

Información del Paciente

Apellido: _____ Nombre: _____

Inicial 2.º Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____ Nombre anterior: _____

Teléfono Cel: _____ Teléfono de casa: _____

N.º de Seguro Social _____ Correo electrónico: _____

Dirección (Línea 1): _____ Dirección (Línea 2): _____

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

Estado civil (*seleccione una opción*):☐ Soltero(a) ☐ Casado(a) ☐ Divorciado(a) ☐ Viudo(a) ☐ Separado(a)Idioma principal (*seleccione una opción*):☐ Inglés ☐ Español ☐ Tagalog ☐ Otro (especifique): _____

¿Necesita asistencia especial?:

☐ Ninguna ☐ Lenguaje de señas ☐ Intérprete de idiomas ☐ Otro (especifique): _____Método de contacto preferido (*seleccione todas las opciones que correspondan*)☐ Teléfono ☐ Mensaje de texto ☐ Correo electrónico ☐ Correo postalSexo al nacer (*seleccione una opción*):☐ Masculino ☐ FemeninoOrientación sexual (*seleccione una opción*):☐ Heterosexual ☐ Lesbiana, gay u homosexual ☐ Bisexual
☐ Otro: _____ ☐ Prefiero no divulgar esta informaciónIdentidad de género (*seleccione una opción*):☐ Masculino ☐ Femenino ☐ Hombre transgénero ☐ Mujer transgénero
☐ Otro: _____ ☐ Prefiero no divulgar esta informaciónRaza (*seleccione todas las opciones que correspondan*):

☐ Indio asiático	☐ Otro asiático (especifique) _____	☐ Negro/Afroamericano
☐ Chino	☐ Nativo hawaiano	☐ Indígena americano/ Nativo de Alaska
☐ Filipino	☐ Otro isleño del Pacífico	☐ Blanco
☐ Japonés	☐ Guameño/Chamorro	☐ Prefiero no divulgar esta información
☐ Coreano	☐ Samoano	
☐ Vietnamita		

Etnicidad (*seleccione una opción*):

☐ Mexicano, mexicano-americano o chicano(a)	☐ Otro hispano, latino(a) o de origen español
☐ Puertorriqueño(a)	☐ No hispano, latino(a) ni de origen español
	☐ Cubano(a)

¿Actualmente se encuentra sin vivienda?

- ☐ Sí (seleccione una de las siguientes opciones) ☐ No
- ☐ Refugio
 - ☐ Vivienda transicional (*vivo temporalmente en un lugar mientras encuentro una vivienda permanente*)
 - ☐ Viviendo con otras personas (*"doble alojamiento"*)
 - ☐ En la calle
 - ☐ Vivienda permanente con servicios de apoyo (*vivienda estable a largo plazo con servicios como trabajador(a) social o administrador(a) de casos*)

Estado como trabajador agrícola (seleccione una opción)

- ☐ Trabajador agrícola migrante ☐ Trabajador agrícola temporal (estacional) ☐ No aplica

Estado militar: ¿Se considera usted un veterano de las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos?

- ☐ Sí ☐ No

Seguro Médico Primario

Compañía de seguros: _____ Plan (si corresponde) _____

N.º de grupo: _____ N.º de ID del suscriptor: _____

Nombre del asegurado (tal como aparece en la tarjeta del seguro): _____

Relación del paciente con el asegurado: ☐ Yo mismo(a) ☐ Cónyuge ☐ Hijo(a) ☐ Otro: _____

Seguro Médico Secundario

Nombre de seguro: _____ Plan (si corresponde) _____

N.º de grupo: _____ N.º de ID del suscriptor: _____

Nombre del asegurado (tal como aparece en la tarjeta del seguro): _____

Relación del paciente con el asegurado: ☐ Yo mismo(a) ☐ Cónyuge ☐ Hijo(a) ☐ Otro: _____

Tutor Legal o Responsable Financiero (Si es una persona distinta al paciente)

Apellido: _____ Nombre: _____

Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____ Teléfono: _____ N.º de Seguro Social: _____

Dirección (Línea 1): _____ Dirección (Línea 2): _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Relación con el paciente: _____

Contacto de Emergencia

Nombre: _____ Teléfono: _____ Relación con el paciente: _____

Firma del paciente o tutor legal: _____ Fecha: _____

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

Glosario

Trabajador agrícola:

- Trabajador agrícola migrante: Persona que trabaja en la agricultura y debe trasladarse de una región a otra para obtener empleo.
- Trabajador agrícola temporal (estacional): Persona que trabaja en la agricultura durante ciertas temporadas del año y que no cumple con la definición de trabajador agrícola migrante.

