

Valle Verde Medical Group

INFORMACION DEL PACIENTE

Nombre _____, _____
Apellido Primer Nombre Segundo Nombre

Seguro Social: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Estado Civil: _____

Número de Licencia _____

Nombre de Soltero/a _____ Sexo: _____ Masculino _____ Femenina
Fecha de Expiración

Raza: _____ Grupo Étnico _____ Lenguaje: _____

Domicilio de casa _____ Ciudad: _____

Estado: _____ Zona Postal: _____ País: _____

Teléfono de Casa _____ Celular: _____ Numero de Trabajo: _____

Método de Contacto: Residencia, Trabajo, e-Mail, etc. _____ Para Confirmar Citas: Casa, Celular o Trabajo

Alergias: _____ Nombre de su Mama _____

En Caso de Emergencia a quien podemos avisar? _____

Relación al paciente _____ Número de Teléfono _____

ASEGURANZA PRIMARIA: _____ Fecha de Efectividad: _____

Nombre del Empleador _____ Ocupación: _____

Nombre del Asegurado: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Consentimiento Para Tratamiento Médico de un Niño

Yo bajo palabra de juramento certifico que soy el padre/madre/guardián legal del niño mencionado arriba. Ahora no hay órdenes judiciales en vigor prohibiéndome que otorgue el poder para dar consentimiento a otra persona. Aquí doy mi consentimiento a examen médico o tratamiento de mi hijo. Este tratamiento puede incluir pero no se limita a los siguientes: exámenes médicos, diagnósticos, medicamentos, vacunas, radiografías, trabajo de laboratorio, anestesia, transporte por ambulancia, hospitalización. Este consentimiento permanecerá en efecto hasta que sea revocado por escrito mediante notificación al proveedor de salud médica de mi hijo.

Firma: _____ Fecha: _____

CERTIFICACION Y AUTORIZACION

Por la presente, certifico y acepto la responsabilidad completa de hacer los pagos de cualquier servicio rendidos por Valle Verde Medical Group a mí y/o mis dependientes.

Aquí autorizo que mi portador de Aseguranza le pague directamente a Valle Verde Medical Group por los servicios médicos y quirúrgicos rendidos a mí/ o mis dependientes.

También autorizo a Valle Verde Medical Group que le proporcione a mi portador de Aseguranza con la información necesaria que pidan en el curso del tratamiento y cuidado mío y/o de mis dependientes. Una copia de esta autorización deberá ser considerada tan efectiva y tan valida como la original.

Firma: _____ Fecha: _____

Por favor vea la pagina de atrás para Nota de HIPAA, Intercambio de Información y Portales de Paciente

VALLE VERDE MEDICALGROUP

Advance Health Care Directive

Required for ALL patients 18 years of age and older, and all emancipated minors.

I _____ have been given information about Advance Health Care Directive.
Patient's Name

- I do have an Advance Health Care Directive and will provide a copy to my doctor on _____.
- I do not have an Advance Health Care Directive and I wish to complete one at this time.
- I do not have an Advance Health Care Directive and I do not wish to complete one at this time.



Directiva Anticipada de Atención De Salud

Se requiere para todos los pacientes de 18 años o más y menores emancipados

Yo _____ he recibido información acerca de Directiva Avanzada de Cuidado de Salud.
Nombre del paciente

- Yo tengo una Directiva Avanzada de Cuidado de Salud y le voy a dar una copia a mi doctor en _____.
- Yo no tengo una Directiva Avanzada de Cuidado de Salud y deseo completar una hoy.
- Yo no tengo una Directiva Avanzada de Cuidado de Salud y no deseo completar una hoy.

Patient's Signature: _____ Date of Birth
Firma del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Signature of person explaining information to patient: _____

Printed Name: _____ Date: _____

Comments: _____

HIPAA Nota de Practicas de Privacidad

Estamos obligados por ley a mantener la privacidad de paciente y brindar a los individuos con este aviso de nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad con respecto a información protegida de salud. Si tiene alguna objeción a este formulario, por favor pida hablar con el/la HIPAA Compliance Office en persona o por teléfono al (831) 754-1544.

Su firma abajo es solo reconocimiento que ha recibido esta notificación de nuestras prácticas de privacidad y han autorizado los métodos de comunicación que figuran a continuación:

Método de Comunicación Autorizado (Marque todos los que aplican)

Teléfono Residencial () _____	Teléfono Celular () _____	Teléfono de Trabajo () _____	Correspondencia Escrita Servicio de entrega de correo
Deje su número para regresar la llamada; no deje mensaje detallado	Deje su número para regresar la llamada; no deje mensaje detallado	Deje su número para regresar la llamada; no deje mensaje detallado	Fax () _____
Puede dejar mensaje detallado con la persona que conteste el teléfono	Puede dejar mensaje detallado en mi correo de voz	Puede dejar mensaje detallado con la operadora	e-mail _____ _____
Puede dejar mensaje detallado en la máquina de mensajes		Puede dejar mensaje detallado en mi correo de voz personal	

Nombre del Paciente : _____ Firma: _____

Fecha de Nacimiento : _____ Fecha: _____

Valle Verde Medical Group

OPCIONAL

Autorización Para Dar Información Personal

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

A Quien Corresponda:

Yo autorizo a _____ que recoja copia de mi expediente médico de su oficina que contiene información personal. Yo estoy consciente que primero necesito firmar la autorización para que hagan copia de mi expediente médico. Él/ella también está autorizado/a para que programe citas o cambie el horario de mis citas, recoja mis recetas, formas de discapacidad, referencias de laboratorio y de radiografía.

