




INFORMACIÓN DEL PACIENTE				FECHA DE HOY:		
APELLIDO (NOMBRE LEGAL):		NOMBRE (NOMBRE LEGAL):		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		
IDENTIDAD DE GÉNERO: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Queer <input type="checkbox"/> Hombre transgénero/Mujer a hombre <input type="checkbox"/> Mujer transgénero/Hombre a mujer <input type="checkbox"/> Elige no contestar <input type="checkbox"/> Género adicional (por favor, especifique): _____						
ORIENTACIÓN SEXUAL: <input type="checkbox"/> Heterosexual <input type="checkbox"/> Bisexual <input type="checkbox"/> Gay <input type="checkbox"/> Lesbiana <input type="checkbox"/> No está seguro(a) <input type="checkbox"/> Elige no contestar <input type="checkbox"/> Orientación adicional (por favor, especifique): _____						
<i>*Reconocemos que estas listas no son inclusivas, con base en las limitaciones de nuestro Registro de Salud Electrónico. Gracias por su comprensión.</i>						
DIRECCIÓN POSTAL:		CIUDAD		ESTADO	CÓDIGO POSTAL	
DIRECCIÓN FÍSICA:		CIUDAD		ESTADO	CÓDIGO POSTAL	
ESTADO CIVIL:			IDIOMA PREFERIDO:			
NÚMERO DE CASA:		NÚMERO MOBIL:		CORREO ELECTRÓNICO:		
NOTIFICACIONES (Recordatorios de Citas, Comunicaciones del Portal del Paciente, etc.)				<input type="checkbox"/> Optar por participar <input type="checkbox"/> Optar por no participar		
INFORMACIÓN SOBRE SEGUROS						
PLAN MÉDICO <i>Si tiene más de un seguro, por favor enumérelos en la parte trasera de este formulario.</i>						
COMPAÑÍA DE SEGUROS:		NÚMERO DE SUSCRIPTOR/PÓLIZA:		FECHA DE EFECTIVIDAD:		
NÚMERO DE GRUPO:		DIRECCIÓN DE RECLAMOS/FACTURACIÓN:				
ASEGURADO/SUSCRIPTOR (Si no es el paciente):		APELLIDO:		NOMBRE:		
PARENTESCO CON EL PACIENTE:			FECHA DE NACIMIENTO:			
PLAN ODONTOLÓGICO <i>Si tiene más de un seguro, por favor enumérelos en la parte trasera de este formulario.</i>						
COMPAÑÍA DE SEGUROS:		NÚMERO DE SUSCRIPTOR/PÓLIZA:		FECHA DE EFECTIVIDAD:		
NÚMERO DE GRUPO:		DIRECCIÓN DE RECLAMOS/FACTURACIÓN:				
ASEGURADO/SUSCRIPTOR (Si no es el paciente):		APELLIDO:		NOMBRE:		
PARENTESCO CON EL PACIENTE:			FECHA DE NACIMIENTO:			
PERSONA RESPONSABLE DE LA CUENTA <i>*Completar si no es el paciente</i>						
APELLIDO:		NOMBRE:		FECHA DE NACIMIENTO:		
PARENTESCO CON EL PACIENTE:			NÚMERO DE TELÉFONO:			
ENCUESTA DE DATOS		<i>Responder estas preguntas puede ayudar a Valley View Health Center a obtener fondos para los servicios. Tenga en cuenta que esta información está sin identificar y que sus datos personales NO serán compartidos.</i>				
ESTADO DE LA VIVIENDA: <input type="checkbox"/> Vivienda permanente/Alquiler <input type="checkbox"/> Vive con otros <input type="checkbox"/> Refugio <input type="checkbox"/> En la calle <input type="checkbox"/> Transitorio <input type="checkbox"/> Desconocido / No Reportado	ESTADO DEL TRABAJADOR AGRÍCOLA: <input type="checkbox"/> No es trabajador agrícola <input type="checkbox"/> Imigrante <input type="checkbox"/> Temporal	RAZA (Marque todo lo que corresponda): <input type="checkbox"/> Indio americano/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Nativo de Hawai <input type="checkbox"/> Indio asiático <input type="checkbox"/> Otro Origen Asiático <input type="checkbox"/> Negro/Afroamericano <input type="checkbox"/> Otro de otra Isla del Pacífico <input type="checkbox"/> Chino <input type="checkbox"/> Samoano <input type="checkbox"/> Filipino <input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> Guameño/ Chamorro <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Japones <input type="checkbox"/> Declino <input type="checkbox"/> Coreano			ETNICIDAD: <input type="checkbox"/> Chicana/o <input type="checkbox"/> No hispano (Latino) <input type="checkbox"/> Cubano <input type="checkbox"/> Puertorriqueño <input type="checkbox"/> Hispano (Latino) <input type="checkbox"/> De Origen Hispano <input type="checkbox"/> Mexicano <input type="checkbox"/> Declino <input type="checkbox"/> Mexicano-americano <input type="checkbox"/> Otros: _____	
TAMANO DE LA FAMILIA(Encierre uno/el clic) (Circle/click one): 1 2 3 4 5 6 7 8+				Ingreso Anual Estimado del Hogar: \$		
FARMACIA PREFERIDA (Nombre y ubicación): <input type="checkbox"/> Valley View Health Center Pharmacy <input type="checkbox"/> Otros: _____						
¿CÓMO ESCUCHÓ DE NOSOTROS? <input type="checkbox"/> Publicidad <input type="checkbox"/> Evento comunitario <input type="checkbox"/> Amigo/Familia <input type="checkbox"/> Hospital <input type="checkbox"/> Medios de comunicación social <input type="checkbox"/> Otros _____						