Etnicidad: Grupo de personas que comparten un origen cultural o ascendencia común. Puede ser:

- Hispano, latino(a) o de origen español: Mexicano, Mexicano-americano, Chicano(a), Puertorriqueño(a), Cubano(a)
- No hispano, latino(a) ni de origen español.
- Prefiere no divulgar su etnicidad.

Persona sin vivienda: Persona que no cuenta con un lugar seguro y adecuado para dormir durante la noche, como vivir en la calle, un campo, un edificio abandonado u otro lugar no apto para habitar.

Tipos de vivienda para personas sin hogar

- **Refugio:** Lugar que ofrece alojamiento temporal y, generalmente, alimentos a personas necesitadas, aunque suele haber límites en el tiempo de permanencia.
- **Vivienda transicional:** Programa de vivienda temporal diseñado para ayudar a las personas a obtener una vivienda permanente.
- **Viviendo con otras personas ("doble alojamiento"):** Persona que vive temporalmente con familiares o amigos debido a la falta de vivienda propia.
- **En la calle:** Persona que vive al aire libre, en un vehículo, campamento, refugio improvisado u otro lugar no apto para la habitación humana.
- **Vivienda permanente con servicios de apoyo:** Vivienda estable a largo plazo que ofrece servicios de apoyo, como administración de casos o trabajo social, generalmente destinada a personas con alguna discapacidad.
- **Desconocido:** Se sabe que la persona no tiene vivienda, pero se desconoce su situación habitacional específica.

Estado militar: Personas dadas de baja del servicio militar activo en las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos, incluyendo la Fuerza Aérea, Ejército, Guardia Costera, Infantería de Marina, Marina y Fuerza Espacial, así como oficiales comisionados del Servicio de Salud Pública o de la Administración Nacional Oceánica y Atmosférica (NOAA). También incluye a personas que sirvieron en la Guardia Nacional o en las Reservas mientras estaban en servicio activo.

Raza: Clasificación física o social de una persona basada en la herencia o la genética. Incluye:

- Asiático: Indio asiático, Chino, Filipino, Japonés, Coreano, Vietnamita, Otro asiático
- Nativo hawaiano u otro isleño del Pacífico: Guameño/Chamorro, Samoano
- Blanco
- Negro/Afroamericano
- Indígena americano o nativo de Alaska
- Más de una raza
- Prefiere no divulgar esta información

Orientación sexual e identidad de género (S.O.G.I.)

- **Sexo al nacer:** El sexo asignado al nacer (masculino o femenino).
- **Identidad de género:** Cómo una persona se identifica a sí misma en cuanto a su género, lo cual puede ser diferente del sexo asignado al nacer.
 - Mujer transgénero: Persona asignada hombre al nacer que se identifica como mujer.
 - Hombre transgénero: Persona asignada mujer al nacer que se identifica como hombre.
- **Orientación sexual:** Describe la atracción emocional y/o física hacia otras personas.
 - **Heterosexual:** Hombre atraído por mujeres o mujer atraída por hombres.
 - **Gay:** Persona atraída por personas del mismo género.
 - **Lesbiana:** Mujer atraída por otras mujeres.
 - **Bisexual:** Persona atraída tanto por hombres como por mujeres.

FORMULARIO GENERAL DE CONSENTIMIENTO Y RECONOCIMIENTO DEL PACIENTE

Nombre completo del paciente: _____

Fecha: _____ **Fecha de nacimiento:** _____

Este Formulario General de Consentimiento y Reconocimiento del Paciente proporciona información sobre los servicios de atención médica de Opsam Health y otros avisos, incluidos, entre otros, los derechos del paciente, padre/madre o representante legal relacionados con la telesalud, la privacidad y los expedientes de atención médica. Algunos avisos a continuación requerirán que usted acepte la solicitud (marque la casilla SÍ) o la rechace (marque la casilla NO).

Al firmar a continuación, el paciente, padre/madre o representante legal da su consentimiento para la atención médica que se describe más adelante. Además, al firmar, el paciente, padre/madre o representante legal reconoce y acepta los demás términos y condiciones identificados, salvo que seleccione la opción indicada para rechazar la solicitud (marque la casilla NO).

