

Northern Valley Indian Health, Inc.

Explicación de la política sobre los opioides

¿Cuál es la política de NVIH sobre los analgésicos opioides?

- 1) Los proveedores de NVIH pueden recetar analgésicos opioides para tratar dolores “agudos” de corta duración, como los que ocurren por una lesión, un accidente o una cirugía recientes, si las demás opciones para aliviar el dolor no son suficientes. Además, los proveedores de NVIH pueden recetar opioides para los pacientes con cáncer activo y aquellos pacientes que están en una etapa terminal de sus vidas.
- 2) Los proveedores de NVIH no recetarán analgésicos opioides para el tratamiento del dolor crónico que dure más de 3 meses. En algunas ocasiones, los proveedores de NVIH pueden recetar el uso de opioides por unos días para los pacientes que están experimentando un brote de corta duración de su dolor crónico, pero esto no debe ser de forma rutinaria.
- 3) Aunque generalmente se evita y solo se utiliza cuando se han explorado todas las demás alternativas, puede considerarse el uso de buprenorfina para el tratamiento del dolor crónico en casos seleccionados con la guía de especialidad de tratamiento del dolor.

Los motivos para este cambio en la política se explican con más detalle a continuación. Para resumir, los opioides para tratar el dolor crónico son peligrosos, pierden su eficacia para aliviarlo y pueden incluso empeorar el dolor a largo plazo. Este cambio en la política se ha producido para un mayor beneficio de su salud y seguridad.

Contexto

¿Qué son los opioides?

Los opioides incluyen Norco, Vicodin, Percocet, la morfina, la metadona, la oxycodona, el tramadol y la heroína, entre otros. Sin contar la heroína, la mayoría de los opioides se recetan para tratar el dolor, particularmente si es intenso.

¿Cuál es la eficacia de los opioides?

Los opioides pueden ser muy eficaces para aliviar el dolor de corta duración, por ejemplo, debido a una fractura, una lesión o un accidente, o el dolor después de una cirugía.

Es mucho más incierto determinar si los opioides ayudan a tratar el dolor de larga duración, también llamado “dolor crónico”, en afecciones como la artritis, el dolor crónico en la parte baja de la espalda, la fibromialgia, los dolores de cabeza frecuentes y el síndrome del intestino irritable. De hecho, muchos estudios recientes parecen demostrar que los opioides NO ayudan a tratar el dolor de larga duración.

¿Por qué los opioides NO ayudarían a tratar el dolor crónico?

- 1) Tolerancia: cuando toma un medicamento opioide por un tiempo prolongado, el cuerpo “se acostumbra” y el opioide deja de aliviar el dolor como solía hacerlo. Para obtener el mismo efecto, tendrá que tomar cada vez más medicamento.
- 2) Mayor sensibilidad al dolor: cuando los nervios que perciben el dolor en el cuerpo y el cerebro se suprimen con el analgésico opioide, el cuerpo parece compensar esto desarrollando más “receptores” del dolor en los nervios. En consecuencia, sentirá más dolor que el que tenía antes por la misma lesión. Además, podría comenzar a sentir dolor en lugares donde no lo tenía (por ejemplo, dolor abdominal o dolores de cabeza) debido a que el cuerpo produce nuevos receptores del dolor EN TODAS PARTES, no solo en el área donde sentía el dolor original. Esto se conoce como “hiperalgesia inducida por opioides”.

¿Por qué podría PARECER que los opioides ayudan a tratar el dolor crónico?

Muchas personas que han estado tomando opioides por mucho tiempo tienen la impresión de que los opioides son lo ÚNICO que les ayuda a controlar el dolor. Es verdad que las personas que toman opioides

Northern Valley Indian Health, Inc.

de forma crónica sienten una disminución de corta duración del dolor después de tomar una dosis, normalmente por unas horas. Sin embargo, cuando se observa el panorama completo, puede verse que muchas personas que toman opioides de forma crónica tienen un dolor que empeora cada vez más durante meses y años. Muchas personas no se dan cuenta de que está ocurriendo este lento incremento del dolor. Incluso si se dieran cuenta, la mayoría no sabe que los opioides podrían ser la causa del empeoramiento del dolor. Esto explica la razón por la que, a pesar de que las tasas de recetas de opioides han aumentado enormemente en las últimas dos décadas, los niveles de dolor informados no han disminuido.

