

Formulario de Registro del Paciente

Información del paciente

Apellido: _____ Primer Nombre: _____ Inicial de Segundo Nombre: _____
Fecha De Nacimiento: _____ Nombre anterior: _____ Celular: _____
Teléfono de Casa: _____ Correo Electrónico: _____ Numero de Seguro Social: _____

Dirección

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____ Condado: _____

Tutor Legal o Responsable Financiero

Apellido: _____ Primer Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____
Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____
Relación con el paciente: _____ Numero de Seguro Social: _____ Celular: _____

Contacto de Emergencia:

Nombre: _____ Celular: _____ Relación con el paciente: _____

Información adicional del paciente

Estado civil: Soltero/a Casado/a Divorciado/a Viudo/a Separado/a

Idioma: Inglés Español Tagalog Otro idioma (especificar): _____

¿Necesita asistencia especial? No lenguaje de señas Intérprete de idioma Otro: _____

¿Estado de estudiante? Tiempo-Completo Tiempo-medio No soy estudiante

¿Cómo podemos ponernos en contacto con usted? Teléfono Mensaje de Texto Correo Electrónico Correspondencia

Demográfica:

Sexo al nacer: Masculino Femenino

Orientación Sexual: Lesbiana, Gay, Homosexual Heterosexual Bisexual Algo mas No se Elijo no divulgar

Identidad de género: Masculino Femenino Transgénero, Masculino – Femenino Transgénero, Femenino – Masculino

Raza: Asiático Nativo hawaiano/otro isleño del Pacífico Blanco/caucásico Negro /Afroamericano Indio americano/nativo de Alaska Más de una raza No declarado/Elijo no revelar mi raza

Etnicidad: Hispano, Latino/a o Origen Español Puertorriqueño/a Cubano/a No hispano, latino/a o de origen español No declarado/Elijo no revelar mi origen étnico

Vivienda para personas sin hogar: Refugio Vivienda de Transición Doubling Up (Temporal e inestable) Calle Apoyo permanente Otro No se

Trabajador agrícola (marque uno): Inmigrante Por Temporada **Situación Militar:** Te consideras un veterano militar de los EE. UU.? Si No

Firma del paciente / tutor legal: _____ Fecha: _____

Nombre del paciente / tutor legal: _____ Relación con el paciente: _____

Descuento de tarifa variable: Un descuento que ajusta las tarifas según la capacidad de pago de los pacientes basándose en sus ingresos y el tamaño de su familia/hogar.

Estado militar: Individuos dados de alta que han servido en el servicio militar activo, naval o aéreo, que incluye la Fuerza Aérea, el Ejército, la Guardia Costera, los Marines, la Armada y la Fuerza Espacial, o como oficial comisionado del Servicio de Salud Pública o la Administración Nacional Oceánica y Atmosférica. Esto también incluye a las personas que sirvieron en la Guardia Nacional o en las Reservas en estado de servicio activo.

Etnicidad: Alguien que pertenece a un grupo o subgrupo de población compuesto por personas que comparten un origen cultural o ascendencia común:

- De origen hispano, latino/a o español: Mexicano, Mexicanoamericano, Chicano/a, Puertorriqueño/a, Cubano
- No de origen hispano, Latino/a o Español
- Sin reportar o elegir no divulgar la etnicidad

Orientación Sexual e Identidad de Género:

Identidad de género: Cómo te sientes contigo mismo/a como hombre o mujer, puede ser diferente a tu sexo de nacimiento.

- Transgénero (de hombre a mujer): Hombre al nacer que se identifica como mujer
- Transgénero (de mujer a hombre): Mujer al nacer que se identifica como hombre

Orientación sexual: Cómo las personas describen su atracción personal (emocional y física) hacia los demás.

- Heterosexual: Hombres que se sienten atraídos por mujeres y mujeres que se sienten atraídas por hombres
- Gay: Alguien que se siente atraído por el mismo género que él/ella.
- Lesbiana: Mujeres que se sienten atraídas por otras mujeres
- Bisexual: Alguien que se siente atraído por mujeres y hombres.

Sexo de nacimiento: Tu sexo al nacer. (Masculino o Femenino)

Persona Sin hogar: Describe a una persona que no tiene vivienda segura y estable durante la noche en un lugar que no es adecuado para que alguien viva (por ejemplo, calle, campo, edificio abandonado)

Raza: Una categorización física o social de un individuo que puede basarse en la herencia o la genética. Incluye:

- Asiático: Indio Asiático, Chino, Filipino, Japonés, Coreano, Vietnamita, u Otro Asiático
- Hawaiano nativo/otras islas del Pacífico: Guameño o Chamorro/Samoano
- Blanco/Caucásico
- Afroamericano/Negro
- Indio Americano/Nativo de Alaska
- Más de una raza
- Sin informar/elegir no divulgar mi raza

Trabajador Agrícola:

- Trabajadores agrícolas migrantes: Individuos que trabajan en la agricultura y que deben viajar a diferentes regiones para tener trabajo.
- Trabajadores agrícolas por temporada: Individuos que trabajan en la agricultura de manera temporal y que NO cumplen con la definición de trabajador agrícola migrante.

Vivienda para personas sin hogar:

- Refugio: Típicamente ofrece un lugar temporal para dormir y comida a quienes lo necesitan, pero a menudo tiene limitaciones en la cantidad de días u horas que una persona puede permanecer allí.
- Vivienda de transición: Una solución de vivienda que ayuda a las personas a conseguir una vivienda permanente.
- Compartir vivienda: Alguien que vive con otras personas. El arreglo es temporal e inestable.
- Vivir en la calle: Alguien que vive al aire libre, en un vehículo, en un campamento, en una vivienda/refugio improvisado u otros lugares generalmente no aptos para la ocupación humana.
- Apoyo permanente: Se encuentra en entornos ricos en servicios, no tiene límites de tiempo y puede estar restringido a personas con algún tipo de discapacidad.
- Desconocido: Alguien que se sabe que está experimentando la falta de vivienda, pero cuya situación de vivienda es desconocida.

Documento de información Financiera

El propósito de coleccionar la siguiente información es para determinar el nivel federal de pobreza. El nivel federal de pobreza determinara si es elegible para diferentes programas o descuentos. Estos programas consisten en programas de asistencia de OPSAM, cobertura de Medical/CHDP, y ahorros en el mercado de seguros médicos.

Información del Paciente

Nombre Completo:	Fecha de Nacimiento:
------------------	----------------------

Parte A: Ingreso del Hogar y Tamaño del hogar

Un **hogar** consiste en todas las personas que ocupan la casa o el apartamento. Hijos adultos que viven en el hogar que no son dependientes se consideran como otro hogar separado. Compañeros de cuarto que comparten arreglos de Vivienda que no están atados uno al otro por medio de hijos, matrimonio, o relaciones sentimentales son considerados como parte de otro hogar. Esos viviendo con amigos, o familiares en tiempos de necesidad se consideran parte de otro hogar.

Ingresos incluye toda ganancia, compensación de desempleo, compensación del trabajador, Seguro Social, Suplemento del Seguro social, asistencia pública, pagos del veterano, beneficios del sobreviviente, pensión o retiro, intereses, dividendos, rentas, regalías, ingresos de estado, testamentos, asistencia educativa, pensión alimenticia, manutención de hijos, asistencia afuera del hogar, y cualquier otro ingreso misceláneo. Ingreso que no sea en efectivo (como estampillas de comida ayuda y subsidio de vivienda) no cuenta.

