

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 Paciente Pediatricos

FECHA		NUMERO DE SEGURO SOCIAL (SI APLICA)	
PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	APELLIDO	
NOMBRE PREFERIDO (SI APLICA)		NUMERO DE TELEFONO	
DOMICILIO	CIUDAD	ESTADO	CODIGO POSTAL
EDAD	FECHA DE NACIMIENTO	PAIS DE NACIMIENTO	SEXO DE NACIMIENTO
FORMA COMPLETADA POR		RELACION CON PACIENTE	

Sexo:

☐ Masculino ☐ Femenino ☐ Otro

Raza:

☐ Indio Americano/Nativo de Alaska ☐ Asiatico ☐ Negro/Afroamericano
☐ Nativo de Hawái/Islands del Pacifico ☐ Blanco/caucasico ☐ Otro

Etnicidad:

☐ Hispano ☐ No-Hispano

Idioma preferido:

☐ Ingles ☐ Español ☐ Otro _____

Como se entero de HOPES?

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

Estatus de Estudiante:

☐ Estudiante tiempo completo ☐ Estudiante de medio tiempo ☐ No Estudiante

Estatus de Empleo:

☐ Empleado ☐ Desempleado ☐ Jubilado ☐ Servicio Militar Activo ☐ Ningun

Usted nos 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
Enviar 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

Información de Seguro Medico

Aplico para Medicaid ☐ Si ☐ No En que Estado _____

Genero en a seguridad: ☐ M ☐ F

Seguro Medico Primario (Incluyendo Medicare / Medicaid) _____

Domicilio _____

Numero de Tel. _____ 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 Tel. _____ Fecha de Nacimiento ____/____/____

Suscriptor _____ Empleador _____

Numero de Grupo _____ ID/# de Suscriptor _____

Numero de Medicare/ Medicaid _____ Estado _____

Información del Padre/Guardian Legal #1

NOMBRE DEL PADRE/GUARDIAN LEGAL RELACION CON EL PACIENTE PADRE/GUARDIAN LEGAL

MEJOR NUMERO DE TELEFONO NUMERO DE TELEFONO ADICIONAL CORREO ELECTRONICO (SI APLICA)

DOMICILIO CIUDAD ESTADO CODIGO POSTAL

Permiso para comunicarse con el padre/Guardian #1 _____ (Iniciales)

Informacion del Padre/Guardian Legal #2

NOMBRE DEL PADRE/GUARDIAN LEGAL	RELACION CON EL PACIENTE	PADRE/GUARDIAN LEGAL	
MEJOR NUMERO DE TELEFONO	NUMERO DE TELEFONO ADICIONAL	CORREO ELECTRONICO (SI APLICA)	
DOMICILIO	CIUDAD	ESTADO	CODIGO POSTAL

Permiso para comunicarse con el padre/Guardian#1 _____ (Iniciales)

Contacto de Emergencia

CONTACTO DE EMERGENCIA	NUMERO DE TELEFONO
RELACION CON EL PACIENTE	
MEDICO DE ATENCION PRIMARIA (SI APLICA)	NUMERO DE TELEFONO

A mi leal saber y entender, toda la información en este formulario de registro es verdadera y correcta. Entiendo que es mi responsabilidad notificar inmediatamente al personal de HOPES si hay cambios en mi nombre, domicilió, 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
FIRMA DEL PADRE/GUARDIAN LEGAL	FECHA

Autorización para el consentimiento de terceros para el tratamiento de menores

☐ Yo soy Padre
☐ Guardián
☐ Otra persona con custodia legal _____
(Describe la relación jurídica)

de _____, menor de edad.
(Nombre del menor)

Por la presente autorizó a _____, Actuar como mi representante
(nombre de representante Médico)

Médico para consentir de toda salud. Servicios que son recomendados por, y entregados bajo cualquier proveedor con licencia en Northern Nevada HOPES, si dicho diagnóstico, tratamiento o transporte / referencia para la atención hospitalaria si se requiere.

Entiendo que esta autorización se da antes de que se requiera un diagnóstico, tratamiento o transporte / derivación específicos para la atención hospitalaria, pero se da para dar autoridad al representante antes mencionado para dar su consentimiento a todos y cada uno de dichos diagnósticos, O transporte / derivación para la atención hospitalaria que un proveedor con licencia, de Northern Nevada HOPES, recomienda.

He leído detenidamente y entiendo completamente este consentimiento y acuerdo. He recibido una copia de este consentimiento / acuerdo y estoy debidamente autorizado para ejecutar lo anterior, y acepto los términos descritos. Entiendo que este consentimiento / acuerdo es efectivo por un año a partir de hoy, o hasta que sea revocado por escrito.

