



Formulario de registro de pacientes

(Por favor imprime claramente)

Queremos asegurarnos de identificar y abordar las necesidades de cada paciente y así garantizar que cada paciente obtenga el mejor cuidado posible. Haremos unas preguntas acerca de usted, tal como: su nombre, edad, dirección, idioma de preferencia, identidad de género, raza, etnicidad, entre otras. Entender la orientación sexual e identidad de género de nuestros pacientes nos permite entender mejor a las poblaciones que servimos. Además nos permite ofrecer cuidado considerando la diversidad cultural y sus necesidades. Mantenemos esta información de manera confidencial y será actualizada en su expediente médico en Chiricahua Community Health Centers, Inc. para mejorar su cuidado y servicios y para prevenir la discriminación. Las únicas personas que podrán ver esta información serán los miembros de su equipo de cuidado y otros autorizados por usted para ver su expediente médico y regulados por las leyes de privacidad.-----

Método de Contacto: ☐ Teléfono ☐ Mensajes de texto ☐ Mensaje de voz

Idioma Preferido: ☐ Inglés ☐ Español ☐ Otro: _____

INFORMACION DEL PACIENTE

Apellido del Paciente:	Primer Nombre:	Segundo inicial:	Fecha de Nacimiento:	Estado Civil:
			/ /	☐ Soltero(a) ☐ Casado(a)
Nombre Preferido:				☐ Divorciado(a) ☐ Viuda
(Requerido para pacientes con Medicare) Número de Seguro Social: _____ - _____ - _____				

No. Telef. Celular: ()	No. Telef. Casa: ()	No. Telef. Trabajo: ()	Dirección de correo electrónico::
----------------------------	-------------------------	----------------------------	-----------------------------------

Género al Nacer:	Género Actual:
☐ Masculino ☐ Femenino	☐ Masculino ☐ Femenino
☐ Otro: _____	☐ Otro: _____

Dirección postal: Ciudad: Estado: Código Postal:

Dirección residencial: Ciudad: Estado: Código Postal:

Padre / Tutor Legal (s):

Apellido del Padre/Tutor	Primer Nombre:	Segundo Inicial:	Fecha de Nacimiento:	Parentesco::
			/ /	
			/ /	

Domicilio (si es diferente):

EN CASO DE EMERGENCIA, CONTACTAR A:

Nombre:	Parentesco con el Paciente:	No. Telef. Primario:
		() -

Es política de CCHCI tratar únicamente con el paciente la información médica detallada, a menos de que se indique lo contrario. Por favor enliste los nombres de las personas que tengan su autorización para que nuestro personal les revele su información médica.
Para nadie, por favor marque aquí: ☐ Nadie

Nombre:	Parentesco con el Paciente:	No. Telef. Primario:	No. Telef. Alterno:
		() -	() -
		() -	() -

Farmacia preferida:

- ☐ Farmacia Chiricahua Benson ☐ Farmacia Chiricahua Sierra Vista
☐ Farmacia Chiricahua Bisbee ☐ Otro : _____
☐ Farmacia Chiricahua Douglas

Autorización para Recibir Comunicacion de Facturación / Doy consentimiento para recibir comunicacion relacionada a facturación

☐ Acepto ☐ Rechazo

Certifico que la información proporcionada en esta forma es verdadera y correcta a mi mejor entender. Se me dio la oportunidad de revisar y recibir una copia del Aviso de las Prácticas del Paciente & Derechos y Responsabilidades del Paciente.

Firma Paciente/Tutor Legal

Fecha / /

OFFICE USE ONLY:

Updated on: / / PSR Printed Name: _____

Revised on: 2/3/2025 – J.King/NE





CHIRICAHUA

COMMUNITY HEALTH CENTERS, INC.

HEALTH FOR ALL

Formulario de consentimiento médico para el tratamiento

Formulario de registro de pacientes

Nombre de Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____ MRN: _____

Usted como paciente de Chiricahua Community Health Centers, Inc. (CCHCI) tiene el derecho de ser informado sobre su condición y de cualquier tratamiento quirúrgico recomendado, medico o procedimientos con diagnostico para ser utilizados y usted pueda tomar una decisión informada sobre si someterse o no a cualquier tratamiento o procedimiento después de tener conocimiento de los riesgos y peligros involucrados.

A este punto en su cuidado, no se ha recomendado ningún plan de tratamiento específico. Este formulario de consentimiento es simplemente un esfuerzo para obtener su permiso para realizar la evaluación necesaria para identificar el tratamiento y/o procedimiento apropiado para cualquier condición identificada. Este consentimiento nos proporciona su permiso para realizar exámenes, pruebas y tratamientos médicos razonables y necesarios.

Al firmar a continuación, usted está indicando que:

1. Tiene la intención de que este consentimiento continúe incluso después de que se haya realizado un diagnóstico específico y se haya recomendado un tratamiento; y
2. Usted da su consentimiento para recibir tratamiento en esta oficina, telesalud, visitas domiciliarias o cualquier otra ubicación de la oficina bajo la operación de CCHCI.

El consentimiento tendrá plena eficacia hasta que sea revocado por escrito. Usted tiene el derecho a discutir el plan de tratamiento con su médico sobre el propósito, los riesgos potenciales y los beneficios de cualquier prueba que le ordenen. Si usted tiene alguna inquietud con respecto a cualquier prueba o tratamiento recomendado por su proveedor de atención médica de CCHCI, lo alentamos a que haga preguntas y brinde comentarios a través de nuestro sitio web cchci.org.

