

Place Patient Label Here

REGISTRO Y CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE

Nombre que prefiere		Idioma que prefiere		¿Necesita servicios de traducción? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Apellido legal		Nombre legal		Segundo nombre Fecha de nacimiento	
Dirección para enviar correo		Ciudad		Estado Código postal	
Dirección (si tiene otra)		Ciudad		Estado Código postal	
Teléfono de casa		Teléfono celular		¿Podemos mandarle mensaje de texto? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿ Qué sexo le asignaron al nacer? (marque uno)			¿Qué pronombre prefiere? (marque uno)		
<input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/> Prefiero no contestar <input type="checkbox"/> Intersexual – no se indicó en el acta			<input type="checkbox"/> él/su <input type="checkbox"/> ella/su <input type="checkbox"/> ellos/Suyos <input type="checkbox"/> Prefiero no contestar <input type="checkbox"/> Categoría adicional (por favor especifique): _____		
¿Cuál es su orientación sexual?			¿Cuál es su identidad de género actual? (marque todo lo que)		
<input type="checkbox"/> Heterosexual <input type="checkbox"/> Queer <input type="checkbox"/> No Sé <input type="checkbox"/> Lesbiana/Gay <input type="checkbox"/> Bisexuales <input type="checkbox"/> Pansexual <input type="checkbox"/> Asexual <input type="checkbox"/> Omnisexual <input type="checkbox"/> Algo más <input type="checkbox"/> Prefiero no contestar			<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Transgénero Hombre/Transhombre/FTM <input type="checkbox"/> No binario-géneroqueer <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Transgénero Mujer/Transmujer/MTF <input type="checkbox"/> No estoy seguro <input type="checkbox"/> Dos Espíritus <input type="checkbox"/> Prefiero no contestar <input type="checkbox"/> Otro _____		
Estado civil (marque uno):		Contacto de emergencia (escriba "ninguno" a continuación si no tiene un contacto de emergencia)			
<input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/> Viudo(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Vivo con mi pareja <input type="checkbox"/> Legalmente separado(a) <input type="checkbox"/> Pareja/Compañero		Apellido		Nombre	
		Relación con el paciente		Número de teléfono	
		Tipo de seguro (marque uno):			
		<input type="checkbox"/> Medi-Cal/Partnership <input type="checkbox"/> Seguro privado <input type="checkbox"/> Covered California <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Sin Seguro <input type="checkbox"/> Otro _____			
Número de Seguro Social		Correo electrónico		Farmacia que prefiere	
Para pacientes menores de 18 años, información de los padres o tutores legales:					
Apellido		Nombre		Fecha de nacimiento Número de teléfono	
Información adicional para el paciente (responda a TODAS las preguntas)					
CommuniCare+OLE es una organización sin fines de lucro. Al responder a estas preguntas, nos dará la información necesaria para adquirir fondos que ayudan a las personas sin seguro o con seguro insuficiente en nuestra comunidad. Por favor, ayúdenos a servirle a usted y a nuestra comunidad proporcionándonos esta información. Esta información se convertirá en parte de su historia clínica confidencial.					
¿Se consideras hispano/latino/a/x?			Raza/etnia (marque todas las opciones que corresponda):		
<input type="checkbox"/> Sí, mexicano <input type="checkbox"/> Sí, cubano <input type="checkbox"/> Sí, mexicanoamericano <input type="checkbox"/> Sí, Chicano/a/x <input type="checkbox"/> Sí, indio mexicano-americano <input type="checkbox"/> Sí, puertorriqueño <input type="checkbox"/> Sí, otros de origen hispano, latino/a o español <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Prefiero no contestar			<input type="checkbox"/> Indio Asiático <input type="checkbox"/> Nativo Hawaiano <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Chino <input type="checkbox"/> Otros Isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Filipino <input type="checkbox"/> Guamaní o Chamorro <input type="checkbox"/> Japonés <input type="checkbox"/> Samoano <input type="checkbox"/> Coreano <input type="checkbox"/> Negro/Afroamericano <input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> Indio Americano/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Otros Asiáticos: _____ <input type="checkbox"/> Otro: _____ <input type="checkbox"/> Prefiero no contestar		
¿Está incapacitado?		¿Es Usted un veterano?		¿Es un trabajador agrícola temporal/migrante? (marque todo lo que corresponda):	
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Trabajador del campo migrante: mi trabajo principal es en la agricultura y me cambio de trabajo a trabajo <input type="checkbox"/> Trabajador agrícola temporal: Mi trabajo principal es la agricultura y no trabajo todo el año	
¿Dónde vive actualmente? (marque todo lo que corresponda):				¿Cuántas personas hay en su hogar?	
<input type="checkbox"/> Casa/Apartamento <input type="checkbox"/> Son hogar (Calle/Coche) <input type="checkbox"/> El albergue <input type="checkbox"/> Con amigos/familiares <input type="checkbox"/> Viviendo transicional <input type="checkbox"/> Otro: _____					
¿Cuál fue el ingreso de todas las personas en su hogar el mes pasado antes de impuestos?					

