

## 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<br>¿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? Si la respuesta es Sí, usaremos su correo electrónico indicado anteriormente a menos que se indique lo contrario. <input type="checkbox"/> Sí o <input type="checkbox"/> No                                                      |                                                                                                                                                                   |
| ¿Cómo le gustaría que le notifiquemos sobre los recordatorios de citas? <b>SELECCIONE AL MENOS UNA OPCIÓN:</b><br><input type="checkbox"/> Voz: Número al cual llamar: <input type="checkbox"/> Mensaje de texto: Número para recibir mensajes:<br><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:<br><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:<br><input type="checkbox"/> Indio americano <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano <input type="checkbox"/> Se negó a especificar <input type="checkbox"/> Blanco O: _____<br>(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.:

|                                                                                                                                          |                                                     |                                     |            |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|-------------------------------------|------------|
| <b>Información del padre/madre/tutor si el paciente es menor de edad o adulto dependiente:</b>                                           |                                                     |                                     |            |
| Nombre:                                                                                                                                  | Encierre uno en un círculo:<br>Padre / Madre / Otro | Teléfono:                           |            |
| Nombre:                                                                                                                                  | Encierre uno en un círculo:<br>Padre / Madre / Otro | Teléfono:                           |            |
| Nombre del tutor:                                                                                                                        |                                                     | Teléfono:                           |            |
| <b>Información del contacto de emergencia del paciente:</b>                                                                              |                                                     |                                     |            |
| 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:                                                                                                                        |                                                     |                                     |            |
| <b>Información del empleador del paciente:</b>                                                                                           |                                                     |                                     |            |
| Nombre del empleador:                                                                                                                    |                                                     |                                     |            |
| Dirección del empleador:                                                                                                                 |                                                     |                                     |            |
| Ciudad:                                                                                                                                  | Estado:                                             | Cód. postal:                        |            |
| <b>Información del seguro:</b>                                                                                                           |                                                     |                                     |            |
| 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):                                                                                                |                                                     |                                     |            |
| <b>Garante/Persona responsable del pago</b>                                                                                              |                                                     |                                     |            |
| <input type="checkbox"/> YO <input type="checkbox"/> 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.:** \_\_\_\_\_



# Northern Valley Indian Health

YOUR HEALTH. OUR MISSION.

## CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO DE SERVICIOS DE SALUD CONDUCTUAL

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

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

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

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

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

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

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

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre del padre / tutor legal (pacientes menores de edad - solamente): \_\_\_\_\_

Firma del padre / tutor legal (pacientes menores de edad – solamente): \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

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

Nombre del Proveedor: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento del paciente: \_\_\_\_\_ No. HRN del Paciente: \_\_\_\_\_



# Northern Valley Indian Health

YOUR HEALTH. OUR MISSION.

## ENGLISH

### BBS COMPLAINT NOTICE TO CLIENTS

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

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

## SPANISH

### BBS AVISO DE QUEJAS

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

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

Date

PATIENT/PARENT/PERSONAL REPRESENTATIVE SIGNATURE

### **FOR NVIH USE ONLY:**

PATIENT NAME

DOB

HRN

## **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: \_\_\_\_\_