ETS)?<br>→ Si la respuesta es sí, ¿qué clase? _____   | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí |
| ¿Está tomando terapia de reemplazo de hormonas?  | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí |
| ¿Tiene períodos menstruales?<br>→ Si la respuesta es sí, fecha del último período menstrual: _____<br>→ Si la respuesta es No, ¿cuándo se detuvieron? _____ (edad) o _____ (año)   | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí |
| ¿Qué edad tenía cuando comenzó a tener períodos menstruales?   | Edad: _____                 |                             |
| ¿Está embarazada actualmente? <input type="checkbox"/> Tal vez   | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí |
| ¿Alguna vez ha estado embarazada?<br>→ Si la respuesta es sí, ¿cuántas veces? _____<br>→ Si la respuesta es sí, ¿cuántas veces llegó a término? _____<br>→ Si la respuesta es sí, ¿cuántas veces tuvo el parto antes de término? _____<br>→ Si la respuesta es sí, ¿cuántos abortos espontáneos o planificados tuvo? _____<br>→ Si la respuesta es sí, ¿cuántos abortos involuntarios? _____<br>→ Si la respuesta es sí, ¿cuántos hijos tiene? _____ | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí |
| ¿Le han hecho una mamografía??<br>→ Si la respuesta es sí, ¿cuándo y en dónde? _____   | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí |
| ¿Le han hecho una prueba de Papanicolaou?<br>→ Si la respuesta es sí, ¿cuándo y en dónde? _____  | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí |
| ¿Le han hecho una histerectomía?<br>→ Si la respuesta es sí, ¿en qué año? _____<br>→ Si la respuesta es sí, ¿fue para eliminar un cáncer? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí<br>→ Si la respuesta es sí, ¿qué tipo? <input type="checkbox"/> Cervical <input type="checkbox"/> De ovarios <input type="checkbox"/> Uterino  | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí |

 **Medicamentos:** Traiga todos sus medicamentos actuales (pastillas, inhaladores, cremas, parches) a su primera consulta. Esto incluye medicamentos de venta libre, vitaminas y suplementos. Si no los trajo, méncionelos a continuación. También puede proporcionar su lista de medicamentos.

| Nombre del medicamento | Dosis (incluir la concentración y el número de pastillas al día) |
|------------------------|--|
| Ejemplo: aspirina      | tableta de 81 mg una vez al día                                  |
| 1.                     |  |
| 2.                     |  |
| 3.                     |  |
| 4.                     |  |
| 5.                     |  |

# 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: |
|  <b>Firme aquí:</b>                              |        |
| 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:  |        |



## Autorización para divulgación de registros de salud

**Nombre del paciente:** \_\_\_\_\_ **Fecha de nacimiento:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Otros nombres que usa:** \_\_\_\_\_

**Dirección:** \_\_\_\_\_

**Ciudad:** \_\_\_\_\_ **Estado:** \_\_\_\_\_ **Código postal:** \_\_\_\_\_

**N.º de teléfono:** \_\_\_\_\_ **Correo electrónico (opcional):** \_\_\_\_\_

### **Por este medio autorizo a:** (marque uno)

**Shasta Community Health Center** (SCHC) 1035 Placer St., Redding, CA 96001, número de teléfono: (530) 246-5710, número de fax: (530) 245-0705

**Otros:** \_\_\_\_\_  
Nombre de la persona o entidad que **lanzamiento** la información de salud

\_\_\_\_\_  
Dirección física, ciudad, estado, código postal                      Número de teléfono                      Número de fax

### **Para divulgar la información de salud a (destinatario\*):** (marque uno)

**Shasta Community Health Center** (SCHC) 1035 Placer St., Redding, CA 96001, número de teléfono: (530) 246-5710, número de fax: (530) 245-0705

**Paciente o representante legal**

**Otros:** \_\_\_\_\_  
Nombre de la persona o entidad que **recibirá** la información de salud

\_\_\_\_\_  
Dirección física, ciudad, estado, código postal                      Número de teléfono                      Número de fax

