

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		NUMERO DE SEGURO SCOIAL (SI APLICA)	
PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	APELLIDO	
NOMBRE PREFERIDO (SI APLICA)			
DOMICILIO	CIUDAD	ESTADO	CODIGO POSTAL
NUMERO DE TELEFONO	NUMERO DE TELEFONO (TRABAJO)	CORREO ELECTRONICO	
EDAD	FECHA DE NACIMIENTO	PAIS DE NACIMIENTO	SEXO DE NACIMIENTO
IDENTIDAD DE GENERO	PRONOMBRE PREFERIDO	ORIENTACION SEXUAL	

Usted no da permiso para:

- | | | | | | |
|----------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|---------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| Llamarle a casa? | ☐ Si | ☐ No | Llamarle a su trabajo? | ☐ Si | ☐ No |
| Dejar mensaje(s) en casa? | ☐ Si | ☐ No | Dejar mensaje(s) en el trabajo? | ☐ Si | ☐ No |
| Enviarle correo electrónico? | ☐ Si | ☐ No | Enviar información de HOPES? | ☐ Si | ☐ No |
| Enviar mensajes de texto (SMS)?* | ☐ Si | ☐ No | | | |

*El proveedor de servicio puede aplicar tarifas.

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/ Nativo de Alaska ☐ Asiático ☐ Negro/ Afroamericano
☐ Nativo de Hawai/ Islas del Pacifico ☐ Blanco/Caucasico ☐ Otro

Etnicidad:

- ☐ Hispano(a) ☐ No-Hispano(a)

Idioma preferido:

- ☐ Ingles ☐ Español ☐ Otro _____

Estado Civil:

- ☐ Soltero(a) ☐ Casado(a) ☐ Conyuge ☐ Divorciado/ Separado ☐ Viudo(a)

Estatus de empleo:

☐ Empleado ☐ Desempleado ☐ Jubilado ☐ Servicio Militar Activo ☐ Ninguna

Ha estado en el ejército?

☐ Si ☐ No

Estatus de estudiante:

☐ Estudiante tiempo completo ☐ Estudiante de medio-tiempo ☐ No estudiante

Cómo se enteró de HOPES?

☐ Por un paciente de HOPES? ☐ Rotulo ☐ Pagina web de HOPES ☐ Anuncio de televisión
☐ Medios de comunicación social ☐ TPP ☐ Otro _____

Alguna vez ha sido contactado por Change Point para recibir servicios en HOPES?

☐ Si ☐ No

Información de Seguro Medico:

Aplico para Medicaid ☐ Si ☐ No **En qué Estado?** _____

Genero en seguridad?: ☐ M ☐ F

Seguro Medico Primario (incluyendo Medicare/Medicaid) _____

Domicilio _____

Numero de Teléfono _____ Fecha de nacimiento ____ / ____ / ____

Suscriptor _____ Empleador _____

Numero de Grupo _____ ID/# de Suscriptor _____

Numero de Medicare/Medicaid _____ Estado _____

Seguro Medico Secundario (incluyendo Medicare/Medicaid) _____

Domicilio _____

Numero de Teléfono _____ Fecha de nacimiento ____ / ____ / ____

Suscriptor _____ Empleador _____

Numero de Grupo _____ ID/# de Suscriptor _____

Numero de Medicare/Medicaid _____ Estado _____

CONTACTO DE EMERGENCIA

NUMERO DE TELEFONO

RELACION CON EL PACIENTE

MEDICO DE ATENCION PRIMARIA (SI APLICA)

NUMERO DE TELEFONO

A mi mejor conocimiento, toda la información en este formulario de registración es verdadera y correcta. Entiendo que es mi responsabilidad notificar inmediatamente al personal de HOPES si hay cambios en mi nombre, dirección, número de teléfono, estatus de empleo, y / o ubicación, cobertura de seguro, SSI, SSD o cualquier otro beneficio recibido a través de agencias externas o organizaciones comunitarias. Entiendo que cualquier campo que se deje en blanco se registrará como "desconocido" en mi historial médico.

FIRMA DE 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, tienes el derecho a:

- Participar en su atención Médica y tratamiento y cancelar su cuidado de salud en cualquier momento
- Conozca los nombres de las personas que cuidan de usted
- Ser tratado con respeto y dignidad en un ambiente seguro y privado
- Cambiar proveedores médicos en Northern Nevada HOPES
- Obtener otra opinión sobre su enfermedad o tratamiento
- Recibir información sobre cambios o finalización de programas en HOPES
- Respeto por sus valores y creencias culturales, sociales, espirituales y personales.
- Conozca el costo de su cuidado y las maneras que usted puede pagar por su cuidado
- Acceda al médico de guardia a través de un servicio de contestador después del horario de atención
- Acceda a servicios de interpretación si no entiende inglés, u otra asistencia si está oyendo o impedimento visual. Estos servicios son gratuitos.
- Use la Línea de Ayuda de REMSA para Enfermeras al 775-858-1000
- No se le negarán servicios debido a la imposibilidad de pagar
- Esté informado sobre su enfermedad y tratamiento, incluyendo opciones para su cuidado
- Conozca los servicios disponibles a través de HOPES
- Saber que HOPES no proporciona servicios dentales en la clínica, pero puede ser referido a dentistas externos
- Solicite arreglos especiales si tiene una discapacidad
- Se niega a ser incluido en cualquier programa de investigación sin limitar la atención médica o el tratamiento
- Sepa que HOPES no maneja problemas de dolor crónico
- Estar informado de que HOPES no proporciona evaluaciones de discapacidad
- Estar informado de que grabar su visita al consultorio con su proveedor sin revelar lo mismo no fomenta una relación de confianza entre el proveedor y el paciente
- Estar informado de las horas y plazos de la farmacia de HOPES para llenar las recetas nuevas y existentes
- Estar informado del acceso electrónico de los expedientes de su paciente a través del portal web del paciente de HOPES
- Privacidad de sus registros médicos según lo determinado por HIPAA / 42 CFR Parte 2
- Hable con un supervisor sobre cualquier pregunta o problema con su cuidado
- Conocer los requisitos legales de informes
- Prohibir el tratamiento y los servicios de tratamiento según lo permitido por la ley
- Presente una queja o una queja formal, si no está satisfecho con el cuidado en HOPES • Conocer sobre filosofía y características del programa de manejo de pacientes.
- Tener información personal de salud compartida con el programa de manejo de pacientes solo de acuerdo con las leyes estatales y federales
- Identifique a los miembros del personal del programa, incluido su título de trabajo, y hable con el supervisor de un miembro del personal si se lo solicita
- Hablar con un profesional de la salud