1. Consentimiento para la atención

Al firmar a continuación, el paciente, padre/madre o representante legal entiende y acepta que:

- Opsam Health presta servicios de atención primaria, preventiva, especializada, conductual y odontología.
- El profesional clínico del paciente explicará la afección del paciente, la atención recomendada y, cuando sea necesario, los riesgos, beneficios y las alternativas razonables. El paciente, padre/madre o representante legal puede hacer preguntas en cualquier momento.
- El paciente, padre/madre o representante legal puede rechazar o retirar el consentimiento en cualquier momento. Si se rechaza la atención recomendada, el profesional clínico del paciente explicará los posibles riesgos de rechazarla.
- Este es un consentimiento general para evaluación y atención rutinaria, incluidas las inmunizaciones/vacunas recomendadas por el proveedor. Algunos procedimientos, medicamentos, pruebas, tratamientos dentales, servicios de salud conductual u otros servicios pueden requerir un consentimiento o aviso separado y específico antes de realizarse.

2. Citas de telesalud

Telesalud significa recibir servicios de atención médica mediante audio, video u otra tecnología de comunicación electrónica. Si se elige la telesalud, al firmar a continuación, el paciente, padre/madre o representante legal entiende y acepta que:

- La telesalud no está destinada a emergencias. En caso de emergencia, el paciente, padre/madre o representante legal llamará al 911 o acudirá a la sala de emergencias más cercana.
- La telesalud es voluntaria. El paciente, padre/madre o representante legal puede solicitar en su lugar una consulta en persona y puede retirar el consentimiento para la telesalud en cualquier momento.
- Antes de prestar servicios de telesalud, el proveedor que los inicie informará al paciente, padre/madre o representante legal sobre el uso de la telesalud y documentará el consentimiento otorgado según lo exija la ley.
- La telesalud puede mejorar el acceso y la comodidad, pero puede tener limitaciones en comparación con una consulta en persona, como problemas tecnológicos o una capacidad reducida para realizar un examen físico.
- El profesional clínico del paciente puede recomendar una consulta en persona o un nivel de atención más alto si la telesalud no es apropiada.
- El paciente, padre/madre o representante legal participará desde un lugar privado, cuando sea posible, para proteger la privacidad del paciente. Las consultas de telesalud no se grabarán sin el permiso del paciente, padre/madre o representante legal.
- Al comienzo de una consulta de telesalud, se puede pedir al paciente, padre/madre o representante legal que confirme la identidad y ubicación del paciente. Si se interrumpe la conexión, el personal puede devolver la llamada al paciente, padre/madre o representante legal.

3. Responsabilidad financiera y cálculos estimados

- El paciente, padre/madre o representante legal proporcionará información completa y exacta del seguro y notificará a Opsam Health cualquier cambio. El paciente, padre/madre o representante legal autoriza a Opsam Health a facturar al plan de salud del paciente y recibir el pago por los servicios cubiertos, cuando corresponda.
- El paciente, padre/madre o representante legal es responsable únicamente de los importes que puedan facturarse legalmente conforme a la ley aplicable, las reglas del pagador y los contratos del proveedor. Estos pueden incluir copagos, deducibles, coaseguro, participación en el costo o servicios no cubiertos, cuando la ley lo permita y se haya proporcionado cualquier aviso o consentimiento requerido.
- Opsam Health no facturará al paciente ni a la parte responsable importes cuya facturación esté prohibida por la ley aplicable o las reglas del pagador, incluida la participación en los costos de Medicare para pacientes con doble elegibilidad/QMB cuando correspondan esas protecciones.

- Para pacientes con Medicare Original, si Opsam Health considera que Medicare podría no pagar un artículo o servicio, Opsam Health proporcionará cualquier Aviso Anticipado al Beneficiario u otro aviso requerido antes de prestar el servicio.
- Si el paciente no tiene seguro o elige no usar su seguro/pagar por cuenta propia, Opsam Health proporcionará por escrito un Cálculo de Buena Fe de los cargos previstos cuando la ley lo exija, incluso cuando se programen servicios elegibles o se solicite un cálculo.

4. Privacidad y Aviso de Prácticas de Privacidad

- Opsam Health se compromete a proteger la privacidad de la información de salud del paciente.
- El paciente, padre/madre o representante legal reconoce haber recibido el Aviso de Prácticas de Privacidad (NPP) de Opsam Health. El NPP explica cómo Opsam Health puede usar y compartir la información del paciente, los derechos de privacidad del paciente, las obligaciones de Opsam Health y cómo presentar una queja.
- El paciente, padre/madre o representante legal entiende que puede solicitar en cualquier momento una copia impresa o electrónica del NPP.
- Si el paciente, padre/madre o representante legal rechaza o no puede firmar este reconocimiento, Opsam Health puede documentar su esfuerzo de buena fe por proporcionar el NPP y el motivo por el cual no se obtuvo el reconocimiento.

