

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
--	--------	--------	---------------

ESTADO CIVIL:	IDIOMA PREFERIDO:
---------------	-------------------

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

CORREO ELECTRÓNICO:	EMPLEADOR(A):
---------------------	---------------

RECORDATORIO DE CITAS: Optar por participar Optar por no participar (Por favor, tenga en cuenta que: Si decide no participar, usted aún es responsable de asistir 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
<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

Marque todas las opciones que correspondan

ETNICIDAD: Chicana/o Hispano (Latino) Mexicano-estadounidense De origen español Otro:
 Cubano Mexicano Puertorriqueño No hispano (latino) Declinar

SITUACIÓN DE VETERANO: Sí No

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

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:
-----------------------------	-----------------------------

PERSONA RESPONSABLE DE LA CUENTA YO / PACIENTE

NOMBRE (APELLIDO, NOMBRE) si se trata de otra persona:	FECHA DE NACIMIENTO:
--	----------------------

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

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

<p>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.</p> <p>Personas autorizadas/Contactos de emergencia:</p> <p>Nombre: _____ Teléfono: _____ Parentesco: _____</p> <p>Nombre: _____ Teléfono: _____ Parentesco: _____</p> <p>Nombre: _____ Teléfono: _____ Parentesco: _____</p>
--

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:** _____

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 | <input type="checkbox"/> Mary's Corner | | |

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

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