Por favor complete la siguiente información:

Número total de personas en el hogar: _____

Ingreso mensual total del hogar: _____

Yo no quiero aplicar para asistencia financiera

Me gustaría aplicar para asistencia financiera. (Por favor de completar la aplicación de descuento)

Por favor Lea y firme

Yo, certifico que la información proveída en esta aplicación es verdadera y correcta según mi entendimiento. Entiendo que esta información puede ser usada para determinar mi nivel de pobreza. Yo autorizo a OPSAM Health para que utilice esta información proveída.

Firma del Paciente: _____ **Fecha:** _____

Office Use Only

RFI Staff initials: _____

RSFDP Staff initials: _____

Aplicación de Escala de descuentos

Información del Hogar

Por favor escriba todas las personas que viven en su casa (incluyéndose usted). No incluya hijos adultos que no son dependientes suyos, compañeros que comparten arreglos de vivienda que no están relacionados uno al otro por medio de hijos, matrimonio, o relaciones sentimentales y amigos o familiares en tiempos de necesidad se consideran parte de otro hogar.

Nombre y Apellido	Edad	Relación	Ingreso Mensual
Yo miso/a			

Para que esta aplicación sea considerada complete por favor de proveer:

Prueba de ingreso puede ser uno de los siguientes documentos:

- Comprobante de ingreso de trabajo corriente
- Documentación de beneficios (desempleo, Seguro social, retiro, beneficios militares, etc.)
- Impuestos de federales más recientes
- Auto certificado de ingresos

Por favor lea y firme

Yo, entiendo que soy personalmente responsable por todos los pagos de OPSAM Health hasta que yo pueda cumplir con proporcionar los documentos requeridos para soportar mi aplicación. Yo entiendo que seré responsable por el pago completo de mi visita si no cumplo con proporcionar los documentos mencionados arriba dentro de 14 días del día de la firma de mi aplicación. Yo entiendo que necesito notificar a OPSAM Health si mi nivel de ingreso cambia, o si adquiero aseguranza médica. Si hay cambios seré reevaluado para la aplicación de escala de descuentos.

Firma del Paciente: _____ **Fecha:** _____

Office Use Only

Slide Assigned: A B C D E F

Income Provided and Verified: Yes No

Staff Initial: _____

CONSENTIMIENTO PARA RECIBIR TRATAMIENTO

NATURALEZA DE LOS SERVICIOS: Entiendo que, como Centro de Salud Federal Calificado (FQHC), Opsam Health ofrece servicios de salud primarios e integrales, entre ellos, atención preventiva, manejo de enfermedades crónicas, servicios de salud del comportamiento y servicios dentales.

OBJETIVO DEL TRATAMIENTO: Entiendo que los servicios de atención médica que reciba de Opsam Health tienen como objetivo promover y mantener mi salud general y mi bienestar, prevenir y controlar enfermedades y abordar cualquier problema de salud que padezca.

CONFIDENCIALIDAD Y PRIVACIDAD: Entiendo que mi información de salud será tratada como información confidencial y estará protegida, de conformidad con las leyes y regulaciones aplicables. Autorizo a Opsam Health a utilizar y divulgar mi información de salud para fines de tratamiento, pago y operaciones de atención médica, de conformidad con las disposiciones de su Aviso de Prácticas de Privacidad.

RIESGOS Y BENEFICIOS DEL TRATAMIENTO: Entiendo que cada procedimiento, tratamiento o intervención médica conlleva ciertos riesgos y beneficios. El proveedor de atención médica le explicará los posibles riesgos y beneficios de cualquier tratamiento o procedimiento propuesto y tengo derecho a realizar preguntas para garantizar mi comprensión.

ALTERNATIVA: Entiendo que tengo derecho a recibir información sobre cualquier alternativa razonable al tratamiento propuesto, incluso cualquier procedimiento, terapia o medicación de carácter alternativo que esté disponible. Tengo derecho a debatir estas alternativas con mi proveedor de atención médica y a tomar una decisión informada sobre mi atención médica.

RESPONSABILIDAD FINANCIERA: Entiendo que seré responsable de los costos u honorarios asociados con los servicios de atención médica que reciba de Opsam Health. Me comprometo a cooperar con Opsam Health para hacer frente a mis obligaciones financieras de manera oportuna y a proporcionar información del seguro, si corresponde.

SAN DIEGO HEALTH CONNECT (SDHC): Autorizo la transferencia de mi información de salud a SDHC y que puedo optar por no participar en SDHC en cualquier momento notificando al personal de Opsam Health. .

CONSENTIMIENTO PARA RECIBIR TRATAMIENTO: Por este medio otorgo mi consentimiento informado a Opsam Health y sus proveedores de atención médica para administrar los servicios de atención médica, tratamientos, procedimientos y medicamentos necesarios que se consideren adecuados para mi atención médica. Entiendo que tengo derecho a retirar mi consentimiento en cualquier momento y ello no afectará mi derecho a recibir atención médica o tratamiento en el futuro.

CONSENTIMIENTO PARA RECIBIR TRATAMIENTO DE UN MENOR (SI CORRESPONDE): Como padre, madre o tutor legal con autoridad para prestar el consentimiento en nombre del menor mencionado debajo, otorgo mi consentimiento para que el menor reciba tratamiento del personal asociado con o contratado por Opsam. He recibido información sobre el plan de tratamiento propuesto, la naturaleza general y el alcance de los riesgos involucrados y las opciones de tratamiento alternativas, si corresponde. Este consentimiento será válido hasta que el menor cumpla los 18 años de edad.

He tenido la oportunidad de leer y entender este Formulario de Consentimiento y de realizarle preguntas y expresarle mis inquietudes a mi proveedor de atención médica. Mediante mi firma debajo, otorgo mi consentimiento informado para recibir servicios de atención médica de Opsam Health.

Nombre del paciente: _____ **Firma del paciente/ tutor/ curador:** _____

Relación con el paciente: _____ **Fecha:** _____ **Hora:** _____

Nombre del testigo: _____ **Firma del testigo:** _____



ACUSE DE RECIBO DE LAS PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Estamos comprometidos a proteger su información de salud personal en cumplimiento de la ley. El Aviso de prácticas de privacidad adjunto establece:

- Nuestras obligaciones legales con respecto a su información de salud personal.
- Cómo podemos usar y divulgar la información de salud que conservamos sobre usted.
- Sus derechos en relación con su información de salud personal.
- Nuestro derecho a modificar nuestro Aviso de prácticas de privacidad.
- Cómo presentar una queja si considera que se han violado sus derechos de privacidad.
- Las condiciones aplicables para los usos y divulgaciones no descritos en este aviso.
- La persona con la que debe comunicarse para obtener más información sobre nuestras prácticas de privacidad.

Tenemos la obligación por ley de poner a su disposición una copia de este Aviso y obtener su acuse de recibo por escrito para indicar que ha leído o recibido una copia de este Aviso.

ACUSE DE RECIBO DEL PACIENTE

Yo, _____, declaro que:

- He leído el Aviso de prácticas de privacidad.
- He recibido una copia del Aviso de prácticas de privacidad.

Firma del Paciente

Fecha

Firma del padre, madre o representante del Paciente
(si corresponde)

Fecha

Autoridad legal para actuar en nombre del Paciente

ACUERDO DE CONDUCTA DEL PACIENTE

Este acuerdo se suscribe entre _____ (Nombre del paciente) y OPSAM HEALTH.