Si siento que los opioides SÍ me ayudan a controlar el dolor crónico, ¿por qué no puedo seguir tomándolos?

Además de la evidencia de que los opioides que se toman de forma crónica pierden su eficacia y tienen la posibilidad de aumentar el dolor con el tiempo, hay muchos otros motivos por los que se debe evitar el uso crónico de opioides:

- Los opioides a menudo contribuyen a muertes por sobredosis, incluso en pacientes que los han tomado por mucho tiempo y piensan que están a salvo.
- Los opioides están implicados en una gran cantidad de muertes por accidentes automovilísticos, caídas y otros accidentes.
- Los opioides pueden causar apnea del sueño, es decir, que las personas dejen de respirar mientras duermen, lo que produce muchas consecuencias negativas para la salud.
- Los opioides provocan estreñimiento, depresión, menor deseo sexual, problemas de memoria, menores niveles de hormonas como la testosterona y, algunas veces, pueden causar anomalías mortales en el ritmo cardíaco.
- Los opioides pueden ser adictivos para muchas personas. La adicción significa que las personas desean tomar el medicamento, sienten que ya no tienen control sobre el medicamento, dedican mucho tiempo y energía a tratar de obtenerlo y continúan usándolo a pesar de las consecuencias negativas en sus vidas.

Debido a la mayor evidencia sobre los riesgos graves y a la poca evidencia de los beneficios con el uso prolongado, ya no es evidente que los beneficios del uso prolongado superen los riesgos.

¿Qué opciones tengo si actualmente estoy tomando opioides para tratar el dolor crónico?

Su proveedor trabajará con usted para disminuir la dosis de opioides gradualmente durante un tiempo, de modo tal que no tenga síntomas importantes de abstinencia por dejar de tomar el medicamento de forma repentina.

Junto con su proveedor, implementarán todas las otras herramientas de control del dolor que tenemos a disposición, si tiene interés en usarlas. En muchos casos, podríamos no eliminar su dolor, pero podemos ayudar a disminuirlo a un nivel tolerable y ayudarlo a que aprenda a lidiar con el dolor.

Si está pensando en obtener opioides de un amigo o un vecino, **NO LO HAGA**. La compra de opioides sin receta conlleva un riesgo muy alto de sobredosis y muerte, ya que los opioides sin receta a menudo están contaminados con sustancias mucho más potentes de las que usted podría no estar al tanto.

Es posible que, después de un período de 3 a 6 meses sin tomar analgésicos opioides, sus niveles de dolor disminuyan significativamente a medida que desaparece la mayor sensibilidad del cuerpo al dolor, que se desarrolla como resultado del uso de opioides. Muchas personas que dejan de consumir opioides de forma crónica descubren que, después de un tiempo, sienten menos dolor del que tenían cuando estaban tomando los opioides.

Una última nota:

Si piensa que puede tener una adicción a los opioides, ¡queremos ayudarlo! La adicción es algo muy común y le puede ocurrir a cualquier persona. Hable con su proveedor sobre sus inquietudes. No es necesario que enfrente esto sin ayuda.



Northern Valley Indian Health

YOUR HEALTH. OUR MISSION.

