

INFORMACIÓN DEL PACIENTE	FECHA DE HOY:
---------------------------------	----------------------

NOMBRE LEGAL (APELLIDO, NOMBRE):	NOMBRE PREFERIDO:
----------------------------------	-------------------

NÚMERO DE SEGURO SOCIAL:	FECHA DE NACIMIENTO:
--------------------------	----------------------

SEXO ASIGNADO AL NACER: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	GÉNERO ACTUAL: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
--	---

DIRECCIÓN POSTAL:	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL
-------------------	--------	--------	---------------

DIRECCIÓN FÍSICA: (*si difiere de la anterior)	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL
--	--------	--------	---------------

NÚMERO DE CASA:	NÚMERO DE TELÉFONO MÓVIL:
-----------------	---------------------------

CORREO ELECTRÓNICO:	IDIOMA PREFERIDO:
---------------------	-------------------

RECORDATORIO DE CITAS Optar por participar Optar por no participar (Por favor, tenga en cuenta que: Si decide por no participar, usted aún es responsable de que su hijo asista a su cita y/o notificar a su clínica si necesita cancelar o reprogramar su cita).

INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA Responder estas preguntas puede ayudar a Valley View Health Center a obtener fondos para los servicios. Por favor, tenga en cuenta que esta información está sin identificar y que sus datos personales NO serán compartidos.

ESTADO DE VIVIENDA: Hogar permanente/Alquiler Compartido Refugio Calle Transitorio Desconocido

ESTADO DEL TRABAJADOR AGRÍCOLA: No soy un trabajador agrícola Migrante Estacional

RAZA:

<input type="checkbox"/> Indígena americano/nativo de Alaska	<input type="checkbox"/> Filipino	<input type="checkbox"/> Otro isleño del Pacífico
<input type="checkbox"/> Nativo de Hawái	<input type="checkbox"/> Guameño/Chamorro	<input type="checkbox"/> Samoano
<i>Marque todas las opciones que correspondan:</i> <input type="checkbox"/> Indio asiático	<input type="checkbox"/> Japonés	<input type="checkbox"/> Vietnamita
<input type="checkbox"/> Negro/Afroamericano	<input type="checkbox"/> Coreano	<input type="checkbox"/> Blanco
<input type="checkbox"/> Chino	<input type="checkbox"/> Otros asiáticos	<input type="checkbox"/> Declinar

ETNICIDAD: Chicana/o Hispano (Latino) Mexicano-estadounidense Puertorriqueño Declinar

Cubano Mexicano No hispano (latino) De origen español Otros:

NÚMERO DE INTEGRANTES DE FAMILIA (Encierre una opción): 1 2 3 4 5 6 7 8+	INGRESOS ANUALES ESTIMADOS DEL HOGAR: \$
--	--

INFORMACIÓN DE LA PARTE RESPONSABLE Y PADRE/TUTOR

PARTE PRIMARIA RESPONSABLE *recibirá facturas y comunicaciones principales (APELLIDO, NOMBRE):	FECHA DE NACIMIENTO:
--	----------------------

NÚMERO DE TELÉFONO PRINCIPAL:	PARENTESCO CON EL PACIENTE:
-------------------------------	-----------------------------

PADRE/TUTOR SECUNDARIO (*si aplica) (APELLIDO, NOMBRE):	FECHA DE NACIMIENTO:
---	----------------------

NÚMERO DE TELÉFONO PRINCIPAL:	PARENTESCO CON EL PACIENTE:
-------------------------------	-----------------------------

INFORMACIÓN DEL SEGURO SIN SEGURO / AUTO-PAGADO

SEGURO PRIMARIO NOMBRE DE LA COMPAÑÍA:	SEGURO SECUNDARIO NOMBRE DE LA COMPAÑÍA:
--	--

NÚMERO DE SUScriptor/PÓLIZA:	NÚMERO DE SUScriptor/PÓLIZA:
------------------------------	------------------------------

