

Northern Valley Indian Health, Inc.

Explicación de la política sobre los opioides

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

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

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

Contexto

¿Qué son los opioides?

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

¿Cuál es la eficacia de los opioides?

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

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

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

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

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

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

Northern Valley Indian Health, Inc.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Una última nota:

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

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

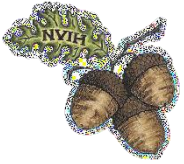
Fecha

Hora

☐ a. m. ☐ p. m.

Firma del representante al paciente

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



Formulario de antecedentes médicos del paciente nuevo

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

Nombre preferido, si es diferente: _____

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

Género: ☐ Femenino ☐ Masculino ☐ Transfemenino ☐ Transmasculino ☐ No binario ☐ Otro: _____

Sexo asignado al nacer: ☐ Femenino ☐ Masculino ☐ Intersexual

Pronombres preferidos: ☐ Ella ☐ Él ☐ Elle ☐ Otro: _____

Antecedentes médicos

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

Proveedor: _____
 Nombre Número de teléfono Ciudad, estado

Proveedor: _____
 Nombre Número de teléfono Ciudad, estado

Proveedor: _____
 Nombre Número de teléfono Ciudad, estado

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

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

Otros problemas de salud, mencione: _____

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

N.º de cuenta _____ (solo para uso administrativo)

Antecedentes de obstetricia y ginecología

¿Está embarazada o piensa que podría estarlo? _____

¿Está amamantando/en período de lactancia? _____

Cantidad total de embarazos: _____

Cantidad de:

Cesáreas

Partos vaginales

Abortos
inducidos

Abortos
espontáneos

Mortinatos

Hijos vivos

Marque los casilleros si tiene antecedentes de:

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

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

Antecedentes de salud conductual

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

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

Análisis y estudios médicos

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

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

Antecedentes de cirugías y hospitalizaciones

Mencione las cirugías que ha tenido o marque este casillero si no ha tenido: ☐ Ninguna	Fecha de la cirugía

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

Antecedentes médicos familiares (parientes biológicos)

	¿Están vivos?	Problemas médicos o causas de muerte, describa:
Madre		☐ Desconocido
Padre		☐ Desconocido
Cantidad de hermanas _____		☐ Desconocido
Cantidad de hermanos _____		☐ Desconocido
Cantidad de hijos _____		☐ Desconocido
Otros familiares, mencione:		☐ Desconocido

Antecedentes sociales

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

¿Con quién(es) vive? _____

¿Cuál es su situación de vivienda?

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

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

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

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

¿Cuál es su estado civil?

- ☐ Soltero ☐ En relación larga ☐ Casado ☐ Separado ☐ Divorciado ☐ Viudo

¿Tiene actividad sexual con una pareja?

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

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

Masculino Femenino Transmasculino Transfemenino No binario Otro

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

Heterosexual Gay Homosexual Lesbiana Bisexual Otro No estoy seguro

N.º de cuenta _____ (solo para uso administrativo)

Alergias

Mencione todas las alergias que tenga a medicamentos, alimentos, látex, sustancias o insectos, o marque este casillero si no tiene ☐ Ninguna

Vacunas

¿Tiene un registro de vacunas que pueda compartírnos? Sí / No

Si no es el caso, marque los casilleros si piensa que ha recibido alguna de las siguientes vacunas, o marque este casillero si no ha recibido ☐ Ninguna

- | | |
|--|---|
| ☐ Tétanos o Tdap | ☐ Vacuna contra la influenza |
| ☐ Neumonía (PCV13, PPSV23, PCV15 o PCV20) | ☐ VPH (virus del papiloma humano) |
| ☐ Vacunas iniciales contra la COVID-19 | ☐ Shingrix (herpes zóster) |
| ☐ Refuerzo bivalente contra la COVID-19 | ☐ MMR (sarampión, paperas y rubéola) |
| ☐ Hepatitis B | ☐ Hepatitis A |
| ☐ Varicela | ☐ Otras vacunas: _____ |

Medicamentos

Mencione todos los medicamentos, suplementos, hierbas medicinales o medicamentos de venta sin receta que tome, o marque este casillero si no toma ☐ Ninguno

Nombre del medicamento	Para qué es el medicamento	Dosis	¿Con qué frecuencia lo toma?	Si está recetado, ¿quién se lo recetó?