Name: \_\_\_\_\_

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

### Reconocimiento y autorización

He leído y comprendo la política de privacidad/HIPAA de Valley View Health Center.  <i>Escanee el código QR para leer el documento:</i>	
Por la presente, asigno los beneficios de mi seguro para que se paguen directamente a Valley View Health Center. Comprendo que soy financieramente responsable ante Valley View Health Center por los servicios no pagados por el seguro u otros terceros pagadores.	
Autorizo a Valley View Health Center a compartir mi información médica requerida para procesar mi reclamo.	
Entiendo la política de citas de Valley View <b>Health Center</b> : Dos o más citas perdidas o cancelaciones el mismo día pueden resultar a que se me ponga en estado de espera, lo que significa que no podré programar citas con anticipación durante seis meses y tendré que llamar a la clínica al abrir para verificar la disponibilidad de citas el mismo día.	
Autorizo a Valley View Health Center a obtener mi fotografía y/o escanear mi identificación con foto emitida 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 niños 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 menores en nuestra sala de espera sin la supervisión de un adulto.	
Me han ofrecido una copia del formulario de Derechos y Responsabilidades del Paciente de Valley View Health Center. <i>Escanee el código QR para leer el documento:</i> <u>Adultos</u>  <u>Pediatría</u> 	

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

Además de los consentimientos descritos en la Declaración de prácticas de privacidad, por la presente autorizo específicamente el compartimiento de mi Información médica protegida a la(s) persona(s) identificada(s) a continuación.	
Indique los nombres de las personas autorizadas por usted para recibir su información de salud, verbalmente, recoger medicamentos, recetas o copias de documentos personales.	
Nombre	Nombre
Parentesco	Parentesco
Número de teléfono	Número de teléfono

 \_\_\_\_\_  
 Firma  
 Paciente /  Padre /  Tutor  
*Comprobar parentesco*

 \_\_\_\_\_  
 Nombre en letra impresa  
 \_\_\_\_\_  
 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.

Entiendo que VVHC colabora con instituciones educativas y que el (los) estudiante(s) pueden participar en mi atención bajo la supervisión del (los) proveedor(es) de VVHC.

