



**LASSEN**  
INDIAN HEALTH CENTER

## Lista de Comprobación del Paquete de Registro de Nuevos Pacientes

¡Bienvenido a nuestra clínica! A continuación encontrará una lista de comprobación para ayudarle a completar el paquete de registro y asegurarse de que tendrá todo lo que necesita para traer a su primera cita. El paquete de registro sólo se considerará completo cuando se proporcionen todas las verificaciones. *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.*

### Verificaciones Necesarias

- Tarjeta de identificación (ID)
- Tarjetas de seguro
- Prueba de inscripción en la tribu (si procede)

### Formularios a Rellenar

- Registro de pacientes
- Historial médico
- Cuestionario de detección de la tuberculosis
- Acuerdo y políticas financieras
- Consentimiento del paciente y límites de confidencialidad
- Consentimiento para la coordinación de la atención médica
- Formulario de divulgación de registros
- Consentimiento para el tratamiento de un menor

*\* No somos un proveedor de Compensación de Trabajadores y en caso de que su seguro resulte denegado, usted será responsable financieramente de su factura.*



# Registración del Paciente

Por favor, tome unos minutos para llenar completamente el formulario. Si usted tiene alguna pregunta estaremos encantados de ayudarle.

## 1. Información del Paciente

Apellido \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_ Segundo Nombre \_\_\_\_\_ Correo Electrónico \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Lugar de Nacimiento \_\_\_\_\_ Fecha de Traslado a Condado \_\_\_\_\_ Número de Seguro Social \_\_\_\_\_

**Sexo:**  Masculino  Femenino  Transexual **Estatus Matrimonial:**  Soltero  Casado  Divorciado  Viudo

**Origen étnico:**  Hispano  No Hispano o Latino

**Raza:**  Indio Americano o Nativo de Alaska  
 Nativo de Hawai o de Otras Islas del Pacífico  
 Negro o Afroamericano  
 Blanco/Caucásico  
 Asiático  
 Desconocido

**Idioma Hablado:** \_\_\_\_\_

¿Qué tan bien habla usted el inglés?

Muy bien  
 Bien  
 No muy bien  
 Nada bien

## 2. Información Sobre la Afiliación a la Tribu

Tribu de Pertenencia \_\_\_\_\_ Número de Registro \_\_\_\_\_ Certificado de Sangre India (CIB) \_\_\_\_\_ Estado Donde Está Inscrito \_\_\_\_\_

## 3. Condición de Veterano de EE.UU.

¿Es usted un veterano?  Sí  No

Fecha de Entrada en el Servicio \_\_\_\_\_ Fecha de Separación del Servicio \_\_\_\_\_ Servicio en Vietnam \_\_\_\_\_

## 4. Domicilio y Teléfono Marque esta caja si esta información es la misma para toda la familia:

Domicilio \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

La dirección es el mismo que esta  Dirección de Correo \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

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

Ocupación \_\_\_\_\_ Nombre del Empleador \_\_\_\_\_ Dirección del Empleador \_\_\_\_\_

## 6. Contacto de Emergencia ¿A quién debemos de llamar en caso de emergencia?

Nombre \_\_\_\_\_ Apellido \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_ Relación al paciente \_\_\_\_\_

## 7. Contacto Menor Si el paciente es menor de edad, indique la siguiente información familiar.

(Padre) Nombre, Apellido \_\_\_\_\_ Lugar de Nacimiento (Ciudad y Estado) \_\_\_\_\_

(Madre) Nombre, Apellido \_\_\_\_\_ Lugar de Nacimiento (Ciudad y Estado) \_\_\_\_\_ Apellido de Soltera de la Madre \_\_\_\_\_

## 8. Preferencia de Contacto

¿Cómo le gustaría que nos contactáramos con usted sobre sus citas?  Teléfono de Casa  Tel. de Trabajo  Celular  Email

¿Tienes acceso a Internet?  Sí  No ¿Qué tipo de acceso a Internet tiene?  Acceso a la Casa  Móvil

¿Le gustaría recibir comunicaciones vía correo electrónico? (por ejemplo recordatorios, noticias, boletines)  Sí  No

¿Cómo se enteró de nosotros? \_\_\_\_\_

## 9. Información del Garante

Completa esta sección si usted es el padre del paciente o es el responsable del pago de la factura.