5. Intercambio de Información de Salud (HIE) e información especialmente protegida

El Intercambio de Información de Salud, como San Diego Health Connect, ayuda a las organizaciones participantes a compartir información de salud de manera segura para apoyar la atención del paciente.

- Salvo que el paciente, padre/madre o representante legal elija excluirse a continuación, la información de salud del paciente puede ponerse a disposición, por medio del HIE, de otras organizaciones participantes involucradas en su atención, según lo permita la ley.
- El intercambio mediante HIE no anula las leyes que exigen consentimiento o autorización adicional, ni las que limitan la divulgación de información especialmente protegida. Dicha información puede incluir, cuando corresponda, expedientes de tratamiento por trastorno por consumo de sustancias, notas de psicoterapia, información sobre salud reproductiva/aborto/anticoncepción/atención de afirmación de género, información sobre HIV/STI o enfermedades transmisibles, servicios consentidos por menores, información de pruebas genéticas y otros expedientes protegidos por la ley federal o de California.

- Aunque el paciente, padre/madre o representante legal elija excluirse, la información aún puede divulgarse cuando la ley lo exija o permita, incluso en emergencias o para ciertos fines de salud pública, pago u operaciones de atención médica.

☐ **NO compartir la información de salud del paciente por medio de San Diego Health Connect/HIE en este momento. El paciente, padre/madre o representante legal entiende que esta decisión puede cambiarse más adelante.**

6. Portal del Paciente y comunicación electrónica

Opsam Health ofrece un Portal del Paciente seguro para mensajes que no sean urgentes. Opsam Health puede enviar instrucciones de activación del portal, salvo que el paciente, padre/madre o representante legal elija excluirse a continuación. Si se usa el Portal del Paciente, el paciente, padre/madre o representante legal entiende y acepta que:

- El portal es para comunicaciones que no sean urgentes. En caso de emergencia, el paciente, padre/madre o representante legal llamará al 911 o acudirá a la sala de emergencias más cercana.
- Los mensajes del portal no se supervisan las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Opsam Health procura responder dentro de 3 días hábiles.
- Los mensajes del portal pueden pasar a formar parte del expediente médico del paciente.
- El paciente, padre/madre o representante legal es responsable de mantener en privado el nombre de usuario y la contraseña del portal. Si comparte sus datos de acceso, otras personas pueden acceder a la información de salud del paciente.
- Los mensajes de texto, correos electrónicos u otras comunicaciones fuera del portal, si se ofrecen, pueden manejarse mediante preferencias o consentimientos de comunicación separados cuando sea necesario.

☐ **NO proporcionar acceso al Portal del Paciente ni instrucciones de activación en este momento.**

7. Asistente de documentación con IA, grabación y comunicaciones asistidas por IA

Los profesionales clínicos de Opsam Health pueden usar una herramienta segura de documentación con Inteligencia Artificial (IA) generativa durante las consultas si el paciente, padre/madre o representante legal da su consentimiento (marca SÍ) a continuación.

- La IA se usa únicamente para ayudar a redactar notas y no se usa para tomar decisiones médicas. El profesional clínico del paciente es responsable de la atención del paciente. Si el paciente, padre/madre o representante legal da su consentimiento, la herramienta puede procesar información de la consulta del paciente, crear una grabación de audio o una transcripción para fines de documentación y generar un borrador de nota para ayudar al profesional clínico a documentar la atención del paciente. El profesional clínico revisa y edita la nota y sigue siendo responsable de la nota final.
- No se creará ninguna grabación de audio de la consulta para este fin, salvo que el paciente, padre/madre o representante legal dé su consentimiento afirmativo. Toda grabación de audio creada para este fin se eliminará dentro de 7 días, a menos que Opsam Health informe un período de conservación diferente y obtenga cualquier consentimiento requerido.
- En California, la grabación de una conversación confidencial generalmente requiere el consentimiento de todas las partes.
- Si Opsam Health usa IA para preparar comunicaciones clínicas dirigidas al paciente de una manera que requiera notificación al paciente, Opsam Health incluirá el aviso requerido y las instrucciones de contacto.

