Northern Valley Indian Health

FICHA DE REGISTRO DEL PACIENTE

Información del paciente:	
Apellido: Primer nombre: Inicial del segundo nombre:	
Nombre anterior del paciente:	
Nombre preferido del paciente:	
Teléfono de casa del paciente:	Teléfono celular:
Dirección postal: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Cód. postal: _____ Condado:	Dirección física (si difiere de la dirección postal): _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Cód. postal: _____ Condado:
Correo electrónico:	¿Está actualmente sin hogar? □ Sí o □ No ¿Es veterano? □ Sí o □ No
¿Le gustaría que se le habilite la Web para acceder al portal del paciente? *Si la respuesta es Sí, usaremos su correo electrónico indicado anteriormente a menos que se indique lo contrario.* □ Sí o □ No	
¿Cómo le gustaría que le notifiquemos sobre los recordatorios de citas? SELECCIONE AL MENOS UNA OPCIÓN: □ Voz: Número al cual llamar: _____ □ Mensaje de texto: Número para recibir mensajes: _____ □ No enviar recordatorios de citas	
Fecha de nacimiento del paciente: / / Sexo/Género asignado al nacer: □ Masculino □ Femenino	
¿El paciente es transgénero? □ Sí □ No Identidad de género: □ Masculino □ Femenino □ No binario/Otro □ Mujer trans □ Hombre trans Género legal actual: □ Masculino □ Femenino □ No binario/Otro	
Número de Seguro Social del paciente:	
Estado civil: □ Divorciado □ Casado □ En pareja de hecho □ Soltero □ Se desconoce □ Viudo □ Legalmente separado	
Idioma de preferencia: Servicios de interpretación solicitados: □ Sí o □ No	
Raza del paciente: □ Indio americano □ Negro o afroamericano □ Se negó a especificar □ Blanco O: _____ (Complete el espacio en blanco)	
¿Es nativo americano? □ Sí o □ No Tribu a la que pertenece:	

(Solo para uso de NVIH) Nombre del paciente: _____ N.° de exp. méd.: _____

Información del padre/madre/tutor si el paciente es menor de edad o adulto dependiente:		
Nombre:	Encierre uno en un círculo: Padre / Madre / Otro	Teléfono:
Nombre:	Encierre uno en 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 del seg. nombre:
Dirección:		
Ciudad:	Estado:	Cód. postal:
Teléfono de 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: Tarjeta(s) de Medicare, Medi-Cal o seguro privado		
1) Seguro principal:		
N.° de suscriptor:	N.° de grupo:	
Nombre del titular de la póliza:	□ Yo	Fec. nac. del titular de la póliza:
N.° de identificación de Medicaid:		
2) Seguro secundario:		
Nombre del titular de la póliza:	□ Yo	Fec. nac. del titular de la póliza:
3) Seguro terciario (póliza de terceros):		

Garante/Persona responsable del pago	
□ YO □ Otro paciente o persona *de ser así, complete esta parte. De lo contrario, marque YO*	
Nombre:	Fec. nac.:
Dirección:	
Teléfono:	Trabajo:
Relación con el paciente:	

(Solo para uso de NVIH) Nombre del paciente: _____ N.° de exp. méd.: _____

Términos y condiciones del servicio

Consentimiento para tratamiento y acuerdo financiero

1. NVIH: Northern Valley Indian Health, Inc. (NVIH) es una organización tribal 501(c)(3) sin fines de lucro y un sistema de Centro de Salud Federalmente Calificado (FQHC, por sus siglas en inglés) Tribal con estatus considerado por el Servicio de Salud Pública (PHS, por sus siglas en inglés) federal con respecto a ciertos reclamos de salud o relacionados con la salud, incluidos los reclamos por negligencia médica, para sí mismo y para sus personas cubiertas. 25 U.S.C. 5301 y siguientes.
2. CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO: Deseo recibir servicios de atención médica en NVIH. Doy mi consentimiento para los tratamientos o procedimientos médicos, exámenes de rayos X, extracción de sangre para pruebas, medicamentos, inyecciones, toma de fotografías relacionadas con el tratamiento, videograbación, procedimientos de laboratorio, servicios dentales, servicios clínicos, servicios de salud conductual, servicios de atención y administración de casos u otros servicios que se me brinden bajo las instrucciones generales y especiales del proveedor u otros profesionales de la salud que ayuden 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 dado ninguna garantía en cuanto a los resultados de los tratamientos o exámenes. También soy consciente de que debo hacerle a mi proveedor u otros profesionales de la salud cualquier pregunta que pueda tener sobre mi diagnóstico, tratamiento, riesgos o complicaciones, formas alternativas de tratamiento o resultados anticipados del tratamiento.
3. ACTIVIDADES DE ENSEÑANZA: Entiendo 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 la salud a cargo como parte de un programa de educación/capacitación externo aprobado.
4. CONSENTIMIENTO PARA 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/artificiales o el uso de un dispositivo de marcado automático, según corresponda. Entiendo 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, incluso aunque los mensajes contengan información confidencial. Entiendo que los mensajes de texto y el correo electrónico no son métodos de comunicación seguros, ya que los mensajes no cifrados pueden ser interceptados. Reconozco que todas esas comunicaciones pueden formar parte de mis expedientes médicos.
5. CESIÓN DE BENEFICIOS Y ACUERDO FINANCIERO: En contraprestación por los servicios de atención médica prestados, yo, el abajo firmante, ya sea que firme como paciente o como tutor legal, le cedo y transfiero de manera irrevocable (sin derecho a revocación) y expresa a NVIH todos los beneficios del seguro, incluidos los programas gubernamentales, los seguros privados y cualquier otro plan de salud que, de otro modo, sería pagadero en mi nombre por los servicios de NVIH. Por la presente, autorizo la divulgación de toda la información necesaria para garantizar el pago. Entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos, ya sea que dicho seguro los pague o no. También entiendo que cuando este acuerdo es firmado por mi cónyuge, padre, madre o un garante financiero, mi cónyuge, padre, madre o garante financiero será conjunta e individualmente responsable conmigo del pago, incluidos todos los honorarios de cobro

(Solo para uso de NVIH) Nombre del paciente: _____ N.° de exp. méd.: _____

(honorarios de abogados, costos y gastos de cobro), además de cualquier otro monto adeudado. Las cuentas impagas remitidas a agencias externas para su cobro devengan intereses a la tasa legal vigente.

6. CONSENTIMIENTO PARA TELESALUD: Las visitas de telesalud implican el uso de tecnologías de telesalud, que incluyen, entre otros, video bidireccional, imágenes digitales y otras tecnologías de telesalud para permitir que un proveedor de atención médica y un paciente en diferentes lugares se comuniquen y compartan información de salud del paciente individual con el fin de brindar servicios. Entiendo que durante mi atención en NVIH, se me puede ofrecer una visita de telesalud si es clínicamente apropiado. Estos servicios pueden incluir consulta, diagnóstico, recomendación de tratamiento, recetas o derivación a atención en persona si se necesita una evaluación adicional. Este servicio se me ofrece como una comodidad. Entiendo que siempre tengo la opción de elegir una cita en persona si así lo 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. Entiendo que no todos los servicios son clínicamente apropiados para prestarse a través de una visita de telesalud y que la opción puede estar limitada según lo determine mi proveedor. En caso de que acepte una visita de telesalud, doy mi consentimiento para que se le facturen los servicios a mi seguro y pagaré cualquier copago, coaseguro o servicio relevante no cubierto por este. Entiendo que durante la visita de telesalud, se puede hablar sobre información de salud personal confidencial, y será mi responsabilidad ubicarme en un lugar que garantice la privacidad. También se esperará que participe desde un lugar que no suponga un peligro para mí ni para los que me rodean (por ejemplo, mientras conduzco). Si mi proveedor está preocupado por mi seguridad, puede cancelar la visita. Las visitas de telesalud no son apropiadas para emergencias médicas. Si considero que tengo una emergencia, llamaré al 911 o acudiré a la sala de emergencias más cercana.
7. CONDUCTA: NVIH tiene tolerancia cero para el abuso, la intimidación, el acoso o la violencia en nuestras instalaciones. Para la seguridad y protección de nuestros pacientes, visitantes y personal, no se permiten armas, cuchillos, alcohol, drogas ilegales y otros materiales peligrosos en nuestras instalaciones. NVIH tiene el compromiso de mantener un lugar de trabajo seguro que esté libre de amenazas y actos que sean irrespetuosos, discriminatorios, hostiles o acosadores. NVIH espera que usted y sus visitas se comporten de manera respetuosa y no adopten conductas violentas, discriminatorias ni abusivas. Entiendo que cualquier infracción de los derechos y responsabilidades del paciente de NVIH con palabras o acciones no deseadas puede dar lugar a la expulsión de las instalaciones de NVIH y la terminación inmediata como paciente de NVIH. También entiendo que, conforme a la ley de California, mis visitantes y yo no podemos filmar, grabar o divulgar ninguna imagen ni sonido de nuestra/mi conversación con un empleado o proveedor de NVIH sin el consentimiento por escrito de NVIH y todas las partes de la conversación, y que la infracción de esta ley puede resultar en responsabilidad penal o civil, y la expulsión/terminación inmediata como paciente de NVIH.
8. CONSENTIMIENTO PARA GRABACIÓN DE AUDIO/VIDEO: Por la presente, doy mi consentimiento para el uso y la transcripción de grabaciones de audio y video por parte de NVIH y sus proveedores y personal para fines de tratamiento y servicio. Entiendo que NVIH usa tecnología de grabación para capturar y registrar mis visitas y otras comunicaciones con NVIH y sus proveedores y personal para tratamiento y servicios. Entiendo que NVIH usa proveedores externos para procesar las grabaciones para generar documentación clínica y actividades relacionadas. Doy mi consentimiento expreso para que NVIH y sus proveedores externos graben en audio o video mis visitas, transcriban y documenten mi tratamiento y servicios, y destruyan permanentemente 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. Entiendo que puedo solicitar el cese de las

grabaciones en cualquier momento mediante una solicitud por escrito a NVIH. Entiendo que la revocación de mi consentimiento no afectará las grabaciones tomadas antes de la recepción de la solicitud por escrito.

9. DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA: Entiendo que mi información médica, fotografías o videos en cualquier formato pueden usarse para otros fines de NVIH, como la mejora de la calidad, la seguridad del paciente y la educación. NVIH obtendrá mi autorización por escrito para divulgar información sobre mi tratamiento médico, excepto en aquellas circunstancias en las que la ley permita o exija a NVIH divulgar información (consulte el Aviso de prácticas de privacidad de NVIH para obtener una descripción de las circunstancias específicas en las que NVIH puede divulgar esta información). Entiendo que mi información médica se usará siempre de conformidad con las leyes vigentes, incluidas todas las leyes y normas federales y estatales vigentes que rigen la confidencialidad del paciente, según lo descrito en el Aviso de prácticas de privacidad de NVIH. Entiendo que los proveedores de NVIH tienen la obligación de informar a las autoridades correspondientes, según lo exigen las leyes estatales o federales, si (1) mi proveedor cree que puedo llegar a lastimarme a mí mismo o a otra persona, (2) mi proveedor sospecha que se está abusando de un menor, un adulto dependiente o un adulto mayor, o (3) existe una orden judicial específica.
10. AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD: He recibido y revisado una copia del Aviso de prácticas de privacidad de NVIH que también está disponible en https://nvih.org. Entiendo que NVIH se reserva el derecho de cambiar sus prácticas y los términos de este Aviso de prácticas de privacidad para toda la información médica que NVIH mantiene. NVIH pondrá a disposición el Aviso de prácticas de privacidad revisado al publicarlo en todas las áreas de registro de pacientes, donde también habrá copias disponibles. El Aviso de prácticas de privacidad revisado también se publicará en nuestro sitio web https://nvih.org.

Firma del acuerdo: He leído este acuerdo de Términos y condiciones de servicio. En mi propio nombre, o en nombre del paciente, acepto y estoy de acuerdo en estar sujeto a todos los términos de este acuerdo hasta que revoque mi acuerdo, consentimiento o autorización por escrito a NVIH.

_____ _____ _____□ a. m. □ p. m.
Firma del paciente o representante del paciente Fecha Hora

_____
Firma del representante al paciente

Acuerdo de responsabilidad financiera de una persona que no es el paciente o el representante legal del paciente

Acepto la responsabilidad financiera de los servicios prestados al paciente y acepto los términos de la Cesión de beneficios y acuerdo financiero (Párrafo 5) establecidos anteriormente.

_____ _____ _____□ a. m. □ p. m.
Firma del paciente o representante del paciente Fecha Hora

_____
Firma del representante al paciente

(Solo para uso de NVIH) Nombre del paciente: _____ N.° de exp. méd.: _____

Northern Valley Indian Health

YOUR HEALTH. OUR MISSION.

CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO DE SERVICIOS DE SALUD CONDUCTUAL

Yo, el abajo firmante, doy mi consentimiento para recibir servicios de salud conductual en Northern Valley Indian Health.

Entiendo que cualquier tratamiento propuesto me será explicado por mi proveedor, incluidos los riesgos anticipados, los beneficios y las alternativas razonables a los servicios ofrecidos. Mi firma a continuación indica que entiendo la naturaleza de los servicios, los riesgos involucrados y las alternativas al tratamiento y que deseo obtener servicios de salud conductual de Northern Valley Indian Health. He tenido la oportunidad de hacer preguntas y he recibido respuestas a mi satisfacción. Entiendo que tengo derecho a hacer preguntas sobre los servicios y el tratamiento en cualquier momento.

Reconozco que Northern Valley Indian Health y sus proveedores profesionales, personal y asociados no han garantizado ni pueden hacer ninguna garantía o seguridad en cuanto al resultado del tratamiento prescrito o los riesgos y complicaciones que pueda sufrir.

Entiendo que Northern Valley Indian Health proporciona experiencias clínicas para una variedad de asociados de salud conductual. Entiendo que estas personas, que están bajo la dirección del clínico superintendente, pueden proporcionarme tratamiento. Entiendo que puedo hacer preguntas sobre las calificaciones del personal en cualquier momento.

Entiendo que mis registros de tratamiento son confidenciales y pueden divulgarse solo como se describe en el Aviso de prácticas de privacidad. Entiendo que los proveedores de Northern Valley Indian Health tienen el mandato de informar a las autoridades correspondientes, según lo exijan las leyes estatales y / o federales, cuando (1) mi proveedor cree que puedo lastimarme a mí mismo o a otra persona, (2) mi proveedor sospecha abuso de niños, adultos o ancianos, (3) o por una orden específica de los tribunales.

He leído este consentimiento, he recibido una copia y acepto sus condiciones. También entiendo que tengo derecho a retirar mi consentimiento para la evaluación y / o tratamiento en cualquier momento proporcionando una solicitud por escrito al médico tratante o directamente al Departamento de Salud del Comportamiento de NVIH. Entiendo que mi revocación del tratamiento no será válida en la medida en que Northern Valley Indian Health ya haya utilizado o permitido el consentimiento de la atención en dependencia de este consentimiento.

Al firmar a continuación, acepto que he leído yentiendo la información descrita anteriormente, y voluntariamente doy mi consentimiento a Northern Valley Indian Health y sus proveedores profesionales, personal y asociados, para que presten servicios de salud conductual necesarios, apropiados y beneficiosos para mí, o mi hijo menor o un menor de edad bajo mi tutela. He tenido la discusión de consentimiento informado con mi proveedor y acepto los riesgos, si los hay, que pueden estar asociados con cualquier fase del proceso terapéutico, con la esperanza de lograr los objetivos del tratamiento, que pueden o no lograrse.

Nombre del paciente: _____ Firma: _____ Fecha: _____
Nombre del padre / tutor legal (pacientes menores de edad - solamente): _____
Firma del padre / tutor legal (pacientes menores de edad – solamente): _____ Fecha: _____

Certificación del proveedor: Doy fe de que los riesgos, beneficios, consecuencias y alternativas de los Servicios de Salud del Comportamiento se han discutido con el paciente que ha tenido la oportunidad de hacer preguntas, y creo que el paciente entiende lo que se ha explicado.

Nombre del Proveedor: _____ Firma: _____ Fecha: _____

Fecha de nacimiento del paciente: _____ No. HRN del Paciente: _____

Northern Valley Indian Health

YOUR HEALTH. OUR MISSION.

ENGLISH

BBS COMPLAINT NOTICE TO CLIENTS

The Board of Behavioral Sciences receives and responds to complaints regarding services provided within the scope of practice of (marriage and family therapists, licensed educational psychologists, clinical social workers, or professional clinical counselors).

You may contact the board online at www.bbs.ca.gov, or by calling (916) 574-7830.

SPANISH

BBS AVISO DE QUEJAS

La Junta de Ciencias del Comportamiento (BBS por sus siglas en Ingles) recibe y responde a las quejas sobre los servicios prestados dentro del alcance de la práctica de (terapeutas matrimoniales y familiares, psicólogos educativos con licencia, trabajadores sociales clínicos o consejeros clínicos profesionales).

Puede comunicarse con la junta en línea en www.bbs.ca.gov o llamando al (916) 574-7830.

Date

PATIENT/PARENT/PERSONAL REPRESENTATIVE SIGNATURE

FOR NVIH USE ONLY:

PATIENT NAME DOB HRN

Northern Valley Indian Health

YOUR HEALTH. OUR MISSION.

Poliza De Citas

PROPOSITO

Para mantener una atención al paciente de calidad y un acceso oportuno a la atención, se deben seguir las siguientes pautas establecidas con respecto a las citas con las clínicas de atención medica de NVIH:

POLIZA

Citas de Nuevo Pacientes:

1. Nuevos pacientes que no pueden mantener su cita inicial programada deben notificar al personal de la clínica a más tardar un día antes de la cancelación prevista. No hacerlo, se considerará una cita perdida.

2. Nuevos pacientes que pierdan su cita inicial dos veces no serán reprogramados. *(El proveedor principal o el director del departamento pueden autorizar excepciones.)

Citas para Pacientes Establecidos:

1. Pacientes que no pueden mantener su cita programada deben notificar al personal de la clínica a más tardar un día antes de la cancelación prevista. No hacerlo, se considerará una cita perdida.

2. Llegar más de diez minutos tarde para una cita puede resultar en que el Proveedor de la Clínica determine si el paciente falto a la cita programada y se contara como una cita perdida. (no-show).

3. Una llegada tarde para cualquier cita hecha el mismo día de 15 minutos o menos no se verá por el Proveedor debido al tiempo limitado y se considerará una cita perdida.

4. Pacientes serán considerados un paciente de alto riesgo si se pierde dos citas seguidas con un periodo de 12 meses y puede recibir una notificación de NVIH con información sobre la futura incapacidad de reservar horarios individuales para citas programadas. La notificación informara al paciente la opción de ser visto como un paciente en espera o el mismo día, según este disponible.

5. Si después de tres citas perdidas en un periodo de 6 meses, un paciente continúa perdiendo citas, el paciente puede ser despedido de los servicios clínicos asociados por complete como resultado directo de “no cumplir con el tratamiento”, a criterio de los proveedores de la Clínica. Se considerará la opción de paciente en espera o en el mismo día para paciente Nativo Americanos. **

6. Si se le permite al paciente continuar después de tres citas perdidas en un periodo de 6 meses y continúa perdiendo citas futuras, el paciente será despedido de los servicios clínicos asociados a discreción del Director del Departamento. Se considerará una opción de paciente en espera o en el mismo día para pacientes Nativos Americanos. **

Northern Valley Indian Health

YOUR HEALTH. OUR MISSION.

Poliza De Citas

DEFINICIONES

Nuevo Paciente: Una persona que no ha sido registrada previamente en el sistema NVIH; o, un paciente que se ha registrado dentro del sistema NVIH, pero no ha tenido una cita establecida; o, un paciente que se ha registrado dentro del sistema NVIH pero que no ha sido in paciente activo durante al menos tres años.

En espera: El paciente se programará en un intervalo de tiempo que se co3nsideraría un espacio reservado doblemente. El personal trabajara eficientemente para sentar/ acomodar al paciente de manera oportuna. El paciente debe esperar tener un retraso para ver al proveedor. El tipo de visita probablemente tendrá un enfoque limitado dependiendo del tiempo disponible. (p.ej. El tratamiento dental puede limitarse a un examen limitado/tratamiento menor).

El mismo día: El paciente llamara el mismo día y se le informara sobre la disponibilidad/hora de llegada para una cita del mismo día. El personal trabajara eficientemente para sentar/ acomodar al paciente de manera oportuna, pero pueden ocurrir retrasos menores.

* Los pacientes Nativos Americanos serán colocados en una opción de espera o el mismo día.
**Se considerará el despido de pacientes, de acuerdo con la Póliza de Terminación de Pacientes.

Reconocimiento del Paciente:

Por lo presente, reconozco que se me ha dado la oportunidad de revisar la Póliza de Citas y recibir una copia si así lo solicita.

Imprima Nombré del Paciente:_____Fecha de Nacimiento:_____

Firma Paciente/ Tutor Legal:_____Fecha:_____

****

NVIH Use Only:
HRN: _____

Aviso de prácticas de privacidad

SU INFORMACIÓN.
SUS DERECHOS.
NUESTRAS
RESPONSABILIDADES.

Northern Valley
Indian Health

YOUR HEALTH. OUR MISSION.

www.nvih.org

En este aviso se describe cómo puede utilizarse y divulgarse su información de salud y cómo puede acceder a ella. **Revise atentamente la siguiente información.**

SUS DERECHOS

Consulte la página 4 para obtener más información.

Tiene derecho a:

- Consultar y copiar cierta información de salud
- Una copia electrónica de los registros electrónicos
- Un aviso de infracciones
- Solicitar una restricción sobre cómo se utiliza o divulga su información
- Solicitar una enmienda
- Solicitar comunicaciones confidenciales
- Lista de comunicaciones
- Obtener una copia impresa del aviso de prácticas de privacidad de NVIH
- Elegir a alguien que actúe en su nombre
- Presentar una queja si considera que se han vulnerado sus derechos

NUESTRAS RESPONSABILIDADES

Consulte la página 6 para obtener más información.

La ley obliga a NVIH a:

- Mantener la privacidad de su información de salud
- Informarle sobre nuestras prácticas de privacidad
- Notificarle si no podemos aceptar una restricción solicitada
- Atender solicitudes razonables de comunicaciones alternativas
- Cumplir los términos de este aviso o de cualquier revisión posterior

NUESTROS USOS Y DIVULGACIONES

Consulte la página 6 para obtener más información.

Podemos utilizar y compartir su información:

- Para su tratamiento
- Para fines de pago
- Para operaciones de la atención médica
- Con los socios comerciales de NVIH
- Con su representante personal o tutor legal
- Para servicios de interpretación
- Para responder a las solicitudes de obtención de órganos
- Para recordatorios de citas y otras prestaciones y servicios relacionados con la salud
- Para fines de indemnización laboral
- Para ayudar en actividades de salud pública
- Para cumplir con actividades de agencias del orden público
- Para actividades realizadas por agencias de supervisión sanitaria
- Para avisos de infracciones de datos exigidas por ley
- Para otras actividades, según su autorización

CONOZCA SU INFORMACIÓN DE SALUD

Cada vez que visita un centro de Northern Valley Indian Health (NVIH) para recibir servicios, se elabora un registro de su visita. Si es remitido por NVIH a través del programa Purchased Referred Care (PRC, por sus siglas en inglés), NVIH también lleva un registro de su visita al PRC.

Por lo general, este registro contiene los síntomas, el examen, los resultados de las pruebas, los diagnósticos, el tratamiento y un plan de atención médica futura. Esta información, frecuentemente denominada "registro de salud", sirve como:

- Plan para su atención médica y tratamiento, y como fuente de comunicación entre los profesionales sanitarios.
- Herramienta que podemos utilizar para revisar los resultados y trabajar continuamente para mejorar la atención médica.
- Medio por el cual Medicare, Medicaid o los pagadores de seguros privados pueden verificar los servicios facturados.
- Herramienta para la formación de los profesionales médicos.
- Fuente de información para las autoridades de salud pública encargadas de mejorar la salud.
- Fuente de datos para la investigación médica, la planificación de instalaciones y la comercialización.
- Documento legal que describe su atención médica.

Comprender el contenido de su registro de salud y cómo se utiliza la información le ayuda a:

- Garantizar su precisión.
- Comprender mejor por qué otras personas pueden revisar su información de salud.
- Tomar una decisión informada a la hora de autorizar divulgaciones.

SUS DERECHOS EN MATERIA DE INFORMACIÓN DE SALUD

Aunque su registro de salud es propiedad física de NVIH, la información le pertenece. Tiene derecho a:

Consultar y copiar cierta información de salud. Si solicita una copia de la información, podemos, según lo permita la legislación vigente, cobrarle una tarifa razonable por los gastos de copia, envío por correo u otros suministros relacionados con su solicitud. Podremos denegar su solicitud de consulta y copia en determinadas circunstancias muy limitadas. Si se le deniega el acceso a su información de salud, podrá, con limitadas excepciones, solicitar que se revise la denegación presentando una solicitud por escrito al funcionario de privacidad en virtud de la Ley de Responsabilidad y Transferibilidad de Seguros Médicos (HIPAA, por sus siglas en inglés).

Registros electrónicos si su información de salud se conserva en formato electrónico. Haremos todo lo posible para proporcionarle acceso a su información de salud en la forma o formato que lo solicite.

Aviso de infracción si se ha producido un acceso o divulgación sin autorización de su información de salud.

Solicitar una restricción de la información que utilizamos o divulgamos sobre usted: (1) para tratamiento, pago u operaciones de la atención médica; o (2) a alguien que participe en su atención, como un familiar o amigo. NVIH no está obligado a acceder a su solicitud, pero si lo hacemos cumpliremos con su solicitud a menos que la información sea necesaria para prestarle servicios de emergencia. Además, si pagó de su bolsillo la totalidad de un artículo o servicio específico, puede solicitar que su información de salud con respecto a dicho artículo o servicio no se divulgue a un plan de salud con fines de pago u operaciones de la atención médica y cumpliremos con dicha solicitud.

Solicite una enmienda si considera que la información de salud que tenemos sobre usted es incorrecta o está incompleta. Podemos denegar su solicitud de enmienda en determinadas situaciones limitadas. Si denegamos su solicitud, tiene derecho a presentarnos una declaración de desacuerdo.

Solicite comunicaciones confidenciales de una manera diferente o en un lugar diferente (por ejemplo, puede pedir que nos comuniquemos con usted en una ubicación distinta a su domicilio o por un medio de comunicación diferente, como el teléfono o el correo).

Una lista de las Divulgaciones realizadas por NVIH sobre su información de salud. La primera lista que solicite dentro de un período de 12 meses se proporcionará sin cargo, pero las solicitudes posteriores dentro del mismo período podrán estar sujetas al pago de una tarifa.

Obtenga una copia impresa del Aviso de Prácticas de Privacidad de NVIH si la solicita, incluso si ha aceptado recibir este aviso en forma electrónica.

Elija a alguien para que actúe en su nombre si le ha otorgado a alguien un poder notarial para cuestiones médicas o si tiene un tutor legal. Nos aseguraremos de que la persona tenga la autoridad para ejercer sus derechos y tomar decisiones sobre su información de salud antes de tomar cualquier medida.

Presente una queja si cree que se han vulnerado sus derechos. Puede presentar una queja si cree que hemos vulnerado sus derechos comunicándose con nosotros a la información que figura en la última página de este folleto. Puede presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE.UU. enviando una carta a 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201, llamando al 1-877-696-6775 o visitando www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/. No tomaremos represalias contra usted por presentar una queja.

RESPONSABILIDADES DE NVIH

La ley obliga a NVIH a:

- Mantener la privacidad de su información de salud.
- Informarle sobre nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad con respecto a la información protegida de salud.
- Cumplir los términos de este aviso o de cualquier revisión posterior del mismo. NVIH se reserva el derecho de modificar sus prácticas de privacidad y de aplicar las disposiciones nuevas a toda la información de salud que conserve. NVIH publicará todo aviso de prácticas de privacidad revisado en lugares públicos de sus centros de atención médica y en su sitio web, www.nvih.org.

CÓMO PUEDE NVIH UTILIZAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN DE SALUD

Podremos utilizar y divulgar su información de salud sin su permiso para facilitar su tratamiento médico, pagar el tratamiento médico, otras operaciones de la atención médica y según lo permita o exija la legislación vigente. Debemos obtener su autorización por escrito para cualquier otro uso y divulgación de su información de salud. No podemos tomar represalias contra usted si se niega a firmar una autorización o a revocar una autorización que había dado anteriormente. Las siguientes categorías describen cómo podemos utilizar y divulgar su información de salud:

Para tratamiento. Utilizaremos y divulgaremos su información de salud para prestarle tratamiento médico o ayudar a otros proveedores a tratarle. Por ejemplo:

- Su información personal se registrará en su registro de salud y se utilizará para determinar el curso de su tratamiento. Su proveedor de atención médica documentará en su registro de salud sus instrucciones a los integrantes de su equipo médico. Las medidas tomadas y las observaciones realizadas por los integrantes de su equipo médico se registrarán en su registro de salud para que su proveedor de atención médica sepa cómo está respondiendo al tratamiento.

Para fines de pago. Utilizaremos y divulgaremos su información de salud con fines de pago. Por ejemplo:

- Si tiene un seguro privado, cobertura Medicare o Medicaid, se enviará una factura a su plan de salud para que efectúe el pago. La información que figure en la factura o que la acompañe incluirá datos que le identifiquen, así como su diagnóstico, los procedimientos y los suministros utilizados para su tratamiento.

Para operaciones de la atención médica. Utilizaremos y divulgaremos sus información de salud para operaciones de la atención médica. Por ejemplo:

- Podemos utilizar su información de salud para evaluar los resultados de su atención médica y tratamiento con nuestro equipo encargado de mejora de la calidad. Esta información se utilizará para mejorar continuamente la calidad y eficacia de los servicios que prestamos.

Intercambio de información de salud (HIE, por sus siglas en inglés). NVIH podrá participar en servicios de HIE. Puede autorizar a NVIH a poner su información de salud a disposición electrónicamente a través de una red de intercambio de información a otros proveedores involucrados en su atención que soliciten su información de salud. Encontrará más información en http://www.ihs.gov/hie/

Registro personal de salud. NVIH le ofrece la posibilidad de acceder electrónicamente a su registro personal de salud (PHR, por sus siglas en inglés) a través del Portal del Paciente. PHR es una aplicación sitio web seguro que permite al paciente acceder a su información de atención médica.

De manera directa. NVIH podrá compartir su información de salud, según esté permitido, utilizando la red de comunicación de proveedor a proveedor.

Con socios comerciales: NVIH proporciona algunos servicios de atención médica y funciones relacionadas mediante el uso de contratos con socios comerciales. Por ejemplo, NVIH puede tener contratos para la transcripción médica. Cuando se contratan estos servicios, NVIH puede divulgar su información de salud a socios comerciales para que puedan realizar su trabajo. Nuestros socios comerciales están obligados a proteger y resguardar su información de salud de conformidad con todas las leyes federales aplicables.

Con personas involucradas en su atención médica: NVIH podrá notificar a su familia sobre su ubicación o condición general. NVIH también podrá proporcionar su información de salud a una persona involucrada en su atención médica o que ayude a pagarla, como un familiar o amigo, a menos que nos notifique que se opone, o cuando esté incapacitado o en caso de emergencia. Si no está disponible o no puede oponerse, utilizaremos nuestro mejor criterio para decidir si la divulgación es en su beneficio. También podemos aplicar criterios profesionales similares sobre sus mejores intereses que permitan a otra persona recoger cosas como sus recetas surtidas, suministros médicos y radiografías. También puede haber circunstancias en las que podamos suponer, basándonos en nuestro criterio profesional, que no se opondría, como cuando su cónyuge entra con usted en una sala de examen durante el tratamiento.

Adultos y menores emancipados con representantes personales o tutores legales: NVIH tratará a un representante personal o tutor legal de una persona que haya sido declarada incapaz debido a una incapacidad física o mental por un tribunal de jurisdicción competente, a los efectos del uso y divulgación de la información de salud de la persona.

Intérpretes: a fin de prestarle la atención médica y los servicios adecuados, NVIH podrá utilizar los servicios de un intérprete. Esto puede requerir el uso o la divulgación de su información de salud personal al intérprete.

Transcripción médica: para mejorar la documentación clínica, puede autorizar a NVIH a grabar audio y otros datos durante su consulta médica. La información se transcribe, se almacena en su registro de salud y se utiliza como referencia para su tratamiento.

Investigación: NVIH podrá utilizar o divulgar su información de salud para fines de investigación aprobados por una Consejo de Revisión Institucional de NVIH que haya revisado la propuesta de investigación y establecido protocolos para garantizar la privacidad de su información de salud. NVIH también podrá utilizar o divulgar su información de salud con fines de investigación según su autorización escrita.

Usos y divulgaciones sobre personas fallecidas: cuando una persona haya fallecido, NVIH podrá divulgar información de salud sobre el fallecido cuando así lo exija la legislación vigente y a las siguientes categorías de individuos:

- Un familiar, representante personal u otras personas autorizadas responsables de la atención del fallecido, según corresponda por su responsabilidad por dicha atención médica, a menos que sepamos que hacerlo sería incompatible con las preferencias expresadas previamente por el fallecido.
- Un médico forense o examinador médico con el fin de identificar a una persona fallecida, determinar la causa de la muerte u otras tareas autorizadas por la ley.
- Los directores de funerarias, de conformidad con la legislación vigente, en la medida necesaria para el desempeño de sus funciones.

Organizaciones de obtención de órganos: De conformidad con las leyes aplicables, NVIH podrá utilizar o divulgar su información de salud a organizaciones de obtención de órganos u otras entidades dedicadas a la obtención, almacenamiento o trasplante de órganos con el fin de facilitar la donación y el trasplante de órganos, ojos o tejidos.

Recordatorios de citas, alternativas de tratamiento y otras prestaciones y servicios relacionados con la salud: podemos ponernos en contacto con usted para recordarle una cita, para hablar de una cita a la que no ha acudido y para proporcionarle información sobre alternativas de tratamiento u otras prestaciones y servicios relacionados con la salud que le puedan interesar.

La Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés): NVIH puede utilizar o divulgar su información de salud a la FDA en relación con un producto o actividad regulada por la FDA. Por ejemplo, podremos divulgar a la FDA información relativa a acontecimientos adversos relacionados con alimentos, suplementos dietéticos, defectos o problemas de productos, e información necesaria para el seguimiento de productos regulados por la FDA, o para llevar a cabo retiros de productos, reparaciones, sustituciones, búsquedas (incluida la localización de personas que han recibido productos que han sido retirados del mercado o confiscados), o vigilancia posterior a la comercialización.

Indemnización de los trabajadores: NVIH podrá utilizar o divulgar su información de salud con fines de indemnización laboral según lo autorice o exija la legislación vigente.

Salud pública: NVIH puede utilizar o divulgar su información de salud a una autoridad de salud pública u otra autoridad gubernamental autorizada para actividades de salud pública de la siguiente manera:

- Para prevenir o controlar enfermedades, lesiones o discapacidades, o llevar a cabo vigilancia, investigaciones e intervenciones de salud pública.
- Para denunciar casos de abuso o abandono infantil.
- Para denunciar otros casos de abuso, abandono o violencia intrafamiliar (distintos del maltrato infantil).
- A una persona que pueda haber estado expuesta a una enfermedad transmisible o que pueda correr el riesgo de contraer o propagar una enfermedad o condición, cuando así lo autorice la legislación vigente.
- Al empleador de la persona, en relación con una enfermedad o lesión relacionada con el trabajo o una vigilancia médica relacionada con el lugar de trabajo, o según lo requiera o permita la legislación vigente.
- A la escuela o posible escuela de la persona para obtener una prueba de inmunización, si dicha prueba es requerida por la ley aplicable y obtenemos el acuerdo de uno de los padres, tutor legal u otra persona legalmente responsable del individuo (o del individuo si se trata de un adulto o menor emancipado).

Institución penitenciaria: si es recluso de una institución correccional, NVIH podrá utilizar o divulgar a la institución la información de salud necesaria para su salud así como para la salud y seguridad de otras personas.

Cumplimiento de la ley: NVIH podrá utilizar o divulgar su información de salud para actividades de cumplimiento de la ley, según lo requiera o autorice la ley vigente. Dichas situaciones incluyen las siguientes:

- Para informar de ciertos tipos de heridas o lesiones.
- En respuesta a una resolución judicial, citación, orden de detención u otro proceso similar.
- Para identificar o localizar a un sospechoso, fugitivo, testigo material o persona desaparecida.
- Si se cree que es víctima de un delito y un agente del orden público solicita información sobre usted y no podemos obtener su consentimiento debido a incapacidad u otra emergencia y si determinamos que dicha divulgación sería en su beneficio.
- Sobre un fallecimiento que creamos que puede haber sido consecuencia de una conducta delictiva.
- Para informar de un delito cometido en las instalaciones de NVIH.
- En circunstancias de emergencia, para informar sobre un delito, la ubicación de un delito o de las víctimas, o la identidad, descripción o ubicación de la persona que cometió el delito.

Militares y veteranos: si es integrante de las fuerzas armadas, NVIH podrá utilizar o divulgar su información de salud, de ser necesario, a las autoridades de comando militar correspondientes o para determinar los requisitos y restricciones para recibir beneficios, según lo autorice la ley vigente.

Autoridades de supervisión médica: NVIH podrá utilizar o divulgar su información de salud a las agencias de supervisión de salud para actividades autorizadas por la ley aplicable. Estas actividades de supervisión incluyen: investigaciones, auditorías, inspecciones y otras acciones. Estos datos son necesarios para que el gobierno monitoree el sistema de atención médica y los programas de prestaciones gubernamentales, entre otros requisitos. La legislación vigente obliga a NVIH a divulgar información de salud al secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS, por sus siglas en inglés) para investigar o determinar el cumplimiento de las normas de privacidad de la HIPAA.

Circunstancias imperiosas: NVIH podrá utilizar o divulgar su información de salud en ciertas otras situaciones que impliquen circunstancias imperiosas que afecten la salud o la seguridad de una persona. Por ejemplo, en determinadas circunstancias:

- Podremos divulgar información de salud que consideremos necesaria para prevenir o disminuir una amenaza grave e inminente a la salud o seguridad de una persona.
- Podemos utilizar o divulgar información de salud en el curso de procedimientos judiciales y administrativos si así lo exige o autoriza la legislación vigente.
- Podemos utilizar o divulgar información de salud durante una catástrofe y con fines de socorro en caso de catástrofe.
- Podremos realizar cualquier otra divulgación exigida por la legislación vigente.

Para fines de aviso de infracciones de datos. Podemos utilizar o divulgar su información de salud para proporcionar avisos legalmente requeridos de acceso sin autorización o divulgación de su información de salud.

Se requiere autorización. NVIH utilizará o divulgará su información de salud únicamente con su autorización por escrito en las siguientes circunstancias:

- Cualquier uso o divulgación de sus notas de psicoterapia; excepto que no necesitamos su autorización escrita para utilizar dichas notas para tratamiento, pago u operaciones de la atención médica, ni en otras circunstancias limitadas requeridas o permitidas por la legislación vigente.
- Cualquier uso o divulgación de su información de salud para fines comerciales; excepto que no necesitamos su autorización por escrito para comunicaciones presenciales o para entregarle regalos promocionales con valor nominal.
- La venta de su información de salud.

No infracción de este Aviso: NVIH no infringe este Aviso ni la Regla de Privacidad de la HIPAA si alguno de sus empleados o sus contratistas (socios comerciales) divulga información protegida de salud en las siguientes circunstancias:

- *Divulgaciones por parte de denunciantes a:*
  - una autoridad de salud pública o autoridad de supervisión de salud autorizada por la legislación vigente para investigar o supervisar de otro modo la conducta, las condiciones o las sospechas de infracciones pertinentes, o una organización de acreditación de atención médica adecuada con el fin de informar la acusación de incumplimiento de las normas profesionales o mala conducta por parte de NVIH; o
  - un abogado en representación del integrante del personal, o contratista (asociado comercial), o contratado por el integrante del personal o contratista (asociado comercial) con el fin de determinar sus opciones legales en relación con la presunta infracción.
- *Divulgación por parte de víctimas de delitos de integrantes del personal:* En determinadas circunstancias, un integrante del personal de NVIH (ya sea empleado o contratista) que sea víctima de un delito, dentro o fuera de las instalaciones de NVIH, podrá divulgar información sobre el sospechoso a un funcionario encargado de hacer cumplir la ley, siempre que la información divulgada sea sobre el sospechoso que cometió el acto delictivo y se limite a identificar y localizar al sospechoso..

Todos los demás usos y divulgaciones no descritos en el presente aviso se realizarán únicamente con su autorización por escrito, que se podrá revocar posteriormente por escrito en cualquier momento. Para revocar su autorización, entregue una revocación por escrito al responsable de privacidad de la HIPAA. Si revoca su autorización, dejaremos de utilizar o divulgar su información de salud según lo permitido mediante su autorización por escrito, excepto en la medida en que ya hayamos utilizado o divulgado su información de salud en virtud de su autorización, o la autorización se haya obtenido como condición para obtener cobertura de seguro y la compañía aseguradora tenga derecho legal a impugnar una reclamación en virtud de la póliza o la propia póliza. Para ejercer los derechos que le confiere el presente aviso, solicitar más información o notificar un problema, comuníquese con el funcionario de privacidad en virtud de la HIPAA en:

Oficial de Privacidad de HIPAA
257 N Butte Street, Willows, CA 95988
(530) 330-8800

Si considera que se han vulnerado sus derechos a la intimidad, puede presentar una queja por escrito a las personas arriba indicadas o al secretario de Salud y Servicios Humanos, Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE.UU., Washington, D.C. 20201. No habrá represalias por presentar una queja.

Fecha efectiva: 1 de febrero de 2024.

OCHO UBICACIONES DE SERVICIO

● MÉDICO ● SERVICIOS DE SALUD CONDUCTUAL ● DENTAL

CHICO

Chico – Cohasset Road ● ● ●
DENTAL AND WOMEN'S HEALTH CENTER
500 Cohasset Road, Suite 15 | (530) 433-2500

Chico – Concord Ave ● ●
1990 Concord Ave. | (530) 809-3300

Chico – East Ave ● ● ●
845 W. East Ave. | (530) 896-9400

Chico – Springfield Drive ● ●
CHILDREN'S HEALTH CENTER
1515 Springfield Drive #175 | (530) 781-1440

Mobile Dental Clinic ●
(530) 520-6913

RED BLUFF

Red Bluff ●
2500 N. Main St. | (530) 529-2567

WILLOWS

Willows ● ● ●
207 N. Butte St. | (530) 934-4641

WOODLAND

Woodland – Court Street ● ●
175 W. Court St. | (530) 661-4400

Woodland – Gibson Road ● ●
1280 E. Gibson Rd. | (530) 650-4500

Esta guía es proporcionada por Northern Valley Indian Health, Inc.

Northern Valley Indian Health

YOUR HEALTH. OUR MISSION.

www.nvih.org

facebook.com/northernvalleyindianhealth @northernvalleyindianhealth