Yo solicito voluntariamente que un médico, y/o proveedor de nivel medio y otros proveedores de atención médica o las personas designadas según se considere necesario, realicen exámenes, pruebas y tratamientos médicos razonables y necesarios para la afección que me ha llevado a buscar atención en CCHCI.

Yo entiendo que, si se recomiendan pruebas adicionales, procedimientos invasivos o de intervención, se me pedirá que lea y firme los formularios de consentimiento adicionales antes de la (s) prueba (s) o procedimiento (s).

Yo certifico que he leído y entiendo completamente las declaraciones anteriores y consentimiento total y voluntariamente a su contenido. Los servicios de planificación familiar están disponibles de forma voluntaria y no son un requisito previo para otros servicios del centro de salud.

Como organización que participa en capacitación clínica, usted o su familiar pueden encontrarse con un aprendiz mientras reciben atención. Si no desea que un aprendiz participe en su atención, notifique al gerente de la clínica o a su proveedor en el momento de su visita.

*Firma del paciente o tutor **

Fecha

OFFICE USE ONLY:

Updated on: ____/____/____ PSR Printed Name: _____

Revised on: 05/17/23 – J.King





Nombre de Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____ MRN: _____

¡Bienvenido! Gracias por elegir a Chiricahua Community Health Centers, Inc. (en lo sucesivo CCHCI) como su proveedor de atención médica/dental. Nuestro objetivo es brindarles a usted y a su familia una atención óptima. Queremos que se sienta a gusto y lo más cómodo posible mientras dure nuestra relación. Le recomendamos que haga preguntas, que participe en las decisiones relativas a los tratamientos y que entienda sus beneficios de seguro. Esto incluye entender su plan de tratamiento, así como también nuestra política financiera.

_____(Coloque sus iniciales aquí) Como la parte responsable del aspecto financiero de los servicios, entiendo y acepto las siguientes condiciones de pago.

Condiciones de Pago de los Servicios Médicos y Psiquiátricos (Efectivo 12/2/2024)

Pacientes sin cobertura de seguro: Los pacientes que no son elegibles para el Programa de descuentos variables según los ingresos (SFDP) deben pagar \$125 al momento de la prestación del servicio, antes de que el servicio sea prestado. Una factura con el pago pendiente será enviada al paciente después de la prestación del servicio.

Pacientes con cobertura de seguro: Se requiere el pago total de todos los montos de copago, deducible o coaseguros adeudados, y de cualquier cobertura que no se pueda verificar al momento de la prestación del servicio.

Incentivo por pronto pago: Se debe pagar un cargo de \$130 al momento de la prestación del servicio, antes de recibir el servicio. Los servicios que **NO** están cubiertos son: medicamentos recetados, servicios de laboratorio enviados a un laboratorio externo, control natal, vacunas, servicios que no son provistos directamente por un proveedor de CCHCI.

Condiciones de Pago de los Servicios Dentales (Efectivo 11/18/2024)

Pacientes sin cobertura de seguro: Los pacientes que no están inscritos en el Programa de descuentos variables según los ingresos (Sliding Fee Discount Program, SFDP) deben pagar el 85 % de la total estimado por el tratamiento proporcionado, previo a la prestación del servicio. Se establecerá un acuerdo de pago por el 15% restante después de la visita.

Pacientes con cobertura de seguro: Los pacientes que no están inscritos en el Programa de descuentos variables según los ingresos (SFDP) deben pagar el 100 % del total estimado del coaseguro o del deducible del paciente por el tratamiento proporcionado al momento de la prestación del servicio. *Se debe pagar la totalidad de los copagos y los honorarios al momento de la prestación del servicio.*

Incentivo por pronto pago: Si se paga el 90 % de los cargos **TOTALES** estimados antes de recibir los servicios, se considerará que los cargos se han pagado en su totalidad. Además, entiendo que habrá un cargo extra por cualquier procedimiento adicional que **NO** esté incluido en el plan de tratamiento original.

Condiciones de Pago de los Servicios de Salud Mental, Nutrición y Orientación Psicológica (Efectivo 1/1/2025)

Pacientes sin cobertura de seguro: Los pacientes que no son elegibles para el Programa de descuentos variables según los ingresos (SFDP) deben pagar \$95 para visita inicial y \$55 para visita de seguimiento al momento de la prestación del servicio.

Pacientes con cobertura de seguro: Se requiere el pago total de todos los montos de copago, deducible o coaseguros adeudados, y de cualquier cobertura que no se pueda verificar al momento de la prestación del servicio.

Incentivo por pronto pago: Se debe pagar un cargo de \$100 para visita inicial y \$60 para visita de seguimiento al momento de la prestación del servicio. Los servicios que **NO** están cubiertos son: medicamentos recetados, servicios de radiología, servicios de laboratorio enviados a un laboratorio externo, servicios que no son provistos directamente por un proveedor de CCHCI.

Condiciones de Pago Adicionales

Opciones de Pago. Aceptamos Visa, MasterCard, Discover, American Express, cheques y dinero en efectivo para el pago del monto adeudado. Si desea obtener más información sobre el SFDP, consulte con uno de nuestros recepcionistas.

Saldos Pendientes. Antes de la prestación de los servicios, se debe pagar el total de todos los saldos pendientes, o se debe haber acordado un plan de pago. Se puede negar la prestación de un servicio si la cuenta presenta alguna deuda. Entiendo que soy el responsable en última instancia de todos los cargos generados por mi tratamiento o por los servicios prestados. Todos nuestros proveedores prestarán servicios basándose en las pautas recomendadas para su salud y no en función de su cobertura de seguro.