\*Los destinatarios pueden incluir a las personas, entidades que tienen una relación de proveedor tratante a paciente, terceros pagadores u otras entidades que no tienen relación de proveedor tratante a paciente. Si una entidad destinataria no tiene relación de proveedor tratante a paciente y no es un tercero pagador, indique el nombre de la entidad destinataria y (1) los nombres de los participantes individuales, (2) los nombres de los participantes de una entidad que tenga una relación de proveedor tratante con el paciente o (3) una designación general\*\* de una persona individual o participantes de la entidad o clase de participantes que deben limitarse a un participante que tiene una relación de proveedor tratante con el paciente cuya información se divulga.

\*\*Cuando se usa una designación general de este tipo y se divulga información cubierta por información sobre el trastorno por uso de sustancias cubierta por regulaciones federales en 42 CFR Parte 2 ("Parte 2"), el paciente (u otra persona autorizada para firmar en lugar del paciente) entiende que a solicitud y de conformidad con la Parte 2, se debe proporcionar una lista de las entidades a las que se ha divulgado su información de conformidad con dicha designación general.



**Nombre del paciente:** \_\_\_\_\_ **Fecha de nacimiento:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**DESCRIBA el PROPÓSITO** de la divulgación de la manera más específica posible:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Rango de fechas de la información a divulgar:** \_\_\_\_\_ **al** \_\_\_\_\_

**¿Qué información desea que se comparta?**

|  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Registros de inmunización (vacunas)                               | <input type="checkbox"/> Colonoscopia / patología                      |
| <input type="checkbox"/> Lista de medicamentos actuales                                    | <input type="checkbox"/> Lista de problemas actuales                   |
| <input type="checkbox"/> Notas de visitas al consultorio / examen de bienestar de infantil | <input type="checkbox"/> Informes del hospital                         |
| <input type="checkbox"/> Resultados de laboratorio   | <input type="checkbox"/> Informes de rayos X o imágenes de diagnóstico |
| <input type="checkbox"/> Examen de salud de la mujer / prueba de Papanicolaou              | <input type="checkbox"/> Examen de la vista para diabéticos            |
| <input type="checkbox"/> Informes de consulta con especialistas                            | <input type="checkbox"/> Otra: _____                                   |

**Apruebo la divulgación de la siguiente información protegida o confidencial: (inicial)**

\_\_\_\_\_ Salud mental      \_\_\_\_\_ Notas de psicoterapia      \_\_\_\_\_ Resultados de pruebas de VIH

\_\_\_\_\_ Substance Registros relacionados con el trastorno de abuso de sustancias (cubiertos por 42 CFR Parte 2 ("Parte 2") ("Confidencialidad de los registros del paciente con trastorno de abuso de sustancias")) **Responda lo siguiente:**

**DESCRIBA QUÉ CANTIDAD y QUÉ TIPO** de información se puede divulgar e incluya una descripción explícita de la información del trastorno de abuso de sustancias que se puede divulgar:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

➔ **Aviso:** Es posible que se cobren tarifas por las copias de su expediente. \_\_\_\_\_ **(iniciales)**

➔ Entiendo que la organización A LA CUAL estoy solicitando solo puede aceptar esta autorización de divulgación por correo electrónico y que no existe una forma garantizada de la comunicación segura. \_\_\_\_\_ **(iniciales)** (Kaiser/Otros)

**Nombre del paciente:** \_\_\_\_\_ **Fecha de nacimiento:** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**Sus derechos:** Esta autorización de divulgación de información de salud se otorgó voluntariamente. Entiendo que puedo negarme a firmar la autorización y que no es necesario que la firme para recibir tratamiento en SCHC. Puedo revocar esta autorización en cualquier momento, excepto cuando la información ya haya sido divulgada con base en mi autorización, siempre que proporcione la revocación por escrito al Departamento de Servicios de Información de Salud (Health Information Services, HIS) de SCHC. SCHC no puede establecer la firma de este formulario como condición para proporcionarme tratamiento. Una fotocopia o un fax de esta autorización tienen tanta validez como el original. Entiendo que tengo derecho a recibir una copia de esta autorización.

