

CLINICA DE SALUD DEL VALLE DE SALINAS

Administration

55 Plaza Circle Suite A
Salinas, CA 93901
(831) 757-8689
FAX: (831) 757-0488

Circle

950 Circle Drive
Salinas, CA 93905
(831) 757-6237
FAX: (831) 757-8458

Sanborn

219 N. Sanborn Road
Salinas, CA 93905
(831) 757-1365
FAX: (831) 757-2824

Plaza

55 Plaza Circle Suite C
Salinas, CA 93901
(831) 500-6960
FAX: (831) 758-2201

Castroville

10521 Merritt Street
Castroville, CA 95012
(831) 633-1514
FAX: (831) 633-1739

Gonzales

126 5th Street
Gonzales, CA
(831) 675-2930
FAX: (831) 675-2931

Soledad

799 Front Street
Soledad, CA 93960
(831) 678-0881
FAX: (831) 678-2803

Pajaro

29-A Bishop Street
Pajaro, CA
(831) 728-2508
FAX: (831) 728-2636

Greenfield

808 Oak Street
Greenfield, CA 93927
(831) 674-5344
FAX: (831) 674-5214

N. Main

2180 N. Main Street
Salinas, CA 93906
(831) 443-2190
FAX: (831) 442-3600

King City

223 Bassett Street
King City, CA 93930
(831) 385-5944
FAX: (831) 385-0767

Nombre _____ Fecha de Nacimiento _____ Expediente # _____

CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE

Aquí doy mi consentimiento para cualquier tratamiento medico de cirugía que sea necesario. Tengo entendido que un simple tratamiento o diagnostico como una inyección puede tener complicaciones, las cuales se explicaran cuando hagan los procedimientos o tratamientos. Clinica de Salud del Valle de Salinas hará referencias para servicios especiales que no pueda atender aquí.

Yo comprendo y doy mi consentimiento para que un Medico Residente o una enfermera medica (Nurse Practitioner) o medico asistente (Physician Assistant) me pueda atender en lugar de un medico certificado. También, comprendo que la misma enfermera medica (Nurse Practitioner) o medico asistente (Physician Assistant) me puede recetar medicamentos. El/ella esta certificado para hacerlo bajo la supervisión del doctor. Pero si yo lo deseo, me puede atender un medico y el/ella me recetara mis medicamentos.

Yo comprendo que el expediente mío y cualquier archivo mantenido durante mi tratamiento con Clinica de Salud del Valle de Salinas, estará sujeto a la inspección por oficiales del estado, aseguranzas, clínicas, y otras agencias, tendrán el derecho de acceso a los datos del paciente acumulados bajo los términos en sus contratos con Clinica de Salud del Valle de Salinas. Estos datos serán sometidos para las auditorias fiscales y del programa y no estarán publicados de ninguna manera, la cual resultaría en la identificación de cualquier individuo.

Entiendo que, bajo el Acto de la Portabilidad y de la Responsabilidad del Seguro Médico de 1996 (HIPAA), tengo ciertos derechos al aislamiento con respecto a mi información protegida de salud, yo entiendo que esta información puede y será utilizada para:

- La conducta, planificación y dirección de mi tratamiento entre los proveedores múltiples del centro de salud que pueden estar implicados en ese tratamiento directamente e indirectamente.
- Obtener el pago de pagadores de tercera persona.
- Conducir las operaciones normales del centro de salud tales como evaluaciones de la calidad y certificaciones del médico.

He recibido, leído y entiendo su Aviso de Practicas de Privacidad que contiene una descripción más completa de las aplicaciones y de los accesos de mi información de la salud. Entiendo que esta organización tiene el derecho de cambiar su Aviso de Practicas de Privacidad en cualquier momento y que puedo entrar en contacto con esta organización en cualquier momento en la dirección anotada arriba para obtener una copia actual del Aviso de Practicas de Privacidad.

Entiendo que puedo solicitar por escrito que usted restrinja cómo mi información privada es utilizada o se divulga para realizar el tratamiento, el pago u operaciones del cuidado médico. También entiendo que no están requeridos para convenir con mis restricciones solicitadas, pero si usted entonces conviene usted esta limitado para cumplir con tales restricciones.

Yo entiendo que Clinica de Salud del Valle de Salinas ofrece un programa de descuento para las visitas familiares. Este programa cobra de acuerdo al número de personas y según los ingresos de la familia. El programa de descuento incluye servicios brindados en la clínica de los cual soy responsable del pago.