REGISTRO DEL PACIENTE

INFORMACIÓN DEL PACIENTE:		
Apellido:	Primer nombre:	Inicial de segundo nombre:
Nombre anterior del paciente:		
Nombre preferido por el paciente:		
Teléfono de la casa del paciente:		Teléfono celular:
Dirección postal:	Dirección física (si difiere de la dirección postal):	
_____	_____	
Ciudad: _____ Estado: _____ Cód. postal: _____	Ciudad: _____ Estado: _____ Cód. postal: _____	
País:	País:	
Correo electrónico:	<input type="checkbox"/> Marque este casillero si no tiene hogar	
¿Quiere que se lo habilite desde la web para usar el portal para pacientes? <i>En caso afirmativo, usaremos el correo electrónico proporcionado arriba, salvo que indique lo contrario.</i>		
<input type="checkbox"/> Sí o <input type="checkbox"/> No		
¿Por qué medio le gustaría que le recordemos que tiene una cita? SELECCIONE AL MENOS UNA OPCIÓN:		
<input type="checkbox"/> Voz (indique a qué número llamar): _____ <input type="checkbox"/> Mensaje de texto (indique a qué número enviarlo): _____		
<input type="checkbox"/> No quiero que me recuerden que tengo una cita		
Fecha de nacimiento del paciente: ____ / ____ / ____ Sexo/Género asignado al nacer: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino		
¿El paciente es una persona transgénero?: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Identidad de género: <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> No binario/Otro <input type="checkbox"/> Mujer trans <input type="checkbox"/> Hombre trans		
Género legal actual: <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> No binario/Otro		
Número de Seguro Social:		
Estado civil:		
<input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> En pareja de hecho <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Legalmente separado		
Idioma preferido:		¿Se solicitaron servicios de interpretación? Sí / No
Raza:		
<input type="checkbox"/> Indígena americana <input type="checkbox"/> Negra o afroamericana <input type="checkbox"/> Prefiero no especificar <input type="checkbox"/> Blanca o: _____ (complete el espacio en blanco)		
Origen étnico:		
<input type="checkbox"/> Hispano o latino <input type="checkbox"/> No hispano <input type="checkbox"/> Prefiero no especificar o: _____ (complete el espacio en blanco)		
¿Es nativo americano? <input type="checkbox"/> Sí o <input type="checkbox"/> No		Tribu de la que forma parte:

INFORMACIÓN DEL PADRE, DE LA MADRE O DEL TUTOR SI EL PACIENTE ES MENOR DE EDAD O UN ADULTO DEPENDIENTE:

Nombre: _____ Marque una opción con un círculo: Padre / Madre / Otro Teléfono: _____

Nombre: _____ Marque una opción con un círculo: Padre / Madre / Otro Teléfono: _____

Nombre del tutor: _____ Teléfono: _____

INFORMACIÓN DEL CONTACTO DE EMERGENCIA DEL PACIENTE:

Relación con el paciente: _____

Primer nombre: _____ Apellido: _____ Inicial de seg. nombre: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Cód. postal: _____

Teléfono de la casa: _____ Teléfono del trabajo: _____ Ext.: _____

Teléfono celular: _____

INFORMACIÓN DEL EMPLEADOR DEL PACIENTE:

Nombre del empleador: _____

Dirección del empleador: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Cód. postal: _____

INFORMACIÓN DEL SEGURO:

Complete la información a continuación y proporcione una copia de las tarjetas de Medicare, Medi-Cal o del seguro privado.

1) Seguro principal:

N.º de suscripción: _____ N.º de grupo: _____

Nombre del titular de la póliza: _____ PROPIA Fecha de nacimiento del titular: _____

N.º de identificación de Medicaid: _____

2) Seguro secundario:

Nombre del titular de la póliza _____ PROPIA Fecha de nacimiento del titular: _____

N.º de grupo: _____

3) Seguro terciario (póliza de terceros):

GARANTE O PERSONA RESPONSABLE DEL PAGO: EL PACIENTE MISMO Otro paciente o persona (Si selecciona esta opción, complete los campos a continuación)