NOMBRE DEL TITULAR DE LA PÓLIZA (APELLIDO, NOMBRE):	NOMBRE DEL TITULAR DE LA PÓLIZA (APELLIDO, NOMBRE):
---	---

FECHA DE NACIMIENTO:	FECHA DE NACIMIENTO:
----------------------	----------------------

PARENTESCO CON EL PACIENTE:	PARENTESCO CON EL PACIENTE:
-----------------------------	-----------------------------

FARMACIA PREFERIDA (Nombre y ubicación): Farmacia de Valley View Health Center Otros:

Nombre del paciente: _____ **Fecha de nacimiento:** _____

Reconocimiento y autorización

He leído y comprendo la política de privacidad/HIPAA de Valley View Health Center (VVHC).
Por la presente, cedo mis beneficios del seguro para que se paguen directamente a VVHC. Entiendo que soy responsable financieramente ante VVHC por los servicios que no sean pagados por el seguro u otros terceros pagadores. Autorizo a VVHC a apelar/impugnar, en mi nombre, cualquier servicio que se deniegue o se pague de forma inadecuada. Esta autorización se aplica a todos los pagadores/seguros considerados responsables de la cobertura de los servicios e incluye todas las apelaciones, disputas y/o escalamientos hasta la Oficina del Comisionado de Seguros del Estado de Washington, incluida esta.
Autorizo a VVHC a divulgar mi información de atención médica necesaria para tramitar mi reclamación. Esta autorización es válida para todos los servicios prestados por VVHC e incluye la divulgación de mi información médica, que puede incluir registros de beneficios, reclamaciones, diagnósticos y tratamientos, incluidos diagnósticos y tratamientos médicos confidenciales.
Entiendo que los pagos realizados por servicios que den lugar a un crédito se aplicarán a cualquier saldo pendiente adeudado.
Autorizo a VVHC a obtener mi fotografía y/o escanear mi documento de identidad con fotografía emitido por el gobierno como prueba de identidad. Si rechazo una fotografía o escaneo de mi identificación, mostraré prueba de identidad en <u>cada</u> visita.
Entiendo que los menores de 18 años deben estar acompañados por un padre/tutor que se quede en la clínica durante toda la cita. No se permite dejar a menores en nuestra sala de espera sin la supervisión de un adulto.
Entiendo que VVHC puede utilizar herramientas de inteligencia artificial que cumplen con la HIPAA durante el transcurso de mi visita.

Ley de portabilidad y responsabilidad del seguro médico (HIPAA)/Política de privacidad y Contacto de emergencia

Además de las divulgaciones permitidas descritas en la Declaración de prácticas de privacidad, por la presente, autorizo específicamente la divulgación de mi Información médica protegida a la(s) persona(s) identificada(s) a continuación. **Por favor, indique los nombres de las personas autorizadas por usted para recibir su información médica, verbalmente, recoger medicamentos, recetas, copias de documentos personales o contactar en caso de emergencia.**

Personas autorizadas/Contactos de emergencia:

Nombre: _____ Teléfono: _____ Parentesco: _____

Nombre: _____ Teléfono: _____ Parentesco: _____

Nombre: _____ Teléfono: _____ Parentesco: _____

X

Firma

Nombre en letra imprenta

Paciente/ Padre / Tutor
Comprobar parentesco

Fecha

**CONSENTIMIENTO PARA RECIBIR CUIDADOS Y TRATAMIENTO
AUTORIZACIÓN FINANCIERA
RECONOCIMIENTOS**

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____

Yo (individualmente o en nombre del paciente mencionado anteriormente) doy mi consentimiento para recibir cuidados y tratamiento en Valley View Health Center, un centro de salud calificado a nivel federal que provee una variedad de servicios de cuidados médicos, que incluyen atención médica primaria, servicios dentales, servicios de consejería y servicios farmacéuticos. Dichos servicios pueden incluir procedimientos de diagnóstico, exámenes y tratamientos de rutina que incluyen (pero no se limitan a) análisis de laboratorio de rutina y administración de medicamentos según lo recetado.

