

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

(Solo para uso de NVIH) Nombre del paciente: _____ N.º 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.º de suscriptor:	N.º de grupo:	
Nombre del titular de la póliza:	<input type="checkbox"/> Yo	Fec. nac. del titular de la póliza:
N.º de identificación de Medicaid:		
2) Seguro secundario:		
Nombre del titular de la póliza:	<input type="checkbox"/> Yo	Fec. nac. del titular de la póliza:
3) Seguro terciario (póliza de terceros):		
Garante/Persona responsable del pago		
<input type="checkbox"/> YO <input type="checkbox"/> Otro paciente o persona <i>de ser así, complete esta parte. De lo contrario, marque YO</i>		
Nombre:	Fec. nac.:	
Dirección:		
Teléfono:	Trabajo:	
Relación con el paciente:		

(Solo para uso de NVIH) Nombre del paciente: _____ N.º 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.º 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

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

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.

Firma del paciente o representante del paciente

Fecha

Hora a. m. p. m.

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.

Firma del paciente o representante del paciente

Fecha

Hora a. m. p. m.

Firma del representante al paciente

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



Antecedentes Médicos Pediátricos

Nombre del paciente: _____ Fec. Nac.: _____ HRN: _____

Nombre completo de la madre: _____ Fec. Nac.: _____

Nombre de soltera de la madre: _____

Nombre completo del padre: _____ Fec. Nac.: _____

Nombre del tutor (si corresponde): _____

Relación con el niño: _____

¿En la actualidad el niño está en un hogar de acogida? Sí No ¿Alguna vez el niño ha estado en un hogar de acogida? Sí No

¿Quién vive con su hijo? _____

Incluya los nombres de sus hermanos (nombre y apellido) y fecha de nacimiento

Nombre	Fec. Nac.

Incluya los medicamentos y las dosis actuales y la frecuencia de la medicación

¿Es alérgico? Sí No Si responde Sí, especifique a continuación:

Alimentos: _____

Medicamentos: _____

Insectos: _____

Otros: _____

Antecedentes Médicos Pediátricos

Nombre del paciente: _____ **HRN** (historia clínica): _____

Datos sobre el nacimiento:

Peso al nacer: _____ Parto normal Cesárea Hospital donde nació: _____

Problemas: Ictericia Disnea y/o falta de oxígeno Parto de nalgas

Estada en la sala de recién nacidos más de 3 días Otros: _____

Diagnóstico en curso: _____

Antecedentes médicos del niño (marque las enfermedades/afecciones positivas):

<input type="checkbox"/> TDAH/problemas conductuales	<input type="checkbox"/> Problemas oculares/de la vista
<input type="checkbox"/> Anemia (hierro bajo)	<input type="checkbox"/> Eczema (piel seca)
<input type="checkbox"/> Alergias - Estacionales	<input type="checkbox"/> Convulsiones con o sin fiebre
<input type="checkbox"/> Asma/sibilancias	<input type="checkbox"/> Problemas en los riñones/vejiga/intestino
<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Problema cardíaco/soplo cardíaco
<input type="checkbox"/> Retraso del desarrollo	<input type="checkbox"/> Otros
<input type="checkbox"/> Problemas del oído/auditivos	<input type="checkbox"/> Otros

Estada de una noche en el hospital/cirugías: Sí No **Si responde Sí, indique el motivo y la fecha:**

1.
2.
3.

Antecedentes familiares (marque todo lo que corresponda):

	Padre	Madre	Abuelos paternos	Abuelos maternos	Hermanos
Asma					
Alergias					
Defectos de nacimiento					
Cáncer					
Convulsiones					
Cardiopatía					
Hipertensión arterial					
Nefropatía					
TDAH					
Ansiedad/depresión					
Consumo de sustancias					
Enfermedad tiroidea					
Diabetes					
Otros					

Completado por: _____ Fecha: _____



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 faltó 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 Nativos 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: _____



Northern Valley Indian Health

YOUR HEALTH. OUR MISSION.

AUTORIZACIÓN PARA SOLICITAR ATENCIÓN MÉDICA

Fecha: _____

En mi carácter de padre/madre o tutor de _____, autorizo a
(Nombre del paciente en letra de molde)

_____ para solicitar atención médica para mi hijo/a
(Nombre de familiar or amigo en letra de molde)

desde _____ hasta _____. También presto mi consentimiento para
(fecha de inicio) (fecha de finalización)

cualquier tipo de tratamiento médico o procedimiento al que deba someterse mi hijo/a por parte de un profesional médico autorizado, ya sea porque así se requiera o porque sea aconsejable para el bienestar de mi hijo/a.

Esta solicitud será válida por el término de un año. Será responsabilidad del padre/madre o tutor informar a Northern Valley Indian Health acerca de cualquier tipo de cambio que se produzca.

De conformidad con lo establecido previamente, solicito no ser informado por adelantado de la naturaleza y el carácter del tratamiento propuesto, sus resultados, posibles alternativas, y los riesgos, las complicaciones y ventajas previstas del tratamiento propuesto, y de las formas alternativas de tratamiento, incluida la opción de no recibir tratamiento alguno.

Nombre del padre/madre/tutor (en letra de molde):

Firma del padre/madre/tutor: _____ Fecha: _____

PARA USO EXCLUSIVO DE NVIH:

_____ HRN
(Nombre del paciente)

AUTORIZACIÓN PARA UTILIZAR Y DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA

COMPLETE TODAS LAS SECCIONES, COLOQUE LA FECHA Y FIRME

Por la presente, autorizo en forma voluntaria que se divulgue información de mi historia médica.

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: ____ - ____ - ____

I.

Esta información será divulgada por: NOMBRE DEL CENTRO	Y deberá entregarse a o discutirse con: NOMBRE DE LA PERSONA/CENTRO
DIRECCIÓN	DIRECCIÓN
CIUDAD/ESTADO	CIUDAD/ESTADO
Número de teléfono:	Número de teléfono:
Número de FAX:	Número de FAX:

II. Esta información se divulga por el motivo o la razón que se indica a continuación:

III. Se divulgará la siguiente información de mi historia médica: (Marque lo que corresponda)

<input type="checkbox"/> Por defecto incluye toda la información de este recuadro	<input type="checkbox"/> Último Pap	<input type="checkbox"/> Lista de medicamentos
<input type="checkbox"/> Notas: Último año	<input type="checkbox"/> Última Mamografía	<input type="checkbox"/> Radiología: Último año
	<input type="checkbox"/> Laboratorio: Último año	<input type="checkbox"/> ECG: Último año

<input type="checkbox"/> Otro: _____	<input type="checkbox"/> Notas de todos los procedimientos	<input type="checkbox"/> Notas de especialistas de últimos 3 años
<input type="checkbox"/> Toda la historia médica	<input type="checkbox"/> Solo información relacionada con (especifique): _____	
<input type="checkbox"/> Rango de fecha: _____ a _____		
<input type="checkbox"/> Notas de psicoterapia SOLAMENTE (al marcar este casillero, renuncio a la obligación de confidencialidad entre psicoterapeuta y paciente)		

Medio por el que desea que se divulgue la información: e-mail Fax Papel Oral

Si desea que se divulgue por e-mail, indique la dirección de e-mail _____

Si desea que se realice alguna divulgación sobre la siguiente información sensible, marque los casilleros que correspondan:

- Tratamiento por drogadicción/alcoholismo
- Tratamientos relacionados con el VIH/SIDA
- Enfermedades de transmisión sexual
- Salud mental (Además de las notas de psicoterapia)

Nombre _____ HRN (HISTORIA MÉDICA Nº) _____

IV.

Entiendo que podré revocar esta autorización en cualquier momento entregando un documento escrito al *Health Records Department*, salvo cuando dicha divulgación se hubiera realizado basándose en esta autorización, cuando esta autorización se hubiera obtenido como condición para contratar una cobertura de seguro o una póliza de seguro, o cuando otra ley otorga al asegurador el derecho a impugnar un reclamo realizado según la póliza. Si la presente autorización no se revoca, caducará al cumplirse un año de su firma, salvo que yo hubiera establecido una fecha de vencimiento distinta o un hecho que produzca el vencimiento de la autorización. _____

Entiendo que NVIH no me exigirá firmar esta autorización como condición para recibir tratamiento ni para ser elegible para recibir atención, salvo que dicha atención: (1) esté relacionada con una investigación o (2) se brinde con el único propósito de crear Información Médica Protegida para su divulgación a un tercero.

Entiendo que de acuerdo con la Ley de Confidencialidad de la Información Médica de California (CMIA) [Código Civil, Sección 56.13], el receptor de mi información médica no podrá realizar nuevas divulgaciones de esa información, salvo que el receptor me solicite autorización para hacerlo o que la ley exija dicha divulgación. En aquellos casos en que no aplique la ley CMIA, la información divulgada de acuerdo con esta autorización podrá volver a ser divulgada por el receptor y dejará de estar protegida por las Normas de Privacidad de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro de Salud (HIPAA) [45cfr Parte 164].

Toda la información relativa a drogadicción y alcoholismo está protegida por la Ley de Servicios de Salud Pública (42 CFR 2.1-2.67). El receptor de la información médica sobre drogadicción o alcoholismo debe cumplir con lo dispuesto en la Ley de Servicios de Salud Pública (42 CFR 2.1-2.67). Específicamente, estas normas indican que queda prohibido realizar futuras divulgaciones de esta información salvo que se tenga el consentimiento expreso por escrito de la persona a quien se refiere la información o salvo que la Ley de Servicios de Salud Pública (42 CFR 2.1-2.67) lo permita. El consentimiento expreso escrito debe cumplir con lo dispuesto por la Ley de Servicios de Salud Pública (42 CFR 2.1-2.67). Para obtener información médica sobre alcoholismo y drogadicción para llevar a cabo una investigación criminal de un paciente es necesario tener una orden judicial.

_____ Fecha _____
Firma del paciente o firma del representante autorizado (Indique la relación con el paciente)

Esta información debe divulgarse únicamente con los fines establecidos anteriormente y no podrá ser utilizada por el receptor con otros fines. Toda persona que intencionalmente solicite u obtenga registros sobre una persona bajo falso pretexto incurrirá en un delito (5 USC 552a (I) (3)).

Personal de NVIH que procesó la información: _____ **Fecha:** _____

El paciente tiene derecho a una copia de esta autorización

NOMBRE _____ **HRN (HISTORIA MÉDICA Nº)** _____