REGISTRO Y CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE**CONSENTIMIENTO**

Para brindar tratamiento, enviar el pago su seguro o divulgar información requerida por su compañía de seguros, etc., debemos recibir su consentimiento escribiendo sus iniciales en las áreas indicadas y proporcionando su firma a continuación.

Asignación de Beneficios: Asigno a CommuniCare+OLE (CCOLE por sus siglas en inglés) todos los beneficios a los que pueda tener derecho de Medicare, Medicaid, otras agencias gubernamentales, compañías de seguros y otros terceros que sean financieramente responsables de la atención y el tratamiento médico proporcionados por CCOLE _____(iniciales)

Consentimiento de tratamiento: Autorizo a CCOLE y a su personal médico, de enfermería y otros profesionales a proporcionar dichos servicios de atención médica y administrar los procedimientos y tratamientos diagnósticos y terapéuticos que, a juicio del personal médico de CCOLE, se consideren necesarios o aconsejables para mi atención. Esto incluye todas las pruebas y procedimientos de diagnóstico de rutina, incluidas las radiografías de diagnóstico, la administración y/o inyección de productos farmacéuticos y medicamentos, y la extracción de sangre para análisis de laboratorio. Entiendo que no se me han dado garantías en cuanto a los resultados o la efectividad de los tratamientos o exámenes realizados por el personal de CCOLE. _____(iniciales)

Consentimiento a Telesalud: Los beneficiarios tienen derecho a acceder a los servicios cubiertos a través de telesalud, lo que implica el uso de audio, video u otras comunicaciones electrónicas para interactuar con los pacientes, consultar con proveedores de atención médica y/o revisar información médica con fines de diagnóstico, terapia y seguimiento y/o educación. Durante una visita de telesalud, los detalles de mi historial médico y mi información de salud personal pueden discutirse con otros profesionales de la salud mediante tecnología interactiva de video, audio y telecomunicaciones. Además, se puede realizar un examen físico y se pueden tomar grabaciones de video, audio y/o fotografías. Las leyes que protegen la privacidad y confidencialidad de la información de salud y atención también se aplican a la telesalud/telemedicina. Entiendo que las visitas de telesalud son voluntarias y mi consentimiento puede retirarse en cualquier momento. Reconozco que puede haber limitaciones o riesgos relacionados con la recepción de servicios a través de telesalud en comparación con una visita en persona, incluidos, entre otros, posibles problemas de conectividad, una capacidad restringida para realizar un examen físico integral o realizar una intervención inmediata, etc. Autorizo a CCOLE y a su personal médico, de enfermería y otros miembros profesionales a brindar servicios de atención de telesalud si es aconsejable para mi cuidado. _____(iniciales)

Asistencia de transporte: Entiendo que el transporte para los beneficiarios de Medi-Cal está disponible para visitas en persona si tengo problemas para viajar hacia y desde mis citas. _____(iniciales)

Reconocimiento del paciente: Reconozco haber recibido notificación de que, según la ley federal relacionada con la operación de centros de salud, la Ley Federal de Reclamaciones por Agravios (FTCA, por sus siglas en inglés) proporciona el remedio exclusivo por daños por lesiones personales, incluida la muerte, resultantes de la realización de procedimientos médicos, quirúrgicos, dentales o relacionados a funciones dentro del alcance de cualquier voluntario de la clínica o profesional de la salud empleado que el Departamento de Salud y Servicios Humanos haya considerado empleado del Servicio de Salud Pública. (Consulte la subsección 224(q) de la Ley de Servicios de Salud Pública, codificada en 42 U.S.C. § 233(q)). Este reconocimiento de notificación de la limitación de responsabilidad se proporciona antes de que esta persona me haya brindado servicios de atención médica. _____(iniciales)

Consentimiento del paciente para recetas electrónicas e invitación al portal web: Acepto que CCOLE pueda recetar electrónicamente mis recetas y pueda solicitar y utilizar mi historial de medicamentos recetados de sus proveedores de atención médica o de terceros pagadores de beneficios de farmacia para fines de tratamiento. Además, si proporcioné una dirección de correo electrónico, entiendo que CCOLE me enviará una invitación para unirme al portal web y he recibido una copia del Acuerdo de Usuario del Portal del Paciente. _____(iniciales)

Política de no asistir a la cita: "No asistir a la cita" se refiere a un paciente que falta a una cita sin cancelarla/reprogramarla con al menos 24 horas de antelación por teléfono, portal, mensaje de texto o en persona. Para dar cabida al número significativo de personas que esperan citas, reconozco que si "no me presento" a tres (3) citas en un período de 6 meses, es posible que no se me permita programar citas programadas y que tenga que venir en un horario sin cita previa durante un período de seis meses. _____(iniciales)

