

Información del Paciente

Apellido:	Primer Nombre:	Segundo Nombre:	Apodo:
Número de Seguro Social:		Fecha de Nacimiento: / /	

Información Demográfica

Domicilio:	# de Apartamento/Espacio	Ciudad:	Estado:	Código Postal:
Dirección Postal:		Ciudad:	Estado:	Código Postal:
Estado Civil: ☐ Soltero/a ☐ Casado/a ☐ Divorciado/a ☐ Legalmente Separado/a ☐ Viudo/a ☐ Interlocutorio ☐ Pareja Domestica ☐ Compañero/a de vida				
Idioma Principal: ☐ Ingles ☐ Español ☐ Mixteco ☐ Otro: _____	Numero de Teléfono: () -	Numero de Celular: () -	Correo Electrónico:	
Doctor de Cabecera:				

Persona Responsable (Debe ser un adulto mayor de 18 años)

Apellido:	Primer Nombre:	Segundo Nombre:	
Fecha de Nacimiento: / /	Número de Seguro Social:	Relación al Paciente:	
Domicilio:	Ciudad:	Estado:	Código Postal:
Número de Teléfono: () -	Numero de Celular: () -	Correo Electrónico:	

Información de los Padres/Tutor Legal (si el paciente es menor de 18 años)

Nombre del Padre:	Fecha de Nacimiento del Padre: / /	Numero de Celular del Padre: () -
Nombre de la Madre:	Fecha de Nacimiento de la Madre: / /	Numero de Celular de la Madre: () -

Seguro Médico (Por favor presente su tarjeta de seguro médico)

Tipo(s) de cobertura de atención medica: Seguro Privado Medi-Cal Medicare Ninguno Otro: _____		
Primario:	# de ID:	# de Grupo:
Nombre del Titular de la Póliza:		
Relación al Paciente: ☐ Propio ☐ Cónyuge ☐ Padre/Madre	Fecha de Nacimiento: / /	Número de Seguro Social: - -
Secundario:	# de ID:	# de Grupo:
Nombre del Titular de la Póliza:		
Relación al Paciente: ☐ Propio ☐ Cónyuge ☐ Padre/Madre	Fecha de Nacimiento: / /	Número de Seguro Social: - -

Orientación Sexual (Por favor responda las siguientes preguntas para que podamos brindarle un mejor servicio)

Sexo de Nacimiento: ☐ Masculino ☐ Femenino ☐ Indiferenciado ☐ Desconocido	Identidad de Género: ☐ Masculino ☐ Femenino ☐ Hombre a mujer/Mujer transgénero/Trans ☐ Mujer a hombre/Hombre transgénero / Trans ☐ Elijo no divulgar ☐ Categoría de genero adicional u otra, por favor explique: _____
Orientación Sexual: ☐ Elijo no divulgar ☐ Heterosexual ☐ Bisexual ☐ Lesbiana, Gay, Homosexual ☐ Algo mas ☐ No se	Pronombre Preferido: ☐ No se ☐ Ella ☐ El ☐ Elijo no divulgar ☐ Ellos ☐ Ze, Hir ☐ Otro: _____

Estatus de Vivienda (Por favor responda las siguientes preguntas para que podamos brindarle un mejor servicio)	
1. Seleccione una de las siguientes opciones: ☐ Tengo vivienda ☐ En la calle ☐ Vivo en un refugio ☐ Hotel ☐ Vivo con amigos/familiares ☐ Vivienda de Transición ☐ Elijo no divulgar	
2. ¿Usted vive en una vivienda pública (housing)? ☐ Sí ☐ No	
Estatus Agrícola (Por favor responda las siguientes preguntas para que podamos brindarle un mejor servicio)	
1. En los últimos 2 años, ¿usted o alguien de su familia, trabajó en cualquier tipo de agricultura (trabajo agrícola) como en: plantación, cosecha, preparar la tierra, empaque, conduce un camión para cualquier tipo de trabajo agrícola, trabajó en granja de como vacas, gallinas, etc.? ☐ Sí ☐ No	
2. En los últimos 2 años, ¿usted o alguien de su familia ha establecido un hogar temporario para trabajar en cualquier tipo de agricultura (trabajo agrícola)? ☐ Sí ☐ No	
3. ¿Usted o un miembro de su familia han dejado de migrar para trabajar en la agricultura (trabajo agrícola) debido a una discapacidad o edad? ☐ Sí ☐ No	
Raza/Etnicidad	
Raza (seleccione todas las opciones que apliquen): ☐ Indio Americano o Nativo(a) de Alaska ☐ Nativo(a) de Hawái ☐ Asiático ☐ Blanco(a) ☐ Negro/Afroamericano(a) ☐ Más de una raza ☐ Nativo(a) de otra Isla del Pacifico ☐ Elijo no Reportar	Etnicidad: ☐ Hispano(a) o Latino(a) ☐ No Hispano(a) o Latino(a) ☐ Desconocido / No Reportado
Estatus de Veterano	
1. Es usted veterano de los Estados Unidos ☐ Sí ☐ No	
Ingreso Familiar	
Miembros de Familia: __0__1__2__3__4__5__6__7__8__9__10	Ingreso Anual del Hogar: \$ _____
Información de Farmacia	
Farmacia Principal Nombre de Farmacia: _____ Domicilio: _____ Ciudad: _____ Estado: ____ Código Postal: _____ Numero de Teléfono: _____ Numero de Fax: _____	Farmacia Alterna (si aplica): Nombre de Farmacia: _____ Domicilio: _____ Ciudad: _____ Estado: ____ Código Postal: _____ Numero de Teléfono: _____ Numero de Fax: _____
Contacto de Emergencia	
Nombre de contacto en caso de una emergencia: _____	
Relación al Paciente: _____	
Numero de Teléfono (diferente al número primario escrito anteriormente): () -	
¿Cómo Se Enteró Sobre Nosotros?	
Seleccione una de las siguientes opciones: ☐ Amigo/Familiar ☐ Correo ☐ Periódico ☐ Su seguro Medico lo(a) recomendó ☐ Internet ☐ Páginas amarillas ☐ Radio ☐ Otro Medico lo(a) recomendó (Nombre de Medico): _____ ☐ Otro (por favor especifique): _____	