Nombre (Garante) \_\_\_\_\_ Apellido (Garante) \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_ Idioma \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Seguridad Social \_\_\_\_\_ Dirección de Correo Electrónico \_\_\_\_\_

Ocupación \_\_\_\_\_ Nombre del Empleador \_\_\_\_\_ Dirección del Empleador \_\_\_\_\_

Relación con el Paciente:  Usted mismo  Cónyuge  Padre/Madre  Tutor legal/Conservador

## 10. 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

## 11. 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

## 12. Reconocimiento y Acuerdo

¿Su visita se debe a una lesión laboral o a un accidente de tráfico?  Sí  No

Autorizo la divulgación de cualquier información médica necesaria para procesar esta factura a mi compañía de seguros, y solicitar el pago de los beneficios a LIHC. Reconozco que soy financieramente responsable del pago, esté o no cubierto por el seguro.

Nombre del paciente (o guardián) *(en letra de imprenta)* \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

### Official Use Only:

Proof of Guardianship Received  Yes  No  
Scanned/Copied to Chart

Signature of Witness \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_



# Historia de la Salud

Nos complace darle la bienvenida a nuestra clínica. Por favor, tómese unos minutos para rellenar este formulario de la forma más completa posible. Si tiene alguna pregunta, estamos aquí para ayudarle.

## 1. Información del Paciente

Nombre \_\_\_\_\_ Apellido \_\_\_\_\_ Segundo Nombre \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Fecha de Hoy \_\_\_\_\_ Chart # \_\_\_\_\_

2. El problema médico u odontológico de hoy: \_\_\_\_\_

## 3. Información del Médico

Nombre del Médico \_\_\_\_\_ Número de teléfono \_\_\_\_\_ Dirección \_\_\_\_\_

4. Condiciones Pasadas o Presentes Por favor, indique cualquier condición que se le hayan diagnosticado actualmente o que haya tenido en el pasado. Los antecedentes familiares incluyen las afecciones de su madre, padre, abuelos, tíos y/o tías.

Yo, Familia, Ninguno

- Sida/VIH Positive
- Consumo de Alcohol
- Enfermedad de Alzheimer
- Anafilaxia
- Anemia
- Angina
- Ansiedad
- Articulación Artificial
- Asma
- Artritis/Gota
- Válvula Cardíaca Artificial
- Coágulos de Sangre
- Enfermedad de la Sangre
- Transfusión de Sangre
- Problema Respiratorio
- Salen moretones con facilidad
- Cáncer
- Quimioterapia
- Dolores en el Pecho
- Herpes Labial
- Trastorno Cardíaco Congénito
- Convulsiones
- Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica
- Medicamentos con Cortisone
- Depresión
- Diabetes
- Violencia Doméstica
- Dependencia a las Drogas
- Pierde el aliento facilmente
- Enfisema
- Epilepsia o Ataques

Yo, Familia, Ninguno

- Sangrado Excesivo
- Sed Excesiva
- Problemas de Ojos
- Desmayos/Mareos
- Fractura
- Tos Frecuente
- Diarrea Frecuente
- Dolores de Cabeza Frecuentes
- ITU Frecuente (infección de la vejiga)
- Herpes Genital
- Glaucoma
- Fiebre del Heno
- Ataque Cardíaco/Fracaso
- Soplo Cardíaco
- Marcapasos Cardíaco
- Problemas del Corazón
- Hemofilia
- Hepatitis A
- Hepatitis B o C
- Herpes
- Presión Arterial Alta
- Colesterol Alto
- Urticaria o Sarpullido
- Hipoglucemia
- Enfermedad intestinal/estomacal
- Ritmo Cardíaco irregular
- Enfermedad Renal
- Problemas de Riñón
- Leucemia
- Enfermedades del Hígado
- Enfermedad Pulmonar

Yo, Familia, Ninguno

- Prolapso de la Válvula Mitral
- Presión Arterial Baja
- Dolor en la Mandíbula
- Enfermedad Paratiroidea
- Esclerosis Multiple
- Osteoporosis
- Problemas de Próstata
- Atención Psiquiátrica
- Problemas Psicológicos
- Tratamientos de Radiación
- Pérdida de Peso Reciente
- Diálisis Renal
- Fiebre Reumática
- Reumatismo
- Fiebre Escarlata
- Culebrilla
- Anemia Drepanocítica
- Problemas de Sinusitis
- Espina Bífida
- Accidente Cerebrovascular
- Hinchazón de los Extremidades
- Enfermedad Tiroidea
- Amigdalitis
- Tuberculosis
- Tuberculosis, prueba positive
- Tumores o Crecimientos
- Úlceras
- Enfermedades Venéreas
- Ictericia Amarilla
- Otro: \_\_\_\_\_

