

Nos complace darle la bienvenida como paciente nuevo de Western Sierra Medical Clinic.

Necesitamos su ayuda y cooperación para llenar cuatro formularios por completo con el fin de inscribirlo:

1. Registro del Paciente
2. Cuestionario de Salud
3. Consentimiento de Tratamiento
4. Divulgación de Expedientes Médicos

Además, necesitamos que confirme que recibió y revisó el Paquete de Bienvenida para Nuevos Pacientes de Western Sierra. El paquete explica sus derechos y responsabilidades como paciente y contiene políticas y divulgaciones, como lo exige la ley.

Deseamos apoyarlo con su salud y bienestar.

Atentamente,

El Personal de Western Sierra Medical Clinic

INFORMACIÓN DEL PACIENTE											
o Sr. o Sra. o Srita.		Apellido		Nombre		Segundo Nombre					
Dirección de Casa (Número y Calle)				Dirección Postal (si es diferente)							
Ciudad		Estado		Código Postal		Paciente Empleado de					
Teléfono de Casa ()		Teléfono del Trabajo ()		N.º de Ext. ()		Fecha de Nacimiento		Número de Seguro Social del Paciente -- --			
Raza (marque una opción): <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> De Asia-Pacífico <input type="checkbox"/> Indígena de Hawái <input type="checkbox"/> Indígena Estadounidense <input type="checkbox"/> Afroestadounidense (no de origen Hispano) <input type="checkbox"/> Caucásico (no de origen Hispano) <input type="checkbox"/> Hispano (de origen Español o Latinoamericano) <input type="checkbox"/> Otro											
¿Cuál es su origen étnico? <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> No Hispano		Tamaño de su Familia (por hogar)		Ingreso anual del hogar		Idioma Principal					
Orientación Sexual: <input type="checkbox"/> Lesbiana u Homosexual <input type="checkbox"/> Heterosexual (no lesbiana ni homosexual) <input type="checkbox"/> Bisexual <input type="checkbox"/> Algo más <input type="checkbox"/> No sabe <input type="checkbox"/> Elige no declararlo				Identidad de Género: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Hombre a Mujer Transgénero <input type="checkbox"/> Mujer a Hombre Transgénero <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Elige no declararlo							
¿Es Ciudadano Estadounidense? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		¿Es Veterano? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		¿Es Trabajador Temporal Agrícola y Migratorio? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		¿Es Indigente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
¿Es Ciudadano Naturalizado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		En Caso de Emergencia, Notifíquese a		Relación con el Paciente		Teléfono del Trabajo N.º de Ext. () ()		Teléfono de Casa ()			
¿Hay alguna otra persona autorizada para traer a su hijo a una consulta? [Nombre y Relación con el Paciente]											
¿Esta persona cuenta con autoridad legal para dar el consentimiento para un tratamiento y para recibir información médica protegida sobre su hijo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No											
AVAL, PERSONA RESPONSABLE DEL PAGO											
o Sr. o Sra. o Srita.		Apellido		Nombre		Segundo Nombre		Relación con el Paciente		Teléfono de Casa ()	
Dirección de Facturación (si es diferente a la del paciente)				Ciudad		Estado		Código postal			
Empleado de				Puesto o Departamento del Empleo				Teléfono del Trabajo N.º de Ext. () ()			
Dirección del Empleador (Calle y Número)				N.º de Seguro Social del Aval				Fecha de Nacimiento del Aval			
Ciudad		Estado		Código Postal							
INFORMACIÓN DEL SEGURO PRIMARIO											
Compañía de Seguros Primaria				Número de Grupo				Identificación del Suscriptor			
Nombre del Suscriptor				Fecha de Nacimiento del Suscriptor				Nombre y Número del Plan			
INFORMACIÓN DEL SEGURO SECUNDARIO											
Compañía de Seguros Secundaria				Número de Grupo				Identificación del Suscriptor			

NOMBRE DEL NIÑO: _____ **FECHA DE NACIMIENTO:** _____

NOMBRE DEL PADRE O TUTOR: _____ **FECHA:** _____

¿Cuál centro de salud prefiere? Grass Valley Penn Valley Auburn Kings Beach Downieville

La información que se le solicita a continuación nos ayudará a brindarle a su hijo una mejor atención. Tómese el tiempo para responder todas las preguntas que correspondan. Revisaremos la información con usted para completar los detalles. ¡Gracias!

- | | | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| 1. ¿Actualmente tiene alguna inquietud en especial sobre la salud de su hijo? | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 2. ¿Su hijo toma algún medicamento en este momento? | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 3. El peso de su hijo al nacer: _____ ¿Él/ella nació a término? | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 4. ¿Hubo complicaciones durante el embarazo de este hijo?
(p.ej.: infecciones, uso de drogas, medicamentos) | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 5. ¿El parto o trabajo de parto tuvo complicaciones?
(p.ej.: parto por cesárea, posición de nalgas, el bebé necesitó oxígeno) | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 6. ¿Su hijo tuvo problemas cuando estaba recién nacido?
(p.ej.: ictericia, problemas respiratorios, infección) | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 7. ¿Alguna vez han hospitalizado a su hijo? | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 8. ¿Su hijo ha tenido alguna cirugía? | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 9. ¿Su hijo ha sufrido alguna lesión grave? | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 10. ¿Su hijo ha tenido otros problemas médicos? | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 11. ¿Su hijo es alérgico a algo (p.ej.: a medicamentos)? | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 12. ¿Las vacunas de su hijo están al corriente? | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 13. ¿Ha tenido alguna reacción inusual a las vacunas? | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 14. ¿Alguna vez ha considerado que el crecimiento o desarrollo de su hijo es más rápido o más lento que el de otros niños de su misma edad? | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |

¿Hay antecedentes en la familia (incluida la familia de la madre y del padre) de las siguientes condiciones?

- | | | |
|-----------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| 1. Problemas de alergias o asma | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 2. Sordera | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 3. Diabetes que requiere insulina | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |

- | | | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| 4. Fibrosis Quística | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 5. Muerte infantil | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 6. Retraso mental | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 7. Derrames cerebrales o ataques cardíacos
(Antes de los 50 años para hombres o 60 años para mujeres) | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 8. Niveles altos de colesterol en la sangre | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 9. Presión arterial alta | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 10. Otros problemas médicos en la familia | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |

La madre y el padre están: Casados Separados Divorciados Se volvieron a casar

Ocupación de la madre:

Ocupación del padre:

¿Quién vive en la casa de su hijo?

¿Le preocupa el comportamiento de su hijo en este momento? Sí No

Marque cualquiera de los siguientes síntomas que se hayan presentado durante el último año:

- | | |
|-----------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Pérdida de peso o cambio en el apetito | <input type="checkbox"/> Fiebre constante sin explicación |
| <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza graves | <input type="checkbox"/> Estreñimiento frecuente |
| <input type="checkbox"/> Tos crónica o problemas respiratorios | <input type="checkbox"/> Problemas auditivos, de la vista o del habla |
| <input type="checkbox"/> Debilidad muscular | <input type="checkbox"/> Dolor de articulaciones, hinchazón o cojera |
| <input type="checkbox"/> Dolor abdominal recurrente | <input type="checkbox"/> Salpullidos inusuales en la piel |
| <input type="checkbox"/> Orina en exceso o dolor al orinar | |

¿Tiene alguna otra queja o inquietud?

Nutrición (deje en blanco):

Western Sierra Medical Clinic no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, sexo, edad o discapacidad, origen étnico, religión, cultura, idioma, sexo, discapacidad física o mental, estado socioeconómico, orientación sexual o identidad o expresiones de género.



Nombre del Paciente

Fecha de Nacimiento

Por medio del presente documento, el que firma, como el paciente mencionado o como padre, tutor o representante legal del paciente mencionado, autoriza el tratamiento médico para el paciente de parte de Western Sierra Medical Clinic (WSMC), sus proveedores médicos y personal clínico. El tratamiento puede incluir cualquier revisión, prueba o procedimiento médico necesarios que un proveedor médico de WSMC considere pertinente, a su juicio, que el personal clínico de WSMC realice para el paciente mencionado. Entiendo y reconozco que esta autorización se da con antelación a cualquier diagnóstico específico, tratamiento o procedimiento que se requiera para dar consentimiento específico a cualquiera y todos los diagnósticos, tratamientos o procedimientos que el proveedor de salud de WSMC, a su juicio, pueda considerar conveniente para el paciente mencionado.