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 he recibido, o me han ofrecido, cada uno de los siguientes documentos, y entiendo que puedo solicitar una copia de cualquiera de estos documentos del Centro de Salud de Valley View en cualquier momento:

- Paquete para pacientes nuevos (adultos/pediátricos)
- 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 Ment

\_\_\_\_\_  
**Firma del paciente / padre / tutor**

*Comprobar relación*

\_\_\_\_\_  
**Nombre del padre / tutor / garante**

*Comprobar relación*

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

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

**¡Bienvenido(a) y gracias por escoger Valley View Health Center!**

Por favor, tómese el tiempo para completar este formulario con la mayor exactitud posible para que podamos atender de la forma debida sus necesidades de salud. La confidencialidad de la información sobre su salud está protegida de conformidad con las protecciones federales para la privacidad de la información sobre la salud por la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA). Por favor, traiga sus medicamentos a su cita Entregue este documento al auxiliar médico o a la enfermera cuando le vuelvan a llamar.

- ¿Alguien tiene poder notarial para representarlo o es su apoderado para fines de atención médica con lo cual tiene la facultad para tomar decisiones sobre la atención que usted recibe en situaciones que ponen en peligro la vida?  Sí  No *Si la respuesta es sí, por favor, entregue una copia a WHC.*
- ¿Tiene una Directiva Anticipada de Atención Médica, como por ejemplo, una orden de no resucitar?  Sí  No
- Si la respuesta es no, ¿desea analizar este tema con su prestador hoy mismo?  Sí  No

**Historia clínica:** *Marque todas las opciones que correspondan.*

<input type="checkbox"/>	Alergias	<input type="checkbox"/>	Cáncer	<input type="checkbox"/>	Enfermedad por Reflujo Gastroesofágico (GERD)	<input type="checkbox"/>	Osteoporosis
<input type="checkbox"/>	Anemia	<input type="checkbox"/>	Arritmia	<input type="checkbox"/>	Dolor de cabeza/migrañas	<input type="checkbox"/>	Enfermedades renales (del riñón)
<input type="checkbox"/>	Angina de pecho	<input type="checkbox"/>	Enfermedades pulmonares obstructivas crónicas (COPD)	<input type="checkbox"/>	Enfermedad del corazón	<input type="checkbox"/>	Trastorno convulsivo
<input type="checkbox"/>	Ansiedad	<input type="checkbox"/>	Enfermedades de las arterias	<input type="checkbox"/>	Enfermedades de la vesícula biliar	<input type="checkbox"/>	Derrame cerebral
<input type="checkbox"/>	Artritis	<input type="checkbox"/>	Depresión	<input type="checkbox"/>	Hepatitis/Enfermedades hepáticas	<input type="checkbox"/>	Enfermedades de la tiroides
<input type="checkbox"/>	Asma	<input type="checkbox"/>	Diabetes	<input type="checkbox"/>	Presión arterial alta	<input type="checkbox"/>	HIV
<input type="checkbox"/>	Fibrilación auricular	<input type="checkbox"/>	Colesterol alto	<input type="checkbox"/>	Enfermedad de intestino irritable	<input type="checkbox"/>	Otra opción:
<input type="checkbox"/>	Coágulos sanguíneos	<input type="checkbox"/>	Trastorno de la válvula cardíaca	<input type="checkbox"/>	Antecedentes de ataque cardíaco	<input type="checkbox"/>	

