



Northern Valley Indian Health

YOUR HEALTH. OUR MISSION.

Estimado Paciente:

¡BIENVENIDO!

Gracias por elegir a Northern Valley Indian Health, Inc. para su cuidado de salud oral. Nuestro equipo se dedica a proporcionarle el cuidado gentil y personalizado que usted se merece. Esta carta da contestación a algunas de las preguntas más comunes de nuevos pacientes. Esperamos que le sea útil esta información.

¿Recibiré un recordatorio de mi cita?

Usamos un sistema de llamadas automatizado para recordatorios de citas. El sistema automatizado le llamará dos días antes de su cita o le enviará un mensaje de texto a su teléfono móvil un día antes.

¿Puedo detener los recordatorios de cita?

Los pacientes son inscritos a estos recordatorios automáticamente durante el proceso para nuevos pacientes. Sin embargo, usted puede detener uno o ambos recordatorios. Este cambio se puede efectuar hablando con nuestro personal de recepción.

¿Y qué si no puedo asistir a mi cita?

Entendemos que pudieran ocurrir situaciones en ese mundo atareado que son mas allá de su control. Si necesita reprogramar o cancelar su cita programada, es nuestra política que recibamos notificación antes de las 12:00 pm un día hábil antes de su cita. Este aviso nos permite operar de manera eficaz y utilizar el tiempo reservado para ayudar a otros pacientes necesitados. Aquellas notificaciones recibidas después de las 12:00 p.m. se considerarán faltas de cita.

¿Y qué si pierdo mi cita?

Las citas perdidas o citas que se cancelan el mismo día de la cita son documentadas como faltas de cita. Faltas de citas futuras pudieran ponerlo en riesgo de ser despedido por completo.

¿Cuándo debería llegar a mi cita?

Pedimos que llegue 30 minutos antes de su nueva cita con todos sus formularios completados. Esto nos permite suficiente tiempo para completar el proceso de registro para nuevos pacientes.

¿Y qué si no puedo llegar 30 minutos antes de mi cita?

Si no puede llegar 30 minutos antes de su cita para pacientes nuevos, haga favor de llamarnos. Tenga en cuenta: si no se presta suficiente tiempo debido a una llegada no temprana, se pudiera necesitar reprogramada la cita a otra fecha y hora.



Northern Valley Indian Health

YOUR HEALTH. OUR MISSION.

¿Qué debo traer a mi cita?

Favor de traer lo siguiente a su cita:

- Formularios completados
- Formularios de historial de salud completados (lista de medicamentos y dosis actuales)
- Tarjeta de Seguro Dental, y Tarjeta de Identificación (requerido)
- Liberación Médica, si es necesaria (por ejemplo, cirugía reciente o cirugía de reemplazo)

¿Tendré que pagar por servicio durante mi cita?

Los costos de servicios deben pagarse al momento de recibir servicio. Fracturaremos a su compañía de seguros dentales, sin embargo, cualquier porción no pagada por su compañía de seguros es su responsabilidad al momento de recibir servicio. Si su compañía de seguros le reembolsa directamente, se le requerirá pagar al momento de recibir servicio.

¿Ofrecen descuentos para pacientes sin seguro?

Si usted es un paciente que paga por su propia cuenta, sírvase preguntar a nuestra recepcionista sobre opciones para Escala de Tarifas Deslizantes y/o Servicios de Atención Bajo Crédito

Pacientes Menores de Edad: Un padre/tutor legal debe acompañar a los pacientes menores de edad.

Gracias

*por elegir a Northern Valley Indian Health Inc. para sus servicios de salud dental.
¡Es un gran placer darle la bienvenida!*

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? ☐ 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.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:	☐ Yo	Fec. nac. del titular de la póliza:	
N.º 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.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.:** _____

Medico _____ Numero de Oficina _____ Fecha del último examen _____
 Nombré del Paciente _____ Fecha de nacimiento _____ HRN _____