Entiendo que el paciente mencionado puede hacer preguntas y que se le contesten, y también puede rechazar el tratamiento en cualquier momento.

Si el paciente mencionado solicita una prueba de abuso de sustancias, autoriza a WSMC a que obtenga una muestra en conformidad con el protocolo médico adecuado para determinar la presencia de drogas y alcohol.

Entiendo que algunos exámenes médicos (como los de aptitud para el trabajo, la escuela o el deporte) y otros servicios no están previstos para el diagnóstico de padecimientos médicos ni para reemplazar la atención médica del médico personal del paciente mencionado.

Esta autorización permanecerá vigente por un año a partir de la fecha de la firma, a menos que sea revocada por escrito.

**Firma del Paciente, Padre, Tutor o
Firma del Aval o Representante Legal**

Nombre Completo en Letra de Molde

Fecha

Esta página se dejó en blanco intencionalmente.

Según lo exige la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de los Seguros de Salud (Health Information Portability and Accountability Act, HIPAA) de 1996 y la ley de California, su proveedor de salud no puede usar ni divulgar su información médica individualmente identificable —y, en el caso de Western Sierra Medical Clinic, salvo lo dispuesto en su Aviso de Prácticas de Privacidad— sin su autorización. Al llenar este formulario, usted da su consentimiento para el uso y la divulgación que se describen a continuación.

Revise y llene este formulario cuidadosamente. Puede ser inválido si no se llena de manera precisa y correcta. Le sugerimos que pida a la persona o entidad que quiera que reciba su información que llene las secciones con los detalles de la información que se divulgará, así como los fines de la divulgación.

TOME EN CUENTA: Es posible que sea necesario llenar autorizaciones independientes como usted lo indique en la autorización siguiente para divulgar ciertas partes de la información de salud para diversos fines. No es necesario que use este formulario para todos los propósitos. Llene las autorizaciones independientes como corresponda.

DATOS DEL PACIENTE

Nombre Completo del Paciente (en Letra de Molde): _____

Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____

Otros Nombres que usa el Paciente: _____

Dirección: _____ Teléfono de Casa: _____

Ciudad, Estado, Código Postal: _____ Teléfono del Trabajo: _____

Al firmar a continuación, usted reconoce que leyó y entendió lo anterior.

Nombre del Paciente _____ Fecha de Nacimiento del Paciente ____ / ____ / ____.

_____/_____/_____.
 Firma del Paciente o Tutor Nombre Completo en Letra de Molde Fecha

AUTORIZACIÓN; INFORMACIÓN MÉDICA QUE DIVULGARÁ EL PROVEEDOR DE ATENCIÓN ANTERIOR:

Recibiré atención de Western Sierra Medical Clinic y solicito que libere y divulgue los registros correspondientes a mi atención médica con usted, aparte de los registros de tratamiento relacionados con psicoterapia, salud mental, alcohol o consumo de drogas, así como los resultados de pruebas de VIH que no deban divulgarse a menos que se pida específicamente en una solicitud por separado:

Parte que Libera o Divulga

Nombre del Centro o Médico: _____

Identificación del Paciente: _____ N.º de Expedientes Médicos: _____ N.º de Cuenta: _____

Dirección: _____ Teléfono de Trabajo: _____

Ciudad, Estado, Código Postal: _____ Fax: _____

Parte que Recibe:

Western Sierra Medical Clinic
 844 Old Tunnel Road
 Grass Valley, CA 95945
 Teléfono: 530-274-9762
 Fax: 530-273-7255

Western Sierra Medical Clinic no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, sexo, edad o discapacidad, origen étnico, religión, cultura, idioma, sexo, discapacidad física o mental, estado socioeconómico, orientación sexual o identidad o expresiones de género.

Esta autorización es vigente por un (1) año desde la fecha de su firma, a menos que aquí se especifique una fecha diferente: _____

Esta autorización puede revocarse mediante una solicitud por escrito, pero ninguna revocación se aplicará a la información que se haya divulgado antes de recibir dicha solicitud.