Elección sobre la grabación de la consulta y la documentación asistida por IA (marque una opción):

- ☐ **Sí, el paciente, padre/madre o representante legal da su consentimiento para la grabación y la documentación asistida por IA con fines de documentación del expediente médico.**
- ☐ **No, el paciente, padre/madre o representante legal no da su consentimiento para la grabación ni la documentación asistida por IA con fines de documentación del expediente médico.**

El paciente, padre/madre o representante legal entiende que puede cambiar en cualquier momento la decisión de aceptar o rechazar y que la atención del paciente no se verá afectada si no da su consentimiento. Si no se da el consentimiento, el profesional clínico documentará la consulta mediante métodos estándar.

8. Directiva Anticipada de Atención Médica

Se informó al paciente, padre/madre o representante legal que una Directiva Anticipada de Atención Médica es un documento legal que permite al paciente indicar sus deseos sobre la atención médica y designar a una persona para que tome decisiones si el paciente no puede hacerlo. El paciente, padre/madre o representante legal reconoce lo siguiente:

Estado de la Directiva Anticipada de Atención Médica:

- ☐ El paciente tiene una Directiva Anticipada de Atención Médica y desea que Opsam Health la agregue al expediente del paciente. (Proporcione una copia al personal)
- ☐ El paciente, padre/madre o representante legal desea información sobre las Directivas Anticipadas de Atención Médica.
- ☐ El paciente no tiene una Directiva Anticipada de Atención Médica y el paciente, padre/madre o representante legal no solicita información sobre estas directivas.

9. Consentimiento de menores y servicios confidenciales

- En algunas situaciones, la ley de California permite que los menores den su consentimiento para ciertos servicios por cuenta propia. En esas situaciones, puede requerirse el consentimiento del menor y su autorización antes de divulgar determinada información a un padre, tutor u otra persona, salvo que la ley permita o exija la divulgación.
- El acceso de representante al portal, las comunicaciones de facturación, los recordatorios de citas y los registros de solicitudes pueden limitarse o manejarse de manera diferente para proteger los servicios confidenciales consentidos por menores.

10. Reconocimiento de avisos adicionales requeridos

El paciente, padre/madre o representante legal entiende que Opsam Health puede proporcionar avisos y formularios de consentimiento requeridos por separado, de forma electrónica, en papel, mediante publicación a través del portal del paciente, según lo permita la ley. Estos pueden incluir, cuando corresponda:

- Aviso de Prácticas de Privacidad
- Avisos sobre el Cálculo de Buena Fe/la Ley Sin Sorpresas para servicios sin seguro, de pago por cuenta propia o fuera de la red
- Avisos sobre asistencia lingüística, acceso para personas con discapacidad y no discriminación
- Avisos y consentimientos específicos del servicio para atención dental, salud conductual, expedientes de trastornos por consumo de sustancias, servicios consentidos por menores, salud reproductiva, procedimientos, medicamentos u otros servicios especialmente protegidos

Este reconocimiento no sustituye ningún aviso completo, autorización o consentimiento específico del servicio exigido por la ley o por la política de Opsam Health.

Firma

Al firmar, el paciente, padre/madre o representante legal reconoce que este formulario fue leído o explicado, que se brindó la oportunidad de hacer preguntas y recibir una copia, y que comprende los términos y avisos.

Firma:

Fecha:

Nombre del paciente/representante:

Relación/Autoridad:

ACUERDO SOBRE EL CÓDIGO DE CONDUCTA DEL PACIENTE Y LA ATENCIÓN SEGURA

Nombre completo del paciente: _____

Fecha: _____ Fecha de nacimiento: _____

1. Respeto mutuo y no discriminación

- Opsam Health prestará servicios sin discriminación y aplicará esta política de manera uniforme y no discriminatoria.
- Los pacientes pueden solicitar, sin costo, asistencia lingüística, ayudas auxiliares, formatos accesibles o modificaciones razonables por una discapacidad.
- Si la conducta pudiera estar relacionada con una afección médica, discapacidad, trauma, dominio limitado del inglés, deterioro cognitivo, afección de salud mental o inquietud relacionada con el consumo de sustancias, Opsam Health considerará medidas razonables, seguras y clínicamente apropiadas, como técnicas de desescalamiento, servicios de interpretación, ayudas auxiliares, comunicación modificada, participación de una persona de apoyo o reprogramación, antes de restringir la atención que no sea de emergencia.
- Opsam Health puede tomar medidas inmediatas de seguridad cuando exista una amenaza creíble, violencia, un arma, acecho, acoso, daños a la propiedad u otra conducta que genere un riesgo inmediato para el personal, los pacientes, los visitantes o el propio paciente.