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____ Trabajo: _____

Relación con el paciente: _____

TÉRMINOS Y CONDICIONES DEL SERVICIO

CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO Y ACUERDO FINANCIERO

1. NVIH: Northern Valley Indian Health, Inc. (NVIH) es una organización 501(c)(3) tribal sin fines de lucro y un Centro Médico con Financiación Federal (FQHC) tribal con acreditación como Servicio de Salud Pública (PHS) federal en relación con determinados reclamos relacionados con la salud, incluidos los reclamos por mala praxis en el ámbito médico, tanto para el centro mismo como para sus miembros cubiertos. Título 25 del Código de los Estados Unidos (U.S.C.), artículos 5301 y siguientes.
2. **CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO:** Deseo recibir servicios de atención médica en NVIH. Doy mi consentimiento para someterme a tratamientos o procedimientos médicos, como exámenes de rayos X, extracciones de sangre para análisis, la administración de medicamentos o inyecciones, la toma de fotografías relacionadas con el tratamiento, la grabación de videos, procedimientos de laboratorio, servicios dentales, servicios clínicos, servicios de salud conductual, servicios de gestión de casos y de la atención, y otros servicios que me presten de conformidad con las instrucciones generales y especiales del proveedor o de otros profesionales de la salud que participen en mi atención. Soy consciente de que la práctica de la medicina, cirugía y terapia no es una ciencia exacta. Reconozco que NVIH no me ha garantizado nada en relación con los resultados de los tratamientos o exámenes. También sé que debería consultar con mi proveedor o con otros profesionales de la salud si tengo alguna pregunta sobre mi diagnóstico o tratamiento, los riesgos o las complicaciones, las alternativas al tratamiento o los resultados anticipados del tratamiento.
3. **ACTIVIDADES EDUCATIVAS:** Comprendo que es posible que residentes, pasantes, estudiantes de medicina, profesionales clínicos de la salud conductual asociados, estudiantes de profesiones relacionadas con la atención médica auxiliar (p. ej., enfermería, trabajo social), empleados de nivel de posgrado y otros aprendices me observen, me examinen, me traten y participen en mi atención en NVIH bajo la supervisión del profesional de salud a cargo como parte de un programa de educación o capacitación externo aprobado.
4. **CONSENTIMIENTO PARA LAS COMUNICACIONES:** Entiendo que es posible que reciba mensajes y llamadas de NVIH o en su nombre a los números y direcciones que figuran en la información de contacto, incluidos mi número de teléfono celular y la dirección de correo electrónico que proporcioné durante mi proceso de registro. Las formas de contacto pueden incluir mensajes de voz pregrabados o artificiales, o el uso de un dispositivo de marcado automático, según corresponda. Comprendo que, si envío un correo electrónico o un mensaje de texto a los proveedores de NVIH u otras personas involucradas en mi atención, estoy dando mi consentimiento para que me respondan por el mismo medio que usé yo, incluso aunque los mensajes contengan información confidencial. Soy consciente de que los mensajes de texto y los correos electrónicos no son métodos de comunicación seguros, ya que los mensajes no cifrados pueden ser interceptados. Reconozco que la información de todas estas comunicaciones puede incluirse en mi historia clínica.
5. **CESIÓN DE BENEFICIOS Y ACUERDO FINANCIERO:** En vista de los servicios de atención médica prestados, yo, el abajo firmante, independientemente de que firme como paciente o tutor legal, cedo y transfiero de manera expresa e irrevocable (sin derecho a revocar) a NVIH todos los beneficios del seguro, incluidos programas gubernamentales, seguros privados y otros planes de salud, que me correspondan a mí o que deban pagarse en mi nombre por los servicios de NVIH. Por medio del presente, autorizo la divulgación de toda la información necesaria para garantizar el pago. Comprendo que es mi responsabilidad pagar todos los cargos, independientemente de que los cubra el seguro o no. También entiendo que, si mi cónyuge, padre, madre o garante financiero firma este acuerdo, dicha persona será responsable de manera individual y conjunta de pagar lo que corresponda, incluidas todas las tarifas de cobro (honorarios de abogados, costos y gastos de cobro), sumado a los demás montos adeudados. Las cuentas sin pagar que se remiten a agencias externas para su cobro devengan intereses según la tasa legal vigente.