Iniciales _____ Yo autorizo que den información sobre mi cuenta a la persona mencionada arriba

Firma del Paciente: _____ Fecha: _____

Consentimiento para cuidado de salud de un menor (Opcional)

Iniciales _____ Yo autorizo a _____ que lleve a mi hijo/a al médico para recibir cuidado de salud. Yo autorizo a la persona mencionada arriba que firme la autorización para recibir cuidado de salud incluyendo vacunas o tratamiento de salud que sea necesario.

Firma de Padres/Guardián Legal: _____ Fecha: _____

Nota de HIPAA de Prácticas de Privacidad

Intercambio de Información de Salud / Portales de Paciente

Podemos usar y compartir su información médica con médicos/proveedores involucrados en su atención a través de Central Coast Health Connect, un intercambio de información de salud (HIE) y el Portal de Pacientes de SVMHS usando una conexión segura a internet. Una encefalopatía hipoxico-isquémica es una forma de compartir información con otros participantes prestadores de salud o entidades con fines de operación de tratamiento, pago y cuidado de salud. Esto permite al médico participante tener su información más reciente disponible de otros proveedores de salud participantes a toma decisiones sobre su atención. Puede optar no participar y evitar que su información médica esté disponible a través de Central Coast Health Connect o evitar el intercambio de información sobre su salud por correo electrónico a la mesa de ayuda de la CCHC en cchc-help@centralcoasathealthconnect.org o llamando al (831) 644-7494.

COMO PODEMOS USAR Y DIVULGAR INFORMACION DE SALUD: Para el Tratamiento de Salud, Para el Pago, Para Operaciones de Cuidado de la Salud, Recordatorios de Citas, Alternativas de Tratamiento y Salud Relacionados con Beneficios y Servicios, Individuos Involucrados en su Cuidado o Pago de Atención

*SITUACIONES ESPECIALES:

***Requeridas por la Ley.** Divulgaremos información de salud cuando así lo requiere la ley internacional, federal, estatal o local.

***Riesgos para la Salud Pública.** Podemos divulgar información médica para actividades de salud pública. Estas actividades generalmente incluyen revelaciones para prevenir o controlar enfermedades, lesiones o incapacidad; Informe de nacimiento y muertes; Informe de abuso o negligencia; reacciones de informe a medicamentos o problemas con productos; notificar a las personas de retiradas de productos que pueden estar usando; una persona que han estado expuestas a una enfermedad o puede estar en riesgo de contraer o propagar una enfermedad o condición; y la autoridad apropiadas del gobierno si creemos que una paciente ha sido víctima de abuso, negligencia o violencia doméstica. Solamente haremos esta divulgación si usted está de acuerdo a cuando lo requiere o autorice la ley.

***Demandas y Disputas.** Si usted está implicado en un pleito o una disputa, podemos revelar información médica en respuesta a una orden judicial o administrativa. También podemos divulgar información médica en respuesta a una citación, solicitud de descubrimiento u otro proceso legal por alguien más involucrado en la disputa, pero solamente si los esfuerzos han sido hechos para informarle sobre la solicitud o para obtener una orden protegiendo la información solicitada.

***Aplicación de la Ley.** Podemos divulgar información de salud si se le pregunta por un oficial de la ley si la información es: (1) en respuesta a una orden judicial, citación, orden judicial, citación o proceso similar; (2) información para identificar o localizar un testigo sospechoso, fugitivo, material limitada o desaparecido; (3) sobre la víctima de un crimen aunque sea bajo ciertas circunstancias muy limitadas y no somos capaces de obtener su conformidad; (4) sobre una muerte que creemos puede ser el resultado de conducta criminal; (5) sobre conducta criminal en nuestras instalaciones; (6) en caso de emergencia para reportar un delito, la ubicación del crimen o víctimas, o la identidad, descripción o ubicación de la persona que cometió el crimen.

***Compensación de Trabajadores.** Podemos divulgar información de salud para la compensación de trabajadores o programas similares. Estos programas proporcionan beneficios pro accidentes de trabajo o enfermedad.

***Military and Veterans.** If you are a member of the armed forces, we may release Health Information as required by military command authorities. We also may release Health Information to the appropriate foreign military authorities if you are a member of a foreign military.

