

# Long Valley Health Center

Acct #

Ficha de datos del paciente y formulario de consentimiento

Página 1 de 2

## Información del paciente:

Apellido(s): \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ Inicial de 2º nombre: \_\_\_\_\_

Apellido anterior: \_\_\_\_\_ Sexo:  Masculino  Femenino

Nº seguro social: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Dirección postal: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ CP: \_\_\_\_\_

Domicilio (si es diferente al anterior): \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ CP: \_\_\_\_\_

Seleccione medio de contacto preferido:

Teléfono:  Casa: \_\_\_\_\_  Trabajo: \_\_\_\_\_  Celular: \_\_\_\_\_

(¿Podemos dejar mensajes?  Sí -  Breve  Detallado  No)

Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_  Sin dirección de correo electrónico

Idioma principal (preferido):  Inglés  Español  Otro: \_\_\_\_\_

Estado civil:  Casado/a  Soltero/a  Soltero/a con pareja  Divorciado/a  Separado/a  Viudo/a

Empleador: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo: \_\_\_\_\_

Farmacia: \_\_\_\_\_

## Proveedor de atención primaria:

Dr. Tom Bertolli  Dr. Sharon Paltin  Carrie Guilfoyle, ANP-C

Otro: \_\_\_\_\_

## En caso de emergencia, contacte con:

Nombre: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_

**Información adicional del paciente (conteste todas las preguntas):** Al responder a las siguientes preguntas, nos proporcionará los datos que necesitamos para obtener fondos con el fin de ayudar a aquellos residentes de nuestra comunidad sin seguro o con seguro insuficiente. Estos datos también nos ayudan a identificar clientes que pueden cumplir los requisitos para programas o servicios financiados con fondos especiales. *La orientación sexual y la identidad de género pueden desempeñar un papel importante a la hora de determinar resultados médicos. Hacer estas preguntas también mejora la atención centrada en el paciente.*

## Orientación sexual (seleccione una):

Heterosexual  Homosexual  Bisexual  No sé  Otra  No especificada

## Identificación de género (seleccione una):

Mujer  Hombre  Mujer a hombre (transgénero)  Hombre a mujer (transgénero)  Otro  No especificado

**Raza** (seleccione una):  Blanco/a (incluido hispano/a o latino/a)  Negro/a o afroamericano/a  Asiático/a

Nativo/a americano/a o de Alaska  Nativo/a de Hawái u otras islas del Pacífico

Otro: \_\_\_\_\_  No especificada

**Etnia** (seleccione una):  Hispano/a o latino/a  No hispano/a  No especificada

**Sin hogar:**  Sí  NO

En caso positivo, actualmente vive en:  Refugio  Calle / Campamento  Vivienda temporal  Compartiendo (familia o amigo/a)

**Trabajador agrícola:**  Sí  NO En caso positivo:  Migrante  De temporada

**Veterano actual o descargado:**  Sí  NO

Nº de miembros que componen la unidad familiar: \_\_\_\_\_ Ingresos familiares: \$ \_\_\_\_\_  Anual  Mensual

**DÉ LA VUELTA A LA PÁGINA E INDIQUE LA INFORMACIÓN SOLICITADA**



**Seguro principal:**

Medi-Cal     Partnership     CMSP     Medicare  
 Otra cobertura: \_\_\_\_\_ (Blue Cross, Blue Shield, Delta, etc.)  
 N° identificación/suscriptor: \_\_\_\_\_ N° grupo/plan: \_\_\_\_\_  
 Dirección postal: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ CP: \_\_\_\_\_  
 Nombre del suscriptor: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento del suscriptor: \_\_\_\_\_  
 Relación del paciente con el suscriptor:  Misma persona     Cónyuge     Hijo/a     Otra

**Seguro secundario:**

Medi-Cal     Partnership     CMSP     Medicare  
 Otra cobertura: \_\_\_\_\_ (Blue Cross, Blue Shield, Delta, etc.)  
 N° identificación/suscriptor: \_\_\_\_\_ N° grupo/plan: \_\_\_\_\_  
 Dirección postal: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ CP: \_\_\_\_\_  
 Nombre del suscriptor: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento del suscriptor: \_\_\_\_\_  
 Relación del paciente con el suscriptor:  Misma persona     Cónyuge     Hijo/a     Otra

**Si el paciente es menor de edad, complete esta sección.**

**Persona responsable:**

Apellido(s): \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ Inicial de 2° nombre: \_\_\_\_\_  
 Relación con el paciente: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
 Dirección (si es diferente): \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
 Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ CP: \_\_\_\_\_ N° seguro social: \_\_\_\_\_  
 Empleador: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo: \_\_\_\_\_  
 Nombre de la madre/tutora: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
 Dirección (si es diferente): \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
 Nombre del padre/tutor: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
 Dirección (si es diferente): \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

**1. Divulgación de información:** Mientras sea necesario y con el fin de determinar la responsabilidad de pago y obtener reembolso, autorizo a Long Valley Health Center a divulgar parte de mi historial médico a cualquier persona, organización o agencia que sea o pueda ser responsable parcial o completamente de los cargos de LVHC, incluyendo, entre otros: compañías aseguradoras, planes de servicios médicos, entidades de indemnización laboral y agencias gubernamentales. El departamento de servicios de salud (Dept. of Health Services) puede verificar mi historial médico por cuestiones relacionadas con los permisos de LVHC o con fines estadísticos. Dichas verificaciones o la divulgación de información no pondrán en riesgo la confidencialidad de mi historial médico.

**2. Acuerdo económico:** En relación con los servicios prestados por Long Valley Health Center, acepto por la presente pagar todas las facturas presentadas independientemente de la cobertura de seguro. De ser necesario, acepto que se derive la deuda a una agencia de cobros y me comprometo a pagar los gastos de cobro en su totalidad.

**3. Consentimiento para tratamiento:** Yo, el abajo firmante, doy mi consentimiento para el examen médico o dental, vacunas, tratamiento y procedimientos para la atención del paciente indicado anteriormente. Comprendo que los auxiliares médicos (AM) y enfermeros especializados (EE) han sido autorizados por el estado de CA a dispensar medicamentos y suministros médicos por orden directa de un doctor o de acuerdo con indicaciones previamente establecidas por escrito, y que el AM/EE siempre tendrá un doctor disponible para consultas durante la evaluación y el tratamiento de pacientes. Con el fin de ayudar a los proveedores médicos o dentales a recetar medicamentos de manera segura y a administrar vacunas, doy mi consentimiento para que tengan acceso al historial de medicamentos recetados y a los registros de vacunación del paciente.

**Firma:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_ **Relación con el paciente:** \_\_\_\_\_

**Office Use:** \_\_\_\_\_ **Date:** \_\_\_\_\_ **Title:** \_\_\_\_\_



# Long Valley Health Center

## Cuestionario de salud del paciente

Nombre completo: \_\_\_\_\_

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

Por favor llene este formulario de la mejor manera posible. Fecha de hoy: \_\_\_\_\_

Esta información es importante para que su proveedor le brinde el mejor cuidado.

¿Ha visto a algún proveedor médico o especialista en los últimos dos años?  Sí  No

Nombre(s) del proveedor(es): \_\_\_\_\_

Razón: \_\_\_\_\_

¿Lo han hospitalizado o ha estado en la sala de urgencias en los últimos dos años?  Sí  No

Razón: \_\_\_\_\_

### HISTORIAL MÉDICO:

¿Ha sufrido de las siguientes condiciones de salud? Marque todas las que apliquen.

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Hipertensión<br>(Presión alta)   | <input type="checkbox"/> Dolor crónico<br>Ubicación: _____                | <input type="checkbox"/> Hepatitis  |
| <input type="checkbox"/> Colesterol alto                  | <input type="checkbox"/> Cáncer<br>Tipo: _____                            | <input type="checkbox"/> Enfermedad del hígado                                      |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad coronaria             | <input type="checkbox"/> Alargamiento de próstata                         | <input type="checkbox"/> Enfermedad del riñón o vejiga                              |
| <input type="checkbox"/> Fibrilación atrial               | <input type="checkbox"/> Diabetes   | <input type="checkbox"/> Enfermedad de la vesícula                                  |
| <input type="checkbox"/> Dolor cardíaco de pecho          | <input type="checkbox"/> Enfermedad de la tiroides                        | <input type="checkbox"/> Migrañas   |
| <input type="checkbox"/> Infarto                          | <input type="checkbox"/> Desbalance hormonal                              | <input type="checkbox"/> Problemas de ojos o visuales                               |
| <input type="checkbox"/> Embolia                          | <input type="checkbox"/> Asma   | <input type="checkbox"/> Problemas dentales   |
| <input type="checkbox"/> Anemia                           | <input type="checkbox"/> COPD (enfisema)                                  | <input type="checkbox"/> Abuso de sustancias o alcohol<br>Especificar: _____        |
| <input type="checkbox"/> Problemas de sangrado o coágulos | <input type="checkbox"/> Tuberculosis                                     | <input type="checkbox"/> Ansiedad   |
| <input type="checkbox"/> Transfusión de sangre            | <input type="checkbox"/> Enfermedad de transmisión sexual                 | <input type="checkbox"/> Depresión  |
| <input type="checkbox"/> Convulsiones o epilepsia         | <input type="checkbox"/> Infección VIH o SIDA                             | <input type="checkbox"/> Otras preocupaciones de salud mental<br>Especificar: _____ |
| <input type="checkbox"/> Desorden autoinmune              | <input type="checkbox"/> Ulceras estomacales                              | <input type="checkbox"/> Problemas mentales o cognoscitivos                         |
| <input type="checkbox"/> Artritis                         | <input type="checkbox"/> Enfermedad de Crohn<br>(Enfermedad de intestino) | <input type="checkbox"/> Otro _____   |
| <input type="checkbox"/> Síndrome de túnel carpal         | <input type="checkbox"/> GERD (Reflujo)                                   | <input type="checkbox"/> Otro _____   |