Yo doy mi consentimiento para cualquier tratamiento médico o quirúrgico necesario, que puede incluir medicamentos recetados emitidos por el proveedor. Entiendo que incluso los tratamientos simples o las medidas de diagnóstico tienen un riesgo de complicaciones. En tales casos, puede ser necesaria una nueva consulta con el proveedor. Clínicas Del Camino Rea, Inc. hará referencias para servicios especializados que no podemos

CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN ANTERIOR ES VERDADERA Y CORRECTA A LO MEJOR DE MI CONOCIMIENTO. Entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos, ya sean cubiertos o pagados por dicho seguro. Si Clínicas del Camino Real, Inc. participa con mi plan de seguro, todos los copagos y los pagos del coseguro tienen que liquidarse en el momento en que se prestan los servicios. Por este medio, asigno a Clínicas del Camino Real, Inc. todos los beneficios del seguro al que tengo derecho (incluyendo mi(s) hijo(s)), incluyendo y no limitado a Medicare, seguro de salud privado y cualquier otra forma de cobertura que paga beneficios. Por lo presente autorizo a Clínicas del Camino Real, Inc. a divulgar toda la información necesaria para garantizar el pago.

Fecha: _____ Nombre (Letra en Molde): _____ Firma: _____

CUESTIONARIO DE SALUD ÓPTICA

Nombre del Paciente: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Bienvenidos al departamento de Optometría de Clinicas del Camino Real, Incorporated. Para un mejor servicio por favor complete la siguiente forma.

1. ¿Cuál es el motivo de su visita? _____		
2. ¿Cuándo fue su último examen visual? _____		Nombre del doctor _____

3. ¿Tiene problemas para ver de lejos?	Si	No	11. ¿Es usted muy sensible a la luz?	Si	No
4. ¿Tiene problemas para ver de cerca?	Si	No	12. ¿Mira usted destellos de luz o sombras?	Si	No
5. ¿Siente que sus ojos están cansados frecuentemente?	Si	No	13. ¿Ha tenido operaciones o accidentes en sus ojos?	Si	No
6. ¿Siente dolores de cabeza?	Si	No	14. ¿Usa lentes?	Si	No
7. ¿Se le ponen los ojos rojos con frecuencia?	Si	No	15. ¿Usa lentes de contacto?	Si	No
8. ¿Mira doble?	Si	No	16. ¿Está interesado en usar lentes de contacto?	Si	No
9. ¿Le da comezón en sus ojos con frecuencia?	Si	No	17. ¿Está interesado en la cirugía refractiva Lasik?	Si	No
10. ¿Tiene dolor dentro o alrededor de sus ojos?	Si	No			

HISTORIA MEDICA

1. Describa su salud en pocas palabras: _____

2. ¿Está tomando alguna medicina?	Si	No	Qué tipo de medicamento: _____
3. ¿Es usted alérgico a algún medicamento?	Si	No	Nombre del Medicamento: _____
4. ¿Fuma?	Si	No	Si la respuesta es sí, ¿Cuántos al día? _____

5. ¿Está embarazada?	Si	No	6. ¿Está amamantando?	Si	No
----------------------	----	----	-----------------------	----	----

7. ¿Tiene USTED algo de lo siguiente?			8. ¿Alguien en su familia tiene algo de los siguiente? (pariente de sangre)		
Glaucoma	Si	No	Glaucoma	Si	No Si la respuesta es "sí", por favor explique: _____
Alta presión	Si	No	Alta presión	Si	No Si la respuesta es "sí", por favor explique: _____
Problemas del corazón	Si	No	Problemas del corazón	Si	No Si la respuesta es "sí", por favor explique: _____
Diabetes	Si	No	Diabetes	Si	No Si la respuesta es "sí", por favor explique: _____
Artritis	Si	No	Artritis	Si	No Si la respuesta es "sí", por favor explique: _____
Cataratas	Si	No	Cataratas	Si	No Si la respuesta es "sí", por favor explique: _____
Alergias/Sinusitis	Si	No	Ceguera	Si	No Si la respuesta es "sí", por favor explique: _____
Epilepsy	Si	No	Ojo que este hacia dentro o hacia fuera	Si	No Si la respuesta es "sí", por favor explique: _____
Tuberculosis	Si	No	Degeneración macular	Si	No Si la respuesta es "sí", por favor explique: _____
Hepatitis	Si	No			
Condición de tiroides	Si	No			
Alguna otra enfermedad	Si	No			
Degeneración macular	Si	No			
Cáncer	Si	No			