Nombre de Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____ MRN: _____

Registración: Todos los pacientes deben completar nuestro nuevo formulario de información del paciente, el cual será ingresado en nuestro sistema para tener información precisa para una facturación correcta. Debemos de tomar copia de su licencia de manejo y la tarjeta de su seguro médico vigente. Si usted no provee toda la información correcta, o su seguro cambia y usted no nos notifica a tiempo, usted puede ser el responsable de pagar el monto restante de su reclamo. La mayoría de las compañías de seguros médicos tienen restricciones de tiempo para tramitar reclamos; si no reciben un reclamo dentro de treinta (30) días después del día del servicio, puede ser que el pago sea inelégible y usted será el responsable de pagar el monto restante.

Planes de Tratamiento por Servicios Dentales: Usted entiende que si Chiricahua Community Health Centers, Inc. tiene recomendaciones de tratamiento para usted, usted recibirá una lista detallada del tratamiento recomendado. Además, en esa lista encontrará una estimación de los cargos que deberá pagar por el tratamiento recomendado. Si usted cuenta con un seguro dental, el plan de tratamiento puede incluir una estimación adicional con un cálculo de lo que puede llegar a pagar su compañía de seguros de los honorarios correspondientes a su tratamiento. Usted entiende que las estimaciones del plan de tratamiento no son una garantía de pago del seguro y que usted es responsable en última instancia de todos los cargos generados por su tratamiento.

Pagos: A menos que aprobemos y registremos otra opción por escrito, el saldo de su factura vence y deberá pagarse al momento de la emisión de la factura.

Seguro: El seguro es un contrato entre usted y su compañía de seguros. Le facturaremos a su compañía de seguros como una cortesía con usted. Tenga en cuenta que la prestación de los servicios no se realiza bajo el supuesto de que la compañía de seguros nos pagará. Usted es el responsable en última instancia del pago por todos los cargos generados por su tratamiento. Si su compañía de seguros no paga su reclamación en un plazo de noventa (90) días a partir de la fecha en que se preste el servicio, usted deberá pagar el monto total. Le reembolsaremos sin demora cualquier pago de seguro que recibamos, en el caso de que usted ya haya pagado el saldo de su cuenta. Usted es responsable de informarnos de cualquier cambio en su cobertura de seguro.

Cuentas Vencidas: Si su cuenta está vencida, tomaremos todas las medidas necesarias para cobrar la deuda. Si tenemos que recurrir a una agencia de cobranzas, usted acepta pagar todos los costos de cobranza en los que se incurra. Si tenemos que recurrir a un abogado para cobrar el saldo, usted acepta pagar todos los honorarios del abogado en los que incurramos, además de todos los gastos judiciales. En caso de juicio, usted acepta que la jurisdicción sea el condado de Cochise, Arizona.

Exoneración de Confidencialidad: Usted entiende que, si esta cuenta se remite a un abogado o a una agencia de cobranzas, si tenemos que litigar en un tribunal o si informamos su estado de morosidad a una agencia de información crediticia, el hecho de que usted haya recibido tratamiento en nuestro consultorio puede pasar a ser un registro público.

Cheques Rechazados: Se cobrará una comisión de (\$25, al día de hoy) por cualquier cheque rechazado por el banco.

Revelar Información a la Seguradora: Usted autoriza a que Chiricahua Community Health Centers, Inc. revele cualquier información solicitada por la aseguradora y autoriza el pago directo a Chiricahua Community Health Centers, Inc. por cualquier beneficio disponible según su plan de seguro.

Divorcio: En caso de divorcio o separación, la parte responsable de la cuenta antes del divorcio o la separación sigue siendo responsable de la cuenta. Después de un divorcio o una separación, el progenitor que autoriza el tratamiento de un hijo será responsable de los cargos posteriores. Si la sentencia de divorcio establece que el otro progenitor pague la totalidad o una parte de los costos del tratamiento, es responsabilidad del progenitor que autoriza el tratamiento cobrarle al otro progenitor el monto correspondiente.

Consentimiento para tratar:

**** Este es un acuerdo entre Chiricahua Community Health Centers, Inc. Y el paciente o tutor legal mencionado en este formulario. Al firmar este acuerdo, usted accede a recibir tratamiento de parte del personal y de CCHCI, y acepta pagar todos los servicios prestados. Una vez que haya firmado este acuerdo, usted acepta todos los términos y condiciones incluidos en este documento y el acuerdo tendrá plena vigencia.***

Nombre de la Parte Responsable (IMPRIMIR)

(Paciente o Padre/Tutor legal si el paciente es un menor): _____

Firma: _____ Fecha: ____/____/____





CHIRICAHUA

COMMUNITY HEALTH CENTERS, INC.

HEALTH FOR ALL

Formulario del Expediente Medicodel Paciente

(Por favor escriba con claridad)

Nombre del Paciente

Fecha de Nacimiento

de Registro Medico

HISTORIAL MEDICO PREVIO

Favor de completar la siguiente información; si tiene alguna pregunta, no dude en preguntarnos.

