

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: _____

¡Bienvenido y gracias por escoger Valley View Health Center!

Nombre del paciente:

Fecha de nacimiento:

Fecha de hoy:

Tómese el tiempo para llenar este formulario con la mayor precisión posible para que podamos atender de la forma debida las necesidades de salud de su hijo.

Entregue este documento al auxiliar médico o a la enfermera cuando le vuelvan a llamar.

HISTORIA CLÍNICA DEL EMBARAZO Y NACIMIENTO		
¿Hubo alguna enfermedad o problema durante el embarazo?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	En caso afirmativo, explique:
¿Hubo alguna complicación durante el trabajo de parto o el nacimiento?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	En caso afirmativo, explique:
¿Usó algún medicamento durante el embarazo?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	En caso afirmativo, indique:
¿Qué tipo de parto se realizó?	<input type="checkbox"/> Cesárea electiva <input type="checkbox"/> Cesárea de emergencia <input type="checkbox"/> Parto vaginal	
Hora del nacimiento: _____ a. m. o p. m. (marque con un círculo)		

HISTORIA CLÍNICA DEL NIÑO		
Historia clínica: Marque todas las opciones que correspondan		
<input type="checkbox"/> Maltrato	<input type="checkbox"/> Depresión	<input type="checkbox"/> Hepatitis C
<input type="checkbox"/> Alcoholismo o drogadicción	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Migrañas
<input type="checkbox"/> Alergias	<input type="checkbox"/> Infecciones de los oídos	<input type="checkbox"/> Trastorno de estrés posttraumático
<input type="checkbox"/> Anemia	<input type="checkbox"/> Colesterol elevado	<input type="checkbox"/> Convulsiones
<input type="checkbox"/> Ansiedad	<input type="checkbox"/> Fracturas o huesos rotos	<input type="checkbox"/> Infecciones de transmisión sexual
<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Problemas de audición	<input type="checkbox"/> Enfermedades de la piel
<input type="checkbox"/> Mojar la cama	<input type="checkbox"/> Enfermedades del corazón	<input type="checkbox"/> Tuberculosis
<input type="checkbox"/> Bronquitis	<input type="checkbox"/> Hepatitis A	<input type="checkbox"/> Infecciones de las vías urinarias
<input type="checkbox"/> Cáncer	<input type="checkbox"/> Hepatitis B	<input type="checkbox"/> Problemas de la visión
Exámenes o visitas médicas de prevención		
Fecha del último control:	Si no fue aquí, proveedor anterior:	
Fecha de la última visita al dentista:	Proveedor dental:	
Alergias		
(Indique si sufre de alergias a algún tipo de medicamentos o alimentos)		
Vacunas		
Fecha de la última vacuna:		
¿Todas las vacunas de su hijo han sido en el estado de Washington?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	En caso negativo, ¿en qué otro lugar se vacunó su hijo?

Proporcione una copia del registro de vacunación de su hijo

Medicamentos que toma actualmente: (Indique todos los medicamentos recetados y TAMBIÉN los medicamentos no recetados)		
Farmacia:		
Nombre del medicamento	Dosis	Frecuencia de uso
Si necesita más espacio, indique los medicamentos adicionales en el reverso de la última página.		

Operaciones u hospitalizaciones: (p. ej., histerectomía, mastectomía, amigdalectomía)		
Cirugía u hospitalización	Causa o diagnóstico	Fecha
Si necesita más espacio, indique las demás cirugías u hospitalizaciones en el reverso de la última página.		

HISTORIA CLÍNICA FAMILIAR			
Marque todas las opciones que correspondan e indique el parentesco (y si ha fallecido)			
Enfermedad	Parentesco	Fallecido (Sí/No)	Si ha fallecido, edad en el momento de la muerte
Alcoholismo			
Enfermedad de Alzheimer			
Asma			
Trastornos de la sangre			
Cáncer/Tipo:			
Enfermedad cardiovascular			
Cardiopatía coronaria			
Enfermedad de las arterias coronarias			
Depresión			
Diabetes			
Hipertensión			
Enfermedades mentales			
Migrañas			
Osteoporosis			
Enfermedades renales			
Trastornos convulsivos			
Derrame cerebral			
Enfermedades de la tiroides			
Otro:			

Gracias por responder este formulario de historia clínica preventiva.
 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 | <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