Sé que puedo ver y obtener copias de la información que se comparta. Este derecho está establecido en 45 CFR 164.524. Sé que si doy mi aprobación, la información compartida con SCHC se puede volver a compartir con otro centro médico. Es posible que no cuente con la protección de las reglas federales de confidencialidad.

Firmo voluntariamente esta autorización y mi tratamiento no se verá afectado si no la firmo. (45 CFR 164.508 c2ii)

Entiendo que mis registros del trastorno por abuso de sustancias están protegidos por las regulaciones federales que rigen la confidencialidad de los registros de pacientes con trastorno por abuso de sustancias, 42 CFR Parte 2, y la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos (Health Insurance Portability and Accountability Act, "HIPAA") de 1996, 45 CFR Partes 160 y 164 y no se pueden registrar sin mi consentimiento escrito, a menos que las regulaciones establezcan algo diferente.

A menos que sea requerido por la ley, las leyes de California prohíben que el destinatario realice otra divulgación de su información, a menos que obtenga otra autorización suya. Si usted autorizó la divulgación de su información de salud a alguien que no está obligado legalmente a mantener la confidencialidad, es posible que ya no esté protegida por las leyes estatales o federales de confidencialidad.

Sé que si tengo preguntas acerca de la divulgación de mi información de salud puedo llamar al Departamento de Expedientes Médicos de SCHC al (530) 246-5758.

**Vencimiento de la autorización:** A menos que se revoque de otra manera, esta autorización tiene vigencia hasta el \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_. Si no se indica ninguna fecha, la autorización vencerá 12 meses después de la fecha en que firme este formulario.



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

**Representante legal** (Indique la relación con el paciente o por qué está autorizado a firmar): \_\_\_\_\_

**Nombre en letra de imprenta:** \_\_\_\_\_ **Relación:** \_\_\_\_\_

**Testigo** (si es necesario): \_\_\_\_\_

**Exclusivamente para uso de la oficina (Office Use Only): (initial/date)**

ROI Faxed/Sent: \_\_\_\_\_ PHI log: \_\_\_\_\_ Released by: \_\_\_\_\_

Preferred Delivery: (circle) Paper / CD / Mail / Pick Up / Fax / Electronic





## 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: \_\_\_\_\_

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



**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  | \$ _____        |
| <b>TOTAL (B)</b>  | <b>\$ _____</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:<br>_____ | Monthly Income:   | Category:                                      | Total Annual Income:<br>\$ _____ |
|                          | Wages (A*): \$ _____<br>Other (B): \$ _____<br><b>TOTAL:</b> \$ _____<br>(A* + B) | _____<br>(A, B, C, D or Self)<br>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 |



# Su derecho a tomar decisiones acera del tratamiento médico

## Entendiendo Directivas Anticipadas

---

Esta folleto explica su derecho a tomar decisiones acerca de su cuidado médico y cómo planear de antemano en caso de que usted en el futuro no pueda hablar por sí mismo/a.

Una de las leyes federales nos exige proveerle esta información. Esperamos que esta información le ayude a tener más control sobre su propio tratamiento médico.

- **¿Quién decide acerca de mi tratamiento?**

Sus médicos le darán información y asesoramiento acerca del tratamiento. Usted tiene derecho a elegir. Puede decir "Sí" a los tratamientos que usted desee. Puede decir "No" a cualquier tratamiento que usted no quiera aun si este tratamiento pueda mantenerlo/a en vida por más tiempo.

- **¿Cómo saber qué es lo que quiero?**

Su médico debe informarle acerca de su estado médico y acerca de lo que los diferentes tratamientos y alternativas de manejo del dolor puedan hacer por usted. Muchos tratamientos tienen "efectos secundarios". Su médico debe suministrarle información acerca de los problemas que tienen probabilidades de causarle los tratamientos médicos.