MEDICO					
Tipo:	Elige una:	Tipo:	Elige una:	Tipo:	Elige una:
Acné	☐ Si ☐ No	EPOC	☐ Si ☐ No	Osteoporosis	☐ Si ☐ No
TDA/TDAH	☐ Si ☐ No	Coronariopatía	☐ Si ☐ No	Otitis	☐ Si ☐ No
Alergias	☐ Si ☐ No	Depresión	☐ Si ☐ No	TEPT	☐ Si ☐ No
Anemia	☐ Si ☐ No	Diabetes	☐ Si ☐ No	Enfermedad Renal	☐ Si ☐ No
Angina	☐ Si ☐ No	Lípidos Elevados	☐ Si ☐ No	Escoliosis	☐ Si ☐ No
Ansiedad	☐ Si ☐ No	Colecistopatía	☐ Si ☐ No	Trastorno Convulsivo	☐ Si ☐ No
Artritis	☐ Si ☐ No	Reflujo Gástrico	☐ Si ☐ No	Muerte Infantil Súbita	☐ Si ☐ No
Asma	☐ Si ☐ No	Dolor de cabeza/Migrañas	☐ Si ☐ No	Estrabismo	☐ Si ☐ No
Fibrilación auricular	☐ Si ☐ No	Enfermedad Cardiovascular	☐ Si ☐ No	Embolia	☐ Si ☐ No
Coágulos Sanguíneos	☐ Si ☐ No	Trastorno de Válvula Cardíaca	☐ Si ☐ No	Enfermedad Tiroidea	☐ Si ☐ No
Bronquitis	☐ Si ☐ No	Hepatitis/Enfermedad Hepática	☐ Si ☐ No	Infección Urinaria	☐ Si ☐ No
Arritmia Cardíaca	☐ Si ☐ No	Hipertensión	☐ Si ☐ No	Enfermedad Autoinmune:	
Contusión	☐ Si ☐ No	Síndrome del Intestino Irritable	☐ Si ☐ No	Cáncer:	
Estreñimiento	☐ Si ☐ No	Infarto de Miocardio	☐ Si ☐ No	OTRO:	

HISTORIAL QUIRURGICO

Tipo:	Elige una:	Tipo:	Elige una:	Tipo:	Elige una:
Angioplastia	☐ Si ☐ No	Liberación de Túnel Carpiano	☐ Si ☐ No	Prótesis Articular	
Apendectomía	☐ Si ☐ No	Extracción de Cataratas	☐ Si ☐ No	Reemplazo de rodilla	☐ Si ☐ No
Cirugía de la espalda	☐ Si ☐ No	Colecistectomía (Vesícula)	☐ Si ☐ No	LASIK	☐ Si ☐ No
Ligadura Tubárica Bilateral	☐ Si ☐ No	Colectomía	☐ Si ☐ No	Mastectomía	☐ Si ☐ No
Transfusión de Sangre	☐ Si ☐ No	Colostomía	☐ Si ☐ No	Miomectomía	☐ Si ☐ No
Aumento/Reducción de Busto	☐ Si ☐ No	Cirugía Dental	☐ Si ☐ No	ORIF	☐ Si ☐ No
Cirugía de Revascularización Coronaria	☐ Si ☐ No	Bypass Gástrico/Manga	☐ Si ☐ No	Tiroidectomía	☐ Si ☐ No
Cesárea	☐ Si ☐ No	Reparación de Hernia/Umbilical	☐ Si ☐ No	Amigdalotomía/Adenoides	☐ Si ☐ No
Marcapaso Cardíaco	☐ Si ☐ No	Histerectomía/parcial/completo	☐ Si ☐ No	OTRO:	

Historial Medico Familiar

Por favor liste solo Madre, Padre, Hermanos, Abuelos Tíos y Tías cercanos.

☐ Adoptado ☐ No Historial Familiar ☐ Desconocido

Tipo:	Familiar:	Tipo:	Familiar:	Tipo:	Familiar:
TDA/TDAH		Depresión		Enfermedad Mental	
Alcoholismo		Retraso en el Desarrollo		Migrañas	
Alergias		Diabetes		Obesidad	
Enfermedad Alzheimer		Eccema		Osteoporosis	
Artritis		Lípidos Elevados		Enfermedad Vascular Periférica	
Asma		Enfermedad Genética		Enfermedad Renal	
Enfermedad de la Sangre		Deficiencia Auditiva		Trastorno Convulsivo	
Cáncer		Hipertensión		Embolia	
Enfermedad Cardiovascular		Síndrome del Intestino Irritable		Enfermedad Tiroidea	
Coronariopatía		Discapacidad del Aprendizaje			

ALERGIAS & REACCIONES

Si es alérgico a un medicamento o comida, favor de especificar

Medicamento/Comida	Reacción

MEDICAMENTO

Nombre de la Farmacia de su preferencia:

Ubicación de la Farmacia:

Lista de medicamentos que esta tomando y las dosis: (ejemplo: Aspirina 25mg)

Nombre del Medicamento:	Unidades:	Nombre del Medicamento:	Unidades:



CHIRICAHUA

COMMUNITY HEALTH CENTERS, INC.

HEALTH FOR ALL

UDS Form

Patient Registration Form

Patient's Name/ Nombre de Paciente: _____ Date of Birth/ Fecha de Nacimiento: ____/____/____ MRN: _____

As a Federally Quality Health Center, Chiricahua is required to ask you specific questions regarding your income, race, ethnicity, sexual orientation, housing, veteran, and farmworker status in an effort to better understand the population that we serve and to verify your eligibility for additional programs and services. / Como centro de salud de calidad federal, Chiricahua debe hacerle preguntas específicas sobre sus ingresos, vivienda, estado de veterano y trabajador agrícola en un esfuerzo por comprender mejor a la población a la que servimos y verificar su elegibilidad para programas y servicios adicionales.

