



**LASSEN**  
INDIAN HEALTH CENTER

## 2024 Lista de Control de la Actualización del Paciente

Gracias por confiarnos sus necesidades sanitarias y odontológicas. A continuación encontrará una lista de comprobación que le ayudará a actualizar su información personal para que podamos coordinar eficazmente el tratamiento y continuar con su atención. *Asegúrese de que toda la información esté mecanografiada o escrita con tinta azul o negra y de que las firmas se rellenen a mano, ya que no se aceptan firmas electrónicas.*

### Formularios a Rellenar

- Actualización del Paciente
- Consentimiento de Actualización del Paciente
- Consentimiento para la Coordinación de la Atención Médica
- Consentimiento para el Tratamiento de un Menor
- Recordatorio de la Política de la Oficina para los Pacientes



### 1. Información del Paciente

_____	_____	_____	_____
Apellido	Nombre	Segundo Nombre	Fecha de Nacimiento
_____		_____	_____
Dirección de <i>Domicilio</i>		Ciudad	Estado
_____		_____	_____
Dirección postal igual que la anterior <input type="checkbox"/>		_____	_____
Dirección de <i>Correo</i>		Ciudad	Estado
_____		_____	Código postal

### 2. Estatus de Empleo Tiempo Completo Parte de Tiempo Desempleado Retirado Estudiante

_____	_____	_____
Ocupación	Nombre del Empleador	Dirección del Empleador

### 3. Empleo del Cónyuge Tiempo Completo Parte de Tiempo Desempleado Retirado Estudiante

_____	_____	_____
Nombre del cónyuge (Si no está casado, marque la casilla: <input type="checkbox"/> )	Nombre del Empleador	Teléfono del Empleador

### 4. Información del Seguro Médico

#### a. Aseguración Primaria

_____	_____
Nombre del suscriptor	Número de Identificador
_____	_____
Número de Seguro Social	Fecha de nacimiento
_____	_____
Compañía de Seguro	Insurance Phone #
_____	_____
Nombre del Grupo	Número del Grupo
_____	_____
Empleador	Relación con suscriptor

#### b. Aseguración Secundaria

_____	_____
Nombre del suscriptor	Número de Identificador
_____	_____
Número de Seguro Social	Fecha de nacimiento
_____	_____
Compañía de Seguro	Insurance Phone #
_____	_____
Nombre del Grupo	Número del Grupo
_____	_____
Empleador	Relación con suscriptor

*\*Por favor de presentar su tarjeta de seguridad*

### 5. Información del Seguro Dental

#### a. Aseguración Primaria

_____	_____
Nombre del suscriptor	Número de Identificador
_____	_____
Número de Seguro Social	Fecha de nacimiento
_____	_____
Compañía de Seguro	Insurance Phone #
_____	_____
Nombre del Grupo	Número del Grupo
_____	_____
Empleador	Relación con suscriptor

#### b. Aseguración Secundaria

_____	_____
Nombre del suscriptor	Número de Identificador
_____	_____
Número de Seguro Social	Fecha de nacimiento
_____	_____
Compañía de Seguro	Insurance Phone #
_____	_____
Nombre del Grupo	Número del Grupo
_____	_____
Empleador	Relación con suscriptor

*\*Por favor de presentar su tarjeta de seguridad*

## 6. Contacto de Emergencia

Nombre \_\_\_\_\_ Apellido \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_ Relación al paciente \_\_\_\_\_  
Dirección de *Domicilio* \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

## 7. Detalles Adicionales

(A) ¿Cuántos miembros hay en su hogar? \_\_\_\_\_

(B) ¿Cuáles son los ingresos anuales de su hogar? \_\_\_\_\_

(C) ¿Es usted trabajador migrante?  No  Trabajador Agrícola Migrante  Trabajador Agrícola Estacional

(D) Si no tiene hogar, ¿dónde vive?  Albergue para personas sin hogar  Transición  Doblar la apuesta  Calle  Otro

(E) ¿Cómo se accede a Internet?  Sin acceso  Dispositivo móvil  Casa  Trabajo  Escuela/Biblioteca



## Consentimiento de Actualización del Paciente

Este acuerdo es celebrado por y entre el Centro de Salud Indígena de Lassen y el paciente para poder facturar a las fuentes disponibles por los servicios prestados y para permitir la divulgación de información de los registros del paciente a las compañías de seguros y/u otros que puedan estar involucrados en el cuidado del paciente en el futuro.

### 1. Información del Paciente

\_\_\_\_\_

Apellido

\_\_\_\_\_

Nombre

\_\_\_\_\_

Segundo Nombre

\_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento

### 2. Consentimiento del Paciente

- ✓ **La Autorización del Acuerdo:** El paciente o la parte responsable autoriza a los proveedores del Centro de Salud Indígena de Lassen a dar tratamiento de acuerdo con el plan de tratamiento creado para el paciente.
- ✓ **Autorización de pago:** El paciente autoriza al Centro de Salud Indígena de Lassen a recibir el pago directo por los servicios prestados de las fuentes de pago apropiadas. Los cargos no excederán lo que es razonable y habitual.
- ✓ **Divulgación de información:** El paciente autoriza al Centro de Salud Indígena de Lassen a divulgar información a la aseguradora o a otras agencias con el propósito de facturar, así como a otras personas que puedan proporcionar atención médica, dental o servicios sociales adicionales al paciente.

### 3. Reconocimiento y Acuerdo

Por favor, marque con una cruz las siguientes afirmaciones para indicar que está de acuerdo y firme a continuación.