6. **CONSENTIMIENTO PARA LAS CONSULTAS DE TELESALUD:** Las consultas de telesalud suponen el uso de tecnologías de telesalud, como videoconferencias bidireccionales e imágenes digitales, entre otras, que permiten que un proveedor de atención médica y un paciente que se encuentran en lugares diferentes se comuniquen e intercambien información sobre la salud del paciente para que se puedan prestar los servicios. Comprendo que es posible que me ofrezcan la opción de tener consultas de telesalud en el transcurso de mi atención en NVIH, siempre que sea apropiado desde un punto de vista clínico. Estos servicios pueden incluir consultas, diagnósticos, recomendaciones de tratamientos, recetas de medicamentos o remisiones a visitas en persona si se necesita una evaluación más exhaustiva. Este servicio se me ofrece como una comodidad. Entiendo que siempre tengo la opción de elegir una cita en persona si es lo que prefiero. En caso de tener dificultades para acceder a los servicios en persona debido al transporte, Medi-Cal ofrece cobertura a los beneficiarios para pagar el servicio de transporte hacia los servicios en persona si ya se agotaron razonablemente todos los demás recursos. Comprendo que no todos los servicios son apropiados desde un punto de vista clínico para prestarse mediante una consulta de telesalud y que las opciones pueden ser limitadas, según lo determine mi proveedor. Si acepto atenderme de esta forma, acepto también que se facture a mi seguro por los servicios, y me encargaré de pagar los copagos o coseguros correspondientes, así como los servicios que no cubra el seguro. Comprendo que es posible que se comparta mi información de salud personal confidencial durante las consultas de telesalud y que será mi responsabilidad ubicarme en un lugar donde tenga privacidad. También se esperará que participe desde un lugar que no me ponga en riesgo a mí ni a ninguna otra persona a mi alrededor (por ejemplo, mientras conduzco). Si mi proveedor llega a tener alguna preocupación sobre mi seguridad, puede finalizar la consulta. Las consultas de telesalud no son apropiadas para emergencias médicas. Si creo que estoy teniendo una emergencia, llamaré al 911 o iré a la sala de emergencias más cercana.
7. **CONDUCTA:** NVIH no tolera bajo ningún punto de vista el abuso, la intimidación, el acoso ni la violencia en nuestras instalaciones. A fin de preservar la seguridad de nuestros pacientes, las visitas y el personal, se prohíbe ingresar a las instalaciones con armas, cuchillos, alcohol, drogas ilegales u otros materiales peligrosos. NVIH se compromete a mantener un entorno de trabajo seguro, sin amenazas, insolencia, discriminación, hostilidad o acoso. NVIH espera que usted y sus visitas se comporten de manera respetuosa y no adopten conductas violentas, discriminatorias ni abusivas. Comprendo que la violación de los derechos y las responsabilidades de los pacientes de NVIH por palabras o acciones indebidas puede tener como consecuencia la expulsión de las instalaciones y la suspensión inmediata de su atención como paciente en NVIH. Entiendo que, conforme a las leyes de California, mis visitas y yo no podemos filmar, grabar ni divulgar imágenes ni audio de nuestras conversaciones con empleados o proveedores de NVIH sin el consentimiento escrito de NVIH y de todos los participantes de la conversación. También comprendo que las consecuencias de la violación de esta ley pueden incluir cargos por responsabilidad penal o civil y la expulsión o la suspensión inmediata de su atención como paciente en NVIH.
8. **CONSENTIMIENTO PARA LA GRABACIÓN DE AUDIO O VIDEO:** Por medio del presente, doy mi consentimiento para que se usen y transcriban las grabaciones de audio y video tomadas por NVIH, sus proveedores y sus empleados para fines relacionados con el tratamiento y el servicio. Comprendo que NVIH usa tecnología para grabar mis visitas y otras comunicaciones con NVIH, sus proveedores y sus empleados para fines relacionados con el tratamiento y el servicio. Entiendo que NVIH usa proveedores externos para procesar las grabaciones con el fin de generar documentos clínicos y otras actividades relacionadas. Autorizo de manera expresa a NVIH y a sus proveedores externos para que graben el audio o video de mis visitas, transcriban y documenten información de mi tratamiento y mis servicios, y destruyan las grabaciones. Entiendo que mi información médica se usará siempre de conformidad con las leyes vigentes, incluidas todas las leyes y normas vigentes que rigen la confidencialidad del paciente, según lo descrito en el “Aviso de prácticas de privacidad” de NVIH. Comprendo que puedo enviar una solicitud por escrito a NVIH en cualquier momento para



Formulario de antecedentes médicos del paciente nuevo

Nombre: _____
Apellido Primer nombre Segundo nombre Fecha de nacimiento Fecha de hoy