1. **What is your housing situation today? (please circle one)/¿Cual es su situación de Vivienda el día de hoy? (circule uno):**

- a. Doubling up (Temporarily Living with Others / Duplicación (viviendo temporalmente con otros)
- b. Not Homeless / No viviendo en la calle
- c. Permanent Supportive Housing / Vivienda de Apoyo Permanente
- d. Homeless Shelter / Refugio para indigentes
- e. Living on Street Or In Vehicle / Vivir en la calle o en vehículo
- f. Transitional Housing / Vivienda de Transición
- g. Homeless But Arrangement Unknown / Sin hogar pero arreglo desconocido
- h. Other (No Longer Homeless, But Homeless Within Past 12 Months) / Otra (ya no tiene hogar, pero sin hogar en los últimos 12 meses)
- i. Other _____

Farm Worker Definition / Definición de Trabajador Agrícola:

People who work, or have worked, within the last two years in agriculture. This includes the workers' family members. Agriculture means farming in all its branches including: Horticulture, Aquaculture, Animal Husbandry, Packing and Delivery to a location for sale or processing. / Personas que trabajan o han trabajado en los últimos dos años en agricultura. Esto incluye, la familia del trabajador. Agricultura significa las siguientes áreas: horticultura, acuicultura, cría de animales, empaque y transportación para venta o procesamiento.

2. **Which farm worker category best describes you or your family member? /¿Que categoria de trabajador agrícola lo describe mejor a usted o a su familiar? (circule uno)**

- a. Migratory Farmworker in Last 24 Months (Temporary Housing When Employed) / Trabajador agrícola migratorio en los últimos 24 meses (vivienda temporal cuando está empleado)
- b. Not a migrant or seasonal farm worker / No es un trabajador agrícola migrante o de temporada
- c. Seasonal Farmworker in Last 24 Months (Paid Hourly, daily, no Temporary Housing) / Trabajador agrícola de temporada en los últimos 24 meses (pago por hora, por día, sin alojamiento temporal)

3. **Patient Do you have a language barrier? (Do you require language interpretation assistance)? / ¿Tienes una barrera del idioma? (¿Necesita asistencia de interpretación de idiomas)? (circule uno)**

- ☐ No/ No
- ☐ Yes/ Si

4. **Patient Race (please select all that apply) / Raza del paciente (por favor seleccione todas las opciones que apliquen)**

- a. American Indian or Alaska Native / Indio americano o nativo de Alaska
- b. Asian Indian / Indio asiático
- c. Black or African American/ Negro o afroamericano:
- d. Chinese / Chino
- e. Filipino / Filipino
- f. Guamanian or Chamorro (Mariana Islands, Saipan, Tinian, Rota) / Guamanian o Chamorro (Islas Marianas, Saipan, Tinian, Rota)
- g. Japanese/ Japoneses
- h. Korean / Coreano



- i. Native Hawaiian / Nativo Hawaiano
- j. Other Asian / Otro asiático
- k. Other Pacific Islander (Tonga, Melanesia, Oceania)/ Otro isleño del Pacífico (Tonga, Melanesia, Oceania)
- l. Prefer Not To Disclose Race / Prefiero no revelar la raza
- m. Samoan / Samoano
- n. Vietnamese / Vietnamita
- o. White/ Blanco

5. Patient Ethnicity (please select all that apply) / Origen étnico del paciente (por favor seleccione todas las opciones que apliquen):

- a. Another Hispanic, Latino/a Or Spanish Origin / Otro origen hispano, latino/a o español
- b. Mexican/ Mexican American, Chicano/a / Mexicano / mexicano americano, chicano / a
- c. Cuban/ Cubano
- d. Prefer Not to Disclose Ethnicity / Prefiero no revelar el origen étnico
- e. Not Hispanic or Latino/a, Or Spanish Origin / No hispano o latino / a, u origen español
- f. Puerto Rican / Puertorriqueño

Patient Veteran Status:

6. Have you ever served, or are currently serving, in the United States military? (please circle one) / ¿ Ha servido alguna vez, o esta sirviendo actualmente, en las fuerzas armadas de los Estados Unidos? (circule uno)

- a. No (Never Served or Patient Was Active Last Year and Last Visit) / No (nunca atendido o el paciente estuvo activo el año pasado y la última visita)
- b. Yes (Previously Served US Military or Armed Forces) / Sí (anteriormente sirvió en las Fuerzas Armadas o militares de los EE. UU.)

7. During the past year, what was the total combined income for you and the family members that you live with? This information will help us determine if you are eligible for additional benefits. Even if you have private health insurance, you may qualify for our Sliding Fee Discount Program for additional discounts. / Durante el último año, ¿cual ha sido el total de ingresos combinados de usted y familiares que viven con usted? Esta información nos ayuda a determinar si usted es elegible para ciertos beneficios. Aun si tiene seguro de salud privado, usted puede calificar a nuestro programa de descuentos 'Sliding Fee Discount Program' para descuentos adicionales

Household Income/ Ingresos del hogar: \$ _____

Family Size / Tamaño de la familia: _____

☐ Refused to Report / Negarse a informar





Nombre de Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____ MRN: _____

Un paciente tiene los siguientes derechos:

1. No ser discriminado por motivos de raza, origen nacional, religión, género, orientación sexual, edad, discapacidad, estado civil o diagnóstico;
2. Recibir un tratamiento que apoye y respete la individualidad, las elecciones, las fortalezas y las habilidades del paciente;
3. A recibir privacidad en el tratamiento y atención de sus necesidades personales;
4. Revisar, previa solicitud por escrito, los propios registros médicos del paciente.
5. Recibir una remisión a otra institución de atención médica si el centro de tratamiento ambulatorio no está autorizado o no puede brindar los servicios de salud física o de salud del comportamiento que necesita el paciente;
6. Para participar o hacer que el representante del paciente participe en el desarrollo o las decisiones relacionadas con el tratamiento;
7. Para participar o negarse a participar en investigaciones o tratamientos experimentales; y
8. Recibir asistencia de un familiar, representante del paciente u otra persona para comprender, proteger o ejercer los derechos del paciente.

