

AVISO AL PACIENTE

Nuestra meta en HOPES es proporcionar atención médica de calidad. Debido a nuestra preocupación por su salud y bienestar, hay ciertos tipos de medicamentos que capaz no se podrá prescribir a usted. Algunos ejemplos son los siguientes:

Oxycontin	Xanax
Oxycodone	Valium
Hydrocodone	Restoril
Percocet	Klonopin
Percodan	Tranxene
Lortab	Ativan
Lorcet	Ambien
Morphine	Soma
Tylenol #3	Methadone
Tylox	Vicodin
Ultram/Tramadol	Estimulantes para adultos

Si ya está tomando alguno de los medicamentos anteriores, su proveedor podría querer hablar con usted acerca de tratamientos alternativos.

Si usted es un paciente nuevo, tenga en cuenta que es muy improbable que seamos capaces de prescribir cualquiera de estos medicamentos para usted.

Si tiene preguntas o preocupaciones acerca esta póliza, por favor no dude discutir las con su proveedor o con el Director General de Salud.

ADULT PRIMARY CARE	
PEDIATRIC PRIMARY CARE	
ADULT BEHAVIORAL HEALTH	
PEDIATRIC BEHAVIORAL HEALTH	
RELEASE OF INFORMATION SIGNED	

Registro de Pacientes

_____/_____/_____ FECHA		_____ NÚMERO DE SEGURO SOCIAL	
_____ PRIMER NOMBRE		_____ SEGUNDO NOMBRE	
_____ APELLIDO			
_____ OTRO NOMBRE PREFERIDO (SI APLICA)			
_____ DIRECCIÓN		_____ CIUDAD	
_____ ESTADO		_____ CODIGO POSTAL	
_____ NÚMERO DE TELÉFONO		_____ CORREO ELECTRÓNICO	
_____ EDAD		_____ FECHA DE NACIMIENTO	
_____ PAÍS DE NACIMIENTO		_____ SEXO DE NACIMIENTO	
_____ IDENTIDAD DE GÉNERO		_____ PRONOMBRE PREFERIDO	
_____ ORIENTACIÓN SEXUAL			

¿Usted nos da permiso para:

Llamarle a casa? ☐ Si ☐ No Llamarle en el trabajo? ☐ Si ☐ No
 Dejar mensaje (s) en el hogar? ☐ Si ☐ No Dejar mensaje (s) en el trabajo? ☐ Si ☐ No
 Enviarle correo electrónico? ☐ Si ☐ No Enviar información de HOPES? ☐ Si ☐ No
 Solicitar su participación en cuestionario? ☐ Si ☐ No

Alguna vez ha salido positivo en alguno de los siguientes exámenes

☐ VIH ☐ Hepatitis C ☐ Otro _____

Sexo:

☐ Masculino ☐ Femenino ☐ Otro

Raza:

☐ Indio Americano /Nativos de Alaska ☐ Asiático ☐ Negro / Afroamericano
☐ Nativo de Hawaii / Islas del Pacífico ☐ Americano ☐ Otro

Origen Etnico:

☐ Hispano/a ☐ No-Hispano/a ☐ Inglés ☐ Español ☐ Otro _____

Idioma preferido:

Estado Conyugal:

☐ Soltero/a ☐ Casado/a ☐ Compañero/a ☐ Divorciado / Separado ☐ Viuda / Viudo

¿Ha estado en el ejército? ☐ Si ☐ No

EMPLEADOR	(SI APLICA)	POSICIÓN
PAREJA / CÓNYUGE (SI APLICA)		NÚMERO DE TELÉFONO
CONTACTO DE EMERGENCIA		NÚMERO DE TELÉFONO
RELACIÓN CON EL PACIENTE		
MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA (SI APLICA)		NÚMERO DE TELÉFONO
REFERIDO POR		

A lo mejor de mi conocimiento, toda la información en este formulario de registro es verdadero y correcto. Entiendo que es mi responsabilidad de notificar a HOPES inmediatamente si hay algún cambio en mi nombre, dirección, número de teléfono, el estado de trabajo, y / o ubicación, cobertura de seguro, SSI, SSD, o cualquier otro beneficio recibido a través de agencias externas o organizaciones de base comunitaria.