En un esfuerzo por brindarle una mejor atención, a continuación se mencionan las expectativas requeridas para mantener una relación eficaz entre proveedores y pacientes y garantizar que se mantenga un ambiente clínico seguro para usted y para el personal.

Mediante mi firma debajo, reconozco que mi atención médica continua en OPSAM HEALTH está condicionada al cumplimiento de las siguientes expectativas:

1. Me comprometo a no participar en amenazas verbales o conductas agresivas hacia el personal, los proveedores u otros pacientes ya sea en persona, en videoconferencia o por teléfono.
2. Me comprometo a no utilizar un lenguaje que pueda resultar ofensivo para el personal u otros pacientes por motivos de raza, religión, apariencia, género u orientación sexual.
3. Me comprometo a no consumir sustancias ilícitas o intoxicantes en instalaciones de OPSAM HEALTH.
4. Me comprometo a no robar ni realizar actividades ilegales en la oficina.
5. Me comprometo a no invadir la privacidad de otros pacientes.

Por su parte, el personal y los proveedores de OPSAM HEALTH se comprometen a:

1. Satisfacer mis necesidades en la medida de sus capacidades y teniendo en cuenta los recursos disponibles.
2. Comunicarse conmigo de manera profesional y respetuosa.
3. Abordar mis consultas relacionadas con mi salud de manera oportuna.
4. Comunicarme de manera efectiva cualquier retraso en el horario de mi cita.
5. Revisar mis quejas de manera oportuna y debatir conmigo la resolución propuesta al asunto.

En caso de incumplimiento de los compromisos antes mencionados, podríamos solicitarle que se retire de la clínica por ese día. Luego de esto, se le enviará inmediatamente una carta de advertencia a la dirección que figura en el archivo y dicha carta se adjuntará a sus registros. Si la conducta se repite, se revisará e iniciará un proceso formal de expulsión. En el caso de que se decida dar por finalizado el servicio, podrá recibir atención médica urgente durante los 30 días posteriores a la fecha de cancelación del servicio para que tenga tiempo suficiente para tener acceso a atención médica en otro establecimiento. Usted tendrá la responsabilidad de contratar atención médica de otro proveedor durante el periodo de 30 días.

Inicial

1. _____ He leído y entiendo las expectativas de conducta antes mencionadas. También entiendo que el incumplimiento de estas expectativas podría provocar la finalización de la relación con este proveedor o esta organización.
2. _____ He recibido una copia de la política de "Derechos y Responsabilidades del Paciente".

**Firma del paciente/ familiar
/apoderado:** _____

Fecha: _____



AUTORIZACIÓN PARA EL PORTAL DE PACIENTES

El Portal de pacientes ha sido diseñado para mejorar la comunicación entre médicos y pacientes. Una vez que se inscriba como paciente y nos haya indicado su dirección de correo electrónico segura, se le asignará un nombre de usuario y una contraseña.

Después de inscribirse en el Portal de pacientes, podrá:

- Actualizar su información de contacto.
- Solicitar citas.
- Recibir comunicaciones de resultados de laboratorio del personal.
- Solicitar el resurtido de medicamentos recetados.
- Consultar un resumen de su historia clínica, su lista de medicamentos, su historial de tratamiento y las fechas de sus citas.
- Recibir recordatorios a través de su cuenta de correo electrónico.
- Ver sus estados de cuenta actuales y pasados.

NO se podrán realizar las siguientes actividades a través del Portal de pacientes:

- Recibir asesoramiento sobre el mejor tratamiento para su problema médico. Todos los diagnósticos deberán ser realizados por su proveedor cuando asista a una cita en un consultorio.
- Solicitar narcóticos o medicamentos controlados.
- Solicitar el resurtido de medicamentos que no hayan sido recetados actualmente por un proveedor de OPSAM Health.

Las comunicaciones en línea nunca deben utilizarse para comunicaciones en caso de amenaza, emergencia o solicitudes urgentes. Si tiene una emergencia o una solicitud urgente, debe llamar al 911 o llamar por teléfono a su médico.

Recordatorios para el Portal del paciente:

- Tendrá 6 intentos para iniciar sesión antes de que se bloquee la cuenta.
- Recibirá recordatorios por correo electrónico de la dirección de correo electrónico reminders@eclinicalworks.com sobre sus citas, resultados de análisis, etc.
- Realice ajustes de seguridad en su cuenta de correo electrónico o computadora para recibir los mensajes de correo electrónico.
- Podrá responder a sus recordatorios de correo electrónico recibidos desde la cuenta reminders@eclinicalworks.com.
- Si tiene alguna pregunta sobre estos mensajes de correo electrónico, envíenos un mensaje a través del Portal de pacientes.

- Si olvida su contraseña, puede solicitar otra contraseña a través del Portal de pacientes, haciendo clic en el enlace “Forgot Password” (Olvidé la contraseña).
- Una vez que termine su consulta en el Portal de pacientes, asegúrese de cerrar sesión y cerrar su navegador. Esto reduce el riesgo de que otra persona acceda a su información privada.
- Evite usar una computadora pública para acceder al Portal del paciente.
- El Portal de pacientes se ofrece como un servicio de cortesía para nuestros pacientes. Este servicio no tiene costo. Sin embargo, si el paciente abusa o usa de manera indebida el Portal de pacientes, nos reservamos el derechos de dar de baja la cuenta del paciente.
- Nuestro horario de atención es los lunes, martes, jueves y viernes de 8:30 a.m. a 5:30 p.m., los miércoles de 10:00 a.m. a 7:00 p.m. y el primer y tercer sábado de cada mes de 8:30 a.m. a 5:30 p.m. Lo alentamos a usar el sitio web en cualquier momento; sin embargo, los mensajes se conservan hasta que volvamos al siguiente día hábil. Los mensajes suelen responderse dentro del plazo de 1 día hábil.
- Si su médico está fuera de la oficina, su solicitud podría conservarse hasta su regreso.
- Nos reservamos el derecho de suspender o cancelar el Portal de pacientes en cualquier momento y por cualquier motivo.

Cómo funciona el Portal seguro para pacientes:

Un portal web seguro es un tipo de página web que utiliza la encriptación para evitar que personas no autorizadas lean las comunicaciones, la información o los documentos adjuntos. Los mensajes y la información seguros solo pueden ser leídos por una persona que sepa la contraseña o frase secreta correcta para iniciar sesión en el sitio del portal. Como el canal de conexión entre su computadora y el sitio web utiliza tecnología de capa de conexión segura (SSL), puede leer o consultar la información en su computadora, pero sigue estando encriptada en la transmisión entre el sitio web y su computadora.

Protección de su información de salud privada y riesgos:

Este método de comunicación y visualización evita que partes no autorizadas puedan acceder o leer mensajes durante su transmisión. Ningún sistema de transmisión es perfecto. Haremos nuestro mayor esfuerzo por mantener la seguridad electrónica. Sin embargo, para mantener la seguridad de los mensajes se deben tener en cuenta estos dos (2) factores adicionales:

1. El mensaje seguro debe llegar a la dirección de correo electrónico correcta y
2. Solo la persona correcta (o alguien autorizado por esa persona) debe tener acceso al mensaje.