			Si	No	
1.	En Este momento está bajo tratamiento médico?				
2.	¿Alguna vez ha estado hospitalizado por alguna cirugía o enfermedad grave dentro de los últimos 5 años? Si es si, por favor explique:				
3.	¿Está tomando algún medicamento(s) incluyendo medicamentos sin recetas? Si es si, cuales medicamentos está tomando?				
4.	Esta su hijo/a tomando suplementos de fluoruro?				
5.	Alguna vez ha tomado Phen-Fen/Redux?				
6.	Usa alguna forma de tabaco?				
7.	Usa alguna sustancia controlada?				
8.	Usa alcohol?				
9.	Alguna vez ha tomado medicamentos Bifosfonatos?				
10.	Es alérgico o a tendió alguna reacción a algo de lo siguiente:			Si	No
	Anestésico Local (ejemplo: Novocaína)				
	Penicilina u otro				
	Sulfamida				
	Barbitúrico				
	Yodo				
	Sedante				
	Aspirina				
	Algún Metal (ejemplo: níquel, mercurio etc.)				
	Látex				
	Otro				
11.	Solamente Mujeres:			Si	No
	Está embarazada o piensa que lo puede estar?				
	Esta amamentado?				
	Está tomando anticonceptivos orales?				
TIENE O ALGUNA VEZ A TENIDO ALGUNOS DE LOS SIGUIENTES?					
		Sí	No	Si	No
Desarrollo Retrasado					
Alta Presión					
Baja Presión			Asma		
Ataque Cardíaco			Diabetes		
Marcas pasos cardiológico			Enfermedades del Riñón		
Soplo del corazón			Leucemia		
Problemas del corazón			Sida o infección del VIH		
Angina/Dolor en el pecho			Problemas del Tiroides		
Fiebre Reumática			Cansado (a) Frecuentemente		
Prolapso de válvula mitral			Anemia/células falciformes		
Desmayos/Ataques epilépticos			Trastorno Hemorrágico		
Epilepsia/Convulsiones			Enfisema		
Embolia			Artritis		
Tobillos Hinchados					

TIENE O ALGUNA VEZ A TENIDO ALGUNOS DE LOS SIGUIENTES CONTINUA					
Si			No		
			Sí No		
Infermedad Hepatica Hgado			Glaucoma		
Cancer			Perdida de peso reciente		
Fiebre del Heno/Alergias			Facilmento sin aliento		
Reemplazo o implantes de articulacion			Problemas respiratorios		
Hepatitis A B C (circular)			Desorden mental/nerviosa		
Enfermedades Transmitidas sexualmente			Tastorno nervioso mental		
Problemas estomacales/ulceras			Demencia		
Tuberculosis			Otro_____		
Terapia de Radiacion					

Historial Dental del Paciente

Dentista Anterior_____ Fecha del ultimo examen_____

Lugar del Dentista Anterior_____ Fecha de ultima limpieza_____

Ha tenido alguno de estos problemas en su quijada?	Si	No
Tronar		
Dólor (articulación,oído,lado de la cara)		
Dificultad abrir o cerrar		
Dificultad al masticar		
Sangran sus encías al cepillar o pasar el hilo dental?		
Son sus dientes sensibles a comidas/liquidos frios o calientes?		
Son sus dientes sensibles a comidas/liquidos dulces o agrios?		
Tiene lesiones o bultos en o cerca de su boca?		
Ha tenido golpes en la cabeza, cuello o quijada?		
Tiene dolores de cabeza frecuentemente?		
Aprieta o rechina los dientes?		
Muerde sus cachetes frecuentemente?		
Ha tenido dificultad o sangrado prolongado con extracciones en el pasado?		
Ha tenido tratamiento de ortodoncia?		
Usa usted placas o implantes? (circule)		
Alguna vez ha recibido instrucciones sobre higiene oral para el cuidado de sus dientes?		
El habito de su hijo/a:	Si	No
Utiliza un chupon ahora o en el pasado?		
Se a chupado el dedo ahora o en el pasado?		

Autorizacion y Liberacion

Yo certifico que he leído y comprendo la información de arriba. Las preguntas de arriba han sido contestadas correctamente. Yo comprendo que al dar falsa información puede ser peligroso para mi salud.

X_____ X_____

Firma del paciente (o padre del menor) Fecha Firma del Dentista Fecha

Nombre del Paciente:_____ DOB_____ HRN_____



Chico Clinic

845 W. East Avenue
Chico, CA 95926
(530) 896-9400
Fax: (530) 896-9407

Dental and Maternal Health Center

500 Cohasset Rd. Ste 15
Chico, CA 95926
(530) 433-2500
Fax (530) 433-2511

Children's Health Center

1515 Springfield Dr. Ste 175
Chico, CA 95928
(530) 781-1440
Fax: (530) 342-1663

Red Bluff Clinic

2500 N. Main Street
Red Bluff, CA 96080
(530) 529-2567
Fax: (530) 529-2552

Willows Clinic

207 N. Butte Street
Willows, CA 95988
(530) 934-4641
Fax: (530) 934-4081

Woodland Clinic

175 West Court Street
Woodland, CA 95695
(530) 661-4400
Fax: (530) 661-4416

Mobile Dental Clinic
530-520-6913
www.nvih.org

Northern Valley Indian Health, Inc.