2. Expectativas para pacientes, familiares, cuidadores y visitantes

Acepto que tanto yo como cualquier persona que me acompañe o se comunique con Opsam Health en mi nombre cumpliremos las siguientes expectativas:

- Usar lenguaje y comportamiento respetuosos con el personal, los proveedores, los pacientes y los visitantes.
- No amenazar, intimidar, acosar, acechar, empujar, golpear, lanzar objetos, dañar la propiedad, bloquear salidas ni participar en conductas agresivas.
- No usar insultos, comentarios abusivos ni lenguaje o conductas despectivas o discriminatorias por motivos de raza, color, ascendencia, origen nacional, ciudadanía, estado migratorio, idioma principal, religión, sexo, embarazo, identidad o expresión de género, orientación sexual, edad, discapacidad, afección médica, información genética, estado civil, fuente de pago o cualquier otra característica protegida.
- No llevar armas ni artículos peligrosos a las instalaciones de Opsam Health, excepto el personal autorizado de las fuerzas del orden o cuando la ley disponga lo contrario.
- No consumir alcohol, cigarrillos, cannabis ni drogas ilegales, ni usar indebidamente medicamentos recetados en las instalaciones de Opsam Health. Esto no impide tomar medicamentos según lo recetado o autorizado.
- No acudir a la clínica en una condición que impida brindar atención segura o que cree un riesgo para la seguridad. Si esto ocurre, Opsam Health puede reprogramar la atención que no sea urgente y ayudar a identificar opciones de atención más seguras.
- Respetar la privacidad. No tomar fotografías, videos ni grabaciones de audio del personal, los pacientes, los visitantes, los expedientes médicos, las pantallas de computadora ni las áreas de la clínica sin permiso. No ingresar en áreas restringidas.

- No robar, falsificar información, usar indebidamente la identidad de otra persona, manipular equipos de la clínica ni participar en actividades ilegales.
- Seguir las instrucciones razonables de seguridad de la clínica, los procedimientos de citas, los límites de visitantes, los requisitos de control de infecciones y las reglas de comunicación por telesalud o el portal.
- Supervisar a los niños y visitantes que me acompañen, salvo que se haya acordado otra medida con el personal.

3. Qué puede suceder si no se cumplen las expectativas

Opsam Health elegirá una respuesta según la gravedad de la conducta, la seguridad del paciente, la seguridad del personal, la urgencia clínica, los incidentes anteriores y la ley aplicable. Las posibles respuestas incluyen:

- Un recordatorio, una indicación verbal para corregir la conducta o una advertencia por escrito.
- Una solicitud para que cese la conducta, se traslade a otra área, use un método de comunicación diferente o limite la comunicación a un contacto o canal designado.
- Reprogramar una visita que no sea urgente o convertirla en una visita por telesalud o en otro entorno seguro cuando sea clínicamente apropiado.
- Pedir al paciente o al visitante que se retire de la clínica por el resto del día, si hacerlo es clínicamente seguro.
- Un plan de conducta o una reunión con la dirección de la clínica o el equipo de atención.
- Participación del personal de seguridad, las fuerzas del orden o los servicios de emergencia si hay violencia, una amenaza creíble, un arma, acecho, acoso, daños a la propiedad u otro riesgo inmediato para la seguridad.
- Revisión de la posible terminación de la relación entre el paciente y el proveedor cuando la conducta sea repetida, grave o insegura, o cuando la relación terapéutica ya no pueda continuar de forma segura.

Límites importantes sobre la terminación de la atención: Opsam Health no terminará ni restringirá la atención únicamente por una característica protegida, una discapacidad, una solicitud de asistencia lingüística o de modificación razonable, la presentación de una queja o reclamación, el ejercicio de los derechos del paciente o la incapacidad de pago cuando la ley o las reglas del pagador prohíban la terminación. Antes de terminar la atención que no sea de emergencia, Opsam Health evaluará las consideraciones de seguridad, clínicas, de derechos civiles, del pagador y de continuidad de la atención.

4. Si Opsam Health termina la relación entre el paciente y el proveedor

Si Opsam Health decide terminar la relación, proporcionará un aviso por escrito, salvo que circunstancias inmediatas de seguridad requieran una respuesta legal diferente. Por lo general, el aviso incluirá:

- La fecha de entrada en vigor de la terminación, generalmente al menos 30 días después de la fecha del aviso, salvo que la ley permita un período más corto debido a riesgos inmediatos de seguridad u otras circunstancias.
- Cómo puede el paciente obtener atención urgente que no sea de emergencia y que esté dentro del alcance de Opsam Health durante el período de aviso, cuando sea clínicamente apropiado y seguro.