Frecuentemente, hay más de un tratamiento que pueda ayudarle y distintas personas tienen opiniones diferentes acerca de cuál es el mejor. Su doctor puede indicarle cuales tratamientos se encuentran disponibles para usted, pero no puede tomar la decisión por usted. La decisión es suya y depende de lo que resulte más importante para usted.

- **¿Pueden otras personas ayudarme con las decisiones?**

Sí. Los pacientes recurren frecuentemente a sus parientes y amigos cercanos para que les ayuden a tomar decisiones médicas. Estas personas pueden ayudarle a considerar las alternativas que usted enfrenta. Usted puede pedirles a los médicos y enfermeras que hablen con sus familiares y amigos. Sus familiares y amigos pueden hacerles preguntas a los médicos y enfermeras por usted.

- **¿Puedo hacer que un familiar o amigo tome las decisiones de tratamiento médico por mí?**

Sí. Usted puede decirle a su médico que desea que otra persona tome las decisiones acerca del tratamiento por usted. Pídale a su médico que incluya a esa persona en su ficha médica como a su "suplente" de cuidado médico. El control del/de la suplente sobre sus decisiones médicas queda en vigor solamente durante su enfermedad o lesión en curso o, si usted está en una institución médica, hasta que usted sale de la institución.

- **¿Qué pasa si estoy demasiado enfermo/a para tomar mis propias decisiones en cuanto al tratamiento?**

Si usted no ha designado a un/una suplente, su médico le pedirá a su pariente o amigo más cercano disponible que ayude a decidir lo que es mejor para usted. En la mayoría de los casos eso funciona bien. Pero algunas veces no todos están de acuerdo con lo que se debe hacer. Por eso es importante decir de antemano lo que usted quiere que se haga en caso de no poder hablar por sí mismo/a.

- **¿Tengo que esperar hasta que esté enfermo/a para expresar mis deseos acerca de los tratamientos?**

No. De hecho, es mejor decidir antes de estar muy enfermo/a o de tener que ir al hospital, clínica de convalecencia u otra institución de atención médica. Usted puede usar una Directiva Anticipada de Tratamiento Médico (Advance Health Care Directive) para designar a quién usted desea que hable en su lugar y qué tipo de tratamientos desea recibir. Estos documentos se llaman "anticipados" porque se preparan antes de que sea necesario tomar decisiones sobre el tratamiento. Se llaman "directivas" porque declaran quién hablará en su nombre y qué deberá hacerse.

En California, la parte de una directiva anticipada en la cual usted puede designar a un representante para que tome las decisiones de tratamiento médico se llama Poder para Tratamientos Médicos (Power of Attorney For Health Care). La parte en la cual usted puede expresar lo que desea que se haga se llama Instrucción para Tratamiento Médico Individual (*Individual Health Care Instruction*).

- **¿Quién puede hacer una directiva adelantada?**

Usted puede hacerlo si es mayor de 18 años y es capaz de tomar sus propias decisiones acerca de su atención médica. No necesita tener abogado.

- **¿A quién puedo designar como mi representante?**

Puede escoger a un pariente o cualquier otra persona adulta a quien usted le tenga confianza para que hable por usted cuando haya que tomar decisiones médicas.

- **¿Cuándo empieza mi representante a tomar las decisiones médicas por mí?**

Usualmente, un representante en cuanto a tratamiento médico empezará a tomar las decisiones solamente después de que usted pierda la capacidad de tomarlas por sí mismo/a. Pero, si desea, usted puede especificar en el Poder para Tratamientos Médicos que usted quiere que su representante comience a tomar las decisiones de inmediato.

- **¿Cómo sabe mi representante lo que yo quiero?**

Después de elegir a su representante, hable con él o ella acerca de sus deseos. Algunas veces, es difícil tomar decisiones acerca de los tratamientos y le ayudará mucho a su representante saber lo que usted desea. Usted también puede escribir sus deseos en su directiva anticipada.