Firma: _____ Fecha y hora: _____
(Padre, Guardián, otra persona por encima de la custodia legal)

Nombre: _____
(Padre, Guardián, otra persona por encima de la custodia legal)

Firma de Testigo: _____ Fecha y hora: _____

Nombre del Menor: _____ Fecha de Nacimiento _____

☐ Copia dada al agente

☐ Consentimiento escaneado en el historial médico

Reconozco que tengo el derecho de revocar estas autorizaciones en cualquier momento, (que puede ser por escrito, en persona, o por correo certificado al proveedor en la dirección arriba indicada. Que el Proveedor ha actuado en base a la autorización.

REVOQUE LA AUTORIZACIÓN DE CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO DE MENORES

Por la presente revoco estas autorizaciones para el consentimiento de terceros al tratamiento de dicho menor.

Firma: _____ Date/Time: _____
(Padre, Guardián, otra persona por encima de la custodia legal)

☐ Copia dada al agente

☐ Consentimiento escaneado en el cuadro de Menor

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
- 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
- Obtenga otra opinión sobre su enfermedad o tratamiento
- 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
- Sepa que HOPES no proporciona servicios dentales en el sitio, 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

INICIALES

FECHA

Derechos y Responsabilidades del Paciente (CONTINUADO)

Como paciente, tienes el derecho a:

- Informe a su médico acerca de su enfermedad o problemas
- Haga 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
- Informe al hospital o la sala de emergencias de que usted es un paciente de HOPES para la coordinación del cuidado
- No llegue a Northern Nevada HOPES o mi cita intoxicada o bajo la influencia de drogas
- Use medicamentos o dispositivos médicos solo para usted
- Informe a un proveedor médico si empeora o si tiene una reacción inesperada a un medicamento
- Siga las instrucciones del prescriptor sobre todos los aspectos de las recetas
- Dar permiso por escrito para publicar sus registros de salud cuando sea necesario
- Proporcione 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

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.

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: _____



**NORTHERN NEVADA HOPES
FPL SURVEY**

ANNUAL INCOME

Please provide your annual income. The first step is to find the family size column and mark the number people in your household. You'll then check the box which represents the dollar amount that is closest to the annual household income. For example, a household of 5 people without an income would be marked at the family of five and Level 1 < 138% FPL (0 - \$40,599).

INGRESOS ANUALES

Por favor, proporcione su ingreso anual. El primer paso es encontrar la columna del tamaño de la familia y marcar el número de personas en su hogar. Luego, marcará la casilla que representa el monto en dólares más cercano al ingreso anual del hogar. Por ejemplo, un hogar de 5 personas sin ingresos se marcaría en la familia de cinco y Nivel 1 <138% FPL (0 - \$ 40,599).

Family size	Level 1 < 138% FPL	Level 2 <150% FPL	Level 3 <175% FPL	Level 4 < 200% FPL	Level 5 <300%FPL	Level 6 >300% FPL	Level 7 >400% FPL
1	0 – 16,753 ☐	16,754 – 18,210 ☐	18,211 – 21,245 ☐	21,246 – 24,280 ☐	24,281 – 36,420 ☐	36,421 – 48,559 ☐	48,560 and above ☐
2	0 – 22,714 ☐	22,715 – 24,691 ☐	24,692 – 28,805 ☐	28,806 – 32,920 ☐	32,921 – 49,380 ☐	49,381 – 65,839 ☐	65,840 and above ☐
3	0 – 28,676 ☐	28,677 – 31,170 ☐	31,171 – 36,365 ☐	36,366 – 41,560 ☐	41,561 – 62,340 ☐	62,341 – 83,119 ☐	83,120 and above ☐
4	0 – 34,638 ☐	34,639 – 37,650 ☐	37,651 – 43,925 ☐	43,926 – 50,200 ☐	50,201 – 75,300 ☐	75,301 – 100,399 ☐	100,400 and above ☐
5	0 – 40,599 ☐	40,600 – 44,130 ☐	44,131 – 51,485 ☐	51,486 – 58,840 ☐	58,841 – 88,260 ☐	88,261 – 117,679 ☐	117,680 and above ☐
6	0 – 46,561 ☐	46,562 – 50,610 ☐	50,611 – 59,045 ☐	59,046 – 67,480 ☐	67,481 – 101,220 ☐	101,221 – 134,959 ☐	134,960 and above ☐
7	0 – 52,522 ☐	52,523 – 57,090 ☐	57,091 – 66,605 ☐	66,606 – 76,120 ☐	76,121 – 114,180 ☐	114,181 – 152,239 ☐	152,240 and above ☐
8	0 – 58,484 ☐	58,485 – 63,570 ☐	63,571 – 74,165 ☐	74,166 – 84,760 ☐	84,761 – 127,140 ☐	127,141 – 169,519 ☐	169,520 and above ☐