Comentarios: _____

X
Firma del Paciente _____

X
Fecha _____



OPTOMETRY DEPARTMENT

INFORMED CONSENT FOR PUPIL DILATION

Dilation of your eyes is extremely important in order to thoroughly examine the back and periphery. Without dilation, the doctor only sees a small portion of the back of the eye. By increasing the pupil size through dilating drops, the doctor can better view the inside of the eye for detection of cataracts, floaters, hypertensive or diabetic retinal changes, and other retinal diseases and abnormalities. Dilation requires 2 or 3 drops in each eye and takes 20 – 30 minutes to dilate your pupils.

The following known risks and complications incident to or reasonably to be anticipated in connection with pupil dilation are:

1. Distance vision might be slightly blurred
2. Near reading vision might be blurred for 3 to 4 hours
3. Sensitivity to light (disposable sunglasses are provided to make you more comfortable)

You may wish to re-schedule the dilation procedure if you are returning to work or would feel more comfortable bringing someone to drive you home.

PLEASE INDICATE YOUR PREFERENCE:

- ☐ I agree to have my eyes dilated.
☐ I decline having my eyes dilated.
-

DEPARTAMENTO DE OPTOMETRÍA

AVISO DE CONSENTIMIENTO PARA LA DILATACIÓN DE LA PUPILA

La dilatación de la pupila de sus ojos es extremadamente importante para poder examinar completamente la parte de atrás y la parte periferia. Sin la dilatación, el doctor puede ver solamente una pequeña parte de atrás del ojo. Al aumentar el tamaño de la pupila por medio de gotas para dilatación, el doctor puede ver mejor la parte interior del ojo para detectar cataratas, flotantes, o cambios hipertensivos o de retina diabética, y otras anomalías y enfermedades de la retina. La dilatación requiere de 2 a 3 gotas en cada ojo y se toma de 20 – 30 para dilatarle sus pupilas.

Los siguientes riesgos e incidentes de complicaciones conocidos de o razonablemente anticipados en conexión con la dilatación de las pupilas son:

1. La visión de lejos puede ser un poco borrosa;
2. La visión para leer de cerca puede ser un poco borrosa de aproximadamente 3 a 4 horas;
3. Sensibilidad a la luz (le proporcionamos lentes desechables para el sol para que se sienta más cómodo/a)

Tal vez usted quiera hacer otra cita para el procedimiento de la dilatación de las pupilas si es que usted tiene que regresar al trabajo, o si se siente más confortable trayendo a otra persona para que la lleve de regreso a su casa.

POR FAVOR INDIQUE SU PREFERENCIA:

- ☐ Estoy de acuerdo que se me haga la dilatación de mis ojos.
☐ Me niego a que se me haga la dilatación de mis ojos.

Signature of patient or parent/legal guardian
Firma del paciente/padre/guardián

Date/Fecha

Signature of witness
Firma del Testigo

Date/Fecha



Patient Name: _____

MR #: _____

Póliza de Citas Optométricas

Estimado Paciente:

Cuando usted hace una cita con el optometrista, ese tiempo es reservado exclusivamente para usted. Si no se presenta a su cita ese tiempo se pierde. Clínicas del Camino Real, Incorporated tiene una póliza para citas optométricas con el fin de mejorar el acceso para nuestros pacientes. La póliza es la siguiente:

1. Debe cancelar o cambiar la fecha de su cita por lo menos con 24 horas de anticipación. Se considera que ha faltado a su cita si la cancela o la cambia con menos de 24 horas de anticipación.
2. Si llega tarde a su cita, su cita puede ser cancelada y cambiada a otra fecha. Si lo permite el horario del optometrista, podrá esperar y ser visto como paciente sin cita.
3. Si es paciente nuevo, recibirá una llamada telefónica por un representante de Clínicas para confirmar su cita 1 semana antes. Si es paciente establecido recibirá una llamada 48 horas antes de su cita. **Para que su cita se considere confirmada, tendrá que hablar directamente con uno de nuestros representantes para confirmar que se presentara.**

IMPORTANTE:

Debido a la cantidad de pacientes esperando citas optométricas, si no confirma su cita, el tiempo reservado para usted será asignado a otro paciente. Si esto sucede usted tendrá las siguientes opciones: (1) esperar como paciente sin cita (si permite el horario del optometrista) o (2) hacer otra cita.

Su firma confirma que ha leído y entiende esta póliza.

Firma

(Menores de edad, firma de padre/madre)

Relación al paciente

Fecha



Evaluación - Necesidades del Paciente

Nombre: _____ Fecha: _____

Quisiéramos saber sus preferencias de aprendizaje para asegurarnos que estamos satisfaciendo sus necesidades. Sus respuestas se tomarán en cuenta para mejorar nuestros servicios. Gracias por su tiempo.

1. Circule el año más alto de educación que ha terminado:

N/A	Ninguno	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	+
		(Primaria)					(Secundaria)					(Colegio / Universidad)							

2. ¿Qué idioma prefiere hablar?