***Public Health Risks.** We may disclose Health Information for public health activities. These activities generally include disclosures to prevent or control disease, injury or disability; report births and deaths; report child abuse or neglect; report reactions to medications or problems with product; notify people of recalls of products they may be using; a person who may have been exposed to a disease or may be at risk for contracting or spreading a disease or condition; and the appropriate government authority if we believe a patient has been the victim of abuse, neglect or domestic violence. We will only make this disclosure if you agree or when required or authorized by law.

***Research * Business Associates *Organ and tissue Donation
*Health Oversight Activities *Data Breach Notification Purposes**

Su Guía para entender la Central Coast Health Connect (Conexión de Salud de la Costa Central)

Un Centro de Información sobre Salud del Condado de Monterey

¿Qué es la Central Coast Health Connect (CCHC)?

La CCHC es un Centro de intercambio de información sobre salud (HIE, por sus siglas en inglés) de una comunidad. Se estableció para ayudar a pacientes y proveedores de salud a compartir información sobre la salud, por vía electrónica. El HIE ayuda a garantizar que sólo usted y los proveedores de salud que usted autorice — incluyendo doctores, hospitales y laboratorios — cuenten con acceso instantáneo y seguro a la información médica necesaria para proporcionar a usted la mejor atención posible.

¿Por qué es importante participar en una CCHC?

Muchas personas se relacionan con numerosos proveedores de salud, a menudo en diferentes lugares. La información acerca de su salud y cuidados como visitas a consultorios, recetas, exámenes de laboratorio, de imágenes y otros se mantienen por separado. Esa fragmentación puede provocar duplicación innecesaria de servicios e incrementar riesgos en su seguridad. Para propiciar mayor seguridad, eficiencia y colaboración, las organizaciones que están a la vanguardia están implementando sistemas de intercambio de información de salud que permiten vincular a los pacientes con sus proveedores de salud. Cuando usted y sus proveedores de salud participan en CCHC, su equipo de proveedores de salud puede acceder y compartir de manera protegida la información médica pertinente, lo cual mejora la capacidad para tomar las mejores decisiones sobre su salud.

¿Cómo se protege mi información?

Proteger la privacidad es una prioridad importante en el sistema de CCHC. El acceso a los datos del paciente está estrictamente reglamentado y las leyes estatales y federales se cumplen y hacen valer con rigor. La CCHC sabe que la privacidad del paciente es esencial, y hacemos todo lo posible por asegurar que los datos de los pacientes se gestionan de manera segura.

¿Puedo obtener los resultados de exámenes por vía electrónica con CCHC?

Sí. Un beneficio importante para los pacientes es el portal para pacientes de CCHC. Si usted proporciona su correo electrónico al registrarse — dependiendo de los servicios que reciba — recibirá una invitación por correo electrónico para formar parte del portal de pacientes de CCHC. Si recibe la invitación, por favor, haga clic en el enlace 'register' (registrar) en el correo electrónico y siga las instrucciones para crear su cuenta. (Actualmente CCHC no permite tener cuentas en-línea para pacientes dependientes o menores de edad). Cuatro días después de su visita, recibirá cualquier resultado (siempre y cuando no sea sensible) de exámenes o datos relacionados con la visita (Consulte el reverso para más información).

¿Qué sucede si decido no participar en la CCHC?

Si no desea participar en la CCHC, puede elegir esa opción. Sin embargo, es importante saber que si *opta por no participar*, sus proveedores de salud *no podrán compartir información a través de la CCHC*. Sin embargo, si así lo deciden, su doctor y otros proveedores de salud podrán aún usar el intercambio electrónico de información de salud para compartir entre ellos los resultados de pruebas de laboratorio de usted, sus informes radiológicos y otros datos que se envían directamente a estos proveedores de salud. Es posible que antes hayan recibido esta información por fax, correo o bien por algún medio de comunicación electrónico. Si aún así desea no participar en CCHC, por favor, envíe un correo electrónico a: cchc-help@centralcoasthealthconnect.org o llame al (831) 644-7494

Para saber más acerca de la Central Coast Health Connect, por favor llame al (831) 644-7494 o visite: centralcoasthealthconnect.org

Las leyes federales y estatales referentes a la distribución electrónica de resultados de exámenes *sensitivos* prohíben proporcionarle a usted todos sus resultados a través del portal de pacientes de CCHC. Para más información acerca de los resultados considerados como sensitivos, por favor, consulte el Código 123148 de Salud y Seguridad del Estado de California, sobre todo la sección siguiente:

"... ninguno de los siguientes resultados de exámenes clínicos de laboratorio y otros resultados relacionados serán divulgados al paciente a través de internet o de otros medios electrónicos:

- (1) Examen de anticuerpos VIH
- (2) Presencia de antígenos que indiquen infección de hepatitis
- (3) Abuso en el consumo de drogas
- (4) Resultados de exámenes relacionados con tejidos procesados de manera rutinaria, incluyendo biopsias de piel, pruebas de papanicolau, productos de concepción y aspiraciones de médula ósea para evaluación morfológica, si estos revelan malignidad."

CCHC
CENTRAL COAST HEALTH CONNECT