**Cirugías y/u Hospitalizaciones:** *Por favor, marque todas las que correspondan.*

<input type="checkbox"/>	Angioplastia	<input type="checkbox"/>	Revascularización coronaria (CABG)	<input type="checkbox"/>	Bypass gástrico	<input type="checkbox"/>	Fibromas uterinos
<input type="checkbox"/>	Apendicectomía	<input type="checkbox"/>	Marcapasos	<input type="checkbox"/>	Reparación de hernia	<input type="checkbox"/>	Cirugía de reducción abierta y fijación interna (ORIF)
<input type="checkbox"/>	Artroscopía	<input type="checkbox"/>	Liberación del túnel carpiano	<input type="checkbox"/>	Reemplazo de cadera	<input type="checkbox"/>	Tiroidectomía
<input type="checkbox"/>	Cirugía de espalda	<input type="checkbox"/>	Cataratas	<input type="checkbox"/>	Histerectomía	<input type="checkbox"/>	Amigdalectomía
<input type="checkbox"/>	Ligadura de trompas	<input type="checkbox"/>	Vesícula biliar	<input type="checkbox"/>	Reemplazo de rodilla	<input type="checkbox"/>	Otra opción:
<input type="checkbox"/>	Transfusión de sangre	<input type="checkbox"/>	Cirugía de colon	<input type="checkbox"/>	Cirugía para corregir la visión con láser (LASIK)	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	Cirugía de aumento de senos	<input type="checkbox"/>	Dilatación y legrado (D&C)	<input type="checkbox"/>	Mastectomía	<input type="checkbox"/>	

- Permito el consentimiento para importar el historial de medicamentos recetados (prescritos en otros lugares) y documentos de HIE (Intercambio de Información de Salud)  Sí  No
- ¿Ha concurrido recientemente a alguna consulta con un especialista o en un hospital?  Sí  No

**Especialista:** Se proporcionará un formulario de liberación de registros si no se puede obtener a través de HIE.

<b>Nombre de Especialista</b>	

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

**Historia Clínica Familiar** *Por favor, marque todas las opciones que correspondan y especifique el parentesco con usted, si han fallecido, y la edad de fallecimiento (si corresponde).*

Enfermedad	Parentesco	¿Ha fallecido? (Sí/No)	¿Edad de fallecimiento?
Alcoholismo			
Enfermedad de Alzheimer			
Asma			
Trastornos de la sangre			
Cáncer/Tipo:			
Enfermedades del corazón (cardíacas)			
Enfermedad de las arterias coronarias			
Cardiopatía coronaria			
Depresión			
Diabetes			
Hipertensión			
Enfermedades mentales			
Migrañas			
Osteoporosis			
Enfermedades renales			
Trastornos convulsivos			
Derrame cerebral			
Enfermedades de la tiroides			
Otra opción:			

**A lo largo de las últimas dos semanas, ¿con qué frecuencia ha experimentado molestias por los siguientes problemas?**

	En absoluto	Muchos días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
Falta de interés o de placer al hacer cosas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sentimiento de abatimiento, depresión o desesperanza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- ¿Alguna vez se ha sentido asustado/a/amenazado/a/controlado/a por una pareja, familiar o persona a cargo de su cuidado?  Sí  
 No

**Medicamentos que toma actualmente:** *(Indique todos los medicamentos recetados y TAMBIÉN los medicamentos no recetados)*


Gracias por responder este formulario de historia clínica. Sus respuestas son confidenciales y nos ayudarán a brindarle una atención más completa y especializada.

**Authorization for Use and Disclosure of Protected Health Information**  
**(Autorización para el uso y la liberación de información servicios de salud protegida)**

**Patient Name:** (Nombre del paciente): \_\_\_\_\_ **DOB** (Fecha de nacimiento): \_\_\_\_\_

**Authorization of release from** (Autorización de liberación de): \_\_\_\_\_

**Address**(Dirección): \_\_\_\_\_ **Phone**(Teléfono): \_\_\_\_\_ **Fax:** \_\_\_\_\_

**Mail Authorization of Release to**(Envíe la autorización de liberación a):

Valley View Health Center      Phone: 360-330-9595  
 2690 NE Kresky Ave              Fax: 360-330-9530  
 Chehalis, WA 98532

**Please check the Valley View location you are planning to establish with:**

(Por favor, revisela ubicación de Valley View con la que planea establecerse):