Nombre preferido, si es diferente: _____

Si está completando este formulario para otra persona: _____
Nombre de la persona que completa el formulario Relación

Género: Femenino Masculino Transfemenino Transmasculino No binario Otro: _____

Sexo asignado al nacer: Femenino Masculino Intersexual

Pronombres preferidos: Ella Él Elle Otro: _____

Antecedentes médicos

¿Ha sido atendido recientemente por un proveedor de atención primaria, un cirujano o un especialista? Si este es el caso, menciónelo(s):

Proveedor: _____
Nombre Número de teléfono Ciudad, estado

Proveedor: _____
Nombre Número de teléfono Ciudad, estado

Proveedor: _____
Nombre Número de teléfono Ciudad, estado

Marque las afecciones que tiene o ha tenido, o marque este recuadro si no ha tenido Ninguna

- | | | | |
|--|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> EPOC (enfermedad pulmonar obstructiva crónica) / Enfisema | <input type="checkbox"/> Enfermedad renal | <input type="checkbox"/> Problemas de próstata |
| <input type="checkbox"/> Artritis | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Enfermedad hepática | <input type="checkbox"/> Fiebre reumática |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Epilepsia | <input type="checkbox"/> Dolor en la parte baja de la espalda | <input type="checkbox"/> Escarlatina |
| <input type="checkbox"/> Trastornos de sangrado | <input type="checkbox"/> Glaucoma | <input type="checkbox"/> Sarampión | <input type="checkbox"/> Infecciones de transmisión sexual |
| <input type="checkbox"/> Coágulos de sangre | <input type="checkbox"/> Gota | <input type="checkbox"/> Migrañas | <input type="checkbox"/> Úlceras en la piel |
| <input type="checkbox"/> Fracturas | <input type="checkbox"/> Ataque cardíaco | <input type="checkbox"/> Mononucleosis | <input type="checkbox"/> Úlceras en el estómago |
| <input type="checkbox"/> Bronquitis | <input type="checkbox"/> Arritmia cardíaca | <input type="checkbox"/> Esclerosis múltiple | <input type="checkbox"/> Bacterias estreptocócicas de la garganta |
| <input type="checkbox"/> Cáncer | <input type="checkbox"/> Hepatitis | <input type="checkbox"/> Osteoporosis | <input type="checkbox"/> Derrame cerebral |
| <input type="checkbox"/> Cataratas | <input type="checkbox"/> Colesterol alto | <input type="checkbox"/> Marcapasos | <input type="checkbox"/> Problemas de tiroides |
| <input type="checkbox"/> Varicela | <input type="checkbox"/> VIH (virus de inmunodeficiencia humana) | <input type="checkbox"/> Neumonía | <input type="checkbox"/> Ataque isquémico transitorio |
| <input type="checkbox"/> Insuficiencia cardíaca congestiva | <input type="checkbox"/> Presión arterial alta | <input type="checkbox"/> Polio | <input type="checkbox"/> Tuberculosis |

Otros problemas de salud, mencione: _____

¿Cuál es su objetivo principal al recibir atención en NVIH o cuáles son los problemas de salud por los que quisiera recibir ayuda inicialmente?

Antecedentes de obstetricia y ginecología

¿Está embarazada o piensa que podría estarlo? _____

¿Está amamantando/en período de lactancia? _____

Cantidad total de embarazos: _____

Cantidad de: _____
 Cesáreas Partos vaginales Abortos inducidos Abortos espontáneos Mortinatos Hijos vivos

Marque los casilleros si tiene antecedentes de:

- Endometriosis Fibroides/miomas Sangrado menstrual abundante/prolongado
- Preeclampsia Dolor pélvico Diabetes gestacional
- Infertilidad Sangrado posmenopáusico SOP (síndrome de ovario poliquístico) o períodos infrecuentes

Si está usando métodos anticonceptivos, escriba de qué tipo(s): _____

Antecedentes de salud conductual

Marque los casilleros si tiene o ha tenido alguno de los siguientes; si no ha tenido ninguno, marque Ninguno