## 5. Otras Condiciones o Necesidades Especiales

Si tiene una afección distinta de las enumeradas anteriormente, descríbalas a continuación junto con cualquier información que nos ayude a comprender mejor su alcance y su historia. \_\_\_\_\_

**6. Fármacos y Medicamentos** ¿Está tomando algún medicamento con o sin receta? Si tiene más medicamentos o no recuerda sus nombres, traiga todos los frascos de sus recetas o una lista actualizada de sus medicamentos.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**7. Alergias** ¿Es usted alérgico o ha tenido alguna reacción a lo siguiente? Por favor, marque los que correspondan:

<b>Sí</b>	<b>No</b>	<b>Sí</b>	<b>No</b>	Enumere otras sustancias que causan alergia:
<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"/>	_____

**8. Preguntas para las Mujeres**

¿Está embarazada o cree que puede estarlo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Última menstruación	_____
¿Está tomando un anticonceptivo oral?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Última mamografía	_____
¿Está amamantando?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Último papanicolaou	_____

**9. Historial Médico Familiar** ¿Existe en su familia alguna de las siguientes enfermedades?

Ninguno  Diabetes  Hipertensión  Ataque cardíaco  Accidente cerebrovascular  Cáncer  Otros: \_\_\_\_\_

**10. Historia Social**

¿Ha utilizado alguna vez Phen-Fen o Redux?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
¿Ha tenido un historial de uso de drogas recreativas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	En caso afirmativo, indique qué tipo: _____
¿Fuma o mastica tabaco?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si es así, ¿cuánto por día? _____
¿Toma usted bebidas alcohólicas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si es así, ¿cuántas bebidas al día? _____
¿Tiene antecedentes de violencia doméstica?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Por favor, explique _____

**11. Premedicación** En el pasado, ¿ha tenido que tomar un antibiótico antes del tratamiento dental?  **Sí**  **No**  **No sé**

**12. Cirugías y Hospitalización** ¿Ha sido hospitalizado por alguna operación quirúrgica o enfermedad grave en los últimos 5 años? Por favor, enumere todas las cirugías y el año en que se realizaron. \_\_\_\_\_

**13. Condiciones Dentales Actuales, Tratamientos y Aparatos**

<input type="checkbox"/> Sus encías sangran al usar el hilo dental o al cepillarse	<input type="checkbox"/> Chasquido de la mandíbula
<input type="checkbox"/> Sensibilidad dental a los alimentos/líquidos calientes o fríos	<input type="checkbox"/> Dificultad para masticar
<input type="checkbox"/> Sensibilidad de los dientes a los alimentos dulces o ácidos	<input type="checkbox"/> Dolores de cabeza frecuentes
<input type="checkbox"/> Presencia de llagas o bultos en la boca o cerca de ella	<input type="checkbox"/> Apretar los dientes
<input type="checkbox"/> Dolor en un lugar específico	<input type="checkbox"/> Rechinar los dientes
<input type="checkbox"/> Historia de lesiones en la cabeza, el cuello o la mandíbula	<input type="checkbox"/> Sangrado prolongado
<input type="checkbox"/> Dolor en la mandíbula (articulación, oído, lado de la cara)	<input type="checkbox"/> Tratamiento de ortodoncia
<input type="checkbox"/> Dificultad para abrir o cerrar la boca	<input type="checkbox"/> Uso de una prótesis dental completa o parcial
<input type="checkbox"/> Morder los labios y las mejillas con frecuencia	<input type="checkbox"/> ¿Ronca mientras duerme?

**14. Reconocimiento y Acuerdo**

Certifico que he leído y comprendido la información anterior a mi leal saber y entender. Entiendo que proporcionar información incorrecta puede ser peligroso para mi salud. Si alguna vez tengo algún cambio en mi información personal, estado de salud o mi medicación, informaré al proveedor en la siguiente cita sin falta. El cliente, el paciente, y/o el pariente o el guardián responsable abajo firmante da el permiso para LIHC para administrar el tratamiento médico, el consejo como necesario ahora o en cualquier punto durante el período en que el cliente/paciente está en nuestro cuidado.

Nombre del Paciente (o Guardián) *(en letra de molde)* \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_



## Screening de Tuberculosis (TB)

Este cuestionario ayudará a identificar mejor la posible exposición a la tuberculosis o los síntomas que podrían indicar una infección de tuberculosis. Por favor, marque todo lo que corresponda.