- Instrucciones para llamar al 911 o acudir a la sala de emergencias más cercana en caso de emergencia.
- Información razonable para la transición, que puede incluir recursos de remisión, información de contacto del plan de salud o de servicios para miembros, información sobre medicamentos o resurtidos temporales cuando sea clínicamente apropiado e instrucciones para transferir los expedientes médicos.
- Cómo comunicarse con Opsam Health respecto de los expedientes médicos, el proceso de quejas y cualquier inquietud sobre derechos civiles o accesibilidad.

6. Reconocimientos del paciente

He leído o se me han explicado las expectativas de conducta indicadas anteriormente, y se me ha ofrecido la oportunidad de hacer preguntas sobre la información contenida en este Acuerdo. Entiendo que una conducta insegura, perturbadora o inapropiada y repetida puede dar lugar a advertencias, a que se me pida retirarme por el resto del día, a restricciones de seguridad o a la terminación de la relación entre el paciente y el proveedor después de la revisión y el aviso correspondientes. Entiendo que este Acuerdo no implica la renuncia a mis derechos, incluidos mis derechos a la atención de emergencia, a la no discriminación, a la privacidad, al acceso a los expedientes médicos, a la asistencia lingüística, al acceso para personas con discapacidad y a presentar una queja o reclamación. Recibí o se me ofreció el Aviso de Derechos y Responsabilidades del Paciente de Opsam Health y la información sobre quejas.

Firma:

Fecha:

Nombre en letra de molde:

Relación/Autoridad:

Para uso del personal únicamente: el paciente se negó a firmar

Nombre del personal _____ Firma _____ Fecha _____

FORMULARIO DE INFORMACIÓN SOBRE EL TAMAÑO DEL HOGAR E INGRESOS FAMILIARES (FSI)

(Se utiliza para determinar si usted califica para recibir ayuda según el Nivel Federal de Pobreza
– “Federal Poverty Level, “FPL”)

Utilizamos este formulario para determinar si usted puede calificar para recibir ayuda de Opsam Health o de programas de asistencia gubernamental para pagar su atención médica. Estos programas consideran:

1. Cuántas personas forman parte de su hogar; y
2. Cuánto dinero gana su hogar antes de que se descuenten los impuestos.

Si necesita ayuda para completar este formulario, por favor solicítela a un miembro del personal.

1. Información del Paciente

Nombre completo: _____ Fecha de nacimiento: _____

2. Si No Desea Responder

- ☐ No deseo proporcionar información sobre el tamaño de mi hogar ni sobre mis ingresos.

Si marca esta casilla, puede omitir las secciones 3 y 4 y pasar directamente a la sección 5 para firmar.

3. Tamaño del Hogar - Incluya a todas las personas que viven en su hogar, incluyendo a su cónyuge o pareja doméstica registrada y cualquier persona relacionada con usted por nacimiento, matrimonio o adopción.

Marque todas las opciones que correspondan y escriba la cantidad donde se indique.

- ☐ Yo (el paciente)
- ☐ Esposo(a), cónyuge o pareja doméstica registrada
- ☐ Hijos(as) (¿Cuántos? _____)
- ☐ Otros dependientes que viven conmigo y están relacionados por nacimiento o matrimonio (¿Cuántos? _____)

TOTAL DE PERSONAS EN EL HOGAR

(Cuenta todas las opciones marcadas anteriormente.) _____

4. Ingresos Familiares (Dinero Antes de Impuestos) - Escriba el ingreso **antes de impuestos** de cada persona que ayuda a pagar los gastos del hogar. Esto incluye ingresos por empleo, beneficios y otras fuentes de ingresos sujetas a impuestos.

Mis ingresos (antes de impuestos):	\$ _____	☐ Cada 2 semanas ☐ Cada mes
Ingresos del cónyuge o pareja doméstica registrada (antes de impuestos):	\$ _____	☐ Cada 2 semanas ☐ Cada mes
Ingresos de otro miembro de la familia (antes de impuestos):	\$ _____	☐ Cada 2 semanas ☐ Cada mes
Ingresos de otro miembro de la familia (antes de impuestos):	\$ _____	☐ Cada 2 semanas ☐ Cada mes
Ingresos de otro miembro de la familia (antes de impuestos):	\$ _____	☐ Cada 2 semanas ☐ Cada mes
INGRESO TOTAL (Sume todos los ingresos indicados anteriormente.)	\$ _____	☐ Cada 2 semanas ☐ Cada mes

5. Lea y Firme

- Declaro que la información proporcionada en este formulario es verdadera y correcta.
- Autorizo a Opsam Health a utilizar esta información para determinar si califico para programas de asistencia basados en los ingresos.
- Me comprometo a informar al personal de Opsam Health cada vez que cambien mis ingresos.