PLANILLA DE MATERIAL ODONTOLOGICO

La Justa Odontológica de California está obligada por ley* a suministrar esta Plantilla de material odontológico a todos los dentistas matriculados en el estado de California. Por su parte, el dentista debe entregar esta Planilla de material odontológico a cada nuevo paciente por única vez antes de comenzar a realizar cualquier arreglo dental.

Recomendamos enfáticamente a todos los pacientes, padres, madres o tutores de pacientes que hablen con el dentista acerca de la información suministrada sobre el material que se planea utilizar para su arreglo en su tratamiento particular.

(*Código de Comercio y Profesiones – *Business and Professions Code* 1648.10-1648.20)

Acuse de recibo del paciente de la planilla de material odontológico

Yo, _____, declaro que he tenido la oportunidad de recibir de Northern Valley Indian Health, Inc. una copia de la Planilla de material odontológico.

(Firma del paciente/padre o madre/tutor) Fecha _____

(Fecha de nacimiento)

NVIH USE ONLY (PARA USO EXCLUSIVO DE NVIH):

Patient Name _____ HRN _____

Northern Valley Indian Health, Inc.



Aviso de prácticas de privacidad

**EL PRESENTE AVISO DESCRIBE EL MODO EN QUE SE PODRÁ USAR Y
DIVULGAR LA INFORMACIÓN DE SALUD SOBRE USTED Y EL MODO EN QUE
USTED PODRÁ ACCEDER A DICHA INFORMACIÓN. POR FAVOR LÉALO
ATENTAMENTE.**

Comprenda su información de salud

Cada vez que visita un centro de salud de Northern Valley Indian Health (NVIH) para recibir algún servicio, se registra su visita. Si NVIH lo refiere a otro centro de salud a través del programa *Purchased Referred Care* (PRC), NVIH también registra su visita PRC. Por lo general, se registran sus síntomas, exámenes que se le hayan realizado, resultados de análisis, diagnósticos, tratamientos y un plan de atención para el futuro. Esta información, que habitualmente se conoce como su “ficha médica”, es:

- Un plan para su atención y tratamiento y una fuente de comunicación entre profesionales de salud.
- Una herramienta que podemos utilizar para controlar sus resultados y siempre trabajar para mejorar la atención médica.
- Un medio a través del que Medicare, Medicaid o aquellos que abonan un seguro médico privado pueden consultar los servicios que se facturaron.
- Una herramienta educativa para profesionales de la salud.
- Una fuente de información para autoridades de salud pública encargadas de mejorar el sistema de la salud.
- Una fuente de información para investigaciones médicas, planificación de instalaciones y marketing.
- Un documento legal que describe su atención médica.

Si usted comprende la información que incluye su ficha y la forma en la que se utiliza esta información, podrá:

- Asegurar su exactitud.
- Comprender mejor la razón por la que otros pueden consultar su información de salud.
- Tomar una decisión bien fundada al momento de autorizar la divulgación de información.

Sus derechos respecto de su información de salud

A pesar de que su ficha médica o historia clínica es propiedad física de NVIH, la información que contiene le pertenece a usted. Usted tiene los siguientes derechos respecto de su información de salud:

Derecho a inspeccionar y a obtener copias. Usted tiene derecho a inspeccionar y a obtener una copia de cierta información de salud. Si usted solicita una copia de la información, de acuerdo con lo permitido por las leyes vigentes, se le podrá exigir el pago de una suma razonable para cubrir los costos de copiar la información, enviarla por correo y otros materiales asociados con su pedido. NVIH puede rechazar su pedido de inspeccionar y obtener copias de su información de salud en circunstancias muy limitadas. Si se le niega el acceso a su información de salud, usted podrá, salvo excepciones limitadas, presentar una solicitud al Director Ejecutivo del hospital o al Coordinador HIPAA del centro de salud para que se revise el rechazo de su solicitud.

Derecho a una copia electrónica de su ficha médica electrónica. Si su información de salud se registra de forma electrónica, como por ejemplo en una ficha médica electrónica, usted tiene derecho a pedir una copia electrónica de su ficha médica para usted o para que se transfiera a otra persona o entidad. Haremos todo lo posible por darle acceso a su información de salud en la forma o el formato que usted solicite si es posible reproducir la información en la forma o el formato que usted solicita. Si no es posible, le entregaremos su información en nuestro formato electrónico estándar (salvo que prefiera recibir una copia impresa).

Derecho a que se le notifique de violaciones de privacidad. Usted tiene derecho a que se le notifique de cualquier acceso o divulgación no autorizada de su información de salud.