- **¿Qué pasa si no quiero designar a un representante?**

Usted puede escribir lo que usted desea que se haga en su directiva anticipada, sin nombrar a un representante. Usted puede decir que quiere que su vida sea prolongada lo más posible o puede indicar que no quiere tratamiento para prolongar su vida. También, puede expresar sus deseos acerca del uso del alivio del dolor o de cualquier tipo de tratamiento médico.

Aunque no haya completado el formulario de Instrucciones para Tratamiento Médico Individual, usted puede hablar con su médico acerca de sus deseos y pedirle que escriba esos deseos en su ficha médica. De lo contrario, usted puede hablar de sus deseos con familiares y amigos. Pero es probable que resulte más fácil cumplir con sus deseos si usted los escribe.

- **¿Qué pasa si cambio de parecer?**

Usted puede cambiar o anular su directiva anticipada en cualquier momento mientras pueda comunicar sus deseos. Para cambiar a la persona que quiere que tome las decisiones en cuanto a su tratamiento médico, usted debe firmar una declaración o informarle al médico encargado de su cuidado.

- **¿Qué pasa cuando otra persona toma decisiones acerca de mi tratamiento?**

Las mismas reglas rigen para toda persona que tome decisiones en su nombre acerca del tratamiento médico: un/a representante, un/a suplente cuyo nombre usted le dio al médico o una persona designada por un tribunal para tomar decisiones en su nombre. Todos tienen la obligación de seguir sus Instrucciones de Tratamiento Médico o, si no las hay, sus deseos generales acerca del tratamiento, incluyendo la interrupción de un tratamiento. Si sus deseos acerca del tratamiento no se conocen, el/la suplente debe tratar de determinar que es lo que le conviene más a usted.

Las personas que le proveen atención médica deben respetar las decisiones de su representante o suplente a menos que un tratamiento solicitado estuviera en contra de la buena práctica de medicina o no resultara beneficiosa para usted. Si esto causara un desacuerdo que no puede resolverse, el proveedor médico debe tomar medidas razonables para encontrar otro proveedor para que se haga cargo del tratamiento.

- **¿Se me proveerá tratamiento aunque no haga una directiva anticipada?**

Absolutamente. Usted continuará recibiendo tratamiento médico. Solamente queremos que sepa que si usted llegara a estar muy enfermo/a para tomar decisiones, otra persona deberá tomarlas por usted. Recuerde que:

- ✓ Un Poder en cuanto a la Atención Médica le permite designar a un/a representante para que tome decisiones en representación suya. Su agente puede tomar la mayoría de las decisiones de índole médica, no solamente aquellas que prolongan la vida, cuando usted no pueda hablar por sí mismo/a. Además, si usted lo desea puede permitir que su representante tome decisiones más temprano.
- ✓ Usted puede crear Instrucciones Individuales para el Tratamiento Médico escribiendo sus deseos sobre el tratamiento o hablando con su médico y pidiéndole que registre sus deseos en la ficha médica. Si usted sabe bajo qué circunstancias usted desea o no ciertos tipos de tratamiento, las Instrucciones Individuales para el Tratamiento Médico son una buena manera de expresar claramente sus opiniones al médico y a cualquier otra persona que pueda llegar a tomar decisiones acerca del tratamiento en representación suya.
- ✓ Estos dos tipos de Directivas Anticipadas de Tratamiento Médico pueden usarse juntas o separadas.

- **¿Cómo puedo obtener más información para hacer una directiva anticipada?**

Pídale a su médico, enfermera, trabajador social o proveedor de atención médica que obtenga más información para usted. Usted puede hacer que un abogado escriba una directiva anticipada por usted o puede completar una directiva anticipada al completar los espacios en blanco de un formulario.

Referencia Ley Pública 101-508.