Abrir base de datos de pagos: La base de datos Open Payments es una herramienta federal que se utiliza para buscar pagos realizados por compañías de medicamentos y dispositivos a médicos y hospitales universitarios. Se puede encontrar en <https://openpaysdata.cms.gov>. Reconozco que CCOLE me ha notificado sobre la Base de Datos de Pagos Abiertos. _____(iniciales)

Toma de fotografías y/o grabación de video/audio: Doy mi consentimiento para que CCOLE y su personal médico, de enfermería y otros miembros profesionales graben fotografías, audio o videos de la clínica. Entiendo que los fines de estas fotografías son para identificación, documentación de procesos de diagnóstico y/o tratamiento. Reconozco que estas fotografías, audio y video se utilizan para brindar atención, mejorar la calidad, educación y/o fines de reembolso. _____(iniciales)

Política de llegar tarde: Reconozco que, si llego más de 5 minutos tarde a mi cita, es posible que deba esperar para que me atiendan en la próxima cita disponible. Tenga en cuenta: si bien se hará todo lo posible para atenderlo, no podemos garantizar que haya una cita disponible. Ere más que bienvenido a reprogramar su cita si no puede esperar. _____(iniciales)

REGISTRO Y CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE

Autorización para la divulgación de información médica: Algunos pacientes prefieren que determinadas personas, incluidos miembros de la familia, tengan acceso a su información médica. Las personas que opto por identificar a continuación tienen mi permiso para programar o confirmar citas, tener acceso a radiografías y resultados de laboratorio, recoger muestras de medicamentos, conocer mi diagnóstico, pronóstico y planes de tratamiento, información de facturación, y servir como contacto de emergencia. Puedo informar a CCOLE en cualquier momento si deseo cambiar o limitar este permiso. Este permiso se aplica a mensajes telefónicos y contestadores automáticos, así como a otros medios de comunicación. Para obtener información más detallada sobre cómo se comparte la información de salud con otros, consulte el Aviso de prácticas de privacidad de CCOLE. _____(iniciales)

Consentimiento OCHIN HIE

CommuniCare+OLE es parte de un acuerdo de atención médica organizado que incluye a los participantes de OCHIN. Una lista actualizada de participantes de OCHIN está disponible en www.ochin.org como socio comercial de CommuniCare+OLE. OCHIN suministra tecnología de la información y servicios relacionados a CommuniCare+OLE y otros participantes de OCHIN. OCHIN también participa en actividades de mejora y evaluación de la calidad en nombre de sus participantes. Por ejemplo, OCHIN coordina las actividades de revisión clínica en nombre de las organizaciones participantes para establecer estándares de mejores prácticas y evaluar los beneficios clínicos que pueden derivarse del uso de sistemas de registros médicos electrónicos. OCHIN también ayuda a los participantes a trabajar en colaboración para mejorar la gestión de las derivaciones de pacientes internos y externas. CommuniCare+OLE puede compartir su información de salud con otros participantes de OCHIN cuando sea necesario para los fines de operación de atención médica del acuerdo de atención médica organizado.

Indique el nombre y la relación de las personas a las que le gustaría otorgar acceso a continuación. (Se pueden agregar nombres adicionales al reverso de este formulario si es necesario).

Nombre: _____ **Relación:** _____ **Número de teléfono** _____

Estos consentimientos permanecerán vigentes hasta el día en que usted revoque su consentimiento. Puede revocar este consentimiento en cualquier momento por escrito, pero si lo hace, no influirá en las acciones tomadas antes de recibir la revocación.

Nombre: _____ **Relación:** _____ **Teléfono:** _____

Nombre: _____ **Relación:** _____ **Teléfono:** _____

Estos consentimientos permanecerán vigentes hasta el día en que revoque su consentimiento. Puede revocar este consentimiento en cualquier momento por escrito, pero si lo hace, no influirá en ninguna acción tomada antes de recibir la revocación.

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

Tutor legal (si corresponde) Nombre en letra de imprenta: _____

Firma: _____ Fecha: _____

Teléfono: _____ Relación: _____

Derechos y responsabilidades del paciente

Como uno de nuestros clientes, usted tiene opciones, derechos y responsabilidades:

TIENE DERECHO A...

Ser tratado con dignidad y respeto. Mantener su privacidad y confidencialidad.

Recibir explicaciones sobre cualquier prueba o procedimiento clínico y cualquier pregunta que pueda tener. Recibir educación y asesoramiento.

Revisar su historia clínica con un médico o profesional de la salud. Dar su consentimiento o rechazar cualquier atención o tratamiento.

Participar en la elaboración de planes o decisiones sobre su atención.

TAMBIÉN TIENE LA RESPONSABILIDAD DE...

Ser honesto acerca de su historial médica y estilo de vida que puede afectar su salud. Asegúrese de que lo entienda todo.

Seguir los consejos e instrucciones de salud. Respetar las políticas del Centro de Salud.

Reportar cualquier cambio en su salud.

Asistir a las citas o cancelélas con al menos 24 horas de anticipación.