Usted es la única persona que puede asegurarse de que esos factores se cumplan. Es fundamental que tengamos una dirección de correo electrónico correcta y que nos informe cualquier cambio en su dirección de correo electrónico. También debe controlar a las personas que tengan acceso a su cuenta de correo electrónico para que solo usted, o una persona que usted haya autorizado, pueda leer los mensajes recibidos por usted. Usted tiene la responsabilidad de proteger su



Aviso sobre Instrucciones Anticipadas de salud

Sección 4701 del Código Testamentario de California (*California Probate Code*), Acuse de recibo

Nombre: _____

Fecha de nacimiento: _____

Acuse de recibo:

Mediante su firma en este formulario, declara que ha recibido el Aviso sobre Instrucciones Anticipadas de Operation Samahan, Inc., conocida comercialmente como OPSAM Health. Esta información está relacionada con sus instrucciones anticipadas sobre qué tratamiento médico desea recibir en el caso de que se encuentre física o mentalmente imposibilitado de expresar sus deseos.

Si tiene alguna pregunta o necesita más información sobre nuestro Aviso sobre Instrucciones Anticipadas, comuníquese con nuestra oficina de administración al 844-200-2426.

Declaro que he recibido el Aviso sobre Instrucciones Anticipadas de Operation Samahan, Inc., conocida comercialmente como OPSAM Health.

Firma: _____
(Paciente/ padre/ madre/ curador/ tutor)

Fecha: _____

Imposibilidad de obtener el acuse de recibo:

Para ser completado únicamente si no se puede obtener la firma. En el caso de que no se pueda obtener el acuse de recibo de la persona y el motivo por el cual se obtuvo el acuse de recibo.

Firma del representante del proveedor

Fecha

AS A PATIENT, YOU HAVE THE RIGHT:

1. To receive consideration care in a manner that respects individual cultural, spiritual, and social values.
2. To receive care regardless of race, age, sex, religion, national origin, handicap, cultural or educational background, economic or health status.
3. To know the names and qualifications of physicians and health care
4. To know in advance, the time and location of your appointment as well as the person providing the care.
5. To privacy within the limits specified by law.
6. To have your health care provider send protected health information to a third party and/or have anyone of your choice involved in your medical treatment.
7. To confidential treatment of communications and records pertaining to your health care. You also have the right to access your medical records as permitted by law.
8. To be able to communicate with your Primary Physician regarding your medical needs.
9. To expect that efforts will be made to provide continuous, coordinated, and appropriate care.
10. To be informed of the nature of our illness and treatment options, including benefits, risks, alternatives, and costs.
11. To actively participate in decisions regarding you on health and treatment options.
12. To be advised if a physician proposes to engage in research or experimental treatment that affects your health care and to refuse to participate in such research projects.
13. To refuse treatment or leave the health center, even against the advice of physicians providing you accept the responsibility and consequences of the decision.
14. To voice a complaint without discrimination and expect problems to be fairly examined and appropriately addressed.
15. To ask for assistance when you have special needs.
16. To request and receive information regarding the charges for any treatment, and to receive an explanation of any bills upon request.
17. To formulate advance directives, such as living will or power of attorney for health care, and to expect that your advance directives will be followed when applicable.

AS A PATIENT, YOU HAVE THE RESPONSIBILITY:

1. To provide your physician or other health care provider the information needed in order to care for you.
2. To do your part to improve your own health condition by following treatment plans, instructions, and care that you have agreed upon with your physician(s).
3. To keep appointments reliably and be on time to notify the appointment desk as early as possible when unable to do so.
4. To fulfill the financial obligations for care in a timely manner.
5. To be considerate and conduct yourself in a manner that does not disrupt the services being provided or endanger the wellbeing of others.
6. To ask questions when the information provided is not clear.
7. To voice your concerns so that we may improve our services.
8. To keep OpSam Health informed of changes in address and phone number.
9. To observe health center policies and procedures, including those regarding smoking, noise, no pets, no audio or video recording in public areas, food consumption and behavior
10. To provide accurate financial information when requested for eligibility screening for special programs.

COMO PACIENTE, TIENE EL DERECHO DE:

1. Solicitar y recibir atención que respete su cultura individual y sus valores espirituales y sociales.
2. Recibir atención médica sin importar su raza, edad, sexo, religión, origen, impedimentos, historial cultural o educacional, estado de salud o económico.
3. Conocer los nombres y aptitudes de los doctores y otros profesionales envueltos en su cuidado médico.
4. Saber la hora y el lugar de su cita, como también saber información de la persona que le provee el cuidado médico.
5. Privacidad dentro de los límites especificados por la ley.
6. De tener un proveedor de salud que mande su información médica protegida a un tercero y/o a alguien que usted escoja que esté involucrado en su tratamiento médico.
7. Estar seguro de que su información médica y personal se maneja en forma confidencial. También tiene el derecho a tener acceso a su expediente médico según es permitido por la ley.
8. Poder hablar con su médico primario acerca de sus necesidades médicas.
9. Esperar que se haga un esfuerzo para proporcionarle atención continua, coordinada y apropiada.
10. Ser informado de la naturaleza de su enfermedad y de las opciones de tratamiento, incluyendo beneficios y riesgos potenciales, alternativas y costos.
11. Participar completamente en las decisiones de su cuidado médico y opciones de tratamiento.
12. Ser informado sobre cualquier tratamiento de investigación o experimental propuesto que pueda considerarse para su atención, y estar de acuerdo o rehusarse a participar.
13. Rehusar tratamiento o servicios del centro, aun en contra del consejo de los doctores proveyendo que usted acepte la responsabilidad y consecuencias de su decisión.
14. Presentar una queja y recibir una respuesta rápida y cortés sobre la calidad de la atención o de los servicios.
15. Solicitar asistencia cuando tenga necesidades especiales.
16. Solicitar y recibir información sobre los cobros por cualquier tratamiento y recibir una explicación sobre su estado de cuenta cuando lo solicite.
17. Formular una instrucción anticipada, como testamento o carta de poder duradera para cuidado médico, y esperar que sus instrucciones se cumplan cuando sea requerido.

COMO PACIENTE, TIENE LA RESPONSABILIDAD DE:

1. Proporcionar información exacta y completa sobre su estado de salud.
2. Participar hasta donde le sea posible en las decisiones sobre su tratamiento médico y cumplir con el plan de tratamiento acordado.
3. Cumplir con sus citas en forma confiable y puntual o avisar al departamento de citas si no pudiera acudir.
4. Cumplir con sus obligaciones financieras en forma puntual.
5. Ser considerado con otras personas que reciben o proporcionan atención. Comportarse de una manera que no interrumpa los servicios que se proporcionan o pongan en riesgo el bienestar de los pacientes, familiares o visitantes.
6. Hacer preguntas cuando la información proporcionada no esta
7. Dejarnos saber de sus inquietudes, de manera que podamos mejorar nuestros servicios
8. Mantener al OpSam Health informado sobre cambios de domicilio y número telefónico.
9. Observar las reglas y procedimientos del centro de salud, incluyendo las que se refieren al no fumar, ruido, sin mascotas, sin grabación audiovisual, consumo de alimentos y otras
10. Proveer información financiera exacta cuando aplique para programas especiales.



Aviso de prácticas de privacidad

Este aviso describe la forma en la podríamos utilizar y divulgar la información médica sobre usted y cómo podemos acceder a esta información. Lea este aviso detenidamente.