Una copia de esta autorización tiene la misma validez que la original. Tengo derecho a recibir una copia de esta autorización.

AVISO: Una vez que se divulgue la información de salud solicitada, es posible que cualquier divulgación de la información que haga el receptor no esté protegida según la Norma de Privacidad federal de la HIPAA. Según la ley de California, quienes reciban información de atención médica tienen prohibido volver a divulgarla, con excepción de lo que la ley exija o permita de manera específica.

Firma del Paciente: _____ Fecha: ____ / ____ / ____

Si no lo firma el paciente, indique la relación con él (marque una opción, si corresponde):

- Padre o tutor de paciente menor que no pueda autorizar atención médica
- Tutor o representante legal de un paciente incompetente
- Beneficiario o representante personal de un paciente fallecido
- Cónyuge o persona responsable financieramente (cuando la información sea solo para el fin de procesar la solicitud de cobertura de atención médica de un dependiente)

Firma: _____ Fecha: ____ / ____ / ____

Nombre en Letra de Molde: _____ Relación con el Paciente: _____

Nombre del Paciente en Letra Molde: _____ **Fecha de Nacimiento:** ____/____/____

La mayoría de estos consentimientos, políticas y divulgaciones mencionan un número de página en el "Paquete de Bienvenida para Nuevos Pacientes"

Aviso de Prácticas de Privacidad

_____ (Iniciales del Paciente) El Aviso de Prácticas de Privacidad de la Western Sierra Medical Clinic (WSMC) está publicado en el vestíbulo de cada instalación de la WSMC y en el sitio web de la WSMC. Se le puede proporcionar una copia si la solicita. Leí y entiendo el Aviso de Prácticas de Privacidad de la WSMC.

Política de Inasistencias

_____ (Iniciales del Paciente) Recibí, leí y entiendo las políticas de la WSMC sobre las "Inasistencias". **(Página 3)**

Derechos y Responsabilidades del Paciente

_____ (Iniciales del Paciente) Recibí, leí y entiendo los Derechos y Responsabilidades del Paciente. **(Páginas 4 y 4a)**

Aviso y Acuse de Recibo del Protocolo de Recetas

_____ (Iniciales del Paciente) Recibí, leí y entiendo la política de la WSMC sobre sustancias controladas **(Página 5)**

Consentimiento para la Facturación, Liberación y Cesiones

_____ (Iniciales del Paciente) Todos los copagos, depósitos y cargos proporcionales se vencen y son pagaderos en el momento del registro. Autorizo que todos los pagos del seguro se realicen directamente a la WSMC. Esta autorización y cesión es un consentimiento único y permanente. Me reservo el derecho de revocar esto en cualquier momento mediante un aviso por escrito. **(Páginas 6 y 6a)**

_____ (Iniciales del Paciente) Autorizo la divulgación de la información de los formularios de reclamaciones aprobados a una compañía de seguros o una agencia autorizada, así como la divulgación de la información médica necesaria para determinar los beneficios o los beneficios por pagar por los servicios relacionados. También permito que se use una copia de esta autorización en lugar del original.

Consentimiento para una Prueba en Caso de una Exposición Accidental del Proveedor de Salud a Patógenos que Potencialmente se Transmiten por la Sangre:

_____ (Iniciales del Paciente) Doy mi consentimiento para la realización de una prueba sanguínea si mi proveedor de salud se corta accidentalmente o se pincha con una aguja durante el transcurso de mi tratamiento.

Verificación de que recibí el "Paquete de Bienvenida para Nuevos Pacientes"

_____ (Iniciales del Paciente) Recibí, entiendo y acepto toda la información del Paquete de Bienvenida para Nuevos Pacientes.

Avisos, políticas y procedimientos sujetos a cambio

_____ (Iniciales del Paciente) Los avisos, las políticas y los procedimientos anteriores están sujetos a cambio.

¿Se pueden dejar mensajes confidenciales en su correo de voz? _____ Sí _____ No

Firma del Paciente, Padre o Tutor Legal: _____ **Fecha** ____/____/____

Firma del Personal de la WSMC: _____

Paquete de Bienvenida para Pacientes Pediátrico Nuevos

wsmcmed.org

¡Bienvenido a Western Sierra Medical Clinic!