☐ Inglés ☐ Español ☐ Otro: _____

3. ¿Qué idioma prefiere leer?

☐ Inglés ☐ Español ☐ Otro:

4. Cuál de las siguientes frases mejores describe a usted:

☐ Me gusta leer y leo frecuentemente ☐ Me gusta leer pero no leo frecuentemente

☐ No me gusta leer ☐ No se leer

5. ¿Cómo prefiere aprender nuevas cosas? (Marque todos los que aplican)

☐ Leer (folletos, libros) ☐ Escuchar cintas de audio☐ Atender sesiones educativas individuales ☐ Ver películas / vídeos☐ Usar ilustraciones educativas, carteles, fotos ☐ Atender clases en grupo

☐ Practicando nuevas habilidades después de una demostración

☐ Otro: _____

6. ¿Tiene usted condiciones mentales, emocionales o físicas que puedan afectar la manera que usted aprende?

☐ No ☐ Sí



Patient's Name _____ Chart # _____
(Nombre del Paciente) (Numero de Expediente)

**Acknowledgement of Receipt of Clinicas Del Camino Real, Inc.'s
Privacy Practices Notice, Advance HealthCare Directives information and
Patient Portal Instructions.**

I, _____ have received
a copy of Clinicas Del Camino Real, Inc. Privacy Practices Notice, Advance
HealthCare Directives information, and Patient Portal Instructions.

Signature

Date

**Reconocimiento de Recibo de Aviso de las Prácticas de Privacidad
de Clínicas del Camino Real, Inc., Directiva Anticipada de Atención
de la Salud, e Instrucciones del Portal del Paciente.**

Yo, _____ reconozco que he recibido
una copia del Aviso de las Practicas de Privacidad de Clinicas del Camino Real, Inc.,
información sobre Directiva Anticipada Atención de la Salud, e Instrucciones del Portal
del Paciente.

Firma

Fecha

Staff Use Only/Para Uso de Oficina Solamente:

If the Privacy Practices Notice, Patient Portal Instructions, and Advance HealthCare Directives information was
not given to the patient or the patient's legal representative, please indicate the reason why below:

SUS DERECHOS RELACIONADOS CON SU INFORMACI6N MEDICA.

Usted tiene los siguientes derechos que actualmente tenemos archivados:

Derecho a Revisar y Copiar su Informacion Medica.

Usted tiene derecho a revisar y copiar su informacion medica en el formato que usted solicita y cualquier informacion relacionada con su estado de cuenta. Usted puede presentar una solicitud por escrito. Si usted solicita una copia impresa puede ser que exista un cobro por copiar, o por mandar esa informacion por correo. En ciertas circunstancias podriamos negarsu solicitud de copiar, o revisar su expediente medico. Usted puede solicitar que esa decision sea revisada. Si por ley esta revision es requerida, un profesional certificado sera seleccionado por nuestra clinica para revisar su peticion y nuestra decision de negarsu peticion. La persona que nego su peticion no sera la misma persona que conduzca la entrevista y cumpliremos con la decision final.

Derecho a Enmendarsu Informacion Medica. Si usted considera que la informacion medica que actualmente tenemos sobre su atencion medica esta incompleta o necesita ser corregida, usted puede solicitar enmendar esa informacion. Usted tiene derecho a enmendarsu informacion medica mientras esa informacion exista en esta clinica.

Para solicitar que su informacion medica se corrija o enmiende usted debe completar nuestra solicitud para la correccion o enmienda de informacion medica. Podriamos negar su solicitud si no esta por escrito o si sus motivos no son razonables. Adicionalmente, podemos negar enmendar su informacion medica que:

- a) nosotros no creamos, a menos que la entidad o persona que creo la informacion no esta disponible para enmendar su informacion medica.
- b) usted no tenga autorizacion de inspeccionar o copiar.
- c) este completa y correcta.

Derecho a un Informe de Divulgacion de Informacion.

Como paciente, usted tiene el derecho de recibir un informe de ciertas divulgaciones que nuestra clinica ha hecho de su informacion de salud identificable. Su solicitud debera contener un plazo de no mas de seis (6) anos y que no debe incluir fechas anteriores al 14 de abril, 2003. A partir del 1 Enero de 2011, usted tiene derecho a recibir un informe de todas las divulgaciones que nuestra clinica ha hecho de su archivo electronico de salud durante los tres anos anteriores a la solicitud. La primera lista que usted pida dentro de un periodo del2 meses se le proveera sin costo alguno. Para listas adicionales durante el mismo periodo de 12 meses, es posible que esta clinica le cobre los gastos ocasionados al proveerle esta informacion; nuestra clinica le informara de estos gastos asi usted puede decidir retirar o modificar su solicitud.

Solicitud de Restricciones. Usted tiene derecho a pedir que pongamos una limitacion en el uso o divulgacion de su informacion medica, pago u operaciones del cuidado de la salud. Ademas, tiene el derecho de pedir que limitemos la divulgacion de su informacion medica a solamente ciertos individuos involucrados con su cuidado medico o con el pago del mismo, tales como familia o amistades. Por ejemplo, usted puede pedir que no se divulgue informacion sobre alguna operacion.