### 1. Información para el Paciente

\_\_\_\_\_

Apellido

\_\_\_\_\_

Nombre

\_\_\_\_\_

Segundo Nombre

\_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento

### 2. Pruebas y Medicación

- ¿Ha tenido alguna vez una prueba cutánea de tuberculosis positiva?
- ¿Ha tenido alguna vez una reacción grave a la prueba cutánea de la tuberculosis?
- ¿Ha tomado alguna vez la medicación para la tuberculosis?

### 4. Ubicación Geográfica

- ¿Nació usted fuera de los Estados Unidos?  
Si es así, ¿dónde nació y cuándo llegó?

\_\_\_\_\_

País de Nacimiento

\_\_\_\_\_

Fecha de Llegada a los EE.UU.

### 3. Contacto y Exposición Potencial

*En los últimos 12 meses, ¿ha:*

- Trabajó con pacientes con tuberculosis
- Ha vivido o ha tenido contacto estrecho con alguien que tenía tuberculosis active
- Ha sido voluntario o ha vivido en un hogar de grupo, una cárcel, un refugio para personas sin hogar u otra institución de grupo
- Un profesional de la salud le ha dicho que tiene tuberculosis
- Un profesional de la salud le ha dicho que su sistema inmunitario no funciona bien o que no puede combatir las infecciones

### 5. Signos y Síntomas

*En los últimos 12 meses, ¿ha tenido:*

- Una tos persistente durante más de 3 semanas
- Sangre tosca
- Fatiga excesiva e inexplicable
- Fiebre recurrente inexplicable durante más de 3 semanas
- Pérdida de peso inexplicable
- Ronquera por más de 3 semanas
- Neumonía



## Acuerdo y Políticas Financieras

La atención de calidad para nuestros pacientes es nuestra prioridad. Por favor, tómese unos minutos para revisar nuestro acuerdo financiero y las políticas y firmar en la parte inferior del formulario.

### 1. Información del Paciente

Apellido \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_

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

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

### 2. Contrato con el Cliente para Cumplir los Requisitos del Seguro Federal

Entiendo que es obligatorio buscar Medi-Cal, Medicare, el Condado o cualquier otro seguro para pagar las facturas médicas, dentales o de salud mental. La Ley Federal requiere que yo busque el seguro antes de que el Servicio de Salud Indígena (IHS) pague. Debo buscar el seguro dentro del mismo mes en que uso el Centro de Salud Indígena de Lassen o se me negarán los servicios que no sean agudos o de emergencia. Obtendré una cita para buscar el seguro antes de la siguiente fecha: \_\_\_\_\_.

Por favor, marque cualquiera de las siguientes opciones que se apliquen:

- Necesito ayuda para rellenar los formularios
- No dispongo de un medio de transporte adecuado para buscar un Seguro
- Solicito más explicaciones

### 3. Política de Citas y Ausencias

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.

### 4. Reconocimiento y Acuerdo

He leído y entendido los requisitos del seguro federal y la política de citas y de no presentación como se describe arriba. Entiendo que si no hago seguimiento a la búsqueda del seguro, se me pueden negar los servicios en el Centro de Salud Indígena de Lassen. Traeré la información de Medi-Cal y/u otro seguro a todas las citas.

Nombre del paciente (o tutor) *(en letra de molde)* \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_



## Consentimiento del Paciente y Límites de la Confidencialidad

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 para Pagar:** 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 acostumbrado.
- ✓ **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 fin de facturar, así como a otras personas que puedan proporcionar atención médica, dental o servicios sociales adicionales al paciente.
- ✓ **Derechos del Cliente:** Los derechos del paciente han sido leídos/explicados a satisfacción del paciente por el personal del Lassen Indian Health Center.
- ✓ **Autorización para el Tratamiento de un Menor:** Se entiende que esta autorización se da antes de que se requiera cualquier diagnóstico, tratamiento o atención hospitalaria específica, pero se da para proporcionar autoridad y poder por parte de nuestro(s) agente(s) antes mencionado(s) para dar el consentimiento específico a todos y cada uno de los médicos, dentistas o profesionales de la salud mental en el ejercicio de su mejor juicio que pueda parecer aconsejable.
- ✓ **Certificación:** El paciente, pariente responsable, tutor o agente, certifica que ha leído los términos del acuerdo, que está dispuesto a cumplir con el acuerdo y que todas sus preguntas han sido respondidas satisfactoriamente con respecto al tratamiento en el Centro de Salud Indígena Lassen.