Western Sierra Medical Clinic, Inc. (WSMC) ha ofrecido servicios de atención médica en nuestra comunidad desde 1979. Desde los centros de salud en Downieville y Grass Valley, añadimos un centro en Penn Valley y nos expandimos al Condado de Placer con centros en Auburn y Kings Beach-Tahoe. Aunque hemos crecido, nuestra misión de proporcionar atención médica de alta calidad, sin importar la capacidad de un paciente para pagarla, se ha mantenido constante. Contamos con un equipo de proveedores médicos, dentales y de salud mental de primer nivel que son parte de la comunidad y están comprometidos con la salud y el bienestar de cada paciente.

Información Importante del Paciente

El contenido de este paquete describe las políticas, las condiciones y los requisitos para los pacientes de WSMC. Es importante que todos los pacientes lean y confirmen su aceptación de las políticas, las divulgaciones y los consentimientos específicos que se mencionan en el formulario de Confirmación de Pacientes Nuevos. Estos son requisitos de WSMC y de las leyes y regulaciones que rigen las operaciones del centro de salud.



Junta Directiva

Presidente
Larry Allen

Vicepresidente
Scott Browne

Tesorero
Richard Kuhwarth

Secretario
Derek Williams

Anita Daniels

Doug McDonald

Katherine Medeiros

Rob Oldham, MD

Brandon Pangman

Dr. Jon Peek

Lupe Peterson

Don Russell

Dirección Ejecutiva

Director General
Scott McFarland

¡Bienvenido a Western Sierra Medical Clinic!

Quiero darle la bienvenida personalmente a nuestro centro de salud en crecimiento. Estoy orgullosa de compartir con usted la calidad de la medicina que nuestros proveedores han ofrecido a nuestros pacientes durante muchos años.

Nuestro centro de salud ha ofrecido atención médica integral durante más de 40 años a pacientes de varias edades, condiciones y seguros. Estamos emocionados de extenderle nuestro compromiso con la atención médica de excelencia a usted.

He trabajado durante muchos años como médico para Western Sierra, ofreciendo atención para nuestros pacientes. Como Directora Médica, estoy dedicada a continuar una tradición de una mejor salud para una población creciente, ¡que ahora lo incluye a usted!

Nuestro personal médico atento y bien capacitado está dedicado a mantenerlo lo más saludable posible, esto incluye la atención de bienestar y el manejo de enfermedades crónicas, así como los problemas médicos que surjan inesperadamente y requieran de Atención de Urgencia.

Esperamos verle pronto.

Le deseamos buena salud,

Heather Lucas-Ross, MD
Directora Médica

Western Sierra Medical Clinic no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, sexo, edad o discapacidad, origen étnico, religión, cultura, idioma, sexo, discapacidad física o mental, estado socioeconómico, orientación sexual o identidad o expresiones de género.

Rev. 5.22.17

Condado de Nevada

844 Old Tunnel Road, Grass Valley, CA 95945
10544 Spenceville Road, Penn Valley, CA 95946
CoRR, 180 Sierra College Drive, Grass Valley, CA 95945

Condado de Placer

3111 Professional Drive, Auburn, CA 95603
12183 Locksley Lane, Suite 106, Auburn, CA 95602
Kings Beach-Tahoe, 8665 Salmon Ave., Kings Beach, CA 96143

Condado de Sierra

209 Nevada Street, Downieville, CA 95936



WSMC estableció una política de “Inasistencias” a fin de mantener la atención médica de calidad para todos los pacientes del centro de salud.

Médica

Para los servicios Médicos, una inasistencia es cuando un paciente llama y cancela una cita menos de 24 horas antes de la cita o cuando el paciente no se presenta para una cita programada.

- Después de dos inasistencias, los pacientes se pondrán en el periodo de prueba de programación de citas, lo que significa que el paciente podrá programar citas, pero deberá llamar el día anterior para confirmar la cita.
- Si el paciente no confirma la cita, se cancelará.
- Si el paciente se presenta para la cita sin confirmar, no se atenderá al paciente.
- Si el paciente no asiste para una cita que ya confirmó, se considerará dar de baja del consultorio al paciente.
- Después de que un paciente en el periodo de prueba de programación de citas demuestre un patrón de asistencia a las citas de manera constante, será considerado para su eliminación del periodo de prueba de programación de citas.

Dental

Para los servicios Dentales, después de dos inasistencias en un año (citas canceladas con una notificación con menos de 24 horas de anticipación o no presentarse a una cita programada), el paciente no podrá programar otra cita y es posible que no se le permita recibir atención en WSMC.

Salud del Comportamiento

Para los servicios de Salud del Comportamiento, si un paciente no asiste a una cita una vez, no podrá programar otra cita y, en cambio, permanecerá en estado de espera (el paciente puede venir y esperar a que se presente una vacante) o en estado de llamada antes de presentarse (llama en la mañana para ver si hay una vacante para el mismo día). Si un paciente no asiste a una cita mientras tiene el estado de llamada antes de presentarse, puede ser considerado para su baja de los servicios de Salud del Comportamiento (aunque puede recibir servicios médicos y dentales).



Western Sierra Medical Clinic (WSMC) está comprometida a ofrecer atención de calidad a nuestros clientes y sus familias. Alentamos a los pacientes a conocer sus derechos y responsabilidades que se describen a continuación:

Tiene el Derecho a:

1. Recibir atención amable, respetuosa y culturalmente adecuada con base en los estándares profesionales de la práctica.
2. Recibir servicios sin discriminación por motivos de raza, color, sexo, estado civil, religión, edad, discapacidad, orientación o preferencia sexual, nacionalidad, ascendencia o diagnóstico.
3. Establecer instrucciones anticipadas y participar en la toma de decisiones ética.
4. Recibir una explicación de su diagnóstico, tratamiento y pronóstico con términos y en el idioma que usted entienda.
5. Recibir la información necesaria para participar en las decisiones sobre su atención y para dar su consentimiento informado antes de que se realice cualquier procedimiento de diagnóstico o terapéutico.
6. Rechazar cualquier tratamiento, excepto si lo prohíbe la ley, y que se le informen las consecuencias de tomar esta decisión, lo cual podría incluir informar a Servicios para la Infancia, la Juventud y la Familia o a Servicios de Protección.
7. Esperar que todo el personal respete su privacidad personal.
8. Esperar que su historial médico se mantenga confidencial y que la información se divulgue solamente con su consentimiento por escrito en casos de emergencias médicas o de acuerdo con la ley.
9. Conocer la política de WSMC para acceder y divulgar la información de su historial médico y revisarlo, previa solicitud, en un momento conjuntamente determinado.
10. Recibir la explicación completa de cualquier investigación o procedimiento experimental propuesto para el tratamiento y la oportunidad de dar su consentimiento informado antes de iniciar cualquier procedimiento.
11. Conocer el nombre y la cualificación de todas las personas que proporcionan servicios y cómo contactarlas.
12. Obtener otra opinión médica antes de cualquier procedimiento.
13. Pedir que su tutor legal tenga acceso a su historial médico por escrito mediante una cita.
14. Pedir y recibir información sobre su responsabilidad financiera y una explicación de los cargos, incluidos los servicios que se cobrarán a su seguro.
15. Presentar una queja sobre los servicios proporcionados sin temer ser discriminado por WSMC, al enviar una queja escrita o llamar al Jefe de Comunicaciones de WSMC al (530) 273-4984 ext. 106, de 8:30 a. m. a 4:30 p. m.

Western Sierra Medical Clinic no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, sexo, edad o discapacidad, origen étnico, religión, cultura, idioma, sexo, discapacidad física o mental, estado socioeconómico, orientación sexual o identidad o expresiones de género.



Es Responsable de:

1. Proporcionar información personal, financiera, médica y del seguro precisa, que incluye todos los medicamentos y tratamientos necesarios para establecer y seguir su plan de atención.
2. Hacer preguntas si no entiende la explicación de su diagnóstico, tratamiento, pronóstico o cualquier instrucción.
3. Informar a WSMC sobre cualquier requerimiento o adaptación que necesite para satisfacer sus necesidades culturales o de idioma.
4. Seguir las reglas y reglamentos que están publicados dentro de WSMC mientras se encuentre en las instalaciones.
5. No traer consigo ningún tipo de arma cuando reciba tratamiento.
6. No dañar a otras personas, ni ser abusivo con ellas, incluido el personal de WSMC.
7. Llegar a todas sus citas programadas, hacerlo a tiempo y poder participar en el tratamiento.
8. Notificar a WSMC con 24 horas de anticipación o tan pronto como sepa que no puede asistir a una cita.
9. Informar a los profesionales de atención médica de WSMC sobre cualquier cambio en los medicamentos o el tratamiento, o cualquier reacción a los mismos.
10. Pagar inmediatamente por los servicios, incluidos los copagos y los cargos totales en efectivo en el momento de recibir el servicio.
11. Informar a WSMC sobre cualquier problema o insatisfacción con el servicio que se está proporcionando.
12. Tener las mismas cortesías hacia el personal de WSMC que usted recibe.
13. Desarrollar y participar en la planificación de su tratamiento.
14. Procurar la supervisión y seguridad de sus hijos mientras se encuentren dentro de las instalaciones.
15. Mantener informada a WSMC sobre su información de contacto actual.
16. No videografiar ni grabar a ningún miembro del personal de WSMC.



Aviso y Acuse de Recibo del Protocolo de Recetas

Como paciente nuevo en nuestro centro de salud, tenga en cuenta que su proveedor hará una evaluación integral de su salud y trabajará para crear un plan de salud que se ajuste mejor a sus necesidades de salud.

Su proveedor puede elegir recetarle o no recetarle los mismos medicamentos que pudieran haberle recetado en el pasado. Nuestros proveedores usan las mejores prácticas e información actuales para crear planes de tratamiento. Usted y su proveedor pueden estar de acuerdo en que su condición médica podría beneficiarse al recetarle medicamentos controlados. El principal objetivo de usar un medicamento controlado es mejorar su funcionamiento físico y profesional. Si no se alcanzan estas metas, se discontinuará el medicamento. El uso de medicamentos controlados puede llevar a la dependencia química y a una posible adicción. Usted y su proveedor hablarán sobre los efectos secundarios de los medicamentos y la forma en que se deben usar.

Si usted ya es dependiente de sustancias controladas, durante su primera consulta su proveedor esperará que usted envíe su orina para un examen de drogas. Su proveedor también verificará el programa de supervisión de medicamentos recetados para determinar el historial de sus actividades con medicamentos recetados durante el último año.

Si actualmente toma **Suboxone** o **Buprenorfina**, será necesario que lo remitan a nuestro programa de Tratamiento Asistido con Medicamentos (Medication-Assisted Treatment, MAT). Potencialmente, esto podría retrasar nuestra capacidad para programarle una cita de inmediato con alguno de nuestros proveedores de atención primaria.

Durante la evaluación inicial, su proveedor de WSMC puede determinar que los medicamentos que anteriormente le recetó otro proveedor no son adecuados, no son seguros o están causando más daño que beneficios. Si ese es el caso, su proveedor de WSMC le explicará las opciones del plan de tratamiento, que pueden incluir una remisión a servicios de desintoxicación, reducción de dosis, suspensión de los medicamentos, técnicas alternativas para el manejo del dolor o sustitución de los medicamentos. Si no está de acuerdo con las opciones que se le presentan, es bienvenido a buscar atención para su afección que se ha tratado con sustancias controladas en otro lugar.

Cuando se le recete una sustancia controlada en WSMC, en el momento en que le den su primera receta y de manera anual, se le pedirá que firme un acuerdo de tratamiento, el cual consiste en un acuerdo estandarizado que garantiza que está al tanto de que se espera que mantenga su medicamento seguro, que lo tome como se le indicó y que evitará situaciones potencialmente peligrosas. La copia de este acuerdo está disponible a solicitud.

Firme más abajo para dar testimonio de que ha leído esta información y que está de acuerdo en trabajar conforme a esta Política de Western Sierra Medical Clinic.

En nuestro esfuerzo continuo por proporcionar un hogar médico y continuidad en la atención, esperamos tener una relación de salud larga y mutuamente benéfica.



Responsabilidad Financiera para los Servicios del Centro de Salud (Política Crediticia)

Es responsabilidad del paciente pagar su parte de los cargos cobrados por WSMC. Esto quiere decir que los copagos se vencen y son pagaderos en el momento de la cita. Excepto cuando se indique, cualquier otro saldo debe pagarse en su totalidad en un plazo de treinta (30) días a partir de la fecha de la cuenta.

Disposición para Pagar

Los servicios dentales u otros servicios clínicos no se le negarán a nadie en WSMC por la incapacidad para pagar en tanto que exista una "disposición" para pagar. Disposición significa un compromiso para seguir un plan de pago, según sea necesario, para pagar por cualquier saldo pendiente en un plazo de 90 días. En ausencia de que se demuestre la disposición para pagar, la cuenta del paciente se asignará a una agencia de cobro externa. Cuando una cuenta se envía para su cobro, es posible que el paciente deba pagar un depósito el día del servicio antes de que lo atiendan para futuras consultas o se le dará de baja como paciente.

Descuento para Pacientes no Asegurados

WSMC ofrece un 20 por ciento de descuento para los pacientes no asegurados si los cargos se pagan por completo en el momento de la cita.

Cargo Proporcional

Para los pacientes que califiquen, se puede aplicar un descuento de cargo proporcional para la consulta actual y para los siguientes seis meses. También se puede aplicar un descuento de cargo proporcional cuando el cargo proporcional se haya aplicado por completo para la fecha del servicio y la evidencia del seguro requerida se envíe dentro del periodo de gracia de 15 días naturales. Consulte a un miembro del personal de WSMC para cualquier pregunta sobre la escala de cargo proporcional.

Cesión

WSMC no puede cobrar a las aseguradoras en situaciones como accidentes de automóvil. Sin embargo, WSMC proporcionará información para presentar una reclamación. WSMC acepta cesiones en reclamaciones de Medicare y Medi-Cal, pero no puede garantizar que la aseguradora cubrirá los cargos.

Parte de los Cargos del Paciente

El paciente, tutor o representante es responsable de los copagos, el coaseguro, los deducibles y los cargos que no sean cubiertos o aprobados por la aseguradora del paciente, ya sea que la aseguradora esté o no contratada por WSMC. No obstante, como cortesía, las aseguradoras no contratadas pueden recibir una factura de reembolso de parte de WSMC a nombre del paciente. La cobertura del seguro puede ser confusa y el personal de WSMC está comprometida a ayudar a los pacientes a responder cualquier pregunta.



Verificación de Identidad y de Seguro

Los pacientes deben proporcionar la información correcta del seguro a WSMC y verificar su información personal actual (dirección particular, empleador, número de teléfono, tarjetas de seguro e identificación con foto) en el momento de registrarse para su cita. **Es importante que traiga una prueba de su seguro cada vez que tenga una cita. Si no lo hace, es posible que no lo reciban o que deba hacer un pago total en el momento de recibir los servicios.**

Pago

WSMC acepta efectivo, cheques y las principales tarjetas de crédito. Los cheques se deben emitir a nombre de Western Sierra Medical Clinic.

Se cobrará una cuota de \$25.00 la primera vez que el banco regrese un cheque y una cuota de servicio de hasta \$35 por cada cheque subsecuente que el banco regrese al beneficiario [Código Civil de California, sección 1719 (2003)].

Circunstancias Especiales

En una situación de emergencia, un proveedor de WSMC puede proporcionar servicios a un paciente, sin importar el estado de la cuenta del paciente. Sin embargo, los servicios solo se proporcionarán para dicha situación de emergencia.

Autorización para Divulgación y Cesión de Beneficios

El pago de los beneficios de Medicare, Medi-Cal, del gobierno o de cualquier otro tercero que se haga a su nombre o a nombre de todos los miembros cubiertos en su plan de seguro se hará directamente a Western Sierra Medical Clinic, por los servicios proporcionados por su proveedor de salud.

Si se indica otra cobertura de seguro en el formulario de reclamación CMS-1500 o en otra parte de otros formularios de reclamación aprobados o en las reclamaciones presentadas electrónicamente, requerimos de su firma para autorizar la divulgación de la información a la aseguradora o la agencia indicada, para divulgar información médica para determinar el beneficio o los beneficios pagaderos por los servicios relacionados y para permitir que se use una copia de esta autorización en lugar de la original.