FIRMA DEL PACIENTE	FECHA
NOMBRE DE PADRE/ GUARDIAN LEGAL	FECHA
FIRMA DE PADRE/ GUARDIAN LEGAL	FECHA

ADULT PRIMARY CARE	
PEDIATRIC PRIMARY CARE	
ADULT BEHAVIORAL HEALTH	
PEDIATRIC BEHAVIORAL HEALTH	

Consentimiento de Tratamiento para el Paciente

Por medio del consentimiento a y autorizar dicho tratamiento prescrito y completamente explicado a mí por HOPES. Además consiente y autoriza a tales pruebas de laboratorio y procedimientos, exámenes de rayos x y otros servicios médicos de rutinarios que se consideren necesarias por los proveedores de HOPES. No es posible hacer garantías sobre los resultados del examen o tratamiento. Reconozco que me no han hecho ninguna garantía de tal. Entiendo que tendré la oportunidad de discutir cualquier y todos los cuidados o tratamiento me propusieron con los proveedores de HOPES y puedo negarme a dar su consentimiento para el cuidado o tratamiento si no desea continuar con esos cursos de tratamiento. Ofreceré HOPES con información exacta sobre mis drogas médicas, sexual, o historia de alcohol y problemas personales o sociales que pueden afectar mi salud o atención médica para asegurar el tratamiento adecuado, la atención y derivación para servicios necesarios. Soy responsable de tener todas las pruebas de laboratorio, radiografías y otros procedimientos de diagnóstico hechos oportunamente, antes de mi próxima cita programada e informaré para todas las citas de la clínica programada en el tiempo.

Asignará a un proveedor de HOPES basado en disponibilidad. Entiendo que puedo ser visto por otro proveedor de HOPES si mi proveedor habitual no está disponible. Entiendo llego tarde a mi cita no puede ser visto por mi proveedor regular. Entiendo que debo solicitar medicamentos recargas contactando a la farmacia por lo menos tres días hábiles antes de mi suministro de medicamentos se agote.

_____ INICIALES DE PACIENTE O PADRE/GUARDIAN

Reconozco que la clínica de HOPES no **funciona un servicio de atención de emergencia**. Miembros del personal están disponibles para mí durante las horas regulares de trabajo para responder a sus preguntas o dudas acerca de mi necesidad de atención urgente. Si mi situación es de emergencia l asistencia debe llamar al 911 o vaya a la sala de emergencia más cercana. Si deseo hablar con un médico después de horas que puedo llamar a la clínica de HOPES al 786-4673. Dirigi al servicio de respuesta y un médico le devolverá a mi llamada.

_____ INICIALES DE PACIENTE O PADRE/GUARDIAN

Entiendo que HOPES tiene un enfoque de equipo integrado para el manejo del paciente y que la información médica puede ser compartida entre los médicos, farmacéutico, salud mental, enfermeras, administradores de casos, asistentes médicos, estudiantes de medicina o internos sin autorización escrita. Esta información es utilizada exclusivamente para el proposito de la coordinación de la atención médica y los servicios sociales.

_____ INICIALES DE PACIENTE O PADRE/GUARDIAN

HONORARIOS DE PAGO POR SERVICIOS: Northern Nevada HOPES brinda servicios a clientes que no tienen cobertura de seguro de terceros utilizando una escala de tasa de deslizamiento, adhiriéndose a las directrices de la pobreza de salud y servicios humanos. Entiendo los cargos por servicios dependen de mis ingresos y pueden cambiar como mis ingresos aumenta o disminuye. En caso de que tengo derecho a los beneficios derivados de cualquier póliza de seguro privado o comercial, dichas prestaciones serán solicitados y asignados al Northern Nevada de HOPES. Si yo estoy cubierto por Medicare, Medicaid o compensación del trabajador, se enviará un reclamo a la agencia apropiada. Sin embargo, entiendo que soy responsable por cualquier copagos, deducibles, u otros cargos por ninguna póliza de seguro o agencia gubernamental y estos copagos son pagaderos en el momento de servicio prestado a menos que se han hecho otros arreglos previos.

He leído con atención y comprendo totalmente este consentimiento y acuerdo. He recibido una copia de este consentimiento / acuerdo y estoy debidamente autorizado para ejecutar lo anterior, y acepto los términos como se describe. Entiendo que este consentimiento / acuerdo es efectivo hasta que sea revocada por escrito.

 PATIENT/LEGAL GUARDIAN SIGNATURE

 DATE

 WITNESS SIGNATURE

 DATE

Derechos y Responsabilidades del Paciente

Como paciente, usted tiene el derecho de:

- participar en su atención médica y tratamiento
- conocer el nombre de las personas que asisten para usted
- ser tratado con respeto y dignidad en un ambiente seguro y privado
- ser informado sobre su enfermedad y tratamiento, incluidas las opciones para su cuidado
- cambiar de proveedores médicos en Northern Nevada HOPES
- obtener una segunda opinión sobre su enfermedad o el tratamiento
- privacidad de sus registros de salud según lo determinado por HIPPA
- hablar con el gerente de la clínica acerca de cualquier pregunta o problema con su cuidado
- saber acerca de los servicios disponibles a través de HOPES
- el respeto a sus valores y creencias culturales, sociales, espirituales y personales
- saber acerca de los requisitos legales de información
- pedir arreglos especiales si tiene una discapacidad
- rechazar el tratamiento, la atención y los servicios según lo permitido por la ley
- saber el costo de su atención médica y las formas que puede pagar por su cuidado
- negar a ser incluido en cualquier programa de estudios sin limitar la atención médica o el tratamiento
- llamar a un médico de guardia a través de un servicio de respuesta después de las horas de servicio
- si usted no está satisfecho con la atención de HOPES, puede presentar una queja o una queja formal con un supervisor
- Estar informado de que la grabación de su visita al consultorio con su proveedor sin informar al proveedor, no fomenta una buena relación con el proveedor y la clínica.
- Estar informados de que HOPES no manejan problemas de dolor crónico
- Estar informados de que HOPES no proporciona evaluaciones de discapacidad
- Para acceder a los servicios de interpretación, si usted no entiende Inglés, o otro tipo de asistencia, si su audición o de la vista se deteriora. Estos servicios son gratuitos.
- Nosotros no negamos los servicios debido a la incapacidad de pago
- Los clientes también tienen la opción de usar la línea directa de enfermeras de REMSA al 775-858-1000

Como paciente, usted tiene la responsabilidad de:

- informar a su proveedor de atención médica acerca de su enfermedad o problemas
- hacer preguntas sobre su enfermedad o el cuidado
- mostrar respeto tanto a los médicos y otros pacientes
- cancelar o reprogramar citas para que otra persona pueda tener ese horario
- pagar sus cuentas a tiempo
- utilizar medicamentos o dispositivos médicos para usted solo
- informar al proveedor de servicios médicos si empeoran o si tiene una reacción inesperada a un medicamento
- dar permiso por escrito para entregar sus otros historiales médicos cuando sea necesario
- proveer HOPES una copia de su testamento vital o poder notarial para asuntos de salud
- Informar al hospital que usted es un paciente de HOPES para la coordinación de la atención
- No llegar a Northern Nevada HOPES o mi cita bajo la influencia de drogas o alcohol.

Si usted tiene alguna pregunta, por favor informe a su proveedor de atención médica o a un empleado de HOPES.

NOMBRE DEL PACIENTE

FIRMA DEL PACIENTE/ GUARDIAN LEGAL

FECHA

ADULT PRIMARY CARE	
PEDIATRIC PRIMARY CARE	
ADULT BEHAVIORAL HEALTH	
PEDIATRIC BEHAVIORAL HEALTH	

Reconocimiento de las prácticas de privacidad y el procedimiento de quejas del paciente

Reconozco que he recibido una copia de la notificación de prácticas de privacidad y el Procedimiento de Quejas del Paciente.

_____ NOMBRE DEL PACIENTE	_____ FECHA
_____ FIRMA DEL PACIENTE	_____ FECHA

RECONOCIMIENTO SE NEGÓ

En esta fecha, el paciente abajo firmantes se negó o error al acusar recibo de la notificación de prácticas de privacidad y el Procedimiento de Quejas del Cliente.

_____ NOMBRE DEL PACIENTE	_____ FECHA
------------------------------	----------------

Motivo del rechazo: _____

_____ FIRMA DEL EMPLEADO DE HOPES	_____ FECHA
--------------------------------------	----------------

Una copia firmada de esta página debe ser presentada ante el registro del paciente.

Autorización del paciente: liberación de información de adultos

Este formulario autoriza la liberación de información de salud protegida (PHI) de conformidad con el CFR Partes 160 y 164.

NOMBRE DEL PACIENTE	ID DEL PACIENTE	FECHA DE CUMPLEAÑOS
Yo autorizo a Northern Nevada HOPES para intercambiar información con las siguientes agencias y / o personas:		
☐ Renown Health	☐ St. Mary's Health	☐ Northern Nevada Medical Center
☐ Carson Tahoe Hospital	☐ Banner Churchill Hospital	☐ Northern Nevada Adult Mental Health
☐ West Hills	Otro: _____	

Información que se entregará (por favor iniciales en todo lo que corresponda):

____ Notas de progreso Clínica	____ Registros del hospital
____ Lista de medicamentos	____ Notas Psiquiatría
____ Notas de consumo de sustancias	____ Resultados de laboratorio
____ VIH / SIDA y otras enfermedades transmisibles	____ Notas de psicoterapia
____ Resultados de las pruebas diagnósticas	____ D / C Resumen
____ Otros (especificar)	