# Aviso del registro de inmunizaciones para pacientes y padres

Las inmunizaciones o vacunas previenen las enfermedades graves. Las pruebas de detección de tuberculosis (TB) ayudan a determinar si usted puede tener una infección de TB y pueden ser necesarias para la escuela o el trabajo. Llevar el control de las vacunas/pruebas de TB que usted recibió puede resultar difícil. Es especialmente difícil si más de un médico las realizó. En la actualidad, los médicos usan un sistema de computación seguro denominado registro de inmunizaciones para llevar el control de las vacunas y pruebas de TB. Si cambia de médico, su médico nuevo puede usar el registro para consultar los antecedentes de vacunas/pruebas de TB. Usted tiene derecho a limitar quién puede acceder a sus registros en el Registro de Inmunizaciones de California (CAIR).

## ¿Cómo le ayuda un registro?

- Lleva el control de todas las vacunas y pruebas de TB (pruebas de piel/radiografías de tórax), para que a usted no le falte ninguna ni reciba demasiadas
- Envía recordatorios cuando usted o su hijo necesitan vacunas
- Le da una copia del registro de vacunas/pruebas de TB del médico
- Puede mostrar evidencia de las vacunas/pruebas de TB necesarias para iniciar la guardería infantil, la escuela o un trabajo nuevo

## ¿Cómo ayuda un registro a su equipo de atención médica?

Los médicos, las enfermeras, los planes de salud y los organismos de salud pública usan el registro para:

- Ver qué vacunas/pruebas de TB se necesitan
- Prevenir las enfermedades en su comunidad
- Recordarle las vacunas necesarias
- Ayudar con el mantenimiento de registros

## ¿Pueden las escuelas u otros programas ver el registro?

Sí, pero esto está limitado. Las escuelas, las guarderías infantiles y otros organismos autorizados conforme a las leyes de California pueden:

- Ver qué vacunas/pruebas de TB necesitan los niños
- Asegurarse de que los niños cumplan con los requisitos para vacunas y pruebas de TB necesarias para empezar guardería infantil o la escuela

## ¿Qué información se puede compartir en un registro?

- el nombre, el sexo y la fecha de nacimiento del paciente
- información limitada para identificar a los pacientes
- nombres de los padres o tutores
- detalles sobre las vacunas/pruebas de TB o exenciones médicas de un paciente

Lo que se ingresa en el registro se trata como otra información médica privada. El uso indebido del registro es punible por ley. En virtud de las leyes de California, sólo el consultorio de su médico, el plan de salud o el departamento de salud pública pueden ver su dirección y número telefónico. Los funcionarios de salud también pueden consultar el registro para proteger la salud pública.

## Derechos del paciente y de los padres

Usted tiene derecho legal a pedirle a su proveedor:

- que impida que otros proveedores y escuelas accedan a la información de su registro (o del registro de su hijo)
- que no envíe recordatorios de citas para vacunas
- una copia de los registros de vacunas/pruebas de TB suyas o de su hijo
- quién ha visto los registros y que cambie cualquier error





**No es necesario realizar ninguna acción para formar parte de CAIR. Otros proveedores de CAIR, escuelas y funcionarios de salud pública automáticamente tienen acceso a los registros de su hijo.**

**Si desea limitar quién ve sus registros o los de su hijo:**

1. Converse con su proveedor para ver si pueden bloquear sus registros en CAIR
2. Si su prestador no puede, complete un formulario de solicitud para bloquear mi registro de CAIR (Request to Lock My CAIR Record) en **[CAIRweb.org/cair-forms](https://cairweb.org/cair-forms)**.
3. Si cambia de opinión, complete el formulario Solicitud para desbloquear mi registro de CAIR (Request to Unlock My CAIR Record).
4. Envíe por fax los formularios impresos al 1-888-436-8320, o por correo electrónico a **[CAIRHelpDesk@cdph.ca.gov](mailto:CAIRHelpDesk@cdph.ca.gov)**.

**Para obtener más información, comuníquese con la mesa de ayuda de CAIR llamando al 800-578-7889 o enviando un correo electrónico a [CAIRHelpDesk@cdph.ca.gov](mailto:CAIRHelpDesk@cdph.ca.gov)**