- Autorizo a LIHC a divulgar mis datos para fines de facturación.
- A efectos del cobro de la facturación de terceros, cedo mis prestaciones a LIHC.
- Entiendo que puedo solicitar copias de la información anterior a Lassen Indian Health Center.

Autorizo la divulgación de cualquier información médica necesaria para procesar las facturas a mi compañía de seguros, y solicitar el pago de los beneficios a Lassen Indian Health Center. Reconozco que soy financieramente responsable del pago, esté o no cubierto por el seguro.

\_\_\_\_\_

Nombre del paciente (o tutor) (*en letra de imprenta*)

\_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_

Fecha



## Consentimiento para la Coordinación de la Asistencia

Enumere los familiares u otras personas que puedan participar en la coordinación de la atención o en el pago de la misma. Indique qué tipo de información puede compartirse.

### 1. Información del Paciente

\_\_\_\_\_ Apellido \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_ Segundo Nombre \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

### 2. Miembros de la Familia u otras Personas Involucradas en el Cuidado

*Indique el Tipo de Información que se va a Compartir*

Nombre	Relación con el Paciente	Médico	Dental	Programación y Citas	Facturación y Seguros
_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Instrucciones o limitaciones específicas: \_\_\_\_\_

### 3. Código de Validación

Por favor, proporcione un código de validación a cualquier persona que pueda estar involucrada en la coordinación de la atención o el pago. Se le pedirá este código antes de que la información pueda ser divulgada por teléfono.

Código de validación: \_\_\_\_\_

### 4. Reconocimiento y Acuerdo

Seguiremos utilizando la información de este formulario cuando nos comuniquemos con los miembros de la familia u otras personas involucradas en su cuidado, a menos que usted haga cambios. Notifique inmediatamente al personal de nuestra oficina si desea modificar cualquiera de las designaciones anteriores. Para revocar esta autorización, envíe una notificación por escrito a 795 Joaquin Street, Susanville CA 96130.

\_\_\_\_\_ Firma del paciente/padre/tutor

\_\_\_\_\_ Relación con el Paciente

\_\_\_\_\_ Fecha



## Consentimiento para el Tratamiento de Menores

El tratamiento de un menor requiere el esfuerzo conjunto del profesional sanitario y los padres o el tutor legal del niño. El papel del proveedor es asegurarse de que el padre o tutor conozca y esté de acuerdo con el plan de tratamiento.

### 1. Información del Paciente

\_\_\_\_\_  
Apellido

\_\_\_\_\_  
Nombre

\_\_\_\_\_  
Segundo Nombre

\_\_\_\_\_  
Fecha de Nacimiento

### 2. Autorización y Consentimiento para el Tratamiento de un Menor

El padre o tutor legal autoriza el consentimiento para que el Centro de Salud Indígena de Lassen organice o proporcione los siguientes servicios:

1. **Asistencia sanitaria**, incluidos los reconocimientos médicos, los estudios de laboratorio rutinarios, los procedimientos de rayos X y las pruebas cutáneas
2. **Atención odontológica**, incluidos los exámenes dentales, el uso preventivo de fluoruros y la atención de urgencia necesaria
3. **Servicios de salud mental y de trastornos por consumo de sustancias (S.U.D.)**, incluyendo la evaluación y el tratamiento necesarios
4. **Transporte del niño** hasta y desde otro Centro de Salud para estos servicios

Excepciones o instrucciones especiales: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### 3. Reconocimiento y Acuerdo

Por la presente doy mi consentimiento para todos los servicios mencionados. Esta autorización permanecerá en vigor durante un año a partir de la fecha firmada, a menos que sea revocada antes por escrito por los padres o el tutor legal y entregada a Lassen Indian Health Center. Esta autorización se otorga conforme a las disposiciones del artículo 25.8 del Código Civil de California. Para revocar esta autorización, por favor envíe una notificación por escrito a 795 Joaquin Street, Susanville CA 96130.

\_\_\_\_\_  
Nombre del paciente o del padre/representante legal (*en letra de molde*)

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

#### *Official Use Only:*

Scanned/Copied to Chart by: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Employee Name

\_\_\_\_\_  
Date



## RECORDATORIO DE LA POLÍTICA DE LA OFICINA PARA LOS PACIENTES

El personal profesional del Centro de Salud Indígena Lassen proporciona servicios médicos y dentales a toda la comunidad de Susanville. Los proveedores autorizados y su respectivo personal han desarrollado sistemas para tratar a todos los que necesitan ayuda.

Para tratar eficazmente a todas y cada una de las personas que necesitan ayuda, se han desarrollado políticas de oficina para agilizar el flujo de pacientes a través de las respectivas clínicas. Es imperativo que cada paciente llame para pedir cita. Si usted no puede hacer una cita, por favor notifique a la oficina tan pronto como usted es consciente. Si avisa con menos de una hora de antelación a la hora programada para la cita, se considerará una cancelación en el mismo día. Si no acude a su cita o llega 10 minutos después de la hora programada, se considerará que no se ha presentado y será necesario cambiar la cita.

Se registran las anulaciones y ausencias en el mismo día. Tras la tercera incomparecencia en un periodo de seis meses, se cancelarán todas las citas futuras y no se podrán programar más citas durante un año. El paciente sólo podrá ser atendido sin cita previa por necesidad médica. Si se produce un número excesivo de cancelaciones en el mismo día, el paciente también podrá ser atendido sin cita previa.

*He leído y comprendo la política arriba mencionada.*

\_\_\_\_\_  
Nombre del Paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha de Nacimiento

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente (*padre, madre o tutor si es menor de edad*)

\_\_\_\_\_  
Fecha