Nuestro compromiso y nuestras responsabilidad con respecto a su información de salud

Entendemos que su información de salud es privada. Nos comprometemos a proteger la privacidad de esta información. Cada vez que visite Opsam Health, creamos un registro de los servicios brindados. Necesitamos esta información para brindarle atención médica de calidad y cumplir con ciertos requisitos legales. Las disposiciones de este aviso son aplicables a todos los registros generados por Opsam Health, ya sea que sean realizados por personal sanitario o por su médico.

Tenemos la responsabilidad de proteger su información de salud. Tenemos la obligación de entregar este Aviso de prácticas de privacidad. Opsam debe respetar los términos y condiciones del Aviso de prácticas de privacidad vigente.

Modificaciones a este Aviso

Opsam Health se reserva el derecho de realizar cambios en este aviso. También se reserva el derecho de hacer que el aviso modificado sea aplicable a toda su información de salud que tengamos en nuestros registros y cualquier información de salud que recibamos en el futuro. Publicaremos una copia de este Aviso de prácticas de privacidad en nuestros establecimientos y en nuestro sitio web www.Opsam.org. Puede obtener una copia del aviso actualizado en el área de registro de cada establecimiento.

Cómo podemos usar y divulgar su información de salud

Las siguientes categorías describen las diferentes formas en las que Opsam Health usa su información de salud y podría divulgar su información de salud a otras personas y entidades. No hemos realizado una lista completa de todos los usos o divulgaciones en cada categoría debajo, pero todos los usos y divulgaciones autorizados deben estar dentro de una de las siguientes categorías.

Tratamiento: usamos y divulgamos su información de salud para proporcionar, coordinar y gestionar su atención médica y servicios relacionados. Podemos divulgar información de salud sobre usted a médicos, enfermeros, técnicos, médicos residentes u otro personal que participe de su atención médica durante su visita a uno de nuestros establecimientos.

Pago: Opsam podría usar y divulgar su información de salud para la facturación de servicios brindados y para obtener el pago de parte de usted, una compañía de seguro o un tercero. Esto

también podría incluir la divulgación de información de salud para obtener autorización para el tratamiento y los procedimientos de su plan de seguro.

Operaciones de atención médica: podríamos usar y divulgar información de salud sobre usted para operaciones de atención médica. Estas actividades pueden incluir actividades de control de calidad, actividades administrativas, lo que incluye la elaboración y planificación de las finanzas y los negocios de Opsam Health, actividades de servicio al cliente, lo que incluye la investigación de quejas, llamadas de seguimiento después del alta hospitalaria, actividades de seguridad de los clientes, actividades administrativas. También podríamos usar su información de salud para comunicarnos con usted para recordarle una cita.

Socios comerciales: Opsam Health podría usar o divulgar su información de salud a una empresa externa que nos ayude a operar nuestros centros de salud o brinde servicios en nuestro nombre. Estas empresas externas se denominan "Socios comerciales". Los Socios comerciales deben mantener la confidencialidad de la información de salud que reciban de nuestra parte, del mismo modo que lo hacemos nosotros. Los Socios comerciales deben firmar un contrato en el cual se comprometen a proteger adecuadamente su información de salud.

Situaciones que requieren su autorización o acuerdo:

Mediante un acuerdo verbal, o en el caso de que sea necesario para la continuidad de su atención médica si se podría inferir que no habrá ninguna objeción, podríamos divulgar información de salud protegida sobre usted a un miembro de su familia, pariente u otra persona identificada por usted que participe en su atención médica o en el pago de su atención médica. También tiene derecho a solicitar una restricción a la divulgación de su información de salud protegida a personas que podrían participar en su atención médica. Si no esté presente para prestar su consentimiento, se encuentra incapacitado o en una situación de emergencia o catástrofe, usaremos nuestro criterio profesional para determinar si la divulgación de su información de salud protegida en forma limitada protege sus intereses en las circunstancias actuales.

Divulgación de tratamientos por abuso de drogas o alcohol:

Divulgaremos información sobre los tratamientos que realice por abuso de drogas o alcohol únicamente en virtud de las disposiciones de la Ley de Privacidad de los Estados Unidos. En general, la Ley de Privacidad de los Estados Unidos requiere su autorización escrita para realizar ese tipo de divulgaciones.

Situaciones que no requieren su autorización

Las leyes estatales y federales permiten la realización de las siguientes divulgaciones de su información de salud protegida sin obtener autorización verbal o escrita.

Donación de órganos y tejidos:

Podríamos divulgar información de salud protegida a organizaciones encargadas de la obtención de órganos o el trasplante de órganos, córneas o tejidos, o a un banco de donación de órganos cuando sea necesario para facilitar la donación y el trasplante de órganos y tejidos.

Investigación:

Podríamos usar y divulgar su información de salud a investigadores cuando su investigación haya sido aprobada por un comité de revisión institucional que haya revisado la propuesta de la investigación y establecido protocolos para garantizar la privacidad de su información de salud.

Para advertir sobre una amenaza grave a su salud o seguridad:

Podríamos usar y divulgar información de salud protegida sobre usted, cuando sea necesario, para evitar una amenaza grave a su salud o seguridad o a la salud o seguridad pública o de terceros. Estas divulgaciones se realizarán únicamente a aquellas personas y entidades que tengan autoridad para proteger la salud, la seguridad y el bienestar de nuestras comunidades.

Actividades de salud pública:

Opsam Health podría divulgar información de salud protegida sobre usted para actividades de salud pública. Generalmente, esto se realiza para los siguientes fines:

- Para prevenir o controlar una enfermedad, lesión o discapacidad
- Para informar un nacimiento o un fallecimiento
- Para denunciar maltrato o abuso de niños y adultos
- Para informar eventos adversos o defectos o retiros de productos
- Para notificar a los pacientes que hayan estado expuestos a una enfermedad o que puedan estar en riesgo de contraer o propagar una enfermedad contagiosa

Actividades de vigilancia de la salud:

Podríamos divulgar información de salud protegida sobre usted a agencias de supervisión de la salud para ciertas actividades autorizadas por ley. Estas actividades incluyen auditorías, investigaciones, inspecciones y otorgamiento de licencias. Estas actividades son necesarias para que el gobierno controle el sistema de salud, los programas gubernamentales y el cumplimiento de las leyes de derechos civiles.

Demandas judiciales y disputas:

Si está involucrado en una demanda judicial o en una disputa, podríamos divulgar información de salud protegida sobre usted respuesta a una orden judicial o administrativa. También podríamos divulgar información de salud sobre usted en respuesta a una citación judicial, petición para divulgar pruebas u otro procedimiento lícito proveniente de otra persona involucrada en la controversia.

En cumplimiento de la ley:

Podríamos divulgar información de salud protegida si lo solicita un funcionario encargado de hacer cumplir la ley por los siguientes motivos:

- En respuesta a una orden judicial, citación, orden de detención o un procedimiento similar
- Para identificar o localizar a un sospechoso, fugitivo, testigo material o persona desaparecida
- Para divulgar información sobre una muerte que podría ser el resultado de una conducta criminal
- En el caso de que se produzca una conducta criminal en nuestras instalaciones
- Para la denuncia obligatoria de un delito, el lugar del delito o las víctimas del delito, o la identidad, descripción o ubicación de la persona que podría haber cometido el delito

Militares y veteranos:

Si es miembro de las Fuerzas Armadas, podríamos divulgar información de salud sobre usted si las autoridades del comando militar lo requieren.

Forenses, examinadores médicos y directores de funerarias:

Podríamos divulgar información de salud a un forense o examinador médico. Esto podría ser necesario para identificar a una persona fallecida a fin de determinar la causa de muerte de la persona.