¿Cuál es su idioma principal? \_\_\_\_\_ ¿En qué país nació? \_\_\_\_\_

¿Ha viajado fuera de los Estados Unidos en los últimos cinco años?  Sí  No

¿A dónde viajó? \_\_\_\_\_



# Long Valley Health Center

## Cuestionario de salud del paciente

Nombre completo: \_\_\_\_\_

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

Por favor llene este formulario de la mejor manera posible. Fecha de hoy: \_\_\_\_\_

Esta información es importante para que su proveedor le brinde el mejor cuidado.

**MEDICAMENTOS ACTUALES:** Enliste todos los medicamentos que utiliza actualmente, incluyendo los medicamentos sin receta médica, hierbas, suplementos o vitaminas.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**ALERGIAS:** Si la respuesta es Sí, por favor enliste a continuación y describa reacción.

¿Es alérgico(a) a algún medicamento?  Sí  No

¿Alguna otra alergia, a alimentos, polen, insectos, adhesivos o látex?  Sí  No

### **INMUNIZACIONES:**

¿Sus vacunas están al día?  Sí  No  No estoy seguro(a)

¿Ya recibió su vacuna contra el tétanos?  Sí  No  No estoy seguro(a) Fecha: \_\_\_\_\_

### **HISTORIAL QUIRÚRGICO:**

¿Se ha llevado a cabo alguno de los siguientes procedimientos médicos?  
Por favor marque todas las que aplican y proporcione el año en el que se llevó a cabo el procedimiento.

CIRUGÍA	AÑO	CIRUGÍA	AÑO	CIRUGÍA	AÑO
<input type="checkbox"/> Angioplastia		<input type="checkbox"/> Cirugía bypass corazón		<input type="checkbox"/> Mastectomía	
¿Férula? S/N		<input type="checkbox"/> Reparación de hernia		<input type="checkbox"/> Marcapasos	
<input type="checkbox"/> Apendectomía		<input type="checkbox"/> Reemplazo de cadera		<input type="checkbox"/> Cirugía de próstata	
<input type="checkbox"/> Cirugía de columna		<input type="checkbox"/> Histerectomía		<input type="checkbox"/> Tiroidectomía	
<input type="checkbox"/> Cirugía de intestino		Razón:		<input type="checkbox"/> Extracción de anginas	
<input type="checkbox"/> Biopsia de seno		¿Aún tiene matriz? S N		<input type="checkbox"/> Ligadura de tubos	
<input type="checkbox"/> Cesárea		¿Aún tiene ovarios? S N		<input type="checkbox"/> Vasectomía	
<input type="checkbox"/> Liberación de túnel carpal		<input type="checkbox"/> Cirugía de rodilla		<input type="checkbox"/> Otros	
<input type="checkbox"/> Extracción de catarata		<input type="checkbox"/> Cirugía LASIK		<input type="checkbox"/> Otros	
<input type="checkbox"/> Cirugía de vesícula		<input type="checkbox"/> Biopsia de hígado			
<input type="checkbox"/> Bypass gástrico				<input type="checkbox"/> Ninguna	

### **PRUEBAS DE SALUD:**

¿Se ha llevado a cabo un Papanicolau?  Sí  No Fecha del más reciente Papanicolau: \_\_\_\_\_

Si no lo llevó a cabo en LVHC, por favor proporcione el nombre del doctor: \_\_\_\_\_

¿Se ha llevado a cabo una mamografía?  Sí  No Fecha de la mamografía más reciente: \_\_\_\_\_

¿Ha tenido una colonoscopia u otra prueba de cáncer de colon?  Sí  No Fecha: \_\_\_\_\_



# Long Valley Health Center

## Cuestionario de salud del paciente

Nombre completo: \_\_\_\_\_

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

Por favor llene este formulario de la mejor manera posible. Fecha de hoy: \_\_\_\_\_

Esta información es importante para que su proveedor le brinde el mejor cuidado.

