




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 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: _____ ESTADO DE VETERANO: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
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 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 <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

 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.

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: _____

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

Fecha de hoy:

nacimiento: _____

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 | | | |

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.)