No Estamos Obligados a Aceptar su Solicitud. Cumpliremos con su solicitud solo si estamos de acuerdo con ella, a menos que la informacion sea necesaria para proveerle servicio medico de emergencia.

Para solicitar restricciones en su informacion medica, necesita completar y entregarle la solicitud de limitaciones y restricciones de la informacion de salud protegida al oficial de privacidad de esta clinica. Pida una solicitud en cualquiera de nuestras clinicas.

Puede Solicitar que nos Comuniquemos Confidencialmente. Usted tiene derecho y puede pedir que nos comuniquemos con usted sobre su atencion medica de cierta manera o que nos comuniquemos con usted solo por correo o a su trabajo.

Derecho a una Copia Impresa de Este Aviso. Usted tiene derecho a recibir una copia impresa de nuestro aviso acerca de las practicas de privacidad. Puede pedirnos una copia de este aviso en cualquier momento. Aun cuando usted estuvo de acuerdo en recibir una copia electronicamente, tiene todo el derecho de recibir una copia impresa. Para recibir una copia impresa pregunte por el oficial de privacidad de esta clinica.

Cambios a este Aviso. Reservamos el derecho a modificar este aviso acerca de las practicas de privacidad. Cualquier modification a este aviso entrara en vigor con relation a la informacion medica que actualmente tenemos sobre usted, al igual que cualquier informacion medica que sea recibida en un futuro. Publicaremos el mas reciente aviso y la fecha en que fue vigente la cual encontrara en la parte derecha superior del aviso. Usted tiene el derecho a una copia del aviso actualmente en vigor.

Quejas. Si usted piensa que su privacidad ha sido violada, puede sentar una denuncia con nuestro oficial de privacidad o a la Secretaria de Salubridad y Servicios Sociales. Para sentar una denuncia en nuestra clinica, visite una de nuestras clinicas de Clinicas del Camino Real, Incorporated mas cercana a usted y pregunte por el oficial de privacidad. Usted no sera penalizado por presentar una queja.

- Clinicas del Camino Real, Inc. El Rio 221 Ventura Blvd. Suite 126, Oxnard, CA 93036 (805) 436-3444
- Clinicas del Camino Real, Inc., Fillmore 355 Central Ave., Fillmore, CA 93015 (805) 524-4926
- Clinicas del Camino Real, Inc., Maravilla 450 W. Clara St., Oxnard, CA 93031 (805) 488-0210
- Clinicas del Camino Real, Inc., Newbury Park 1000 Newbury Rd. Suite 150, Newbury Park, CA 91320 (805) 498-3640
- Clinicas del Camino Real, Inc., North Oxnard 1200 N. Ventura Rd. Suite E, Oxnard, CA 93030 (805) 988-0053
- Clinicas del Camino Real, Inc., Ocean View 4400 Olds Road, Oxnard, CA 93033 (805) 986-5551
- Ojai Valley Community Health Center 1200 Maricopa Highway, Ojai, CA 93023 (805) 640-8293
- Clinicas del Camino Real, Inc., Oxnard 650 Meta Street, Oxnard, CA 93030 (805) 487-5351
- Clinicas del Camino Real, Inc., Santa Paula 500 E. Main St., Santa Paula, CA 93060 (805) 933-0895
- Clinicas del Camino Real, Inc., Ventura 200 S. Wells Rd. Suite 100, Ventura, CA 93004 (805) 647-6322
- Clinicas del Camino Real, Inc. Corporate Office 200 S. Wells Rd. Suite 200, Ventura, CA 93004 (805) 659-1740
- Clinicas del Camino Real, Inc., Simi - Madera 1424 Madera Road, Simi Valley, CA 93065 (805) 522-5722
- Clinicas del Camino Real, Inc., Moorpark 4279 Tierra Rejada, Moorpark, CA 93021 (805) 222-2323



AVISO ACERCA DE LAS PRACTICAS DE PRIVACIDAD

ESTE AVISO DESCRIBE DE QUE MANERA CLINICAS DEL CAMINO REAL, INC. PUEDE UTILIZAR Y REVELAR LA INFORMACION MEDICA REFERENTE A SU PERSONA Y DE QUE MANERA USTED PUEDE OBTENER ACCESO A DICHA

POR FAVOR LEA ESTA INFORMACION CUIDADOSAMENTE.

Si tiene alguna pregunta sobre este aviso, por favor pida hablar con el oficial de privacidad en cualquiera de nuestras clinicas.

Este aviso describe las practicas de privacidad que siguen nuestros empleados, y el personal de esta clinica.

Este aviso es aplicable a la informacion y expediente medicos que esta clinica mantiene relacionados con su atencion medica, estado de salud, y otros servicios que recibe en esta clinica.

Por ley estamos obligados a proveerle este aviso. Este aviso le informa como utilizaremos o revelaremos su informacion medica y describe sus derechos y nuestras obligaciones sobre el uso y divulgacion de esa informacion.

En nuestra clinica diferente personal comparte y divulga information a otras personas que no trabajan en nuestra clinica en la coordination de su atencion medica, como llamadas telefonicas a su farmacia para su receta medica, o para hacer una cita con el laboratorio, o para ordenar sus rayos-x. Miembros de su familia u otros proveedores medicos pueden ser parte de su cuidado medico y pueden solicitar information sobre usted que nosotros mantenemos.