### **HISTORIAL FAMILIAR:**

¿Alguno de sus familiares cercanos ha sufrido de alguna enfermedad fatal o crónica? Marque todas las que apliquen. Informe qué edad tenían al iniciar la enfermedad y si fue fatal, la edad al morir.

Marque aquí si fue adoptado:

ENFERMEDAD	PADRE	EDAD	MADRE	EDAD	HERMANOS	EDAD	OTRO FAMILIAR (especifique)	EDAD
CON VIDA Y SALUD	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
Diabetes	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
Presión arterial alta	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
Colesterol alto	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
Enfermedad cardíaca	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
Embolia	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
Cáncer Tipo:	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
Asma	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
Artritis	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
Osteoporosis	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
Desorden autoinmune	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
Obesidad	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
Enfermedad renal	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
Enfermedad de la sangre	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
Alzheimer	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
Depresión	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
Enfermedad mental	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
Abuso de alcohol y sustancias	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
Pérdida de audición	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
Pérdida de la vista	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
Otra:	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	

¿Sufre de discapacidad visual o auditiva?  Sí  No      ¿Necesita alojamiento?  Sí  No

Si la respuesta es Sí, describa: \_\_\_\_\_

¿Cuenta con un cuidador?  Sí  No

¿Necesita ayuda con sus necesidades de autocuidado?  Sí  No

¿Necesita ayuda para leer o completar formularios?  Sí  No

Ha completado algún tipo de directriz anticipada, como testamento en vida, poder notarial duradero para cuidado de salud o un formulario POLST?  Sí  No



# Long Valley Health Center

## Cuestionario de salud del paciente

Nombre completo: \_\_\_\_\_

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

Por favor llene este formulario de la mejor manera posible. Fecha de hoy: \_\_\_\_\_

Esta información es importante para que su proveedor le brinde el mejor cuidado.

### USO DE ALCOHOL, TABACO Y DROGAS:

- ¿Fuma productos de tabaco?  Actualmente  Pasado  No
- ¿Mastica tabaco?  Actualmente  Pasado  No
- ¿Fuma marihuana?  Actualmente  Pasado  No
- ¿vaporizador de cigarrillo electrónico?  Actualmente  Pasado  No
- ¿Está expuesto a humo de segunda mano?  Sí  No

¿Actualmente utiliza drogas recreacionales?  Sí  No  
Si la respuesta es Sí, describa: \_\_\_\_\_

¿Con cuanta frecuencia bebe algo que contenga alcohol? \_\_\_\_\_

¿Con cuanta frecuencia bebe algo que contenga cafeína? \_\_\_\_\_

### SALUD SOCIAL:

¿Actualmente cuenta con vivienda?  Sí  No  Temporal

¿Cuántas personas viven en su hogar? \_\_\_\_\_

¿Tiene problemas con su hogar como moho, calefacción o aire acondicionado inadecuados?  Sí  No

Si la respuesta es Sí, describa: \_\_\_\_\_

Durante el año pasado, ¿le han cancelado la electricidad, el gas, agua o los servicios telefónicos de su casa?

Sí  No

¿Tiene dificultades para pagar por cuidado médico, recetas o seguro?  Sí  No

¿Tiene dificultades para tener acceso a transportación?  Sí  No

¿Tiene dificultades pagando por u obteniendo suficiente comida de calidad?  Sí  No

¿Se siente seguro en su hogar?  Sí  No

¿Se siente seguro en sus relaciones?  Sí  No

¿Le gustaría hablar con alguien sobre estas u otras preocupaciones?  Sí  No

### ACTUALIZACIÓN DEL PACIENTE: En los 2 últimos años, ¿ha tenido algún cambio social, de salud o médico?

Si la respuesta es sí, describa: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Por favor, firme y feche. Gracias por llenar este importante formulario sobre su salud.**

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_



**Long  
Valley  
Health  
Center**

*Translation of Message in phone:*

*Envío de mensajes de texto a su disposición*

*¡Suscríbese hoy!*



**¡Suscríbese para recibir mensajes de texto!**

**Reciba recordatorios relacionados con las citas médicas en su teléfono móvil.**

**¡Es fácil y de gran ayuda recibir este tipo de mensajes de texto!**

## **Autorización para Recibir Mensajes de Texto**

Al firmar a continuación autorizo al Centro de Salud Long Valley (Long Valley Health Center) para que se comunique conmigo a través de mensajes de texto SMS (Servicio de Mensajes Cortos) con el fin de recordarme las citas médicas programadas, así como para enviarme notificaciones relacionadas con la salud.

Entiendo que pueden aplicar cargos al plan de mi teléfono móvil, por envío de mensajes/transmisión de datos enviados por el Centro de Salud Long Valley. Mantendré informado al Centro de Salud Long Valley, de mi número de teléfono móvil actualizado.

Entiendo que no estoy obligado a autorizar al Centro de Salud Long Valley a enviarme mensajes de texto, y que puedo optar por no recibir estos mensajes en cualquier momento al llamar al 707-984-6131 y hablar con un representante de servicio al paciente.

Entiendo que los mensajes de texto no sustituyen la atención profesional o médica.

Al firmar a continuación indico que soy la persona responsable por el uso de todas las cuentas de teléfonos móviles suministrados, y que estoy de acuerdo con todos los términos y condiciones por el uso de servicios de mensajes de texto.

Sí, ¡Suscríbanme para recibir mensajes de texto SMS!

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

# De Teléfono Móvil Preferido: \_\_\_\_\_

Idioma de Preferencia:    Inglés    Español

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Actualizado 6/7/2018

**Long Valley Health Center, 50 Branscomb Road, Laytonville, CA 94954**  
**Teléfono: 707-984-6131 • Health Information Fax: 707-984-6990**  
**www.longvalley.org**

Long Valley Health Center  
Noticia Sobre Prácticas Privadas

Efectivo 4/15/03

**RECONOCIMIENTO DE QUE EL PACIENTE RECIBIÓ  
EL AVISO DE PRÁCTICAS PRIVADAS**

Account Number: \_\_\_\_\_

Nombre Del Paciente: \_\_\_\_\_

Reconozco por medio de este documento que he recibido una copia del aviso de prácticas privadas por este paciente.

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Relación al Paciente

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



Long Valley Health Center  
Noticia Sobre Practicas Privadas

Efectivo 4/15/03

**Este aviso describe cómo la información sobre su salud puede ser utilizada y cómo usted puede tener acceso a esta información. Por favor repase este aviso cuidadosamente. Para más información, por favor contactar:**

Privacy Officer/Health Information Supervisor  
Long Valley Health Center  
Post Office Box 870  
Laytonville, CA 95454  
Telefono: (707) 984-6131 Fax: (707) 984-6990  
Sitio Web: [www.longvalley.org](http://www.longvalley.org)

Este aviso describe la privacidad de prácticas del Centro de Salud incluyendo las prácticas de:

- ◆ todos nuestros doctores, dentistas, enfermeras y otros profesionales del cuidado médico autorizados a incorporar información sobre usted en su expediente de salud.
- ◆ todos nuestros departamentos incluyendo información sobre la salud y el departamento de cobros.
- ◆ todos nuestros empleados, personal, voluntarios y otro personal que trabaja para nosotros o en nuestro favor.

Entendemos que la información de la salud sobre usted y el cuidado médico que usted recibe es personal. Cuando usted recibe el tratamiento y otros servicios de nosotros, se crea un expediente. Necesitamos este expediente para así poder proveerle de su salud y conformar con requisitos legales. Este aviso se aplica a todos nuestros expedientes sobre el cuidado de la salud, sea hecho por profesionales del cuidado médico o los otros empleados en esta oficina.

Este aviso le informa las formas en las cuales podemos utilizar la información sobre su salud. También describe sus derechos con respecto a la información de la salud que guardamos sobre usted así como las obligaciones que debemos resolver cuando utilizamos y divulgamos información sobre su salud. Incluye información sobre como usted puede demandar una queja si usted cree que sus derechos han sido violados.

Estamos comprometidos en proteger su información personal. En conformidad con la ley, la noticia sobre Prácticas Privadas dice:

- ◆ que nos cercioraremos de que la información de la salud que le identifica se mantiene en privado de acuerdo con la ley relevante.
- ◆ que tenemos el derecho de realizar cambios en nuestras prácticas privadas y este aviso proporciona los cambios que son permitidos por la ley.
- ◆ que le daremos este aviso de nuestros deberes legales y prácticas privadas con respecto a su información personal de la salud.
- ◆ que seguiremos los términos de la política que está actualmente en efecto para toda su información de la salud.

Long Valley Health Center  
Noticias Sobre Prácticas Privadas

Efectivo 4/15/03

**Podemos utilizar y divulgar su información personal de la salud por las siguientes razones:**

Para el Tratamiento: Podemos utilizar la información de la salud sobre usted para proporcionar el tratamiento o servicios necesarios. Podemos divulgar la información de la salud sobre usted a los abastecedores, a los técnicos, y a otros del cuidado médico que están implicados en su cuidado. Pueden trabajar en el Centro de Salud o en la oficina a la cual nosotros nos referimos para el tratamiento, la consulta, las radiografías, los exámenes del laboratorio, las prescripciones u otros servicios del cuidado médico. Por ejemplo, podemos exponer información a un doctor en el cuarto de emergencia que usted es alérgico a la penicilina, pues está noticia puede afectar opciones de la medicación.

Para el Pago: Podemos utilizar y exponer la información sobre su salud para mandar la cuenta y recoger su pago, ya sea de su compañía de seguros, incluyendo Medi-Cal y Medicare, u otros terceros. Por ejemplo, si usted tiene seguro, podemos necesitar compartir la información sobre su visita con su plan de salud para que así su plan de salud nos pague o le reembolse por su visita. Podemos también decirle a su plan médico sobre cualquier tratamiento que usted necesite para obtener su aprobación o determinarse si su plan cubrirá el tratamiento.

Para las Operaciones del Cuidado Médico: Podemos utilizar y exponer información sobre su salud para nuestras operaciones cotidianas. Estas aplicaciones y accesos son necesarios para el funcionamiento del Centro de Salud y cerciorarse de que todos nuestros pacientes reciban buen cuidado. Por ejemplo, podemos utilizar esta información para repasar los servicios que proporcionamos y evaluar el funcionamiento de nuestro personal. Podemos combinar la información de la salud sobre nuestros pacientes con la información de otros abastecedores del cuidado médico para decidir que servicios adicionales debemos ofrecer, qué servicios no son necesarios, si los nuevos tratamientos son eficaces o comparar cómo lo estamos haciendo con otros y ver donde podemos llevar a cabo mejoras. Quitaremos información que identifique su persona, así pueden ser utilizadas para estudiar la entrega del cuidado médico sin identificar a nuestros pacientes.

Recordatorios de la Cita: Podemos utilizar la información sobre su salud para recordarle que tiene una cita en el centro de salud.

Servicios y Tratamientos Alternativos Relacionados con la Salud: Podemos utilizar y exponer la información sobre su salud para informarle sobre servicios relativos a la salud o para recomendar las opciones o las alternativas del tratamiento que pueden ser de interés a usted. Por favor haganos saber si usted no desea recibir esta información, o si usted desea que se la enviemos a una dirección diferente.

Investigación: Bajo ciertas circunstancias, podemos utilizar y exponer información sobre su salud para propósitos de investigación. Todos los proyectos de investigación estan aprovados por la gerencia que ha repasado la oferta de la investigación y los protocolos establecidos para asegurar la privacidad de la información.

Donación del Órgano y Tejido: Si usted es un donante del órgano, podemos exponer la información sobre su salud a las organizaciones que manejan la consecución, el transplante o

la donación cómo sea necesaria para facilitar la donación y el transplante del tejido y órgano.

Long Valley Health Center  
Noticias Sobre Prácticas Privadas

Efectivo 4/15/03

Militares y Veteranos: Si usted es un miembro de las fuerzas armadas o separado del servicio militar, podemos dar información sobre su salud según los requisitos de las autoridades del comando militar o del Departamento de los Asunto de los Veteranos cómo pueda ser aplicable. Podemos también exponer información sobre la salud de personal militar extranjero a las autoridades militares extranjeras apropiadas.

Remuneración De Los Trabajadores (Worker's Compensation): Podemos exponer información de la salud según los requisitos de la ley para la remuneración o los programas similares de los trabajadores.

Según Requiere la Ley: Podemos exponer información sobre su salud a la ley y a otras agencias estatales para apoyar investigaciones e inspecciones del gobierno, para facilitar investigaciones y para conformarnos con la divulgación asignada cuando son requeridos por el gobierno federal, del estado o la ley local.

Actividades de la Salud Pública: Podemos exponer información sobre su salud a las agencias de la salud pública según los requisitos de la ley. Por ejemplo, nos requieren exponer ciertas enfermedades contagiosas al departamento de la salud pública de estado.

Pleitos y Conflictos Legales: Podemos exponer información sobre su salud en respuesta a una corte o a una orden administrativa, en respuesta a la citación, a la petición del descubrimiento o a otro proceso legal no acompañado por una corte o una orden administrativa pero solamente después que se han hecho los esfuerzos de informarle sobre la petición o de obtener una orden que proteja la información solicitada.

Examinadores de la Salud: Podemos exponer información a un examinador de la salud según lo requiera la ley.

Actividades Del Descuido de la Salud: Podemos exponer información sobre la salud a una agencia de Supervisión de la Salud para las actividades autorizadas por la ley, es decir, intervenciones, investigaciones, inspecciones y licencia necesaria del gobierno para programas que supervisan el cuidado médico con leyes y derechos civiles.

Internos: Si usted es un interno de una institución correccional o bajo la custodia de los funcionarios de la aplicación de la ley, podemos dar información sobre su salud al funcionario correccional según lo requiera la ley.

Long Valley Health Center  
Noticia Sobre Prácticas Privadas

Efectivo 4/15/03

**Tus Derechos:** Tu tienes ciertos derechos con respecto a información sobre tu salud. Esta sección describe tus derechos y cómo puedes ejercitarlos:

Derecho a Examinar y Copiar: Usted puede examinar y/o recibir una copia de su información personal según lo permitido por el estado y la ley federal. Esto no incluye notas de la sicoterapia, aunque podemos, conforme a su petición sobre el pago del honorario aplicable, proveer un resumen de estas notas.

Para ver o examinar información personal sobre su salud, usted debe hacer una cita para este propósito con su abastecedor primario. Para información personal, usted debe someter su petición en escrito a nuestro oficial de privacidad. Podríamos cobrar por el copiado, enviado y cualquier otros costos asociados con su petición. Nuestra regla es dar información sobre su salud solamente por el personal de Centro de Salud. Con solamente ciertas excepciones (es decir, radiografías o los exámenes del laboratorio), las peticiones sobre información producida por otros abastecedores/agencias implicadas en su cuidado médico se deben solicitar en esa agencia.

En circunstancias muy limitadas, podemos negar su petición de examinar y/o de recibir una copia de su información personal de la salud. Si es negado, usted puede solicitar que la negación sea revisada. Un profesional licenciado será designado para repasar esta negación. La persona que conduce la revisión no será la misma persona que negó la petición. Nos conformaremos con el resultado de esta revisión. Ciertas negaciones tales como éstas referentes a notas de la sicoterapia no serán repasadas.

Derecho a Mejorar: Si usted siente que la información que mantenemos sobre su salud es incorrecta o incompleta, usted puede solicitar una alteración de esta información. La petición a una alteración se debe hacer en escritura y someter a el oficial de Prácticas Privadas. Esto debe ser escrito en una sola pieza de papel escrita o mecanografiada y que sea legible. Además, usted debe proporcionar una razón que apoye su petición para una alteración.

Podemos negar su petición si no está escrito o no incluye una razón que apoye la petición. Además, podemos negar su petición si usted pide que alteremos la información por las siguientes razones:

- No fue creado por nosotros, a menos que la persona o la organización que creó la información no esté disponible para hacer la alteración.
- No es parte de la información guardada por el Centro de Salud.
- No es parte de la información que le permitirían examinar y copiar.
- Está a nuestro conocimiento exacto y completo.

Lista de Accesos: Para solicitar una contabilidad de accesos, usted debe someter su petición en escrito a nuestro oficial de Prácticas Privadas. Su petición debe indicar un período de no más de seis (6) años y no puede incluir fechas antes del 4/15/03. La primera lista que usted solicita dentro de un periodo de doce (12) meses será gratis. Para listas adicionales, podemos cobrar por las listas proporcionadas. Le notificaremos el costo y usted puede elegir si desea retirar o modificar su petición antes de pagar. Le enviaremos una lista de accesos en un plazo de treinta (30) días o le notificaremos si no podemos proveer la lista dentro de ese plazo y en que fecha podemos proveer la lista. Esta fecha no excederá sesenta (60) días a partir de la fecha que usted hizo la petición.

Long Valley Health Center  
Noticia Sobre Prácticas Privadas

Efectivo 4/15/03

Derecho a Solicitar Restricciones: Usted puede utilizar una restricción/limitación en la información que utilizamos o damos sobre usted para el tratamiento, el pago u operaciones medicas. Usted puede solicitar un límite en la información que damos sobre usted a alguien que esta implicado en su cuidado médico o el pago para su cuidado, tal cómo un miembro de su familia o un amigo.