- |  |  |                                  |                                  |                                   |
|--|--|----------------------------------|----------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Chehalis          | <input type="checkbox"/> Centralia         | <input type="checkbox"/> Winlock | <input type="checkbox"/> Olympia | <input type="checkbox"/> Onalaska |
| <input type="checkbox"/> Pe Ell            | <input type="checkbox"/> Raymond           | <input type="checkbox"/> Tenino  | <input type="checkbox"/> Toledo  | <input type="checkbox"/> Morton   |
| <input type="checkbox"/> Children's Dental | <input type="checkbox"/> Centralia Walk-In |                                  |                                  |                                   |

**Patient Authorization** (Autorización del paciente):

(You may use or disclose of the following healthcare information(check all that apply)):

(Puede utilizar o liberar la siguiente información de atención médica (marque todas las que correspondan)):

- Last 2 years of Medical Records (Los últimos 2 años de los registros médicos)
- My healthcare information for the date(s) (Mis datos de atención médica para la(s)fecha(s)): \_\_\_\_\_
- Other (Otros): ALL MEDICAL RECORDS (TODOS LOS REGISTROS MÉDICOS)

**Please Initial** (Por favor, inicial):

- \_\_\_\_ HIV (AIDS virus) (VIH (virus del SIDA))
- \_\_\_\_ Psychiatric disorders/mental health (Psiquiatría trastornos/salud mental)
- \_\_\_\_ Sexually transmitted diseases (Enfermedades de transmisión sexual)
- \_\_\_\_ Drug and/or alcohol use (Consumo de drogas y/o alcohol)

**Purpose for which disclosure is being made** (check one of the following):

(Finalidad por la que se realiza la liberación (marque una de las siguientes opciones)):

- Doctor     Transferring Care (Traslado de la atención )     Personal     Attorney (Abogado)     Insurance (Seguro)

**My Rights:** I understand I do not have to sign this authorization in order to get health care benefits (treatment, payment, or enrollment). However, I do have to sign an authorization form:

- To take part in a research study; or
- To receive healthcare when the purpose is to create health care information for a third party.

I may revoke this authorization in writing. To view the process for revoking this authorization, please read the Privacy Notice to patients posted at the facility where your information is being released. I understand that once health care information I have authorized to be disclosed reaches the noted recipient, that person or organization may re-disclose it at which time I may no longer be protected under Privacy Laws.

**Mis derechos:** Entiendo que no tengo que firmar esta autorización para obtener beneficios de atención médica (tratamiento, pago o inscripción). Sin embargo, tengo que firmar un formulario de autorización:

- Para participar en un estudio de investigación; o
- Para recibir atención médica cuando la finalidad es crear información de atención médica para un tercero.

Puedo revocar esta autorización por escrito. Para ver el proceso de revocación de esta autorización, lea el aviso de privacidad para pacientes publicado en el centro en el que se está liberando su información. Entiendo que una vez que la información de atención médica que he autorizado a que se libere llegue al destinatario indicado, esa persona u organización podría volver a liberarla, momento en el cual yo podría dejar de estar protegido en el marco de las Leyes de Privacidad.

**SIGNATURE (FIRMA):** \_\_\_\_\_ **DATE (FECHA):** \_\_\_\_\_

**PRINTED NAME (NOMBRE IMPRESO):** \_\_\_\_\_ **Please Check Relationship**

**to Patient** (Por favor, marque la relación con el paciente):

- Parent (Padre o madre)     Self (Uno mismo)     Legal Guardian (Tutor legal)     Other(Otro): \_\_\_\_\_
- Power of Attorney for health care (Poder notarial para la atención médica)

Attach legal documentation if you are the legal guardian or Power of Attorney for Health Care.(Si es el tutor legal o tiene un poder para atención médica adjunte el documento legal.)

**This authorization will expire 90 days from the date signed. (Esta autorización perderá su validez a los 90 días de la fecha de su firma.)**  
 Revised/Revisado el 2/2022