

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		
DIRECCIÓN FÍSICA:		CIUDAD		ESTADO		
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 <u>NO</u> 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"/> Inmigrante <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) (Circle 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.



Escanee el código QR para leer el documento:

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 Health Center:

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 cada 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.

 Escanee el código QR para leer el documento: Adultos

Pediatría

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

 Nombre en letra impresa

 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.

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 Mental

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

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

Nombre del (de la) paciente: _____ **Fecha de nacimiento:** _____ **FECHA:** _____

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

Por favor, tómese su tiempo para completar este formulario con la mayor precisión posible, de modo que podamos atender sus necesidades en materia de salud. La confidencialidad de su información médica está protegida de conformidad con las protecciones federales para la privacidad de la información médica en virtud de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro de Salud (HIPAA). Traiga todos los medicamentos consigo a la consulta.

Entregue este documento al personal de asistencia clínica cuando le devuelvan la llamada.

- ¿Alguien tiene poder notarial o apoderado para atención médica que le otorga la facultad de tomar decisiones sobre su atención en situaciones que ponen en peligro su vida? Sí No
 En caso afirmativo, proporcione a VVHC una copia.
- ¿Tiene una directiva de salud anticipada, como por ejemplo una orden de no resucitar? Sí No
- Si no es así, ¿desea hablarlo hoy con su proveedor? Sí No

Historial médico: Marque todas las opciones que correspondan.

- | | | | |
|--|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Alergias | <input type="checkbox"/> Cáncer | <input type="checkbox"/> ERGE | <input type="checkbox"/> Osteoporosis |
| <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Arritmia cardíaca | <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza/migrañas | <input type="checkbox"/> Enfermedad renal (riñón) |
| <input type="checkbox"/> Angina (dolor en el pecho) | <input type="checkbox"/> EPOC | <input type="checkbox"/> Enfermedad cardíaca | <input type="checkbox"/> Trastorno convulsivo |
| <input type="checkbox"/> Ansiedad | <input type="checkbox"/> Enfermedad de las arterias coronarias | <input type="checkbox"/> Trastorno de la válvula cardíaca | <input type="checkbox"/> Apoplejía |
| <input type="checkbox"/> Artritis | <input type="checkbox"/> Depresión | <input type="checkbox"/> Hepatitis/Enfermedad hepática | <input type="checkbox"/> Enfermedad de la tiroides |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Presión arterial alta | <input type="checkbox"/> VIH |
| <input type="checkbox"/> Fibrilación auricular | <input type="checkbox"/> Colesterol alto | <input type="checkbox"/> Enfermedad del intestino irritable | <input type="checkbox"/> Otros: |
| <input type="checkbox"/> Sin antecedentes médicos relevantes | <input type="checkbox"/> Enfermedad de la vesícula biliar | <input type="checkbox"/> Infarto de miocardio (ataque cardíaco) | |
| | | <input type="checkbox"/> Coágulos sanguíneos | |

Operaciones y/o hospitalizaciones: Marque todas las opciones que correspondan.

- Permitir el consentimiento para importar el historial de medicamentos (recetados en otro lugar) y los documentos HIE Sí No
 - ¿Ha tenido alguna consulta con un especialista o ha acudido al hospital recientemente? Sí No
- | | | | |
|--|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Angioplastia | <input type="checkbox"/> Revascularización coronaria (CABC) | <input type="checkbox"/> Bypassgástrico | <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"/> Cirujía 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"/> Otro: |
| <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"/> Sin antecedentes quirúrgicos relevantes |
| <input type="checkbox"/> Cirugía de aumento de senos | <input type="checkbox"/> Dilatación y legrado (D&C) | <input type="checkbox"/> Mastectomía | |

Especialistas: Se entregará un formulario de autorización para la divulgación de datos si no se puede obtener a través del HIE. (Intercambio electrónico de información médica)

Nombre del especialista	

Historial médico familiar Marque todas las opciones que correspondan y especifique la relación con usted, si han fallecido y la edad de fallecimiento (si corresponde).

Afección	Parentesco	¿Ha fallecido? (Sí/No)	¿Edad de fallecimiento?
Alcoholismo			
Enfermedad de Alzheimer			
Asma			
Trastornos de la sangre			
Cáncer/ Tipo:			
Enfermedad cardiovascular (cardíaca)			
Enfermedad de las arterias coronarias			
Cardiopatía coronaria			
Depresión			
Diabetes			
Hipertensión			
Enfermedades mentales			
Migrañas			
Osteoporosis			
Enfermedades renales			
Trastornos convulsivos			
Apoplejía			
Enfermedades de la tiroides			
Otro:			

Sin antecedentes familiares relevante
 Adoptado: Sin antecedentes familiares conocidos

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/amenazado/controlado por una pareja, un familiar o un cuidador? Sí No

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

Nombre del (de la) paciente: _____ **Fecha de nacimiento:** _____ **FECHA:** _____

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.)

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