Entiendo que también se me puede pedir que firme consentimientos y autorizaciones específicos del departamento por separado, particularmente para procedimientos médicos o dentales invasivos o complejos, tratamiento de consejería u otros asuntos en los que los riesgos y beneficios de los cuidados o el tratamiento no se describen típicamente como "rutina." Los consentimientos para una "serie" de procedimientos o tratamientos ambulatorios se actualizarán al menos una vez al año.

Entiendo que si doy mi consentimiento para el tratamiento de un menor, se me puede pedir que firme documentos adicionales relacionados con el cuidado y tratamiento del menor y mi papel en la autorización de dicho cuidado. Si estoy embarazada o quedo embarazada, mi consentimiento para el tratamiento incluye el consentimiento para el tratamiento de mi hijo por nacer.

****Si tengo cobertura de Medicare, entiendo que Medicare cubre los servicios de Gestión Avanzada de Atención Primaria (APCM) proporcionados mensualmente por consultorios médicos. Entiendo que mi médico de atención primaria asume la responsabilidad de todos mis servicios de atención primaria. Por favor, visite nuestro sitio web www.vvhc.org/insurances para obtener más información.**

Autorizo a Valley View Health Center a facturar por todos los servicios proveídos, y he proporcionado por separado a Valley View Health Center mi cobertura de seguro médico e información financiera familiar para que se use junto con dichas facturas para determinar si los cuidados o los servicios están sujetos a Valley View para un descuentos en la escala de tarifas del Centro de Salud. Actualizaré mi ingreso familiar y la información de cobertura de salud cada vez que cambie dicha información. Entiendo que soy responsable de todos los copagos y deducibles requeridos por mi plan de salud. Entiendo que si los cuidados o el tratamiento no están cubiertos generalmente por mi plan o programa de salud, se me puede facturar directamente por dichos servicios. En ese caso, tengo derecho a solicitar un Estimado de Buena Fe de los cargos por servicios no cubiertos antes de recibir dicha atención o tratamiento.

Reconozco que se me ha ofrecido una tarjeta de recursos con enlaces a los siguientes documentos y entiendo que puedo solicitar una copia impresa de cualquiera de estos documentos en cualquier momento:

- Declaración de Prácticas de Privacidad (HIPAA)
- Derechos y responsabilidades del paciente
- Política de Medicamentos
- Derecho a una estimación de buena fe de los cargos
- Escala o tarifas de descuentos y proceso para calificar para tarifas reducidas
- Precios de medicamentos con descuento
- Directivas Anticipadas de Cuidados Médicos / Directivas Anticipadas de Salud Mental

Firma del paciente/padre/tutor, si corresponde, nombre del padre o tutor: _____

Nombre del garante (si no es el paciente): _____ **Fecha:** _____

Parent/Guardian Authorization For Another Adult To Make Health Care Decisions for a Minor
Autorización de los padres/tutores para que otro adulto tome decisiones sobre la atención médica de un menor de edad

Patient Name / *Nombre del Paciente*: _____

Date of Birth / *Fecha de Nacimiento*: _____ Date / *Fecha*: _____

I hereby authorize the following adult(s) to make health care decisions for the minor patient named above and to provide all necessary written and/or verbal consent for treatment in the same manner and with the same effect as if I had provided such authorization and consent.

Por la presente doy poder al(los) siguiente(s) adulto(s) para tomar decisiones sobre la atención médica del paciente menor de edad mencionado anteriormente y a autorizar todo el consentimiento escrito y/o verbal necesario para el tratamiento de la misma manera y con el mismo efecto que si yo hubiera estado de acuerdo con dicha autorización y consentimiento.

Name / <i>Nombre</i>	Relationship / <i>Relación</i>

I authorize these adults to consent to any and all necessary medical and dental health care (including immunizations) in my absence. I accept full responsibility for any provider, clinic, and/or laboratory fees.