Paciente o Guardián Legal _____

(Firma)

Testigo _____ Fecha _____ Hora _____

CLINICA DE SALUD DEL VALLE DE SALINAS

Información del Paciente

Fecha _____

MRN: _____

Account #: _____

Lenguaje Preferido: Español Ingles Otro _____

¿Tiene alguna barrera con el idioma? Si No

Lugar de Nacimiento: _____

Apellido(s)		Primer Nombre		Inicial Materno	
Fecha de Nacimiento		Numero de Seguro Social		Teléfono / Celular	
Grupo Étnico <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> Afro-Americano <input type="checkbox"/> Anglo Americano <input type="checkbox"/> Otro: _____		Correo Electrónico (email)		Sexo <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	
Identidad de Género <input type="checkbox"/> Femenina <input type="checkbox"/> De Mujer a Hombre/Hombre Transgénero/Hombre Trans <input type="checkbox"/> De Hombre a Mujer/Mujer Transgénero/Mujer Trans <input type="checkbox"/> Genderqueer, ni exclusivamente masculino ni femenino		<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Elige no divulgar <input type="checkbox"/> Categoría de género adicional u otra, por favor especifique: _____			
Orientación Sexual <input type="checkbox"/> Bisexual <input type="checkbox"/> Lesbiana, gay u homosexual <input type="checkbox"/> Elige no divulgar		<input type="checkbox"/> Algo más, por favor describa: _____ <input type="checkbox"/> No sé <input type="checkbox"/> Heterosexual			
Domicilio Numero y Calle		Ciudad	Estado	Código Postal	
Compañía de Trabajo		Teléfono de Trabajo		Ocupación	
En caso de emergencia contactar a: (Nombre completo de persona con quien podamos hablar en caso de emergencia)				Teléfono de Emergencia	

Persona Responsable

Información de la Persona Quien Toma la Responsabilidad Financiera (Padre de familia si el paciente es menor de 18 años)

Si no es el mismo de arriba

Apellido		Primer Nombre		Inicial Materno	
Fecha de Nacimiento		Numero de Seguro Social		Teléfono	# de Dependientes
Compañía de Trabajo		Ocupación			

Información de Seguro (Aseguranza) Medico

Por favor proveer su tarjeta de seguro medico al personal para tomar una copia

Nombre de la Compañía		# de Póliza	# de Grupo	Relación al Paciente	
Domicilio de la Compañía			Subscribidor		
Ciudad		Estado	Código Postal		Teléfono

PARA EL USO DE LA OFICINA SOLAMENTE:

Monthly Salary _____ Do you work all year: yes no If No, Months not Worked: _____

How do you support your family when not working? _____

How was income information verified? Income Tax Statement Check Stubs (Previous 6 months)

Patient's Migrant Status: Migrant Seasonal NOT Farm Worker

Patient's Homeless Status: Not Homeless Doubling up Shelter Street Transitional Unknown/Unreported

Category: Private INS SOFP IM Medi-Cal
 EAPC BCCP H.F. MO MM CCA

For office use Only: Patient information updated on EPM including scanning of Insurance information

Date/ Initial this form when completed

Date Completed: _____ **Initials:** _____



Responsabilidades del Paciente

1. **Proveer Información** - los pacientes y las familias, como apropiadas, deben proporcionar, al mejor de su conocimiento, información exacta y completa sobre las actuales quejas, pasadas enfermedades, cualquier hospitalización, medicamentos, y otras materias referentes a su salud. Los pacientes y sus familias deben divulgar los riesgos percibidos en su cuidado y los cambios inesperados en su condición/salud. Pueden ayudar a la organización para entender su ambiente al dar sus ideas acerca de las necesidades y expectativas del servicio.
2. **Hacer Preguntas** - los pacientes y las familias, como apropiadas, deben hacer preguntas cuando no entienden su cuidado, tratamiento, y servicio o que es lo que deben hacer.
3. **Siguiendo Instrucciones** - los pacientes y sus familias deben seguir el plan del cuidado, del tratamiento y del servicio desarrollado. Deben expresar cualquier preocupación sobre su capacidad de seguir el plan de cuidado propuesto o curso del cuidado, tratamiento, y servicios. La organización hace cada esfuerzo de adaptar el plan a las necesidades y a las limitaciones específicas de los pacientes. Cuando tales adaptaciones al cuidado, el tratamiento, y el plan del servicio no se recomiendan, los pacientes y sus familias son informadas de las consecuencias del cuidado, tratamiento, y mantener las alternativas al no seguir el curso propuesto.
4. **El aceptar Consecuencias** - los pacientes y sus familias son responsables de los resultados si no siguen el cuidado, el tratamiento, y el plan del servicio.
5. **Siguiendo Reglas y Regulaciones** - los pacientes y sus familias deberán seguir las reglas y regulaciones de la organización.
6. **Demstrar Respeto y Consideración** - los pacientes y sus familias deben ser considerados del personal y de la propiedad de la organización, como también de otros pacientes y sus propiedades.
7. **Cumplir Requisitos Financieros** - pacientes y sus familias deben resolver puntualmente cualquier obligación financiera convenido con la organización.

Yo entiendo que Clínica de Salud va a proveer servicios de acuerdo con las condiciones de mi seguro medico/dental. Si la compañía de seguros no puede verificar mis beneficios o no paga los servicios por alguna razón, acepto la responsabilidad de pagar las cuotas de CSVS personalmente.

Firma del Paciente o Padre/ Madre/ Guardian

Nombre (Letra de Molde)

Fecha de nacimiento

Fecha

Numero de Expediente

Revised 1/2018

Form#HA1150