Firma:

Fecha:

Nombre del paciente o representante:

Relación con el paciente:

STAFF USE ONLY – PATIENT REFUSED TO FILL OUT & SIGN FORM

Date of refusal: ____ / ____ / ____ Staff full name: _____

Staff signature: _____

Comments (optional): _____

APLICACION DEL PROGRAMA DE DESCUENTO ESCALA DE TARIFAS (SFDP)

Este programa puede ayudar a reducir el costo de su atención médica en Opsam Health. La cantidad que usted paga se basa en el número de personas que viven en su hogar y en los ingresos de su familia. Si desea solicitar este descuento, por favor complete este formulario.

1. Información del Paciente

Nombre completo: _____

Fecha de nacimiento: _____

2. ¿Desea aplicar a el programa?

- ☐ **SÍ**, deseo aplicar a el Programa de Descuento con Escala Móvil. *(Por favor, complete el resto de este formulario.)*
- ☐ **NO**, no deseo aplicar el programa. *(Por favor, OMITA números 3-4 y VALLA al 5. NO escane el código QR abajo NI TAMPOCO suba ningún documento.)*

3. Seguro Médico

☐ Tengo seguro médico.

☐ **No** tengo seguro médico.

4. Comprobante de Ingresos

(Cheque reciente, declaración de impuestos más reciente, formulario W-2 o 1099, carta de beneficios del gobierno o carta del empleador.)

¿Puede proveer hoy un comprobante de sus ingresos?

- ☐ **SÍ**. *(Por favor, entréguelo al personal.)*
- ☐ **NO**, tengo un comprobante de ingresos, pero no lo traje hoy. Lo entregaré dentro de los próximos **10 días hábiles**.

(Utilice el código QR para enviarlo o entréguelo en cualquier clínica de Opsam Health.)



- ☐ **NO**, no puedo proporcionar ni obtener un comprobante de ingresos. *(Si selecciona esta opción, responda las preguntas a continuación y complete por separado el Formulario de Autodeclaración de Ingresos.)*
- ☐ Mi empleador no me da talon de pago ni verificación por escrito.
 - ☐ Me pagan en efectivo.
 - ☐ Trabajo por cuenta propia o realizo trabajo informal.
 - ☐ No puedo comunicarme con mi empleador o ex empleador.
 - ☐ Estoy desempleado(a)

5. Acuerdo – Lea y Firme

- Declaro que la información que proporciono es verdadera y correcta.
- Autorizo a Opsam Health a utilizar esta información para determinar si califico para un Descuento con Escala Móvil.
- Entiendo que soy responsable del pago de mi cuenta hasta que presente un comprobante de ingresos.
- Entiendo que debo entregar o enviar mis documentos de ingresos dentro de los próximos **10 días hábiles**.
- Si no entrego mis documentos dentro del plazo establecido, se me cobrará la tarifa completa.
- Me comprometo a informar a Opsam Health si cambian mis ingresos o mi cobertura de seguro médico.
- Entiendo que mi descuento puede cambiar según la nueva información proporcionada y que, si he pagado de más, podría recibir un reembolso.

Firma:

Fecha:

Nombre del paciente o representante:

Relación con el paciente:

STAFF USE ONLY – PATIENT REFUSED TO FILL OUT & SIGN FORM

Date of refusal: ____ / ____ / ____ Staff name (print): _____

Staff signature: _____

Comments (optional): _____

AVISO SOBRE LA BASE DE DATOS OPEN PAYMENTS

Opsam Health comparte este aviso con los pacientes conforme lo exige la ley de California.

La base de datos **Open Payments** es una herramienta federal que permite buscar pagos realizados por compañías de medicamentos y dispositivos a médicos y hospitales docentes. Se encuentra en: <https://openpaymentsdata.cms.gov>

Esta base de datos tiene únicamente fines informativos. No afecta su atención, su elegibilidad para recibir servicios ni el costo de su atención en Opsam Health.

Pida ayuda a nuestro personal si necesita encontrar el sitio web o comprender este aviso.

RECONOCIMIENTO DE RECEPCIÓN

Al firmar a continuación, el paciente, padre/madre o representante legal reconoce haber recibido este aviso.

Firma:

Fecha:

Nombre del paciente/representante:

Relación/Autoridad:
