Western Sierra Medical Clinic
Better Health Together

Cuestionario de Salud de Paciente Pediátrico Nuevo

www.wsmcmed.org

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 ☐	No ☐
2. ¿Su hijo toma algún medicamento en este momento?	Sí ☐	No ☐
3. El peso de su hijo al nacer: _____ ¿Él/ella nació a término?	Sí ☐	No ☐
4. ¿Hubo complicaciones durante el embarazo de este hijo? (p.ej.: infecciones, uso de drogas, medicamentos)	Sí ☐	No ☐
5. ¿El parto o trabajo de parto tuvo complicaciones? (p.ej.: parto por cesárea, posición de nalgas, el bebé necesitó oxígeno)	Sí ☐	No ☐
6. ¿Su hijo tuvo problemas cuando estaba recién nacido? (p.ej.: ictericia, problemas respiratorios, infección)	Sí ☐	No ☐
7. ¿Alguna vez han hospitalizado a su hijo?	Sí ☐	No ☐
8. ¿Su hijo ha tenido alguna cirugía?	Sí ☐	No ☐
9. ¿Su hijo ha sufrido alguna lesión grave?	Sí ☐	No ☐
10. ¿Su hijo ha tenido otros problemas médicos?	Sí ☐	No ☐
11. ¿Su hijo es alérgico a algo (p.ej.: a medicamentos)?	Sí ☐	No ☐
12. ¿Las vacunas de su hijo están al corriente?	Sí ☐	No ☐
13. ¿Ha tenido alguna reacción inusual a las vacunas?	Sí ☐	No ☐
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 ☐	No ☐

¿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 ☐	No ☐
2. Sordera	Sí ☐	No ☐
3. Diabetes que requiere insulina	Sí ☐	No ☐

4.	Fibrosis Quística	Sí ☐	No ☐
5.	Muerte infantil	Sí ☐	No ☐
6.	Retraso mental	Sí ☐	No ☐
7.	Derrames cerebrales o ataques cardiacos (Antes de los 50 años para hombres o 60 años para mujeres)	Sí ☐	No ☐
8.	Niveles altos de colesterol en la sangre	Sí ☐	No ☐
9.	Presión arterial alta	Sí ☐	No ☐
10.	Otros problemas médicos en la familia	Sí ☐	No ☐

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:

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

¿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.

Western Sierra Medical Clinic
Better Health Together

Formulario de registro de pacientes

☐ Paciente nuevo ☐ Actualizar ☐ WH/OB
☐ UC ☐ Dental ☐ Clinica para Adolescentes

www.wsmcmed.org

INFORMACIÓN PARA EL PACIENTE			
Nombre	Segundo nombre	Apellido	Otro nombre
Dirección física	Ciudad	Estado	Código postal
Dirección postal	Ciudad	Estado	Código postal
Teléfono residencial ☐ Mensaje de texto de habilitado	Teléfono celular habilitado ☐ Mensaje de texto de habilitado		
☐ Doy permiso a WSMC para dejar mensajes detallados sobre mi atención en mi correo de voz. Número:			
Fecha de nacimiento	Seguro social #	Dirección de correo electrónico ☐ Crear una cuenta en el portal del paciente	
Contacto de emergencia	Teléfono de contacto de emergencia	Relación con el contacto de emergencia	
Nombre del Padre/Tutor:		Nombre de la madre/tutor:	
¿Hay alguien más autorizado para llevar a su hijo\a a una visita? Si es así, nombre y relación con el paciente: _____ ¿Tiene esta persona autoridad legal para dar su consentimiento para el tratamiento y recibir información médica protegida relacionada con su hijo\a? ☐ Sí ☐ No		¿Hay alguien con quien quiera que compartamos información médica protegida relacionada con su hijo\a? Si es así, nombre y relación con el paciente:	
Raza del paciente: ☐ Japonés ☐ Nativo de Hawái ☐ Negro/Afroamericano ☐ Indio asiático ☐ Coreano ☐ Otros isleños del Pacífico ☐ Indio Americano/Nativo de Alaska ☐ Chino ☐ Vietnamita ☐ Guamaní o Chamorro ☐ Blanco ☐ Filipino ☐ Otros asiáticos ☐ Samoano ☐ No reportado			Origen étnico del paciente: ☐ Hispano o latino ☐ Ni hispanos ni latinos ☐ Se negó a denunciar
Orientación sexual: ☐ Lesbiana o Gay ☐ Heterosexual (no lesbiana o gay) ☐ Bisexual ☐ Algo más ☐ Elige no revelar ☐ No lo sé Sexo al nacer: ☐ Masculino ☐ Femenino		Gender Identity: ☐ Masculino ☐ Femenino ☐ Transgénero Masculino a Femenino ☐ Transgénero de mujer a hombre ☐ Opta por no divulger ☐ Otros	
¿Eres un veterano? ☐ Sí ☐ No	¿Es usted un trabajador agrícola migrante? ☐ Sí ☐ No	¿No tienes hogar?* ☐ Sí ☐ No	¿Cómo te enteraste de WSMC?
Idioma Principal	Tamaño de la familia (hogar)	Ingresos anuales (hogar)	
Fecha de la lesión/inicio de la enfermedad:	¿Está aquí por un accidente automovilístico? ☐ Sí ☐ No	¿Está aquí por una lesión o enfermedad relacionada con el trabajo? ☐ Sí ☐ No	¿Estás embarazada? ☐ Sí ☐ No
Por favor, explique la razón por la que está aquí hoy:			
Proveedor de atención primaria (PCP): Nota: Debe hacer un eguimiento con su PCP después de cada visita de atención de urgencia		Teléfono del proveedor de atención primaria	

*Para ser considerado indigente, debe encajar en una de las siguientes categorías:
- Carecer de un lugar regular y adecuado para dormir por la noche.
- Perder su residencia nocturna principal dentro de los 14 días y no tener una alternativa.
- Ser un joven no acompañado menor de 25 años o parte de una familia con niños que califican bajo otros estatutos federales.
- Huir de la violencia doméstica y carecer de recursos de vivienda permanente o redes de apoyo.

GARANTE – PERSONA RESPONSABLE DEL PAGO		
o Sr. Apellido Nombre Medio o Sra . o Señorita	Relación con el paciente	Teléfono residencial ( )
Dirección de facturación (si es diferente a la del paciente) Ciudad estado Código postal		
Empleado por	Cargo/Departamento	Teléfono del trabajo Ext. # ( )
Dirección del empleador (número y calle)	Seguro Social del Garante #	Fecha de nacimiento del garante
Ciudad Estado Código postal		

INFORMACIÓN PRIMARIA DEL SEGURO		
Compañía de seguros	Número de póliza	Número de grupo
Nombre de los suscriptores	Segundo nombre de los suscriptores	Apellido de los suscriptores
Fecha de nacimiento	Seguro Social #	Empleador

INFORMACIÓN SECUNDARIA DEL SEGURO		
Compañía de seguros	Número de póliza	Número de grupo
Nombre de los suscriptores	Segundo nombre de los suscriptores	Apellido de los suscriptores
Fecha de nacimiento	Seguro Social #	Empleador

ELECCIÓN DE FARMACIA

☐ Farmacia WSMC ubicada en 844 Old Tunnel Road en Grass Valley
☐ Otro: Nombre de la farmacia:_____ Ciudad: _____

CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO MÉDICO

El abajo firmante, como el paciente o como el padre, tutor legal o representante legal del paciente, por la presente da su consentimiento para el tratamiento médico del paciente por parte de Western Sierra Medical Clinic (WSMC) y sus proveedores médicos y personal clínico. El tratamiento puede incluir cualquier examen, prueba o procedimiento médico necesario que un proveedor médico de WSMC, en el ejercicio de su mejor juicio, considere aconsejable para el paciente para que sea realizado por el personal clínico de WSMC. Entiendo y reconozco que esta autorización se otorga antes de que se requiera cualquier diagnóstico, tratamiento o procedimiento específico para proporcionar un consentimiento específico a todos y cada uno de los diagnósticos, tratamientos o procedimientos que un proveedor médico de WSMC, en el ejercicio de su mejor juicio, pueda considerar aconsejable para el paciente.

Entiendo que el paciente puede hacer preguntas y obtener respuestas a todas las preguntas y también puede rechazar el tratamiento en cualquier momento.

Si el paciente está buscando una prueba de abuso de sustancias, autorizo a WSMC a obtener una muestra de acuerdo con el protocolo médico adecuado para determinar la presencia de drogas o alcohol.

Entiendo que algunos exámenes físicos (como la aptitud física para el trabajo, la escuela o los deportes) y otros servicios no están destinados a diagnosticar afecciones médicas ni a reemplazar la atención médica del médico personal del paciente.

INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN DE SALUD

El Intercambio Electrónico de Información de Salud (HIE, por sus siglas en inglés) permite a los médicos, enfermeras y otros proveedores de atención médica acceder y compartir de forma segura la información médica vital de un paciente de forma electrónica, lo que mejora la velocidad, la calidad, la seguridad y el costo de la atención al paciente. Los sistemas electrónicos de información de salud pueden ayudar a prevenir errores al garantizar que todas las personas involucradas en la atención de un paciente, ya sea en un entorno de atención primaria, un consultorio de especialistas o un departamento de emergencias, tengan acceso a la misma información. HIE ayuda a facilitar la atención coordinada del paciente, reducir los tratamientos duplicados y evitar errores costosos. Esta práctica está creciendo entre los proveedores de salud porque la necesidad de HIE es clara y los beneficios de HIE son significativos.

De forma predeterminada, todos los pacientes están "Opted In" en el HIE, lo que significa que una vez notificado del HIE, un paciente debe completar un formulario de Exclusión voluntaria si no desea participar. La información de salud de un paciente estará disponible para todos los proveedores del sistema que la necesiten para brindar atención SIN tener que firmar ningún otro formulario. Consulte a la recepcionista si desea una copia de este formulario o si desea solicitar un cambio en sus opciones de HIE.

TELEMEDICINA

En WSMC, ofrecemos servicios de telemedicina como una forma conveniente de recibir atención médica a través de consultas telefónicas o por video. Este método es rentable, ahorra tiempo, reduce las barreras de transporte y mejora el acceso a la atención médica. Los estudios también han demostrado que la telemedicina puede mejorar la calidad de la atención médica.

Sin embargo, es importante tener en cuenta que la telemedicina tiene limitaciones. La telemedicina requiere privacidad, tecnología y servicio adecuados para realizar llamadas telefónicas o visitas por video. En algunas circunstancias, puede no ser apropiado para afecciones que requieren un examen físico.

Los costos de las visitas de telemedicina pueden variar según el seguro, sin embargo, el costo de la visita de telemedicina no es más que una visita estándar al consultorio. Tiene derecho a solicitar más información sobre nuestros servicios de telemedicina. Puede denegar las visitas de telemedicina y solicitar una consulta en el consultorio en cualquier momento durante el proceso de programación.

RESPONSABILIDAD FINANCIERA

Es responsabilidad del paciente, y la responsabilidad del padre/tutor legal del paciente, pagar su parte de los cargos por los servicios prestados por WSMC en el momento del servicio, a menos que se hagan otros arreglos por adelantado por escrito firmados por el paciente y un miembro autorizado del personal de WSMC. El pago de la parte de un paciente puede ser en forma de copagos de seguro, deducibles o pago en efectivo para pacientes sin seguro y pago en efectivo. Los pacientes que no están inscritos en planes de salud son responsables de pagar el monto total de su factura. Los pacientes inscritos en planes de salud son responsables de cualquier cantidad que el plan no pague, hasta el monto total.

WSMC acepta efectivo, cheques y la mayoría de las principales tarjetas de crédito. Se cobrará un cargo de $25.00 por el primer cheque devuelto por el banco y un cargo por servicio de hasta $35 por cada cheque posterior devuelto por el banco a ese mismo beneficiario.

WSMC no acepta gravámenes u otras formas de pagos prometidos para pacientes que están involucrados en lesiones personales o relacionadas con el trabajo (por ejemplo, accidentes automovilísticos). Los pacientes que presenten reclamos por lesiones personales o relacionadas con el trabajo deben consultar con su empleador y/o la compañía de seguros correspondiente para sus necesidades de atención médica. WSMC proporcionará servicios de atención primaria a un paciente que presente estas reclamaciones según lo solicite el paciente, pero el paciente sigue siendo responsable de pagar todos esos servicios en su totalidad. WSMC no facturará a la compensación de trabajadores, automóviles u otra compañía de seguros similar.

VERIFICACIÓN DE IDENTIDAD Y SEGUROS

Se requiere que los pacientes proporcionen a WSMC la información correcta del seguro y que verifiquen la información personal actual (domicilio, empleador, número de teléfono, tarjetas de seguro e identificación con foto) en cada registro de cita. Es importante que traiga un comprobante de seguro cada vez que lo visite. Si no lo hace, es posible que no se le vea o que se le exija que realice un pago completo en el momento en que se presten los servicios.

DISPOSICIÓN A PAGAR

A nadie se le negarán los servicios en WSMC debido a la incapacidad de pagar, siempre y cuando haya una "voluntad" de pagar. La disposición a pagar significa pagar por los servicios prestados (ya sea a través de un seguro con el pago de copagos y deducibles del paciente, pago en efectivo, escala móvil de tarifas) o un compromiso de seguir un plan de pago por escrito para pagar cualquier saldo pendiente de acuerdo con las políticas y procedimientos de WSMC.

Un paciente demuestra que no está dispuesto a pagar cuando se niega a pagar por los servicios prestados (incluidos los copagos, los deducibles y los honorarios adeudados en virtud del programa de descuento de escala móvil de tarifas), se niega a comprometerse con un plan de pago por escrito o se niega a cumplir con un plan de pago por escrito firmado por el paciente.

Los pacientes sin seguro que necesiten asistencia financiera para pagar los servicios deben completar una solicitud de escala móvil de tarifas (ver más abajo) y pueden buscar ayuda del personal.

Si un paciente firma un plan de pago por escrito y tiene dificultades para realizar los pagos bajo el plan, el Supervisor del Departamento de Facturación de WSMC está disponible para discutir la modificación del plan de pago.

TARIFA VARIABLE

Para los pacientes que califiquen, se puede aplicar un descuento de escala móvil a la visita inicial de atención primaria, dental o de salud conductual de un paciente y para las visitas durante los siguientes seis meses. Los pacientes que deseen solicitar un descuento de tarifa variable deben completar una solicitud, que explica el programa de descuento de escala de tarifa móvil de WSMC. Solicite a un miembro del personal del Departamento de Facturación de WSMC la solicitud y una respuesta a cualquier pregunta relacionada con el programa de descuento de escala móvil de tarifas.

CESIÓN DE BENEFICIOS

Por la presente, asigno y/o transmito irrevocablemente a Western Sierra Medical Clinic, Inc. y/o a sus proveedores de atención médica contratados (en adelante, "WSMC"), como mi representante autorizado designado, todos los beneficios médicos y/o reembolsos de seguro, si los hubiera, pagaderos a mí por servicios, tratamientos, terapias y/o medicamentos prestados o proporcionados por WSMC para tratamientos/servicios prestados por WSMC, independientemente de su estado de participación en la red de atención administrada. Esta Asignación de Beneficios se aplicará a todas las coberturas de seguro, incluidos, entre otros, los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid, sus intermediarios, proveedores o contratistas administrativos, los programas estatales de Medicaid o cualquier otro seguro gubernamental o comercial. Entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos, independientemente de cualquier seguro o pago de beneficios aplicable. Esta cesión es válida hasta que sea revocada por escrito. Se considerará válida una fotocopia de esta cesión, igual que si se tratara del original.

RECONOCIMIENTOS

1. Los avisos, políticas y procedimientos de WSMC están sujetos a cambios sin previo aviso. Al recibir servicios en WSMC, estoy sujeto a esos cambios a menos que indique por escrito que no acepto los cambios. Puedo solicitar copias de los avisos, políticas y procedimientos actuales.
2. El Aviso de Prácticas de Privacidad de WSMC se publica en el vestíbulo de cada instalación de WSMC y en el sitio web de WSMC. Se me puede proporcionar una copia si lo solicita. Leo y entiendo el Aviso de Prácticas de Privacidad de WSMC.
3. Los derechos y responsabilidades de los pacientes de WSMC se publican en el vestíbulo de cada centro de WSMC y en el sitio web de WSMC. Se me puede proporcionar una copia si lo solicita. Leo y entiendo los derechos y responsabilidades de los pacientes de WSMC.
4. Como paciente de WSMC, tengo acceso a un proveedor médico las 24 horas del día, los siete días de la semana.
    a. Para acceder a un proveedor médico fuera del horario de atención, llame al (530) 274-9762..
5. Puedo expresar cualquier inquietud o queja comunicándome con el Defensor del Paciente de WSMC al (530) 274-9762.
6. No puedo grabar, fotografiar o grabar en video dentro de un sitio de WSMC.
7. Soy el único responsable de salvaguardar y proteger mi propiedad personal. WSMC no es responsable de la protección del robo, pérdida o daño a mi propiedad personal. Libero todas las reclamaciones contra WSMC por pérdida, robo o daño a mi propiedad personal.

FIRMA
He leído este formulario o me lo han leído en un idioma que puedo entender. He respondido a mis preguntas sobre este formulario. Firma o persona que da su consentimiento o representación legal Fecha Imprimir Nombre: _____ Relación con el paciente: □ Propia □ Padre □ Tutor □ Representante Autorizado

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

Derechos y Responsabilidades del Paciente

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 videograbar ni grabar a ningún miembro del personal de WSMC.

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.

Western Sierra Medical Clinic
Better Health Together

Divulgación de Información

844 Old Tunnel Rd.
Grass Valley CA, 95945
wsmcmed.org

1	Apellido del Paciente		Nombre del Paciente	Fecha de Nacimiento
2	□ Favor de divulgar información o enviar los registros DE WSMC* (A la Persona o al Centro que se indica a continuación) □ Favor de facilitar los registros A WSMC (De la Persona o el Centro que se indica a continuación) * Transferir su atención primaria fuera de WSMC podría atrasar su cita para recibir atención médica de especialidad.			
3	Nombre Completo de la Institución, el Proveedor o el Individuo (o la Misma Persona)			
	Dirección			Ciudad
	Estado	Código postal	Telefónico # con el código del área	Fax con el código del área
	Transmitir: Verbalmente □ Electrónico: □ Fax □ Correo postal de EE. □ UU.: □ CD/Film □Papel/Película			
4	ESCOJA SOLAMENTE UNA (1) OPCIÓN Por Divulgación ___Médico ___Prueba y Tratamiento de VIH/SIDA ____Tratamiento por Abuso de Alcohol/Sustancias/Drogas ___Dental ___Salud del Comportamiento ___Apuntes de Psicoterapia ___Otro			
5	Plazo: □Última Consulta □Año Anterior □Todos □Otro:			
6	☐Todos los registros ☐Solamente estos:			
7	Motivo de la divulgación: ☐Personal ☐Cambio de proveedor de Atención ☐Otro:			
Autorización	Al firmar este documento, autorizo el uso y la divulgación de mi información de salud, y entiendo que: • Puedo revocar esta autorización en cualquier momento dirigiéndome por escrito a WSMC. • Esta autorización es válida por un plazo máximo de 1 año o hasta la siguiente fecha, que debe ser anterior: ____ / ____ / ____. • Quien reciba su información de salud no puede divulgarla sin obtener otra autorización de su parte. • Toda la información de salud relacionada con el Abuso del Alcohol o de otras Sustancias está protegida y solamente puede divulgarse si existe un consentimiento expreso y escrito por separado de la persona a la que pertenece. • Mi tratamiento o mi condición de elegibilidad para recibir atención no se fundamenta en esta autorización. • Esta autorización es voluntaria y una fotocopia o fax de la autorización tiene la misma validez que el documento original. • Tengo derecho a recibir una copia de esta autorización.			

PARA QUE LA AUTORIZACIÓN SEA VÁLIDA, LAS SECCIONES 1 A LA 7 DEBEN ESTAR LLENAS

Firma
_____Fecha: ____ / ____ / ____ Tel.: (_____)_____ - _____

Si no es el paciente: ☐Representante del Paciente Nombre y Relación: _____

ESCRIBA DE MANERA CLARA, DE LO CONTARIO NO PODREMOS PROCESAR ESTA SOLICITUD.

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