Name/Nombre: _____ **Date/Fecha:** _____

First-Last/ Primer Nombre-Apellido

PEDIATRIC PRIMARY CARE	
PEDIATRIC BEHAVIORAL HEALTH	

PEDIÁTRICA | Historial de Salud Inicial

NOMBRE DEL NIÑO	SEGUNDO NOMBRE	APELLIDO
EDAD	FECHA DE NACIMIENTO	

Si los padres no viven juntos, o si el niño no vive con sus padres, ¿cuál es el estado de custodia del niño?

HISTORIA DE NACIMIENTO

El peso al nacer: _____ libras _____ oz

Cuando nació el bebé? ☐ Al término ☐ Temprano ☐ Tarde

Si temprano, ¿cuántas semanas de gestación? _____ semanas

¿La madre tuvo alguna enfermedad o problema con su embarazo? ☐ Sí ☐ No

En caso afirmativo, por favor explique: _____

Durante el embarazo, experimentó la madre lo siguiente:

Fumar? ☐ Sí ☐ No

Beber Alcohol? ☐ Sí ☐ No

Usar drogas o medicamentos? ☐ Sí ☐ No

En caso afirmativo a las drogas o medicamentos, ¿qué y cuándo? _____

Fecha de adopción, (si procede): _____

¿Cómo fue entregado el bebé? ☐ Cesárea ☐ Vaginal

Si cesárea, ¿porqué? _____

¿El bebé tuvo algún problema después del nacimiento? ☐ Sí ☐ No

En caso afirmativo, por favor explique: _____

¿Cómo se dio la alimentación? ☐ De Mama ☐ Botella

¿El bebé va a casa con la madre del hospital? ☐ Sí ☐ No

Si no, por favor explique: _____

GENERAL

¿Considera a su niño a estar en buena salud? ☐ Sí ☐ No Explique: _____

¿Su hijo/a tiene alguna condición médica? ☐ Sí ☐ No Explique: _____

¿Su hijo/a ha tenido graves lesiones o accidentes? ☐ Sí ☐ No Explique: _____

¿Ha sido su hijo/a hospitalizado? ☐ Sí ☐ No Explique: _____

¿Es su niño alérgico a algún medicamento o drogas? ☐ Sí ☐ No Explique: _____

¿Toma su hijo/a algún medicamento con regularidad? ☐ Sí ☐ No Explique: _____

HISTORIA FAMILIAR – Tiene algún miembro de la familia que tenían lo siguiente:

Sordera ☐ Sí ☐ No Quien: _____ Comentarios: _____

Alergias ☐ Sí ☐ No Quien: _____ Comentarios: _____

Asma ☐ Sí ☐ No Quien: _____ Comentarios: _____

Tuberculosis ☐ Sí ☐ No Quien: _____ Comentarios: _____

Muerte Cardíaca Súbito ☐ Sí ☐ No Quien: _____ Comentarios: _____

Alta presión sanguínea ☐ Sí ☐ No Quien: _____ Comentarios: _____

Colesterol alto ☐ Sí ☐ No Quien: _____ Comentarios: _____

Anemia ☐ Sí ☐ No Quien: _____ Comentarios: _____

Enfermedad dl Hígado/Riñón ☐ Sí ☐ No Quien: _____ Comentarios: _____

Diabetes (antes 50) ☐ Sí ☐ No Quien: _____ Comentarios: _____

Epilepsia/Convulsiones ☐ Sí ☐ No Quien: _____ Comentarios: _____

Alcohol/Abuso de drogas ☐ Sí ☐ No Quien: _____ Comentarios: _____

Enfermedades mentales/depresión ☐ Sí ☐ No Quien: _____ Comentarios: _____

Retraso mental ☐ Sí ☐ No Quien: _____ Comentarios: _____

Problemas inmunológicos ☐ Sí ☐ No Quien: _____ Comentarios: _____

VIH/SIDA ☐ Sí ☐ No Quien: _____ Comentarios: _____

Cáncer ☐ Sí ☐ No Quien: _____ Comentarios: _____

Problemas Gastrointestinales ☐ Sí ☐ No Quien: _____ Comentarios: _____

HISTORIA PASADA – en su caso, ¿Su hijo/a tiene o a él/ella alguna vez:

Infecciones de oído frecuentes/pérdida de la audición ☐ Sí ☐ No Explique: _____

Problemas con los ojos o la visión ☐ Sí ☐ No Explique: _____

El asma, la bronquitis, la neumonía ☐ Sí ☐ No Explique: _____

Cualquier problema de corazón o soplo cardíaco ☐ Sí ☐ No Explique: _____

La anemia o un problema de sangrado ☐ Sí ☐ No Explique: _____

Frecuente dolor abdominal/estreñimiento ☐ Sí ☐ No Explique: _____

Infección de Vejiga o el Riñón ☐ Sí ☐ No Explique: _____

Mojar la cama (después de 5 años de edad) ☐ Sí ☐ No Explique: _____

(F) ¿Ha comenzado su periodo menstrual? ☐ Sí ☐ No Explique: _____

Ningún problema crónica o recurrente de la piel ☐ Sí ☐ No Explique: _____

Dolores de cabeza frecuentes ☐ Sí ☐ No Explique: _____

Convulsiones o problemas neurológicos ☐ Sí ☐ No Explique: _____

Diabetes ☐ Sí ☐ No Explique: _____

Problemas de la tiroides u otro endocrinos? ☐ Sí ☐ No Explique: _____

Uso de Alcohol/Drogas ☐ Sí ☐ No Explique: _____

Lesiones en la cabeza, conmoción cerebral, o pérdida de la conciencia:

☐ Sí ☐ No Explique: _____

¿Cualquier otro problema significativo? ☐ Sí ☐ No Explique: _____

EDUCACIÓN:

¿A qué escuela asiste su hijo/a? _____

¿Qué grado de nivel? _____

¿Su hijo/a recibe educación especial? ☐ Sí ☐ No

En caso afirmativo, por favor explique:

Formulario de Consentimiento del Paciente para el Intercambio Electrónico de Información de Salud Individual



HealthIE Nevada es una organización sin fines de lucro dedicada a conectar a la comunidad de salud para compartir información de manera segura y de forma electrónica y mejorar la calidad de los servicios médicos. Para obtener más información sobre el Intercambio de Información de la Salud (HIE), lea el folleto de información del Paciente. Usted puede preguntarle al médico que le dio este formulario, o ir a la página web www.healthIENevada.org.

Detalles sobre la información del paciente en HealthIE Nevada y el proceso de consentimiento:

1. **Cómo se utilizará su información y quién puede acceder a ella.** Cuando usted da su consentimiento, sólo los participantes de HealthIE Nevada (tales como médicos, hospitales, laboratorios, centros de radiología, y farmacias), tendrán acceso a su información médica. Sólo se puede utilizar para:
 - Brindarle tratamiento médico y servicios relacionados.
 - Evaluar y mejorar la calidad de la atención médica proporcionada a todos los pacientes, usando la información de salud asociada.
2. **Tipos de información incluida y de dónde viene:** La información sobre usted proviene de organizaciones que le han brindado atención médica, y que son participantes de HealthIE Nevada. Estos pueden incluir hospitales, médicos, farmacias, laboratorios clínicos, y otras organizaciones de salud. Sus registros de salud pueden incluir un historial de enfermedades o lesiones que ha tenido (como la diabetes o un hueso roto), resultados de exámenes (como radiografías o análisis de sangre), y listas de medicamentos que su médico le ha prescrito. Esto puede incluir información creada antes de la fecha de este Formulario de Consentimiento. Esta información puede referirse a alguna condición de carácter delicada de salud, incluyendo, pero no limitado a:
 - Problemas de alcohol o drogas
 - VIH/SIDA
 - Control de natalidad o aborto (planificación familiar)
 - Enfermedades genéticas (hereditarias) y pruebas
 - Condiciones de salud mental
 - Enfermedades de transmisión sexual
3. **Acceso o divulgación inadecuada de su Información:** La información electrónica sobre usted puede ser revelada por un médico participante a otros sólo en la medida permitida por la Ley del Estado de Nevada. Si en algún momento usted sospecha que alguien que no debería haber visto o recibido información acerca de usted lo ha hecho, debe informárselo a su médico.
4. **Período de vigencia:** Su consentimiento se hace efectivo al momento de firmar este formulario y se mantendrá en vigor hasta el día en que usted lo revoque o HealthIE Nevada deje de existir como negocio.
5. **Revocar su consentimiento:** En cualquier momento, usted podrá revocar su consentimiento mediante la firma de un nuevo formulario de consentimiento y entregárselo a su médico. Estos formularios están disponibles en el consultorio de su médico, o llamando al 855-484-3443. Los cambios en el estado de su consentimiento pueden tomar de 24-48 horas para activarse en el sistema.