- Recibir información sobre el programa de manejo del paciente.
- Recibir información administrativa sobre los cambios o la finalización del programa de manejo del paciente.
- Rechazar la participación, revocar el consentimiento o cancelar la inscripción en cualquier momento.

INICIALES

FECHA

Derechos y Responsabilidades del Paciente (CONTINUADO)

Como paciente, tienes el derecho a:

- Informar a su médico acerca de su enfermedad o problemas
- Informar a HOPES sobre los cambios en su información de contacto.
- Hacer preguntas sobre su enfermedad o cuidado
- Mostrar respeto tanto a los cuidadores como a otros pacientes
- Cancelar o reprogramar citas para que otra persona pueda tener ese horario
- Informar al hospital o la sala de emergencias de que usted es un paciente de HOPES para la coordinación del cuidado
- No llegar a Northern Nevada HOPES o mi cita intoxicado o bajo la influencia de drogas
- Usar medicamentos o dispositivos médicos solo para usted
- Informar a un proveedor médico si empeora o si tiene una reacción inesperada a un medicamento
- Seguir las instrucciones del prescriptor sobre todos los aspectos de las recetas
- Dar permiso por escrito para publicar sus registros de salud cuando sea necesario
- Proporcionar a HOPES una copia de su testamento vital o poder notarial duradero para asuntos de atención médica
- Pagar sus co-pagos y facturas a tiempo
- Reunirse con consejeros financieros para establecer planes de pago
- Presentar todos los formularios que sean necesarios para participar en el programa, en la medida que lo exija la ley.
- Proporcionar información clínica y de contacto precisa y notificar al programa de manejo del paciente los cambios en esta información.
- Notificar a su proveedor tratante de su participación en el programa de manejo de pacientes, si corresponde

Si tiene alguna pregunta, por favor pregunte a un empleado de HOPES.

NOMBRE DEL PACIENTE

PACIENTE/FIRMA DEL GUARDIAN

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
------------------------------------	-------

Consentimiento de Correo Electrónico/ Texto (SMS)

NOMBRE DE PACIENTE

FECHA DE NACIMIENTO

CORRE ELECTRONICO DE PACIENTE

Northern Nevada HOPES' no puede garantizar la seguridad y confidencialidad de la transmisión de correo electrónico y texto (SMS). Servicios on-line y los empleadores tienen el derecho de acceso y archivo de correo electrónico y textos (SMS) transmitido a través de sus sistemas. Si usted permite que otros tengan acceso a su teléfono celular pueden ver los mensajes. Por lo tanto, tenga en cuenta que usted envía un correo electrónico y / o texto (SMS) por su cuenta y riesgo. Por varios factores del internet y el correo electrónico fuera de nuestro control, no podemos ser responsables por correo electrónico o texto (SMS), mal entregado o interrumpido. Northern Nevada HOPES y su proveedor de cuidado de salud no son responsables por las infracciones de confidencialidad causada por sí mismo o un tercero.

Northern Nevada HOPES sólo enviará mensajes de texto (SMS) de acuerdo con la Orden y Orden Declaratoria de la Comisión Federal de Comunicaciones (FCC). HOPES no recibirá mensajes de texto (SMS).

Correo electrónico es más adecuado para cuestiones rutinarias y preguntas sencillas. No debe enviar por correo electrónico para situaciones urgentes o de emergencias o para asuntos que requieran una respuesta inmediata. Su proveedor tratará de leer y responder prontamente a correo electrónico, pero no puede ser garantizado que un correo electrónico será leído y repuesto dentro de un período de tiempo específico. Asuntos con sensibilidad de tiempo deben ser atendidos por teléfono. No use correo electrónico para las comunicaciones con respecto a información sensible de la salud, como enfermedades de transmisión sexual, el VIH/SIDA, salud mental o abuso de sustancias.

Por favor incluye su nombre completo, fecha de nacimiento y número de teléfono en todos los correos electrónicos. Describe el tema de su correo electrónico en la línea marcada "Sujeto/Asunto?" en su mensaje.

Todos los correos electrónicos entre usted y su proveedor con respecto a diagnósticos o tratamiento serán imprimidos y hechos parte de sus registros médicos permanente.

Su proveedor puede reenviar su correo electrónico a otros miembros del equipo según como sean necesario para la respuesta. Sin embargo, su correo electrónico no será enviada fuera nuestro equipo de salud sin su autorización.

Para prevenir la introducción de virus a nuestro sistema, no envíe archivos adjuntos a nosotros en su correo electrónico.

Usted es responsable para proteger su contraseña y otros medios de acceso al correo electrónico y texto (SMS).

NOMBRE DE PACIENTE

FECHA

FIRMA DE PACIENTE

FECHA

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: _____