Acuse de recibo de la política de citas de la clínica

Objetivo

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

Política

Citas de pacientes nuevos:

1. Los pacientes nuevos que no puedan asistir a una cita programada deben notificar al personal de la clínica a más tardar un día hábil antes de la cita programada acerca de la cancelación prevista. Si no lo hace, se considerará que no asistió a la cita (ausencia).
2. Los pacientes nuevos que falten a su cita inicial programada en dos ocasiones no serán reprogramados. El proveedor principal o el director del departamento podrán autorizar excepciones. *

Citas de pacientes establecidos:

1. Los pacientes que no puedan asistir a una cita programada deben notificar al personal de la clínica a más tardar un día hábil antes de la cita programada acerca de la cancelación prevista. Si no lo hace, se considerará que no asistió a la cita (ausencia).
2. Llegar más de diez minutos tarde a una cita programada puede dar lugar a que el gerente de la clínica determine que la cita se considera perdida (ausencia).
3. Si se llega tarde a una cita programada en el mismo día para 15 minutos o menos, el proveedor podría no atender al paciente debido al tiempo limitado, y esto se considerará una ausencia.
4. Los pacientes serán considerados pacientes de alto riesgo de inasistencia si faltan a dos citas dentro de un período de 12 meses. Los pacientes podrán recibir una notificación por escrito de NVIH en la que se describan las siguientes posibles medidas: (1) imposibilidad de reservar horarios de citas individuales; (2) limitación en la cantidad de citas futuras que pueden programarse; y/o (3) cancelación de citas futuras ya programadas. La notificación también informará al paciente sobre la opción de ser atendido como paciente en espera o con una cita para el mismo día, según disponibilidad.
5. Si un paciente falta a tres citas dentro de un período de seis meses y continúa faltando a sus citas, podrá ser dado de baja de los servicios clínicos correspondientes debido al incumplimiento del tratamiento, a discreción del proveedor que presta la atención. En el caso de los pacientes nativos americanos, se considerará la opción de atención en espera o de incorporación el mismo día en lugar de la baja de los servicios. **
6. Si se permite que un paciente continúe recibiendo atención después de haber faltado a tres citas dentro de un período de seis meses y continúa faltando a citas futuras, podrá ser dado de baja de los servicios clínicos correspondientes a discreción del director del departamento. En el caso de los pacientes nativos americanos, se considerará la opción de atención en espera o de incorporación el mismo día en lugar de la baja de los servicios. **



7. Los pacientes que presenten un patrón de cancelaciones frecuentes de citas, aun cuando proporcionen el aviso correspondiente, podrán estar sujetos a una o más de las siguientes medidas: (1) limitación en la cantidad de citas futuras que pueden programarse; (2) cancelación de citas futuras ya programadas; o (3) cambio a la modalidad de citas para el mismo día. Esta medida garantiza un acceso equitativo a la atención al reducir los espacios de citas reservados que quedan sin utilizar.

Definiciones

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

Programación en espera: un paciente programado en una franja horaria doblemente reservada. El personal trabajará de manera eficiente para designar pronto la atención del paciente. El paciente debe esperar posibles demoras en ver al proveedor y los servicios de la visita pueden ser limitados según el tiempo disponible. (Por ejemplo, el tratamiento dental puede limitarse a un examen limitado o un tratamiento menor).

Programación para el mismo día: un paciente que llama el mismo día y se le informa sobre la disponibilidad y la hora de llegada para una cita para trabajar el mismo día. Pueden producirse retrasos menores.

Cancelación crónica de citas: pacientes que cancelan tres o más citas en un período de 6 meses.

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

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

.....

Reconocimiento del paciente:

Reconozco que se me ha dado la oportunidad de revisar la Política de citas de la clínica y que se me ha proporcionado una copia previa solicitud.

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

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

Para uso de NVIH solamente:

HRN: _____