Derecho a solicitar una restricción: Usted tiene derecho a solicitar una restricción sobre la información que usamos o divulgamos sobre usted: (1) para tratamientos, para recibir pagos o para operaciones para el cuidado de la salud; o (2) a aquellos que están involucrados en su atención, como un familiar o amigo. NVIH no está obligado a aceptar su solicitud. Si acepta su solicitud, se cumplirá con ella salvo que se necesite esa información para proveerle servicios médicos de emergencia. Además, si pagó de su bolsillo el total de un servicio o artículo específico, puede solicitar que no se divulgue su información de salud respecto de ese servicio o artículo a un plan médico a los fines de recibir un pago u operaciones para el cuidado de la salud y cumpliremos con esa solicitud.

Derecho a solicitar una corrección. Si usted considera que la información de salud que tenemos en nuestro poder acerca de usted no es correcta o está incompleta, podrá solicitar que NVIH la corrija durante el tiempo que está en su poder. Para solicitar una corrección, usted debe presentar la solicitud por escrito junto con las razones que justifiquen su solicitud al Director Ejecutivo del hospital o al Coordinador HIPAA del centro de salud. NVIH puede rechazar su solicitud. Si rechazamos su solicitud, usted tiene derecho a presentar una objeción a nuestro rechazo ante el NVIH.

Derecho a solicitar comunicaciones confidenciales por medios alternativos o en lugares alternativos. Usted tiene derecho a solicitar que las comunicaciones confidenciales se realicen por medios alternativos o en lugares alternativos (por ejemplo, podrá solicitar que nos comuniquemos con usted en otro lugar que no sea su hogar o por otros medios de comunicación, como por teléfono o por correo electrónico). Usted debe presentar esta solicitud por escrito al Director Ejecutivo del hospital o al Coordinador HIPAA del centro de salud.

Derecho a recibir un listado de las divulgaciones realizadas de su información de salud. Usted tiene derecho a solicitar una lista y la descripción de ciertas divulgaciones de su información de salud que realice el NVIH. Usted debe presentar la solicitud por escrito. La primera lista que solicite en un período de 12 meses será gratuita, pero se le podrá exigir el pago de todas las demás listas que solicite dentro del mismo período (de ser así, le avisaremos del costo y podrá elegir retirar la solicitud o modificarla). Esta información se conservará durante seis años o durante la vida de la ficha médica, lo que ocurra último.

Derecho a obtener una copia impresa del Aviso sobre prácticas de privacidad del NVIH cuando así lo solicite y aun en los casos en los que solicitó recibir este Aviso por medios electrónicos.

Derecho a obtener una copia impresa de los registros médicos y de salud del NVIH; Aviso del sistema Nro. 09-17-0001, cuando así lo solicite.

Obligaciones del NVIH

NVIH tiene la obligación por ley de:

- Resguardar la privacidad de su información de salud.
- Informarle sobre nuestras prácticas de privacidad respecto de la información de salud que reunimos o mantenemos acerca de usted.
- Notificarle si no podemos aceptar una restricción solicitada por usted.
- Aceptar las solicitudes razonables que usted haga sobre el envío de comunicaciones sobre información de salud por medios alternativos o a lugares alternativos.
- Observar las disposiciones de este Aviso o de cualquiera de las modificaciones futuras de este Aviso.

NVIH se reserva el derecho a modificar sus prácticas de privacidad y a que sus nuevas disposiciones se apliquen a toda la información de salud que posea. Si NVIH realiza cambios significativos a este Aviso, usted recibirá una copia a la mayor brevedad posible. NVIH exhibirá una copia del Aviso de prácticas de privacidad modificado en espacios públicos del hospital y en su sitio web www.nvih.org.

Modos en los que NVIH puede usar o divulgar su información de salud:

Podemos usar y divulgar su información de salud sin su autorización para facilitar su tratamiento médico, para recibir el pago de cualquier tratamiento médico que se le haya brindado y para otras operaciones para el cuidado de la salud, como se describe en este Aviso. Además, podemos usar y divulgar su información de salud sin su autorización según lo establezca o permita la ley vigente. En cualquier otro caso, usted debe autorizarnos por escrito a usar y divulgar su información de salud. No tomaremos represalias en su contra si se niega a darnos autorización o revoca una autorización que nos haya dado previamente. Las siguientes categorías describen el modo en el que podemos usar y divulgar información acerca de usted:

Tratamiento. Usaremos y divulgaremos su información de salud para brindarle tratamiento médico o ayudar a otros proveedores a brindarle tratamiento. Por ejemplo:

- Su información personal se registrará en su ficha médica y se usará para decidir el tratamiento que usted debe recibir. Su proveedor de atención médica registrará en su ficha médica las instrucciones que le dio a los miembros de su equipo de atención médica. Las medidas que tome su equipo de atención médica y las observaciones que realice también se registrarán en su ficha médica para que su proveedor de atención médica pueda conocer cómo responde usted al tratamiento.
- Si NVIH lo deriva a otro establecimiento de salud a través del programa PRC, NVIH podrá divulgar su información de salud a ese proveedor de atención médica para tomar decisiones sobre su tratamiento.
- Si se lo transfiere a otro centro de salud para que reciba atención médica y tratamiento adicional, NVIH podrá divulgar su información de salud a ese centro de salud para permitirles conocer el alcance del tratamiento que ha recibido y otra información sobre su afección.
- Su(s) proveedor(es) de atención médica podrán entregar copias de su información de salud a terceros para que lo asistan en su tratamiento.

Pago. Usaremos y divulgaremos su información de salud con el fin de recibir el pago de los servicios brindados a usted. Por ejemplo:

- Si tiene un seguro privado, cobertura Medicare o Medicaid, se le enviará una factura a su plan de salud a los fines de recibir el pago de los servicios brindados. La factura puede contener o estar acompañada de información que lo identifique así como su diagnóstico, procedimientos y materiales que se utilizaron para brindarle tratamiento.
- Si NVIH lo deriva a otro proveedor de atención médica a través del programa PRC, NVIH podrá divulgar su información de salud a ese proveedor a los fines de recibir el pago por los servicios médicos brindados.

Operaciones para el cuidado de la salud. Usaremos y divulgaremos su información de salud para operaciones para el cuidado de la salud. Por ejemplo, NVIH podrá usar su información de salud para evaluar la calidad de su atención médica y los resultados de su tratamiento junto con nuestro equipo de mejora de la calidad. Usaremos esta información para mejorar la calidad y la efectividad de los servicios que le brindamos continuamente. Esto incluye los servicios médicos que se le hayan brindado a través del programa PRC.

Intercambio de información de salud (HIE). NVIH incluirá los servicios de HIE en un futuro y, una vez que estén vigentes, su información de salud podrá estar disponible en formato electrónico para otros proveedores que estén involucrados en su atención médica y soliciten su ficha médica electrónica a través de una red de intercambio de información. La participación en la Red Nacional de Intercambio eHealth es voluntaria. Si desea que proveedores de atención médica autorizados accedan a su información de salud a través del HIE a la Red Nacional de Intercambio eHealth, debe autorizar su uso y divulgación. Para más información, consulte el sitio web <http://www.ihs.gov/hie/>

Ficha médica personal. Usted podrá tener acceso electrónico a su ficha médica personal en el futuro. La ficha médica personal (PHR) es un sitio web seguro basado en una aplicación que brinda acceso a los pacientes a su información de salud. Cualquier paciente al que NVIH le brinde servicios de atención médica y que solicite una cuenta PHR puede acceder a su PHR.

Direct. NVIH podrá utilizar el servicio seguro de mensajería en línea DIRECT para compartir su información de salud entre proveedores, pacientes o representantes autorizados de pacientes.

Asociados comerciales: NVIH brinda algunos servicios de atención médica y otras tareas relacionadas a través de contratos con asociados comerciales. Por ejemplo, NVIH puede contratar servicios de transcripción médica. Cuando NVIH contrata estos servicios, podrá divulgar su información de salud a asociados comerciales para que puedan realizar las tareas para las que fueron contratados. NVIH solicita a sus asociados comerciales que protejan y resguarden la información de salud de los pacientes de NVIH conforme a las leyes federales vigentes.

Directorio de pacientes: Si se lo admite en alguno de los establecimientos NVIH, NVIH podrá usar o divulgar su nombre, estado de salud general, creencia religiosa y su ubicación en el hospital a los fines de incluir esta información en el directorio del hospital salvo que nos notifique que se opone a que se registre esta información. NVIH podrá divulgar su creencia religiosa únicamente a un miembro del clero.

Personas involucradas en su atención médica: NVIH podrá notificar a su familia de su ubicación en el hospital o de su estado de salud general. NVIH también podrá proporcionar su información de salud a una persona que esté involucrada en su atención médica o que ayude a pagar por su atención médica, como un familiar o amigo, salvo que nos notifique que se opone, o si se encuentra incapacitado o en una emergencia. Si usted no se encuentra disponible o no se encuentra en condiciones de oponerse, utilizaremos nuestro criterio profesional para determinar si divulgar la información es lo mejor para usted. También podremos utilizar nuestro criterio profesional para determinar si es lo mejor para usted permitir a otra persona que recoja cosas tales como sus recetas, materiales médicos y radiografías. Habrá circunstancias en las que podremos presumir, sobre la base de nuestro criterio profesional, que usted no se opondría a ciertas situaciones, como por ejemplo, presupondremos que usted no se opondría a que su cónyuge ingrese con usted a una sala de examen médico.