Para Pago. Nosotros le solicitamos el pago a su plan de seguro medico. Los planes de seguro medico necesitan information que nosotros poseemos acerca de su atencion medica. La information proporcionada a los planes de salud puede incluir sus diagnostics, intervenciones realizadas o atencion recomendada.

Para Tramites de Atencion Medica. Utilizamos sus expedientes medicos para evaluar la calidad y mejorar los servicios. Podriamos utilizar y revelar expedientes medicos para estudiar la capacidad y rendimiento de nuestro personal medico o para capacitar a nuestro personal.

Citas. Se le hara una llamada de cortesia para recordarle de su proxima cita medica en esta clinica.

Para Tratamiento. Le podriamos informar de tratamientos alternativos o beneficios adicionales que le podrian interesar.

Productos y Servicios Relacionados con la Salud. Le podriamos informar sobre productos o servicios que le podrian interesar.

Por favor informenos si no desea que le llamen recordandole de su cita o si no desea recibir information sobre tratamientos alternativos o productos l servicios relacionados con su atencion medica. Avisenos por escrito a la direction en este folleto si no desea recibir este tipo de information, y nosotros no utilizaremos o divulgaremos su information con esos propositos.

Su revocation entrara en vigor cuando recibamos su aviso por escrito, pero no estara vigente para usos o divulgaciones antes de la fecha indicada. Si usted revoca su consentimiento, no tendremos permiso para utilizar o divulgar su information medica para propositos de tratamiento, pagos, o para tramites de atencion de salud, y tal vez nos veamos obligados a descontinuar su atencion medica y tratamientos.

Situaciones Especiales. Podriamos utilizar y divulgar su information medica sin su autorizacion en los siguientes casos:

Amenazas Serias a la Salud o Seguridad. Nuestra clinica puede utilizar y divulgar su information medica cuando sea necesario para disminuir o prevenir una seria amenaza a su salud y seguridad, o la salud y seguridad de otro individuo o del publico en general.

Divulgation Reguerida por la Lev. Esta clinica utilizara y divulgara su information medica cuando las leyes federales, estatales, o locales nos obliguen a hacerlo.

Investigaciones. Puede ser que nuestra clinica utilice y divulgue information medica para propositos de investigation en ciertas circunstancias limitadas. Obtendremos su autorizacion por escrito para utilizar su information medica para propositos de investigation.

Donation de Organos v Tejidos. Nuestra clinica puede revelar su information medica a organizaciones que manejan la adquisicion o el transplante de organos, ojos o tejidos, incluyendo los bancos de donaciones de organos, como sea necesario, para facilitar la donacion y el transplante de organos o tejidos si usted es un donante de organos.

Militares. Veteranos, Seguridad National v de Inteligencia. Nuestra clinica puede divulgar su information medica si usted es un miembro de la Fuerzas Armadas de EE.UU. o de otro pais (incluyendo veteranos) y si es requerido por las autoridades apropiadas.

Compensacion al Trabajador. Nuestra clinica puede revelar su informacion medica al programa de compensation al trabajador o a programas similares. Estos programas proveen beneficios si se lastima en el trabajo.

Riesgos de Salud Publica. Nuestra clinica puede divulgar su informacion medica a la autoridad de salud publica que estan autorizadas por la ley para recaudar Informacion con el proposito de mantener registros vitales, tales como nacimientos y fallecimientos, reportar abuso o abandono de ninos o adultos, prevenir o controlar una enfermedad, lesion, o incapacidad, reportar reacciones a ciertas drogas o problemas con productos o aparatos.

Actividades de Vigilancia de Salud. Nuestra clinica puede divulgar su informacion medica a una agencia de vigilancia de la salud para actividades autorizadas por la ley. Actividades de vigilancia pueden incluir, por ejemplo, investigaciones, inspecciones, auditorias, encuestas, acciones de licenciamiento y disciplinarias, procedimientos o acciones civiles, administrativas o criminales u otras actividades necesarias para que el gobierno vigile programas gubernamentales, acatamiento a las leyes de los derechos civiles y del sistema del cuidado de la salud en general.

Litigos legates v Tramites Similares. Es posible que nuestra clinica utilice y divulgue su informacion medica al responder a una orden de la corte o administrativa, si usted esta involucrado en una demanda legal o un proceso similar.

Cumplimiento con la Lev. Podemos revelar su informacion medica si es solicitado por un oficial del cumplimiento de la ley, en respuesta a la justification, mandato, orden o citation judicial o algun tramite legal similar.

Pacientes Fallecidos. Nuestra clinica puede revelar su informacion medica a un examinador medico o pesquisidor para identificar al individuo fallecido o para identificar la causa de muerte.

Familia y Amistades. Nuestra clinica puede revelar su informacion medica a miembros de su familia o amistades si obtenemos un acuerdo verbal de usted.

Por ejemplo, nosotros revelaremos informacion relacionado con su atencion medica a su esposo(a) si esta en el cuarto de examination con usted y el tratamiento o resultados son discutidos.