<input type="checkbox"/> TDAH (trastorno por déficit de atención e hiperactividad)	<input type="checkbox"/> Trastorno alimentario	<input type="checkbox"/> Trastorno por estrés postraumático
<input type="checkbox"/> Problemas con el alcohol	<input type="checkbox"/> Antecedentes de trauma/abuso	<input type="checkbox"/> Esquizofrenia o trastorno esquizoafectivo
<input type="checkbox"/> Ansiedad	<input type="checkbox"/> Problemas con metanfetaminas	<input type="checkbox"/> Intento de suicidio
<input type="checkbox"/> Trastorno de bipolaridad	<input type="checkbox"/> Problema de consumo de opioides o heroína	<input type="checkbox"/> Otro problema de consumo de sustancias o de salud mental: _____
<input type="checkbox"/> Depresión	<input type="checkbox"/> Depresión posparto	

Análisis y estudios médicos

¿Le han realizado alguno de los siguientes? Si no es el caso, marque No me han hecho estudios

Marque los casilleros si ha tenido los estudios	¿Cuándo fue el último que se hizo?	¿Tuvo resultados anormales? Describa el caso
<input type="checkbox"/> Colonoscopia o análisis de heces para detectar cáncer colorrectal		
<input type="checkbox"/> Mamografía		
<input type="checkbox"/> Papanicolaou		
<input type="checkbox"/> DEXA (análisis de densitometría ósea)		
<input type="checkbox"/> Tomografía computarizada para detectar cáncer de pulmón		
<input type="checkbox"/> Ecografía por aneurisma aórtico abdominal		

Antecedentes de cirugías y hospitalizaciones

Mencione las cirugías que ha tenido o marque este casillero si no ha tenido: <input type="checkbox"/> Ninguna	Fecha de la cirugía

¿Alguna vez lo han admitido a un hospital? Si la respuesta es afirmativa, ¿cuándo y para qué? _____

Antecedentes médicos familiares (parientes biológicos)

	¿Están vivos?	Problemas médicos o causas de muerte, describa:
Madre		<input type="checkbox"/> Desconocido
Padre		<input type="checkbox"/> Desconocido
Cantidad de hermanas ____		<input type="checkbox"/> Desconocido
Cantidad de hermanos ____		<input type="checkbox"/> Desconocido
Cantidad de hijos ____		<input type="checkbox"/> Desconocido
Otros familiares, mencione:		<input type="checkbox"/> Desconocido

Antecedentes sociales

¿Tiene un empleo o va a la escuela? Sí No Si este es el caso, describa su ocupación: _____

¿Con quién(es) vive? _____

¿Cuál es su situación de vivienda?

- Alquilo una casa o una habitación Refugio Me quedo en lo de una familia o amigos, en su casa
 Tengo una casa No tengo vivienda

¿Tiene alguna creencia o práctica cultural o espiritual que piensa que podría ser útil compartir o que quisiera incorporar en su atención médica?

Marque con un círculo las sustancias que ha usado recientemente o en el pasado; si las ha usado, indique cuándo fue la última vez que lo hizo:

- Tabaco / Cigarrillos electrónicos / Tabaco para mascar _____ Alcohol _____
 Marihuana / Cannabis / THC _____ Metanfetamina _____
 Medicamentos sin receta _____ Heroína, fentanilo u otros opioides _____
 Cocaína _____ Kratom _____
 Otra: _____ Ninguna

¿Cuál es su estado civil?

- Soltero En relación larga Casado Separado Divorciado Viudo

¿Tiene actividad sexual con una pareja?

- No Sí, una pareja reciente Sí, más de una pareja reciente

Si este es el caso, ¿cuál es el género de su pareja? (marque con un círculo todos los que correspondan):

- Masculino Femenino Transmasculino Transfemenino No binario Otro

¿Cómo describiría su orientación sexual? (marque con un círculo todos los que correspondan)

- Heterosexual Gay Homosexual Lesbiana Bisexual Otro No estoy seguro



Northern Valley Indian Health

YOUR HEALTH. OUR MISSION.