Adultos y menores emancipados con representantes personales o tutores legales: NVIH podrá tratar a un representante personal o un tutor legal de una persona a la que un tribunal competente declaró incompetente debido a una discapacidad física o mental como si fuera esa persona a los fines de usar y divulgar la información de salud de la persona en la medida en que el uso y la divulgación estén relacionados con la representación personal.

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

Investigación: NVIH podrá usar o divulgar su información de salud a los fines de realizar una investigación que haya sido aprobada por alguna Junta de Revisión Institucional de NVIH a cargo de la revisión de la investigación propuesta y de establecer los protocolos correspondientes para proteger su información de salud. NVIH también podrá usar o divulgar su información de salud a los fines de realizar una investigación con su autorización por escrito.

Uso y divulgación de información de salud acerca de personas fallecidas: Cuando una persona fallece, NVIH podrá divulgar información de salud acerca de la persona fallecida cuando la ley así lo establece y a las siguientes categorías de personas:

- Un familiar, representante personal u otra persona o personas autorizadas a cargo de la atención de la persona fallecida, en la medida en que dicho uso o divulgación esté relacionado con la responsabilidad de esa persona por la atención de la persona fallecida, salvo que sepamos que dicho uso o divulgación sería contrario a las preferencias que expresó previamente la persona fallecida.
- Un forense o examinador médico a los fines de identificar a la persona fallecida, determinar la causa de muerte u otras tareas conforme lo permita la ley.
- Directores funerarios a los fines de que lleven a cabo sus tareas de acuerdo con la ley vigente.

Organizaciones encargadas de la procuración de órganos: De acuerdo con las leyes vigentes, NVIH podrá usar o divulgar su información de salud a organizaciones encargadas de la procuración de órganos u otras organizaciones involucradas en la procuración, el almacenamiento o trasplante de órganos a los fines de facilitar la donación y el trasplante de órganos, ojos o tejidos.

Recordatorios de citas, alternativas de tratamiento y beneficios y servicios relacionados con la salud: Podremos comunicarnos con usted para recordarle citas o para hablar de citas a las que no acudió y para brindarle información sobre las alternativas de tratamiento o los beneficios y servicios relacionados con la salud que pueden ser de su interés. Por ejemplo, podremos comunicarnos con usted para informarle sobre nuevos tratamientos o servicios para la diabetes.

Dirección de Alimentos y Medicamentos (FDA): NVIH podrá usar o divulgar su información de salud a la FDA cuando esté relacionada con un producto o actividad regulada por la FDA. Por ejemplo, podremos divulgar información de salud relacionada con hechos perjudiciales que comprendan alimentos, suplementos dietarios, problemas o defectos de productos y toda la información necesaria para rastrear productos regulados por la FDA, para posibilitar el retiro de los productos del mercado, su reparación, reemplazo o análisis retrospectivo (inclusive localizar a aquellos que recibieron los productos que se retiraron del mercado) o para vigilancia de los productos pos comercialización.

Compensación de trabajadores: NVIH podrá usar o divulgar su información de salud de acuerdo con las leyes vigentes y cuando las leyes vigentes así lo establezcan.

Salud pública: NVIH podrá usar o divulgar su información de salud a las siguientes autoridades de salud pública:

- Una autoridad de salud pública autorizada por las leyes vigentes a reunir o recibir dicha información a los fines de prevenir o controlar enfermedades, lesiones o incapacidades o para la vigilancia, investigaciones o intervenciones de salud pública.
- Una autoridad de salud pública u otra autoridad gubernamental que esté autorizada por ley a recibir denuncias de abuso o abandono de menores.
- Una autoridad de salud pública autorizada por la ley vigente a recibir denuncias de abuso, abandono o violencia doméstica (que no sean denuncias de abuso de menores).
- Cuando la ley así lo autorice, podremos divulgar su información de salud a una persona que puede haber estado expuesta a una enfermedad contagiosa o de alguna otra forma puede estar en riesgo de contraer una enfermedad o afección o contagiar a otros.
- El empleador del paciente (por ejemplo, si trabaja para NVIH, o si es necesario para prevenir o reducir una amenaza grave e inminente a la salud o seguridad de una persona o del público) podremos divulgarle información relacionada con una enfermedad o lesión laboral o vigilancia médica en el lugar de trabajo o cuando así lo establezca o permita la ley vigente.
- La escuela o posible escuela de la persona para dejar constancia de que esa persona está inmunizada, si así lo establece la ley vigente, y siempre que uno de los padres, el tutor u otra persona legalmente responsable de la persona (o la misma persona si es un adulto o menor emancipado) esté de acuerdo.