Autorizo a estos adultos a que den su consentimiento para toda la atención médica y dental necesaria (incluidas las vacunas) en mi ausencia. Acepto toda la responsabilidad por las facturas de cualquier proveedor, clínica y/o laboratorio.

***Please Note: This does not allow authorized adults to request any health history or chart information unless indicated on our additional disclosure form.**

**Nota: Esto no permite a los adultos autorizados solicitar historial médico o información de la historia clínica a menos que se indique en nuestro formulario de divulgación adicional.*

Parent or Guardian Signature

Firma del Padre o Tutor

Parent or Guardian Name

Nombre del Padre o Tutor

Expiration or Termination. All aspects of this consent will be in effect until terminated in writing by the parent or guardian or on the date the minor becomes an adult under state law.

Expiración o terminación. Todos los aspectos de este consentimiento estarán en vigor hasta que los padres o tutores lo den por terminado, por escrito, o en la fecha en que el menor de edad se convierta en adulto según la ley estatal.

OFFICE USE ONLY		
Verbal Consent Obtained: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Consent given by: _____	VVHC Staff Initials: _____

Política de cancelación de citas y Acuerdo de conducta

Nombre del paciente: _____ **Fecha de nacimiento:** _____

Gracias por elegir Valley View Health Center para cubrir sus necesidades de atención médica. Para asegurar la mejor experiencia posible para todos nuestros pacientes, le pedimos que revise y acepte las siguientes políticas con respecto a las cancelaciones de citas y la conducta apropiada en nuestra oficina.

POLÍTICA DE CANCELACIÓN

Aviso oportuno: Si necesita anular o cambiar una cita, **le pedimos que nos avise con al menos 24 horas de antelación.** Esto nos permite recibir a otros pacientes que necesitan atención.

Cancelaciones tardías e inasistencias: Las citas canceladas con menos de 24 horas de antelación o perdidas sin notificación previa pueden estar sujetas a un **cargo de cancelación de \$50.00** si su seguro lo permite (este cargo no es facturable a su seguro).

Cancelaciones el mismo día e inasistencias: Los pacientes que acumulen dos (2) cancelaciones o no asistan el mismo día, independientemente del departamento, pasarán al estado de espera. Los pacientes en espera deben llamar para pedir una cita para el mismo día o llegar cuando abra la clínica para esperar por una cita para el mismo día. El estado de espera es válido durante 6 meses a partir de la fecha de la segunda cancelación tardía o inasistencia.

Recordatorio de citas: Recibirá recordatorios automáticos y/o verbales antes de su cita. Sin embargo, si no se le envían recordatorios o si decide no recibirlos, sigue siendo su responsabilidad acudir a la cita programada.

PAUTAS DE CONDUCTA

Para mantener un entorno respetuoso y acogedor para todos, pedimos a todos los pacientes que cumplan lo siguiente:

Comunicación respetuosa: Se espera que los pacientes y visitantes se comuniquen con el personal y con otros pacientes de forma cortés y respetuosa.

Tolerancia cero frente al acoso: No toleramos el lenguaje ofensivo, las amenazas ni ninguna forma de acoso hacia el personal u otros pacientes.

Puntualidad: Por favor, asista puntualmente a su cita. Si llega con más de 10 minutos de retraso, es posible que debamos reprogramar su cita.

Salud y Seguridad: Para proteger la salud de los demás, por favor, infórmenos si tiene síntomas de una enfermedad contagiosa antes de venir.

Cumplimiento de las políticas de la oficina: Los pacientes deben seguir todas las políticas de la oficina y las instrucciones dadas por el personal.

Reconocimiento y acuerdo

Al firmar a continuación, reconoce que ha leído, comprendido y aceptado cumplir la política de cancelación y las pautas de conducta descritas anteriormente.

Firma

Paciente / Padre / Tutor (Comprobar parentesco)

Fecha