Nota: Las organizaciones que tienen acceso a su información de salud a través de HealthIE Nevada, mientras su consentimiento esté en efecto, pueden copiar o incluir su información en sus propios registros médicos. Incluso, si posteriormente usted decide retirar su consentimiento, no están obligadas a devolverlos o eliminarlos de sus registros.

6. **Cómo está protegida su información:** Las Leyes y Reglamentos Federales y Estatales protegen su información médica. HIPAA, la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguro Médico de 1996, es la ley federal que protege sus registros médicos y limita quién pueda ver y recibir información sobre su salud, incluida la información electrónica de salud. Las protecciones de HIPAA se reforzaron aún más por otra ley federal, la Ley de Alta Tecnología de 2009, que puede imponer multas financieras severas a cualquiera que viole sus derechos de privacidad médica. Toda la información médica disponible en el HIE, incluyendo su información médica, está encriptada a las normas federales y es accesible sólo según lo permitido por la Ley del Estado de Nevada (NRS 439.590). Además, su médico debe proporcionarle un Aviso de Prácticas de Privacidad, que describe cómo él o ella usa y protege su información médica.

Copia del Formulario: Usted tiene derecho a recibir una copia de este formulario de consentimiento después de firmarlo.



Sólo Para Uso Interno: MRN _____

Formulario de Consentimiento del Paciente para el Intercambio Electrónico de Información de Salud Individual

Por favor, lea el formulario de consentimiento y proporcione la siguiente información: (con letra de imprenta)

NOMBRE DEL PACIENTE _____
Apellido Nombre Segundo Nombre

NOMBRE ANTERIOR (S) _____ **GÉNERO:** M ____ F ____

DOMICILIO / P.O. BOX _____

CIUDAD _____ **ESTADO** _____ **CODIGO POSTAL** _____

NÚMERO DE TELÉFONO _____ **EMAIL** _____

FECHA DE NACIMIENTO _____ (MM) _____ (DD) _____ (AAAA)

Los pacientes de Nevada de Medicaid por favor lean: La ley de Nevada exige que "una persona que es un beneficiario de Medicaid o de seguro en conformidad con el Programa de Seguro Médico para Niños no puede elegir que su información personal identificable de salud sea revelada por vía electrónica " (NRS 439.539). Cuando un paciente ya no es un beneficiario de Medicaid, es responsabilidad del paciente cambiar su elección de consentimiento, si es que decide hacerlo. Por favor firme abajo para indicar que está enterado.

Opciones de Consentimiento: (MARQUE UNA) Los pacientes de Nevada de Medicaid están exentos de hacer una selección.

Su decisión de dar o negar su consentimiento no puede ser base para la negación de servicios de salud.

- ☐ **DOY MI CONSENTIMIENTO** para que todos los participantes de HIE accedan a **TODA** mi información electrónica médica (incluyendo información delicada) a fin de proveerme cualquier servicio de atención de la salud, incluida la atención de emergencia.
- ☐ **CONSIENTO SOLAMENTE EN CASO DE EMERGENCIA** que todos los participantes de HIE accedan a **TODA** mi información electrónica médica (incluyendo información delicada) **SÓLO** en el caso de una emergencia médica.
- ☐ **NO CONSIENTO** que ninguno de los participantes de HIE accedan a **NINGUNA** de mi información médica electrónica, **INCLUSO** en caso de una emergencia médica.

Firma del representante del paciente o autorizado _____

Fecha _____

Hora _____

Si firmo este formulario como representante autorizado del paciente, entiendo que todas las referencias en esta forma de "yo" o "mi" se refieren al paciente.

Nombre del representante autorizado (Impreso) _____

Relación _____

Fecha _____

Hora _____

Dirección del representante autorizado que firma este formulario (con letra de imprenta): _____

Número de teléfono del representante autorizado _____

PARA USO INTERNO SOLAMENTE

Nombre de la Organización: _____ Nombre del Testigo: _____

Como testigo de este Consentimiento, doy fe de que conozco al que firma arriba, o que se ha identificado con un documento con foto, tarjeta de seguro, o cualquier otra prueba de identidad generalmente aceptada por el área de salud.