Un paciente tiene las siguientes responsabilidades:

1. Proporcionar información sobre enfermedades pasadas, hospitalizaciones, medicamentos y otros asuntos relacionados con su historial para tratar su enfermedad de manera efectiva.
2. Cooperar con todo el personal del centro de atención médica y hacer preguntas si las instrucciones y/o los procedimientos no se entienden claramente.
3. Sea considerado con los demás pacientes y el personal del centro de atención médica. También se espera que los pacientes respeten la propiedad de otras personas y la propiedad del centro de atención médica.
4. Ayudar a los médicos, enfermeras y personal médico asociado en sus esfuerzos por atenderlo siguiendo sus instrucciones y órdenes médicas.
5. Nombre a los miembros autorizados de su familia para que estén disponibles para que el personal del centro de atención médica revise su tratamiento en caso de que no pueda comunicarse adecuadamente con los médicos o el personal de apoyo médico.
6. Asumir la responsabilidad financiera de pagar todos los servicios prestados a través de terceros pagadores (por ejemplo, una compañía de seguros) o ser personalmente responsable del pago de cualquier servicio que no esté cubierto por sus pólizas de seguro.
7. Abstenerse del uso de medicamentos que no hayan sido recetados por su médico tratante y administrados por el personal del centro de salud.
8. No complicar ni poner en peligro el proceso de curación consumiendo bebidas alcohólicas (salvo autorización médica) o sustancias tóxicas.

Firma del paciente: _____ Fecha: _____



CHIRICAHUA

COMMUNITY HEALTH CENTERS, INC.

HEALTH FOR ALL

Aviso sobre prácticas de privacidad para pacientes

Prácticas de Privacidad del

Paciente Este aviso describe sus derechos como paciente de Chiricahua Community Health Centers, Inc. (CCHCI) y este aviso es cumplido por nuestro personal bajo

La Ley Federal de Portabilidad y responsabilidad del seguro médico, (HIPPA) Noticia de prácticas privadas para proteger la información médica. Este aviso también describe como su información de salud puede ser usada o divulgada y como usted puede tener acceso a esta información.

Favor de leer cuidadosamente.

Comprender su información médica/sus registros médicos

Lo que se encuentra en su registro de atención médica y la manera en que se usa su información médica le permite: garantizar su exactitud; comprender mejor quién, qué, cuándo, dónde y por qué otras personas pueden acceder a su información médica, y a tomar mejores decisiones fundamentadas cuando tenga que autorizar la divulgación de su información a otras personas.

Cada vez que visita una de nuestras Clínicas, se realiza un registro de su visita. Este registro incluye pero es limitado síntomas, los resultados de sus análisis y exámenes, los diagnósticos, el tratamiento y un plan de atención o tratamiento futuro. Esta información referida a usted como su récord médico, puede ser usado o compartido por nuestra práctica por las siguientes razones:

- Como base para la planificación de su atención y tratamiento.

- Como un medio de comunicación entre los profesionales de la salud incluyendo proveedores de salud médica /mental y coordinadores clínicos de cuidado que contribuyen a su atención dentro y fuera de CCHCI.
- Como un documento legal que describe la atención que le brindamos.
- Como un registro donde usted o un tercer pagador pueda verificar que los servicios facturados fueron servicios realmente prestados.
- Como una herramienta educativa para los profesionales de la salud.
- Como una fuente de datos para investigaciones médicas.
- Como una fuente de información para funcionarios de la salud pública que estén a cargo de mejorar la salud de este condado, del estado y del país.
- Como una herramienta a la que podamos evaluar y con la que podamos trabajar de manera continua a fin de mejorar la atención que prestamos y los resultados que obtenemos.
- Para proporcionarle información sobre las alternativas adicionales de tratamientos y otros beneficios relacionados con la salud.
- Podemos usar su información como recordatorio de citas, según se define en la sección de "consentimiento" en la forma de registración.

Sus derechos relativos a la información médica:

Si bien su registro médico es la propiedad física de esta

organización, la información incluida le pertenece. Usted tiene derecho a lo siguiente:

- Obtener una copia de este "Aviso sobre prácticas de privacidad para pacientes".
- Derecho a solicitar una enmienda a su historial médico. Si cree que la información médica que tenemos sobre usted es incorrecta o incompleta, puede pedirnos que la corrijamos. Tiene el derecho de solicitar una enmienda mientras la información sea almacenada por CCHCI. Para solicitar una enmienda, obtenga una forma de enmienda/corrección de su expediente médico de cualquier miembro del personal; complete y regrese la petición al Gerente de Riesgos de CCHCI. Podemos negar su petición de una enmienda si su petición no es por escrito o no incluye una razón para apoyar la petición. Además, podemos negar o negar parcialmente su petición si nos pide que corrijamos la información que: No hayamos creado, a menos que la persona o entidad que creó la información ya no esté disponible para hacer la enmienda, no sea parte de la información de salud que guardamos, no se le permitiría inspeccionar y copiar, o si es exacta y completa. Si negamos o denegamos parcialmente su solicitud de enmienda, usted tiene el derecho de presentar una refutación y solicitar que la refutación forme parte de su expediente médico. Su refutación debe tener una extensión de 10 páginas o



CHIRICAHUA

COMMUNITY HEALTH CENTERS, INC.