En ocasiones cuando no puede dar su consentimiento (debido a que no este presente o por incapacidad o por una emergencia medica) podremos usar un juez para que determine si la divulgation de su informacion medica es la mejor option. En ese caso, divulgaremos su informacion medica relacionada a su cuidado medico.

OTROS USPS Y DIVULGACIONES DE SU INFORMACION MEDICA

No utilizaremos o divulgaremos su informacion medica para otros propositos mas que los identificados previamente. Tendremos que obtener una autorizacion separada de su consentimiento para utilizar y divulgar su informacion medica. Usted puede revocar la autorizacion, por escrito, en cualquier momento. Si usted revoca esa autorizacion, nosotros no podremos utilizar o divulgar su informacion medica por las razones en la autorizacion, y tampoco podremos tomar los usos y divulgaciones ya autorizadas por usted.

Si tenemos informacion relacionado al SIDA o Abuso de sustancias toxicas en nuestro poder, no podemos divulgar esa informacion sin algun tipo de documento por escrito(diferente a la autorizacion y el consentimiento ya mencionados) firmado por usted. La unica manera que nosotros pudieramos divulgar informacion medica de su persona, es si usted y nosotros firmamos un consentimiento y una autorizacion especial.

¿Qué ocurre cuando otra persona toma las decisiones sobre mi tratamiento?

Se aplican las mismas reglas a cualquier persona que tome decisiones sobre la atención de su salud en su nombre, sea un representante para atención médica, un sustituto cuyo nombre la haya dado usted a su doctor, o una persona designada por un tribunal para tomar decisiones en su nombre. Todas estas personas deben seguir sus **Instrucciones sobre atención médica** o, si no las hubiera, sus deseos generales sobre el tratamiento, incluyendo interrumpirlo. Si se desconocen sus deseos con respecto al tratamiento, el sustituto debe tratar de determinar qué es lo más conveniente para usted.

Las personas que le proporcionan atención médica deben respetar las decisiones de su representante o sustituto, a menos que un tratamiento solicitado constituya una práctica médica inadecuado o ineficaz para ayudarlo. Si esto causa un desacuerdo que no puede ser resuelto, el proveedor debe hacer un esfuerzo razonable por encontrar otro proveedor de atención médica que se haga cargo de su tratamiento.

¿Aún se me tratará si no preparo directives por anticipado?

Por supuesto. De todos modos recibirá tratamiento médico. Sólo queremos que sepa que si llega a estar demasiado enfermo como para tomar decisiones, otra persona tendrá que tomarlas por usted. Recuerde que:

➤ Un poder de **representación para atención médica** le permite nombrar un representante que tome las decisiones por usted. Su representante puede tomar la mayoría de las decisiones médicas – no sólo las que se refieran a un tratamiento para mantenerlo con vida – cuando usted no puede hablar por usted mismo. También puede permitir que su representante tome las decisiones antes, si lo desea.

➤ Puede crear una **Instrucción sobre atención médica personal** escribiendo sus deseos relacionados con la atención de su salud, o hablando con su doctor y pidiéndole que anote sus deseos en su expediente médico. Si sabe que querrá o no querrá recibir ciertos tipos de tratamiento, una

➤ Estos dos tipos de **Directivas por anticipado sobre la atención de la salud** se pueden utilizar juntas o por separado.

¿Cómo puedo obtener más información sobre la preparación de directives por anticipado?

Pídale a su doctor, enfermera, trabajador social, o proveedor de atención médica que le proporcionen más información. Puede solicitarle a un abogado que redacte las directives por anticipado por usted, o puede preparar directives por anticipado completando los espacios en blanco de un formulario.



SU DERECHO A TOMAR DECISIONES SOBRE SU TRATAMIENTO MEDICO



- Este folleto explica su derecho a tomar decisiones sobre la atención de su salud y cómo puede hacer planes ahora para su atención médica, en caso de que en el futuro no pueda hablar por usted mismo.
- Una ley federal requiere que le demos esta información. Esperamos que ésta le ayude a tener un mayor control sobre su tratamiento médico.

El derecho de elegir su proveedor de salud

Como paciente de Clinicas del Camino Real, Incorporated (Clinicas) necesidades especificas usted tiene el derecho de elegir su proveedor de atención primariade salud (PCP). Aseguraremos que tenga acceso a servicios de salud de calidad que sean apropiados para sus. En caso de que éste completamente satisfecho con su PCP activo dentro de Clinicas usted tiene el derecho a solicitar otro PCP. Se revisará su solicitud y se realizarán todos los intentos posibles para complacer su solicitud.

¿Quién toma las decisiones sobre mi tratamiento?

Sus doctores le darán información y lo aconsejarán sobre el tratamiento. Usted tiene derecho a elegir. Puede decir "Sí" a los tratamientos que quiera recibir. Puede decir "No" a cualquier tratamiento que no quiera recibir, aunque éste pudiera prolongarle la vida.

¿Cómo sabré que quiero?

Su doctor debe darle información sobre su problema médico y sobre qué pueden hacer por usted distintos tratamientos y métodos para aliviar el dolor. Muchos tratamientos tienen "efectos secundarios." Su doctor debe ofrecerle información sobre los problemas que probablemente le causará el tratamiento médico.