### 3. Límites de la Confidencialidad

La información que se discute durante las visitas de salud en el Centro de Salud Indígena de Lassen se mantiene confidencial y no se comparte con nadie sin permiso escrito, excepto bajo las siguientes condiciones:

1. *Si el paciente amenaza con suicidarse*
2. *Si el paciente amenaza con dañar a otra persona, incluyendo el asesinato, la agresión u otros daños físicos*
3. *Si el paciente denuncia la sospecha de maltrato infantil, incluyendo pero no limitándose a golpes físicos o abusos sexuales*
4. *Si el paciente informa de abusos a ancianos*
5. *Si el paciente denuncia la explotación sexual por parte de otro profesional sanitario o de salud mental*

Las leyes estatales y federales exigen que los profesionales de la salud mental y de la atención sanitaria tengan que informar de estas situaciones a las autoridades y/o agencias apropiadas (véase 42 U.S.C. 290ee-3, para las leyes federales y CCR parte 2 para los reglamentos federales). La comunicación entre usted y su profesional de la salud mental o de la atención médica será, por lo demás, confidencial según las leyes estatales y federales.

### 4. Reconocimiento y Acuerdo

Por favor, marque con una cruz las siguientes afirmaciones para indicar que está de acuerdo y firme a continuación. I give permission to LIHC to release my information for billing purposes.

- A efectos del cobro de la facturación de terceros, cedo mis prestaciones a LIHC.
- Se me ha proporcionado el **Aviso de Prácticas de Privacidad, los Derechos y Responsabilidades del Paciente, el Acuerdo y las Políticas Financieras** y la **Hoja Informativa de Materiales Dentales** para que los lea.
- 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 molde*) Firma

Fecha







## Cesión de Historiales Médicos

Al llenar este formulario, el Centro de Salud Indígena de Lassen tendrá permiso para usar o divulgar su información médica protegida a la persona, organización o institución que usted elija. Por favor complete todas las secciones a continuación.

### 1. Información del Paciente

Apellido \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_

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

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

**2. ¿Quién hace la petición?** Nota: Los expedientes de los pacientes sólo se entregan al paciente (a sí mismo) y, en algunos casos de niños menores, a los padres o tutores legales. Se requerirá un PODER DE APODERAMIENTO debidamente cumplimentado para la divulgación de información de cualquier otro paciente.

Nombre de la Persona que Solicita la Entrega de Registros \_\_\_\_\_

Relación con el Paciente \_\_\_\_\_

### 3. Registros procedentes de:

Lassen Indian Health Center  Otro centro sanitario

Nombre del Médico/Centro de Salud \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_

Fax \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

### 4. Registros destinados a:

Lassen Indian Health Center  Otro centro sanitario

Nombre del Médico/Centro de Salud \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_

Fax \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

### 5. Información específica que se dará a conocer:

Consiento y autorizo la divulgación de información sobre (marque todo lo que corresponda):

- Historial Médico  
 Registros Dentales  
 Otros \_\_\_\_\_

La información divulgada puede incluir lo siguiente (marque todo lo que proceda):

- Notas de la historia clínica  Historial médico  Examen físico  
 Resultados del laboratorio  Radiografías  Otros \_\_\_\_\_  
 Historial de medicación

Fechas de servicio/registros solicitados: \_\_\_\_\_

### 6. Información facultativa que debe divulgarse:

Los reglamentos federales impiden la divulgación de las siguientes tres (3) áreas de información a menos que se dé un consentimiento específico por escrito para su divulgación. Las siguientes tres (3) áreas de información no se divulgarán a menos que estén debidamente rubricadas. Nota para los clientes que rellenan esta parte del formulario: al poner sus iniciales en una (1) de las siguientes áreas, usted está dando su consentimiento específico para la divulgación de información relacionada con esa área.

**CADA LÍNEA DE CONSENTIMIENTO DEBE SER RUBRICADA PARA SER CONSIDERADA VÁLIDA.**

\_\_\_\_\_ Registros de salud mental (incluye información relacionada con la salud mental, el desarrollo o las condiciones psiquiátricas)

\_\_\_\_\_ Registros de drogas y alcohol (incluye información relacionada con el alcoholismo, la drogadicción u otros trastornos por abuso de sustancias)

\_\_\_\_\_ El estado o el tratamiento del VIH (Virus de Inmunodeficiencia Humana), del SIDA (Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida) y/o del Complejo Relacionado con el Sida.

### 7. Reconocimiento y Acuerdo

Esta autorización será válida durante un año a partir de la fecha de su firma. Entiendo que puedo revocar este consentimiento en cualquier momento, excepto en la medida en que ya se hayan tomado medidas.

Nombre del paciente (o tutor) (*en letra de molde*) Firma \_\_\_\_\_

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