HEALTH FOR ALL

Aviso sobre prácticas de privacidad para pacientes

menos y tenemos el derecho de presentar una refutación que responda a la suya en su registro médico. También tiene derecho a solicitar que todos los documentos relacionados con la solicitud de enmienda (incluida la refutación, se transmitan a cualquier otra parte en cualquier momento en que se divulgue esa parte del registro médico.

- Inspeccionar y/o recibir una copia impresa o electrónica de su registro médico emitida electrónicamente, según lo establecido en el Título 45 del Código de reglamentaciones federales (Code of Federal Regulations, CFR), Sección 164.512 y el Título 45 del CFR, Sección 164.524, en virtud de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA).
- Si se aprueba su solicitud de inspeccionar o recibir una copia de su expediente médico, nos pondremos en contacto con usted y le proporcionaremos acceso supervisado a su expediente médico. Le proporcionaremos una copia o un resumen de la información de su atención médica, dentro de los 30 días de su solicitud. Podemos cobrar una tarifa razonable, basada en los costos. En ciertas situaciones, como, por ejemplo, si proporcionar acceso causara daño, podemos negar el acceso. Usted no tiene derecho de acceso a lo siguiente:
Notas de salud mental o psicoterapia. Dichas notas

comprenden las que son grabadas en cualquier medio por un profesional de la salud mental que documenta o analiza una conversación durante una sesión de asesoramiento privada o una sesión de asesoramiento de grupo, conjunta o familiar y que están separadas del resto de su historial médico.

Información recopilada con una anticipación razonable o para su uso en acciones o procedimientos civiles, penales o administrativos.

PHI (información de salud protegida) que está sujeta a las Enmiendas de Mejora de Laboratorios Clínicos de 1988 ("CLIA"), 42 U.S.C § 263a, en la medida en que la provisión de acceso al individuo estaría prohibida por la ley.

Es razonablemente probable que la información obtenida de alguien que no sea un profesional de la salud con la promesa de confidencialidad y el acceso solicitado revele la fuente de la información.

En otras situaciones, el proveedor puede negarle el acceso, pero, si lo hace, debe proporcionarle una revisión de la decisión de denegar el acceso. Entre los motivos "revisables" de la denegación figuran los siguientes:

Un profesional de la salud con licencia ha determinado, en el ejercicio de su juicio profesional, que es razonablemente probable que el acceso ponga en peligro la vida o la seguridad física del individuo o de otra persona.

- Si usted decide utilizar el Portal de Paciente, usted es responsable por mantener la confidencialidad de su cuenta y contraseña y de restringir el acceso a su cuenta, y usted se compromete a aceptar la responsabilidad de todas las actividades que ocurran bajo su cuenta. No vender o alquilar o compartir información de identificación personal recopilada durante su uso del Portal de Paciente sin su permiso. Una política de privacidad del Portal de Paciente completa está disponible en el sitio web de NextGen Portal de Paciente.
- Obtener una lista detallada de las divulgaciones de su información médica. Tiene derecho a solicitar "Declaraciones de contabilidad". Esta es una lista de declaraciones que adquirimos de su información médica sobre usted para propósitos además de tratamiento, pago, operaciones de cuidado de salud, cuando específicamente se autorizó por usted a limitar el número de circunstancias especiales involucrando seguridad nacional, instituciones correccionales y orden público. Para obtener esta lista, debe solicitar una petición por escrito al oficial de privacidad. Debe indicar un periodo de tiempo, el cual no debe ser mas de 6 años. Su petición debe indicar que tipo de forma usted quiere su lista (por ejemplo, impresa o electrónica). La primera lista que usted solicite dentro de 12



CHIRICAHUA

COMMUNITY HEALTH CENTERS, INC.

HEALTH FOR ALL

meses será gratis. Para listas adicionales, puede que le cobremos para darle su lista. La notificaremos con el costo involucrado y usted podrá decidir si se retira o quiere modificar su solicitud antes de que ocurra cualquier costo.

- Solicitar comunicaciones confidenciales sobre su información médica por medios alternativos o en sitios alternativos.
- Solicitar una restricción sobre ciertos usos y divulgaciones de su información. El derecho a una petición de restricción no se extiende al uso y divulgaciones permitidas o requeridas bajo la subsección §§164.512 (usa y divulga requerida por la ley, para el informe obligatoria de enfermedades), en estos casos, usted no tiene derecho a solicitar la restricción de cierta información para los planes de salud si ya pagó por la totalidad de estos servicios de su bolsillo.
- Revocar su autorización para usar o divulgar la información médica, excepto en la medida en la que ya se haya llevado a cabo alguna acción.
- Usted tiene derecho a optar por no recibir comunicaciones para actividades de recaudación de fondos organizadas por esta práctica.

CCHCI si participara en la Notificación de Prácticas de Información de Salud (HIO Notice) como acordado en 42CFR parte 2. CCHCI está autorizado a divulgar todo o parte de su expediente, incluyendo sin limitación, información relacionada con abuso

de sustancias, psiquiátrico, VIH y otra información, con arreglo a las leyes aplicables federales, estatales y otros incluyendo HIPAA. Algunos de sus datos de salud se enviarán Health Current , ***al menos que se niegue por escrito.***

Nuestras responsabilidades

Nosotros debemos cumplir con lo siguiente:

- Mantener la privacidad de su información médica, según lo definen las leyes estatales y federales.
- Proporcionarle este aviso, respecto de nuestras responsabilidades legales y las prácticas de privacidad con relación a la información que recopilamos y conservemos sobre usted.
- Notificarle si hubo algún incumplimiento en lo que respecta a su información de atención médica protegida.
- Notificarle si no podemos aceptar una restricción solicitada.