Política de citas en la clínica

OBJETIVO

Para mantener la calidad de la atención a los pacientes y un pronto acceso a la atención, se deben seguir estas pautas establecidas con respecto a las citas en las clínicas de atención médica de NVIH:

POLÍTICA

Citas de pacientes nuevos:

1. Los pacientes nuevos que no puedan asistir a la cita inicial programada deben notificar al personal de la clínica. La notificación debe hacerse a más tardar un día hábil antes de la cancelación prevista. Si no lo hace, se considerará que no ha asistido a la cita (ausencia).
2. No se reprogramarán las citas de los pacientes nuevos que tengan dos ausencias a la cita inicial programada* (el proveedor principal o el director del departamento podrían autorizar excepciones).

Citas de pacientes establecidos:

1. Los pacientes que no puedan asistir a una cita programada deben notificar al personal de la clínica a más tardar un día hábil antes de la cita programada acerca de la cancelación prevista. Si no lo hace, se considerará que no ha asistido a la cita (ausencia).
2. Si llega más de diez minutos tarde para una cita programada, el gerente de la clínica podría determinar que el paciente no ha asistido (tuvo una ausencia) a la cita programada.
3. Si se llega tarde a una cita programada en el mismo día para 15 minutos o menos, el proveedor no atenderá al paciente debido al tiempo limitado, y esto se considerará una ausencia.
4. Se considerará que los pacientes tienen un riesgo alto de ausencia si no asisten a dos citas dentro de un período de 12 meses, y podrían recibir una notificación de NVIH con información sobre la imposibilidad futura de reservar horarios para citas individuales programadas. La notificación informará al paciente sobre la opción de que lo atiendan como paciente en lista de espera o en una cita en el mismo día, según la disponibilidad.
5. Si después de tres citas a las que no haya asistido en un período de 6 meses un paciente continúa faltando a las citas, se podría dejar de proveerle servicios clínicos asociados como resultado directo de “no cumplir el tratamiento”, según el criterio del proveedor de la clínica. Se considerará la opción de atención en lista de espera o a la espera de una cancelación para los pacientes nativos americanos. **
6. Si se permite continuar con los servicios de un paciente después de tres citas a las que no haya asistido en un período de 6 meses y continúa faltando a las citas futuras, se dejará de proveerle servicios clínicos asociados según el criterio del director del departamento. Se considerará la opción de atención en lista de espera o a la espera de una cancelación en el mismo día para los pacientes nativos americanos. **



Northern Valley Indian Health

YOUR HEALTH. OUR MISSION.

Política de citas en la clínica

DEFINICIONES

Paciente nuevo: persona que no se ha registrado anteriormente en el sistema de NVIH; o un paciente que, si bien se ha registrado en el sistema de NVIH, no ha tenido una visita para establecer su atención médica; o un paciente que se ha registrado en el sistema de NVIH pero no ha sido un paciente activo al menos por tres años.

Atención en lista de espera: se programará la atención de un paciente en un horario que se consideraría un espacio con doble reserva. El personal trabajará de manera eficiente para designar pronto la atención del paciente. El paciente debe tener presente que habrá cierta demora para que lo atienda el proveedor. El tipo de visita probablemente tendrá un foco limitado según el tiempo disponible (por ejemplo: el tratamiento dental podría limitarse a un examen limitado o un tratamiento menor).

Atención en el mismo día: el paciente llamará para pedir la atención en el mismo día, y se le informará sobre la disponibilidad y la hora de llegada para una cita bajo la espera de una cancelación en el mismo día, según la disponibilidad del centro asociado. El personal trabajará de manera eficiente para designar pronto la atención del paciente, pero podría haber algunas demoras.

* Se atenderá en lista de espera o bajo la espera de una cancelación en el mismo día a los pacientes nativos americanos.

** Se considerará la suspensión de la atención a los pacientes de acuerdo con la política de suspensión de los servicios.



Reconocimiento del paciente:

Por el presente documento reconozco que me han dado la oportunidad de revisar la política de citas en la clínica y de recibir una copia si la solicito.

Nombre del paciente en letra de imprenta: _____ Fecha de nacimiento del paciente: _____

Firma del paciente/del padre/de la madre: _____ Fecha: _____

Para uso de NVIH solamente:

N.º de exp. méd.: _____