Actividades de seguridad nacional e inteligencia:

Podríamos divulgar información de salud protegida sobre usted a funcionarios federales autorizados para actividades de inteligencia, contrainteligencia y seguridad nacional autorizadas por ley.

Reclusos:

Si está recluso en una institución correccional o está bajo la custodia de un funcionario policial o judicial, podríamos divulgar información de salud protegida sobre usted a la institución correccional o al funcionario policial o judicial.

Compensación de trabajadores

Podríamos divulgar información de salud protegida en cumplimiento de la Ley estatal de compensación a trabajadores por accidentes laborales o programas similares si sufre una lesión o enfermedad relacionada con el trabajo.

Derechos personales relacionados con su información de salud protegida:

Comuníquese con nuestro Departamento de Cumplimiento para obtener información y recibir instrucciones sobre el ejercicio de cualquiera de los siguientes derechos. Comuníquese con Opsam al (209) 683-5057, por correo electrónico a compliance@opsam.org o escriba una carta a Compliance Department Opsam Health, 1428 Highland Avenue National City, CA 91950

Tiene derecho a:

- Solicitar una copia de este aviso. Puede solicitar una copia llamando al (209) 683-5057 o solicitando una copia en la mesa de registro de cualquier de nuestras clínicas.
- Tiene derecho a inspeccionar, copiar o solicitar información de salud electrónica de su historia clínica que podría haber sido utilizada para tomar decisiones sobre su atención médica, sujeto a ciertas excepciones. Es posible que deba pagar una tarifa nominal por el procesamiento de dichas solicitudes. Ya sea que desee revisar, recibir una copia o información de salud en formato electrónico, debe realizar la solicitud por escrito. También debe solicitar acceso a nuestro portal de pacientes para brindarle ayuda para acceder a su información. Podríamos denegar el acceso a cierta información en el portal. Si denegamos el acceso, le informaremos el motivo por escrito. También le explicaremos cómo puede apelar la decisión.
- Solicitar una modificación en su historia clínica si considera que la información es incorrecta o incompleta. Podemos rechazar su solicitud de modificación si la misma no se realiza por escrito o no indica el motivo de la solicitud. Podemos rechazar su solicitud si la información no fue generada en alguno de nuestros establecimientos, no forma parte de la información que usted puede inspeccionar y copiar o si la información es precisa y completa. Si Opsam rechaza su solicitud de modificación, le enviaremos una notificación por escrito, que indicará el motivo del rechazo y le dará instrucciones para que tenga la oportunidad de presentar una declaración escrita indicando que está en desacuerdo con el rechazo.
- Obtener un informe de las divulgaciones de su información de salud. El informe le brindará un listado de las divulgaciones realizadas para fines que no sean de tratamiento, pago y operaciones de atención médica, excluidas por ley o autorizadas por usted.
- Solicitar la comunicación de su información de salud por medios o lugares alternativos.
- Solicitar una restricción de ciertos usos y divulgaciones. Debe solicitar la restricción por escrito, dirigida a nuestro Departamento de Cumplimiento. No tenemos la obligación de aceptar ninguna restricción solicitada. Si estamos de acuerdo, cumpliremos con su solicitud, salvo que la información de salud protegida sujeta a restricción sea necesaria para brindarle tratamiento de emergencia.
- Violaciones: las personas afectadas tienen derecho a que se les notifique cualquier violación de su información de salud.
- Presentar una queja relacionada con este aviso o la forma en la que gestionamos su información de salud. Puede presentar una queja a Opsam o ante el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos. Para presentar una queja a Opsam, comuníquese con nuestro Oficial de Privacidad a la dirección 1428 Highland Avenue, National City CA 91950 o en línea en https://opsam.my.salesforce-sites.com/RadEx_IR_Management

Directiva por Anticipado de la Atención de la Salud

NOTE: This form should include taglines as required by the Affordable Care Act. (See www.calhospital.org/taglines, for detailed information.)

Explicación

Usted tiene el derecho de dar instrucciones sobre su propia atención médica. Usted también tiene el derecho de nombrar a otra persona para que tome decisiones sobre su atención médica. Este formulario le permite hacer cualquiera de las dos o ambas cosas. Si utiliza este formulario, puede completar o modificar todo o parte de él. Usted cuenta con la posibilidad de utilizar un formulario diferente.

Instrucciones

La Parte 1 de este formulario le permite nombrar a otra persona como “agente” para que pueda tomar decisiones por usted sobre su atención médica en el caso de que usted resulte incapaz de tomar sus propias decisiones, o si desea que alguien más tome esas decisiones por usted en este momento aunque todavía sea capaz de tomarlas. Usted también puede nombrar a otra persona para que actúe en su nombre si su primera opción no consiente, no es capaz o no está razonablemente disponible para tomar decisiones en su nombre.

A menos que indique lo contrario en este formulario, su agente tendrá el derecho de:

1. Dar o retirar el consentimiento para cualquier atención, tratamiento, servicio o procedimiento para mantener, diagnosticar o afectar de otro modo una condición física o mental.
2. Seleccionar u optar por dejar de recibir servicios de prestadores de atención médica e instituciones.
3. Aprobar o desaprobar pruebas diagnósticas, procedimientos quirúrgicos y programas de medicamentos.
4. Dirigir la prestación, el mantenimiento o el retiro de nutrición o hidratación artificial, así como cualquier otra forma de atención médica, incluyendo la resucitación cardiopulmonar.
5. Donar sus órganos, tejidos y partes del cuerpo; autorizar una autopsia y disponer de sus restos.

Sin embargo, su agente no podrá internarlo en un centro de salud mental o dar su consentimiento para tratamiento convulsivo, psicocirugía, esterilización o aborto en su nombre.

La Parte 2 de este formulario le permite dar instrucciones específicas acerca de cualquier aspecto de su atención médica, independientemente de si usted nombra a un agente. Se le brindan opciones para que usted pueda expresar sus deseos con respecto a la prestación, el mantenimiento o el retiro del tratamiento para mantenerlo vivo, así como la asistencia para alivio del dolor. También puede añadir a las decisiones que ha tomado o escribir cualquier deseo adicional. Si usted está de acuerdo en permitir que su agente determine qué es lo mejor para usted en cuanto a decisiones sobre el final de la vida, no necesita completar la Parte 2 de este formulario.

Entregue una copia del formulario relleno y firmado a su médico, a cualquier otro proveedor de atención médica que pueda tener, a cualquier institución en la cual usted recibe atención médica

y a los agentes de atención médica que ha nombrado. Usted debe hablar con la persona que ha nombrado como agente para asegurarse de que él o ella entiende sus deseos y está dispuesta a asumir la responsabilidad.

Usted tiene el derecho de revocar esta directiva médica por adelantado o reemplazar este formulario en cualquier momento.

Nombre de Paciente: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Parte 1 – Poder notarial de atención médica

Su agente no puede ser un operador o empleado de un centro de atención comunitaria o de una institución de cuidado residencial donde usted recibe atención, ni el médico supervisor o empleado de la institución médica donde usted recibe atención, a menos que su agente sea un pariente o compañero de trabajo.