Propósito para el lanzamiento: _____

Fechas para incluir: todas las fechas de servicio o de _____ **to** _____

Autorización de la fecha de vencimiento: _____

Aviso a los: 1) Receptor de la Información y 2) Paciente

1) RECEPTOR: Esta información ha sido divulgada de registros protegidos por las reglas federales de confidencialidad (42 CFR parte 2 y CFR parte 164). Las reglas federales le prohíben hacer cualquier otra revelación de esta información a menos que más divulgación esté expresamente permitida por el consentimiento escrito de la persona a quien pertenece o según lo permitido por 42 CFR parte 2 o 45 CFR parte 164. Una autorización general para la divulgación de información médica o de otro no es suficiente para este propósito. Las reglas federales restringen cualquier uso de la información para investigar o procesar penalmente cualquier paciente de abuso de alcohol o drogas. **2) PACIENTE:** Entiendo que debo firmar voluntariamente y con conocimiento de esta autorización antes de que cualquier información puede ser puesto en libertad, y que puedo negarme a firmar, pero en ese caso la información no puede y no será divulgada. También entiendo que el tratamiento por este proveedor no está condicionado a mi firma de esta autorización, aunque se harán excepciones para a) el tratamiento y la investigación relacionada con b) a excepción de notas de psicoterapia, los planes de salud eran el pago está condicionado a una autorización para utilizar PHI para determinar el pago. Entiendo que la información usada o divulgada puede estar sujeta a una nueva divulgación por la persona o clase de personas o facilidad que lo recibe, y entonces ya no será protegida por las regulaciones federales de privacidad. Reconozco que tengo el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento, y entiendo que una vez que se da a conocer la información, puede que ya no esté protegida por las leyes federales de privacidad. (Usted puede revocar esta autorización por escrito, en persona o por correo certificado al proveedor a la dirección anterior. La revocación se verá afectado únicamente a la recepción, salvo en la medida en que el proveedor ha actuado basándose en la autorización. Más información sobre el derecho de revocar puede proporcionar de vez en cuando en la Comunicación de la Proveedor de Prácticas de Privacidad).

FIRMA DEL PACIENTE/ GUARDIAN LEGAL	FECHA
------------------------------------	-------

REVOCAR LA AUTORIZACION PARA DIVULGAR INFORMACION

Por este medio revoco esta autorización para divulgar información.

FIRMA DEL PACIENTE/ GUARDIAN LEGAL	FECHA
------------------------------------	-------

Email Consent: Non-Secure E-Mail

PATIENT NAME

DATE OF BIRTH

PATIENT EMAIL ADDRESS

Northern Nevada HOPES' team cannot guarantee the security and confidentiality of an e-mail transmission. Employers and on-line services have the right to access and archive e-mail transmitted through their systems. If your e-mail is a family address, other family members may see your messages, therefore, please be aware that you e-mail at your own risk. Because of the many internet and e-mail factors beyond our control, we cannot be responsible for misaddressed, misdelivered or interrupted e-mail. Northern Nevada HOPES and your health care provider are not liable for breaches of confidentiality caused by yourself or a third party.

E-mail is best suited for routine matters and simple questions. You should not send e-mail for urgent or emergency situations or for matters requiring an immediate response. Your provider will attempt to read and respond promptly to e-mail, but cannot guarantee that an e-mail will be read and responded to within any particular period of time. Time sensitive issues should be taken care of by telephone. Please do not use e-mail for communications regarding sensitive health information, such as sexually transmitted diseases, AIDS/HIV, mental health or substance abuse.

Please include your full name, birthdate and telephone number in all e-mails. List the subject of your e-mail in the "Subject" line of your message.

All e-mails between you and your provider regarding diagnosis or treatment will be printed and made part of your permanent health record.

Your provider may forward your e-mail to other staff members as necessary for response. However, your e-mail will not be forwarded outside the Health Team without your authorization.

In order to prevent the introduction of computer viruses into our system, do not send attachments to us in your e-mail.

You are responsible for protecting your password or other means of access to e-mail.

SIGNATURE OF PATIENT

DATE

SIGNATURE OF WITNESS

DATE

ADULT PRIMARY CARE	
PEDIATRIC PRIMARY CARE	
ADULT BEHAVIORAL HEALTH	
PEDIATRIC BEHAVIORAL HEALTH	

Dependientes del hogar del paciente

Por favor complete la siguiente información para todos los socios, los niños y otras personas que viven en su hogar:

1. _____
PRIMER NOMBRE SEGUNDO NOMBRE APELLIDO

FECHA DE NACIMIENTO RELACIÓN
2. _____
PRIMER NOMBRE SEGUNDO NOMBRE APELLIDO

FECHA DE NACIMIENTO RELACIÓN
3. _____
PRIMER NOMBRE SEGUNDO NOMBRE APELLIDO

FECHA DE NACIMIENTO RELACIÓN
4. _____
PRIMER NOMBRE SEGUNDO NOMBRE APELLIDO

FECHA DE NACIMIENTO RELACIÓN
5. _____
PRIMER NOMBRE SEGUNDO NOMBRE APELLIDO

FECHA DE NACIMIENTO RELACIÓN
6. _____
PRIMER NOMBRE SEGUNDO NOMBRE APELLIDO

FECHA DE NACIMIENTO RELACIÓN

COMENTARIOS: _____