Nos reservamos el derecho de modificar nuestras prácticas de privacidad y de establecer la vigencia de las nuevas disposiciones para toda la información médica protegida que conservemos. Si se modifican nuestras prácticas sobre la información, publicaremos las modificaciones en nuestra área de recepción. Le proporcionaremos una versión corregida del “Aviso sobre prácticas de privacidad para pacientes”, si lo solicita.

Para informar un problema

Si usted piensa que sus derechos de privacidad han sido violados puede someter su queja al llamar a nuestra línea directa 1-520-515-

Aviso sobre prácticas de privacidad para pacientes

8662

ext 7599 o en Secretaria del Departamento de Salud y Servicios Humanos en: Office for Civil Rights Region X U.S. Department of Health and Human Services 2201 Sixth Avenue - Mail Stop RX-11 Seattle, WA 98121 (206) 615-2290; (206) 615-2296 (TDD). NO habrá represalias por someter su queja.

Tratamiento, pago y procedimientos de atención médica:

Tratamiento: La información obtenida por un miembro de nuestro equipo de atención médica quedará archivada en su registro y se usará para determinar el tratamiento que creemos es el mejor para usted. Es posible que también compartamos copias de su información de atención médica con otras personas que participan en su tratamiento, a fin de ayudarlas a tratarlo.

- **Pago:** Se le enviará una factura a usted o a un tercer pagador. La información que se encuentra en la factura o que la acompaña a esta puede incluir información que lo identifique, como también su diagnóstico, los procedimientos e servicios usados.
- **Procedimientos de atención médica:** Es posible que los miembros del personal médico usen o divulguen la información incluida en su registro médico para evaluar la atención y los resultados en su caso y de otros casos similares. Es posible que esta información se use en un esfuerzo por mejorar de manera continua la calidad y



CHIRICAHUA

COMMUNITY HEALTH CENTERS, INC.

HEALTH FOR ALL

Aviso sobre prácticas de privacidad para pacientes

eficacia de la atención médica y del servicio que proporcionamos.

- **Asociados comerciales:** Existen algunos servicios que son provistos a nuestra organización a través de contratos con uno o varios asociados comerciales. Cuando se contratan estos servicios, es posible que debamos usar o divulgar su información médica a nuestros asociados comerciales, a fin de que puedan realizar el trabajo para el cual los hemos contratado. La Ley HIPAA ahora exige que los asociados comerciales protejan su información médica de la misma manera que lo hacemos nosotros. Por lo tanto, esta práctica exige que los asociados comerciales, sus agentes, subcontratistas y representantes firmen un "Acuerdo de asociado comercial", que protege y asegura su información médica, según lo exigen las leyes estatales y federales.
- **Notificación:** Es posible que usemos o divulguemos información para notificar o ayudar a notificar a un familiar, representante personal u otra persona responsable de su atención, ubicación y estado general. (Según lo estipulado por la ley estatal y federal, y según lo establecido en la página de "consentimiento" en la sección del paciente en el formulario de registro).
- **Comunicación con la familia:** Nuestros profesionales de atención médica, según su propio criterio, pueden divulgar a un familiar, otro pariente, amigo personal

cercano o a cualquier otra persona que usted indique, la información médica que sea relevante en lo que respecta a la participación de dicha persona en su atención o al pago relacionado con su atención, según lo exige la ley estatal y federal.

- **Investigación:** Podemos divulgar información a investigadores, cuando una junta de revisión institucional que haya revisado la propuesta de investigación y haya establecido protocolos para garantizar la privacidad de su información médica haya aprobado su investigación. Esta información no incluirá datos identificatorios.
- **Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA):** Es posible que divulguemos ante la FDA información médica relacionada con eventos adversos en lo que respecta a información sobre alimentos, suplementos, productos y defectos en los productos o supervisión posterior a la comercialización, a fin de permitir el reemplazo, la reparación o la retirada del mercado de tales productos.
- **Compensación por accidentes de trabajo para los trabajadores:** Es posible que divulguemos información médica en la medida que se encuentre autorizado y sea necesario para el cumplimiento de las leyes relacionadas con la compensación por accidentes de trabajo para los trabajadores o con otros programas similares establecidos por la ley.

- **Salud pública:** Es posible que divulguemos su información médica o legal ante las autoridades de salud pública o legal que se encuentren a cargo de evitar o controlar enfermedades, lesiones o discapacidades, según lo exija la ley.
- **Institución penitenciaria:** Si usted es un recluso en una institución penitenciaria, es posible que divulguemos ante la institución o ante sus agentes, información médica necesaria para su salud, y la salud y seguridad de otras personas.
- **Cumplimiento de la ley:** Es posible que usemos o divulguemos su PHI, según lo exija la ley o una orden judicial emitida por un tribunal.
- **Abuso y violencia doméstica:** Según lo exija la ley estatal y federal, y a nuestro criterio profesional, es posible que divulguemos ante las autoridades estatales o federales correspondientes, información de atención médica relacionada con casos de abuso o violencia doméstica posibles o confirmados.
- **Autorización:** No usaremos ni divulgaremos su información médica sin su autorización o la autorización de su representante legal por escrito relativa a lo siguiente: notas de psicoterapia, estado de VIH/SIDA, registros sobre alcoholismo o drogadicción, información con fines comerciales, divulgaciones que constituyen la venta de su PHI u otros usos y divulgaciones no descritos en este aviso.