Institutos correccionales: En caso de estar detenido en uno de estos institutos, podremos usar o divulgar al instituto la información de salud necesaria para su salud y la salud y seguridad de otras personas.

Ejecución de la ley: Cuando así lo establezca o autorice la ley vigente y a los fines de la ejecución de la ley, NVIH podrá usar o divulgar su información de salud en los siguientes casos:

- Para denunciar ciertos tipos de heridas o lesiones.
- En respuesta a una orden judicial, citación, orden de arresto o procesos similares.
- Para identificar o ubicar a un sospechoso, fugitivo, testigo material o persona desaparecida.
- Si se sospecha que usted fue víctima de un delito y los funcionarios encargados de la aplicación de la ley piden información acerca de usted, y nos fuera imposible obtener su autorización debido a su incapacidad u otras emergencias y determinamos que divulgar esa información a los funcionarios es lo mejor para usted.
- Cuando se trata de una muerte que se sospecha pudo haberse ocasionado como resultado de un delito.
- Para denunciar un delito ocurrido en las instalaciones de NVIH.
- En casos de emergencia, para denunciar un delito, la ubicación del delito o de las víctimas o la identidad, descripción o ubicación de la persona que cometió el delito.

Veteranos y personal militar: Si usted es miembro de las fuerzas armadas, NVIH podrá usar o divulgar su información de salud a la autoridad de comando militar que corresponda o para determinar si reúne los requisitos para recibir beneficios, cuando así lo autorice la ley vigente.

Autoridades encargadas de detectar omisiones en el sector de la salud: NVIH podrá usar o divulgar su información de salud a agencias encargadas de detectar omisiones en el sector de salud para que realicen actividades autorizadas por la ley vigente. Estas actividades de detección de omisiones en el sector de la salud incluyen investigaciones, auditorías, inspecciones, entre otras. También son necesarias para que el gobierno controle el sistema de salud y los programas gubernamentales de beneficios, entre otros requerimientos. NVIH está obligado por la ley vigente a divulgar información de salud al Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS) para investigar o determinar si se cumple con las normas de privacidad de HIPAA.

Circunstancias apremiantes: NVIH podrá usar o divulgar su información de salud en algunas otras situaciones en la cuales existan circunstancias apremiantes que afecten la salud o la seguridad de una persona. Por ejemplo, en determinadas circunstancias podremos:

- Divulgar información que creemos necesaria para prevenir o reducir una amenaza grave e inminente a la salud o seguridad de una persona.
- Usar o divulgar información de salud durante un proceso judicial o administrativo, si así lo establece o autoriza la ley vigente.
- Usar o divulgar información de salud durante un desastre natural o a los fines de colaborar en los esfuerzos de socorro en caso de desastre.
- Divulgar información a funcionarios federales autorizados para que realicen actividades de inteligencia, contrainteligencia y demás actividades de seguridad nacional que permita la ley vigente.
- Realizar otras divulgaciones autorizadas por la ley vigente.

Notificación de violaciones a la privacidad. Podremos usar o divulgar su información de salud para dar aviso, según lo exige la ley, del acceso no autorizado o la divulgación no autorizada de su información de salud.

Obligación de obtener autorización. NVIH solo usará o divulgará su información de salud si obtiene su autorización por escrito en las siguientes circunstancias:

- Cualquier uso o divulgación de sus notas de psicoterapia excepto cuando no necesitemos su autorización por escrito para usar esas notas para brindarle tratamiento, recibir pagos, para operaciones del cuidado de la salud o en otras circunstancias limitadas que establezca o permita la ley vigente.
- Cualquier uso o divulgación de su información de salud con fines de marketing, excepto cuando se trate de comunicaciones cara a cara o entrega de regalos promocionales con valor nominal, ya que en estos casos no se requiere autorización.
- La venta de su información de salud.

Casos en los que NVIH no viola este Aviso: NVIH no violará este Aviso o la Norma de privacidad de HIPAA si alguno de sus empleados o contratistas (asociados comerciales) divulga información de salud protegida en los siguientes casos:

- *Divulgaciones por parte de personas que denuncien irregularidades:* Si un empleado o persona contratada por NVIH (asociado comercial) de buena fe cree que NVIH participó en una actividad ilegal o que viola los estándares clínicos y profesionales o que la atención o los servicios que brinda NVIH pueden poner en peligro a uno o más pacientes, miembros del personal o al público y divulga esa información a:
 - una autoridad de salud pública o una autoridad encargada de detectar omisiones en el sector de la salud que esté autorizada por la ley vigente a investigar o controlar la actividad pertinente, las condiciones o la presunta violación o a la organización de acreditación de atención médica correspondiente a los fines de denunciar la conducta indebida de NVIH o que NVIH no cumplió con los estándares profesionales; o
 - un abogado que representa al miembro del personal o al contratista de NVIH (asociado comercial) o contratado por el miembro del personal o el contratista de NVIH con el fin de determinar sus opciones legales respecto de la presunta violación.
- *Divulgación por parte de un empleado que fue víctima de un delito:* En determinadas circunstancias, un miembro del personal de NVIH (ya sea un empleado o contratista) que fue víctima de un delito, dentro o fuera de las instalaciones del hospital, podrá divulgar información acerca del sospechoso a funcionarios encargados de la aplicación de la ley, siempre que la información divulgada sea acerca del sospechoso que cometió el delito y que se divulgue únicamente la información necesaria para identificar o ubicar al sospechoso.

Cualquier otro uso o divulgación que este Aviso no cubra se realizará únicamente con su autorización por escrito, autorización que podrá revocar por escrito en cualquier momento. Para revocar su autorización, debe presentar una revocación por escrito al Director Ejecutivo del hospital o al Coordinador HIPAA del centro de salud. Si usted revoca su autorización, ya no podremos usar o divulgar su información de salud como había autorizado previamente, pero dicha revocación no tendrá efecto alguno sobre los usos y las divulgaciones de su información de salud que ya hubiéramos realizado con su autorización, o cuando su autorización se hubiera obtenido como condición para contratar un seguro y la compañía de seguros tenga derecho a impugnar un reclamo realizado bajo los términos de la póliza o la propia póliza.

Para ejercer los derechos que le otorga este Aviso, para pedir más información o denunciar un problema, no dude en comunicarse con el Director Ejecutivo del hospital o el Coordinador HIPAA del centro de salud a través de los siguientes teléfonos:

Chico
(530) 896-9400

Children's Health Center
(530) 781-1440

Dental and Maternal Health Center
(530) 433-2500

Willows
(530) 934-4641

Red Bluff
(530) 529-2567

Woodland
(530) 661-4400

Si considera que se han violado sus derechos de privacidad, puede presentar una queja por escrito ante la(s) persona(s) anteriormente mencionada(s) o ante el Secretario de Salud y Servicios Humanos del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, Washington, D.C. 20201. No tomaremos ninguna represalia contra usted si presenta una queja.

Fecha de entrada en vigencia: [Septiembre de 2013, 27 de enero de 2014]



Chico Clinic

845 W. East Avenue
Chico, CA 95926
(530) 896-9400
Fax: (530) 896-9407

Dental and Maternal Health Center

500 Cohasset Rd. Ste 15
Chico, CA 95926
(530) 433-2500
Fax: (530) 433-2511

Children's Health Center

1515 Springfield Dr. Ste 175
Chico, CA 95928
(530) 781-1440
Fax: (530) 342-1663

Red Bluff Clinic

2500 N. Main Street
Red Bluff, CA 96080
(530) 529-2567
Fax: (530) 529-2552

Willows Clinic

207 N. Butte Street
Willows, CA 95988
(530) 934-4641
Fax: (530) 934-4081

Woodland Clinic

175 West Court Street
Woodland, CA 95695
(530) 661-4400
Fax: (530) 661-4416

Northern Valley Indian Health, Inc.

Mobile Dental Clinic
530-520-6913
www.nvih.org

Acuse de recibo del Aviso sobre prácticas de privacidad de NVIH

Por el presente certifico que recibí la información del Aviso prácticas de privacidad De Northern Valley Health (NVIH).

☐ Yo, el paciente/persona Legalmente Autorizada soy capaz de comunicarme eficazmente en español. Por supuesto, esta declaración sería en español.

Firma del paciente

Fecha

Firma del representante del paciente

Fecha

Para pacientes que no pueden firmar el acuse de recibo

Por el presente certifico que el paciente no puede acusar recibo del Aviso sobre prácticas de privacidad de NVIH porque: _____

Firma y cargo del empleado de NVIH

Fecha

Firma del empleado de NVIH (Testigo)

Fecha

Nombre del paciente _____ HRN (Historia Clínica N°) _____

Fecha de nacimiento _____

REV 4/8/2014, 8/15/14



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 médica 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 a las 12:00 p.m. y 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 a las 12:00 p.m., 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 informará 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 completo 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.

**



**Northern Valley
Indian Health**
Your Health. Our Mission.

POLIZA DE CITAS

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. **

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 consideraría 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 Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Firma Paciente/ Tutor Legal: _____ Fecha: _____

NVIH Use Only:

HRN: _____