Designación de agente:

Yo nombro a la siguiente persona como mi agente para tomar decisiones sobre mi atención médica:

Nombre de la persona que elige como agente: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

(teléfono particular)

(teléfono laboral)

(celular)

OPCIONAL: Si revoco la autoridad de mi agente o si mi agente no está dispuesto, no es capaz o no está razonablemente disponible para tomar una decisión sobre mi atención médica, nombro como mi agente alternativo:

Nombre de la persona que elige como agente alternativo: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

(teléfono particular)

(teléfono laboral)

(celular)

La autoridad del agente:

Mi agente está autorizado para tomar en mi nombre todas las decisiones sobre mi atención médica, incluyendo las decisiones sobre la prestación, la retención o el retiro de nutrición o hidratación artificial y cualquier otra forma de atención médica para mantenerme vivo, excepto las que consigno a continuación:

(Si es necesario, agregue hojas adicionales)

Momento en el que la autoridad del agente entra en vigencia:

La autoridad de mi agente entra en vigencia cuando mi médico de cabecera determine que soy incapaz de tomar mis propias decisiones sobre mi atención médica.

(Inicial aquí)

O BIEN

La autoridad de mi agente para tomar decisiones sobre mi atención médica entra en vigencia inmediatamente.

(Inicial aquí)

Las obligaciones del agente:

Mi agente deberá tomar decisiones sobre mi atención médica de conformidad con este poder notarial de atención médica, las instrucciones que doy en la Parte 2 de este formulario y mis deseos en la medida en que mi agente tenga conocimiento de ellos. En la medida en que mi agente no tenga conocimiento de mis deseos, él o ella tomará decisiones sobre mi atención médica de conformidad con lo que mi agente determine es en mi mejor interés. En la determinación de lo que es en mi mejor interés, mi agente tendrá en cuenta mis valores personales en la medida en que mi agente tenga conocimiento de ellos.

La autoridad del agente en caso de muerte:

Mi agente está autorizado para donar mis órganos, tejidos y partes del cuerpo, autorizar una autopsia y disponer de mis restos, excepto por lo que expongo aquí o en la Parte 3 de este formulario:

(Si es necesario, agregue hojas adicionales)

Nombramiento del tutor:

Si es necesario que un juzgado nombre un tutor para mí, yo propongo que sea el agente designado en este formulario. Si este agente no está dispuesto, no es capaz o no está razonablemente disponible para actuar como tutor, propongo al agente alternativo que he nombrado.

Parte 2 – Instrucciones para la atención médica

Si usted rellena esta parte del formulario, puede tachar cualquier parte del texto que no desee.

Decisiones sobre el final de la vida:

Deseo que mis proveedores de atención médica y otras personas involucradas en mi cuidado proporcionen, mantengan o retiren el tratamiento según la opción que he marcado a continuación:

Elección de no prolongar la vida:

No quiero que mi vida sea prolongada si (1) tengo una condición incurable e irreversible que provocará mi muerte dentro de un lapso relativamente corto, (2) estoy inconsciente y, con un grado razonable de certeza médica, no recuperaré la conciencia, o (3) los riesgos y las responsabilidades que probablemente conlleve el tratamiento superarían los beneficios esperados.

(Inicial aquí)

O BIEN

Elección de prolongar la vida:

Quiero que mi vida se prolongue tanto como sea posible dentro de los límites de las normas de salud generalmente aceptadas.

(Inicial aquí)

Alivio del dolor:

Excepto por lo consignado en el siguiente espacio, deseo que se proporcione tratamiento para aliviar el dolor o el malestar en todo momento, aunque acelere mi muerte:

(Si es necesario, agregue hojas adicionales)

Otros deseos:

(Si usted no está de acuerdo con cualquiera de las elecciones opcionales que aparecen arriba y desea añadir las suyas propias, o si desea agregar algo a las instrucciones que ha proporcionado arriba, puede hacerlo aquí). Yo deseo que:

(Si es necesario, agregue hojas adicionales)

Parte 3 – Donación de órganos, tejidos y partes del cuerpo luego de la muerte (opcional)

Después de mi muerte:

Deseo donar mis órganos, tejidos y partes del cuerpo. _____
(Inicial aquí)

Al escribir mis iniciales sobre esta línea e independientemente de mi elección en la Parte 2 de este formulario, autorizo a mi agente para dar su consentimiento a cualquier procedimiento médico temporal necesario exclusivamente para evaluar y mantener mis órganos, tejidos o partes del cuerpo para fines de donación.

O BIEN

No autorizo la donación de ninguno de mis órganos, tejidos o partes del cuerpo. _____
(Inicial aquí)

O BIEN

Deseo donar solamente los siguientes órganos, tejidos o partes del cuerpo: _____

(Inicial aquí)

Mi donación es para los siguientes propósitos (tachar cualquiera de los siguientes si NO los desea):

Trasplante _____ Investigación _____
(Inicial aquí) (Inicial aquí)

Terapia _____ Educación _____
(Inicial aquí) (Inicial aquí)

Si desea restringir la donación de un órgano, tejido o parte de su cuerpo de alguna manera, por favor indique su restricción en las siguientes líneas: _____

Entiendo que los bancos de tejido funcionan con procesadores y distribuidores de tejidos con fines de lucro y sin fines de lucro. Es posible que la piel donada pueda ser usada para fines de cirugía cosmética o reconstructiva. Es posible que los tejidos donados puedan ser usados para trasplantes fuera de los Estados Unidos.

1. Mi piel donada puede ser usada para fines de cirugía cosmética. Sí _____ No _____
(Inicial aquí) (Inicial aquí)
2. Mis tejidos donados pueden ser usados para su aplicación fuera de los Estados Unidos.
Sí _____ No _____
(Inicial aquí) (Inicial aquí)
3. Mis tejidos donados pueden ser usados por procesadores y distribuidores de tejidos con fines de lucro. Sí _____ No _____
(Inicial aquí) (Inicial aquí)

Si deja en blanco la Parte 3, esto no implica una negativa para realizar una donación. Se deberá seguir mi registro de donante autorizado por el Estado, o, si no hubiese ninguno, mi agente podrá hacer una donación después de mi muerte. Si no se ha nombrado ningún agente arriba, reconozco que la ley de California permite que una persona autorizada tome esa decisión en mi nombre. (Para indicar cualquier limitación, preferencia o instrucción con respecto a la donación, por favor utilice las líneas de arriba o el espacio proporcionado en la página 3 de este formulario).

Parte 4 – Médico de cabecera (opcional)

Yo nombro al siguiente médico como mi médico de cabecera:

Nombre del Médico: _____

Teléfono: _____

Dirección: _____

OPCIONAL: Si el médico que he nombrado no está dispuesto, no es capaz o no está razonablemente disponible para actuar como mi médico de cabecera, nombro al siguiente médico como mi médico de cabecera:

Nombre del Médico: _____

Teléfono: _____

Dirección: _____

Parte 5 – Firmas

El formulario deberá ser firmado por usted y por dos testigos cualificados o reconocidos ante un notario público.

Firma:

Firma y fecha del formulario:

Fecha: _____ Hora: _____ AM / PM

Firma: _____

(paciente)

Nombre en letra de imprenta: _____

(paciente)

Dirección: _____

Declaración de los testigos:

Declaro, bajo pena de perjurio y en virtud de las leyes de California (1) que conozco personalmente a la persona que firmó o reconoció esta directiva médica por adelantado, o que la identidad de la persona me fue demostrada con pruebas convincentes, (2) que la persona firmó o reconoció esta directiva médica por adelantado en mi presencia, (3) que la persona parece estar en su sano juicio y no está bajo los efectos de ningún tipo de coacción, fraude o influencia indebida, (4) que no soy una persona designada como agente por esta directiva médica por adelantado y (5) que no soy el proveedor de atención médica de esta persona, ni empleado del proveedor de atención médica de esta persona, el operador de un centro de atención comunitaria, ni el empleado de un operador de un centro de atención comunitaria, el operador de una institución de cuidado residencial para ancianos, ni tampoco un empleado de un operador de una institución de cuidado residencial para ancianos.