Podemos negar su pedido de restricciones, si no podemos cumplir con su petición o si creemos que afectará negativamente nuestra capacidad de cuidar su salud. Si consentimos su petición, sin embargo, a menos que la información sea necesaria para proporcionar tratamiento en caso de emergencia o el acceso es requerido por la ley. Para solicitar una restricción, usted debe hacer su petición escrita a nuestro oficial de Prácticas Privadas. En su petición, usted debe decirnos qué información usted desea limitar y a quién usted desea aplicar los límites.

Derecho a Recibir Comunicaciones Confidenciales: Usted puede solicitar que nos comuniquemos con usted sobre materias de la salud de cierta manera, tal cómo solamente entrar en contacto en el trabajo o por correo en una dirección especificada. Usted debe hacer su petición escrita a nuestro oficial de Prácticas Privadas. Su petición debe especificar cómo o donde usted desea ser contactado (a). Acomodaremos todas las peticiones razonables.

Derecho a Una Copia de Este Aviso: Usted tiene derecho a recibir otra copia de este aviso en cualquier momento. Para recibir una copia, solicítela por favor con nuestro oficial de Prácticas Privadas. Usted puede también obtener una copia de este aviso en nuestro website: [www.longvalley.org](http://www.longvalley.org)

**Cambios En Este Aviso:** Para conformar con los cambios de la ley del estado y federal, podemos cambiar este aviso y hacer este aviso eficaz para toda la información que mantenemos sobre su salud, ya sea información que recibimos previamente sobre usted, o la información que podemos recibir sobre usted en el futuro. Pondremos una copia de este aviso en el Centro de Salud. Nuestro aviso indicará la fecha eficaz en la esquina derecha superior de cada página. También le daremos una copia de nuestro aviso según lo requiera.

**Quejas:** Si usted cree que sus derechos de privacidad han sido violados, usted puede archivar una queja con nosotros o con la secretaría del departamento de la salud y servicios humanos. Usted puede archivar una queja por correo, por fax o por correo electrónico dando una descripción escrita de su queja o diciéndonos sobre su queja en persona o por teléfono. Describa por favor qué sucedió y dénos las fechas y los nombres de cada persona implicada. Por favor haganos saber donde podemos contactarlo, así podemos responder a su queja. Usted no será penalizado por archivar una queja. Mande sus quejas a esta dirección:

Privacy Officer/Health Information Supervisor  
Long Valley Health Center  
P.O. Box 870  
Laytonville, CA 95454  
Telefono: (707) 984-8021      Fax: (707) 984-6990  
Correo Electronico: [www.longvalley.org](http://www.longvalley.org)

Long Valley Health Center  
Noticia Sobre Prácticas Privadas

Efectivo 4/15/03

**Otras Aplicaciones y Accesos Sobre Información Protegida de su Salud:** Otras aplicaciones y accesos de la información no cubierta por este aviso o ley aplicable serán hechos solamente con su autorización. Si usted nos da su autorización para utilizar información sobre su salud, usted puede revocar su autorización, por escrito en cualquier momento. Si usted revoca su autorización, no haremos ningún uso de su información personal por las razones dadas en su autorización escrita. Usted entiende que no podemos tomar cualquier aplicación y/o los accesos que ya se han hecho con su autorización y tenemos que conservar nuestros expedientes del cuidado que le hemos proporcionado.

**Documentación del Reconocimiento no Obtenida**

Ser completado por el centro de salud cuando el reconocimiento firmado de un paciente referente al aviso del Centro de Salud de las prácticas privadas no se obtiene.

Nombre de Paciente: \_\_\_\_\_

Fecha de la primera visita: \_\_\_\_\_ Lugar: \_\_\_\_\_

¿Cómo una copia del aviso de Centro de Salud sobre prácticas privadas fue proporcionada?

- El paciente recibió una copia a la hora de la primera visita.
- Una copia fue enviada al paciente por correo antes de la primera visita.
- Una copia fue enviada al paciente por correo electrónico antes de la primera visita.

Describe los esfuerzos hechos para obtener el reconocimiento firmado del recibo:

- Pedimos que le paciente firmara el reconocimiento del recibo y fue aconsejado de proporcionar el aviso y de obtener un reconocimiento firmado.
- Otro:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Describe las razones por las cuales un reconocimiento firmado no fue obtenido:

- El paciente no está dispuesto o rechaza firmar.
- Otro:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma / Nombre del Departamento

Fecha