Primero testigo

Nombre: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____

Fecha: _____ Hora: _____ AM / PM

Firma: _____
 (testigo)

Nombre en letra de imprenta: _____
 (testigo)

Segundo testigo

Nombre: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____

Fecha: _____ Hora: _____ AM / PM

Firma: _____
 (testigo)

Nombre en letra de imprenta: _____
 (testigo)

Declaración adicional de testigos:

Al menos uno de los testigos arriba mencionados también deberá firmar la siguiente declaración:

Además declaro, bajo pena de perjurio y en virtud de las leyes de California, que no estoy emparentado con la persona que ejecuta esta directiva médica por sangre, matrimonio u adopción y, a mi leal saber y entender, no tengo derecho a recibir parte de los bienes de esta persona después de su muerte bajo un testamento ya existente o por aplicación de la ley.

Fecha: _____ Hora: _____ AM / PM

Firma: _____
 (testigo)

Nombre en letra de imprenta: _____
 (testigo)

El notario u funcionario que complete este certificado verifica solamente la identidad de la persona que firmó el documento al que se adjunta este certificado y no la veracidad, exactitud o validez del documento.

PUEDE UTILIZAR ESTE CERTIFICADO DE RECONOCIMIENTO ANTE NOTARIO PÚBLICO EN LUGAR DE LA DECLARACIÓN DE LOS TESTIGOS.

State of California)
County of _____)
_____)

On (date) _____ before me, (name and title of the officer) _____ personally appeared (name(s) of signer(s)) _____, who proved to me on the basis of satisfactory evidence to be the person(s) whose name(s) is/are subscribed to the within instrument and acknowledged to me that he/she/they executed the same in his/her/their authorized capacity(ies), and that by his/her/their signature(s) on the instrument the person(s), or the entity upon behalf of which the person(s) acted, executed the instrument.

I certify under PENALTY OF PERJURY under the laws of the State of California that the foregoing paragraph is true and correct.

WITNESS my hand and official seal.

Signature: _____ [Seal]
(notary)

Parte 6 – Requerimiento de testigo especial

Si usted es un paciente en un centro de enfermería especializada, el Defensor del paciente o Defensor del pueblo deberá firmar la siguiente declaración:

Declaración del Defensor del paciente o Defensor del pueblo

Declaro, bajo pena de perjurio y en virtud de las leyes de California, que soy el Defensor del paciente o Defensor del pueblo designado por el Departamento de Edad Avanzada de California (California Department of Aging) y que estoy sirviendo como testigo según lo requiere la sección 4675 del Código de Sucesiones.

Fecha: _____ Hora: _____ AM / PM

Firma: _____
(Defensor del paciente o Defensor del pueblo)

Nombre en letra de imprenta: _____
(Defensor del paciente o Defensor del pueblo)

Dirección: _____

Civil Code Section 1189; Health and Safety Code Section 7158.3; Probate Code Section 4701

Autorización para el uso o la divulgación de información de salud protegida

Autorizado el uso o la divulgación de la información de salud de la persona mencionada en este formulario del modo indicado debajo

Paciente/ cliente

Apellido: _____ Nombre: _____ Inicial 2º nombre: _____ Fecha: _____
Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Cod. postal: _____
Número de teléfono: _____ Número de seguro social: _____ Fecha de nac.: _____

SE AUTORIZA A LA SIGUIENTE PERSONA U ORGANIZACIÓN A REALIZAR LA DIVULGACIÓN

Apellido o Entidad: _____ Nombre: _____ Inicial 2º nombre: _____
Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Cod. postal: _____
Número de teléfono: _____ Fecha: _____

ESTA INFORMACIÓN PODRÍA SER DIVULGADA Y UTILIZADA POR LA SIGUIENTE PERSONA U ORGANIZACIÓN

Apellido o Entidad: _____ Nombre: _____ Inicial 2º nombre: _____
Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Cod. postal: _____
Número de teléfono: _____ Número Fax: _____ Fecha: _____
Fechas de tratamiento: _____
Propósito de la solicitud: A solicitud de la persona Otro: _____

SE DIVULGARÁ LA SIGUIENTE INFORMACIÓN: (MARCAR LAS OPCIONES QUE CORRESPONDA)

Información pertinente (Esto es lo que la mayoría de los médicos necesitan):

- Lista de problemas clínicos, inmunizaciones, Notas de progreso, Laboratorios, Radiología, Lista de medicamentos
- Resumen de alta hospitalaria y consultas de especialistas para hospitalización de _____
- Notas dictadas por el médico de emergencias e informes de diagnóstico por imágenes y consultas de especialistas de _____
- Todos los registros prenatales
- Otro – por favor sea específico _____

Autorizado para divulgar información protegida por ley:

- Información sobre el tratamiento de salud mental
- Notas de progreso psiquiátrico
- Notas de terapia
- Laboratorios
- Resultados de las pruebas de VIH/SIDA
- Información sobre el tratamiento de alcohol/drogas

Información sensible: entiendo que la información en mi historia clínica podría incluir información relacionada con enfermedades de transmisión sexual, el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) o una infección con el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). También podría incluir información sobre comportamiento o servicios de salud mental o tratamiento para problemas de abuso de drogas o alcohol.

Derecho de revocación: entiendo que tengo derecho a revocar esta autorización en cualquier momento. Entiendo que si revoco esta autorización, debo realizarlo por escrito. Entiendo que la revocación no se aplicará a la información que ya haya sido divulgada sobre la base de esta autorización.

Vencimiento: salvo que esta autorización sea revocada, la misma vencerá en la siguiente fecha, evento o condición. Si no especifico una fecha de vencimiento, evento o condición, esta autorización vencerá un año (1) calendario después de la fecha en la que se firmó.

Nueva divulgación: si he autorizado la divulgación de mi información de salud a una persona que no tiene la obligación legal de mantener la confidencialidad de la información, entiendo que podría ser divulgada nuevamente y ya no estará protegida. Las leyes de California en general prohíben que los receptores de mi información de salud de volver a divulgar dicha información, salvo que cuente con mi autorización escrita o cuando una ley lo permita o lo requiera.

Otros derechos: entiendo que la autorización para divulgar esta información de salud es voluntaria. Puedo negarme a firmar esta autorización. No necesito firmar este formulario para garantizar el tratamiento. Sin embargo, si esta autorización es necesaria para mi participación en un estudio de investigación, se podría denegar mi inscripción en el estudio de investigación.

Puedo consultar u obtener una copia de la información a usar o divulgar, en virtud de la sección 164.524, Título 45, del Código de Regulaciones Federales.

Tengo derecho a recibir una copia de esta autorización. Deseo recibir una copia de esta autorización: Sí No

Firma de la persona o su representante legal

Firma: _____ Fecha: _____

Si el formulario es firmado por el representante legal, relación con la persona: _____

Para los pacientes que soliciten registros médicos, habrá una tarifa de \$ 20.00 por solicitud y 25 centavos por cada página adicional.