Con frecuencia, más de un tratamiento podría ayudarle, y las personas tienen diferentes opinions sobre cuál es el mayor. Su doctor puede decirle qué tratamientos están disponibles en su caso, pero él o ella no puede elegir por usted. Esa elección es suya y depende de qué es importante para usted.

¿Otras personas pueden ayudarme a tomar las decisiones?

Sí. Los pacientes a menudo recurren a sus familiares y amigos cercanos para que los ayuden a tomar decisiones médicas. Estas personas pueden ayudarle a pensar en las opciones a las que se enfrenta. Puede pedirle a los doctores y enfermeras que hablen con sus familiares y amigos. Ellos pueden hacerles preguntas a los doctores y enfermeras por usted.

¿Puedo elegir a un familiar o amigo para que tome las decisiones sobre las atención de mi salud en mi nombre?

Sí. Puede decirle a su doctor que desea que otra persona tome las decisiones sobre la atención de su salud por usted. Pídale al doctor que anote a esa persona como su "sustituto" para la atención de su salud en su historia clínica. El control de su sustituto sobre las decisiones médicas rige sólo durante el tratamiento de su enfermedad o lesión actual o, si se encuentra en un centro médico, hasta que abandone el centro.

¿Qué sucede si estoy demasiado enfermo como para tomar mis propias decisiones sobre la atención de mi salud?

Si no ha nombrado un sustituto, su doctor le pedirá a su familiar o amigo más cercano que esté disponible que le ayude a decidir qué es lo mejor para usted. La mayoría de las veces esto resulta. Pero en ocasiones no todos están de acuerdo en qué hacer. Por eso es conveniente que usted diga con anticipación qué desea que ocurra si en el futuro no puede hablar por usted mismo.

¿Debo esperar hasta enfermo para expresar mis deseos sobre la atención de mi salud?

No. De hecho, es mejor que elija antes de estar muy enfermo o tener que ingresar a un hospital, clínica de recuperación, u otro centro de atención médica. Puede utilizar **Directivas por anticipado sobre la atención de la salud** para decir *quién* desea que hable por usted y *qué* tipo de tratamientos quiere. Este documento se llama "por anticipado" porque usted lo prepara antes de que sea necesario tomar decisiones sobre la atención de su salud. Se llaman "directives" porque indican quién hablará en su nombre y qué debe hacer.

En California, la parte de las directivas por anticipado en la que puede nombrar a un representante que tome las decisiones sobre la atención de salud se llama **Poder de representación para atención médica**. La parte en la que expresa que quiere que se haga se llama **Instrucción sobre atención médica personal**.

¿Quién puede preparar directives por anticipado?

Usted puede hacerlo si tiene 18 años de edad o más y es competente para tomar sus propias decisiones médicas. No necesita un abogado.

¿A quién puedo nombrar mi representante?

Puede elegir a un familiar adulto o a cualquier otra persona en la que confíe para hablar en su nombre cuando se deban tomar decisiones médicas.

¿Cuándo comienza mi representante a tomar las decisiones sobre mi atención médica?

Generalmente, el representante para la atención de la salud sólo tomara decisiones a partir del momento en que usted pierda la capacidad de hacerlo por usted mismo. Sin embargo, si lo

prefiere, puede indicar en el **Poder de presentación para atención médica** que desea que el representante comience a tomar las decisiones inmediatamente.

¿Cómo sabe mi representante cuáles serían mis deseos?

Después de elegir a su representante, hable sobre sus deseos con esta persona. A veces, las decisiones sobre el tratamiento son difíciles de tomar, y realmente ayuda mucho si su representante sabe qué quiere usted. También, puede escribir sus deseos en sus directives por anticipado.

¿Qué ocurre si no deseo nombrar un representante?

De todos modos puede escribir sus deseos en sus directives por anticipado sin nombrar un representante. Puede decir que quiere que su vida se prolongue lo más posible. O puede decir que no quisiera recibir ningún tratamiento para prolongar su vida. Además, pueda expresar sus deseos con respecto a la utilización de tratamientos para aliviar el dolor u otro tipo de tratamiento médico.

Aunque no haya llenado una **Instrucción sobre atención médica personal**, puede conversar sobre sus deseos con su doctor, y pedirle que incluya estos deseos en su historia clínica. O puede conversar sobre sus deseos con sus familiares o amigos. Pero probablemente será más fácil cumplir sus deseos si los escribe.

¿Qué pasará si cambio de opinión?

Puede modificar o anular sus directives por anticipado en cualquier momento, en tanto pueda comunicar sus deseos. Para cambiar a la persona que desea que tome las decisiones sobre la atención de su salud, debe firmar una declaración o decírselo al doctor a cargo de su atención.

Tenga Acceso a Su Información de Salud Usando el PORTAL DEL PACIENTE DE CLINICAS



COMUNIQUESE Y COLABORE

Comuníquese de forma segura con su equipo de atención de salud para hacer y resolver preguntas.



VER LOS RESULTADOS DE LABORATORIO

Tenga acceso a la mayoría de resultados de laboratorio en cuanto estén listos.



RENUEVE SUS PRESCRIPCIONES

Renovar su prescripción de medicamentos es tan fácil como hacer clic en un botón.

INSTRUCCIONES PARA ACTIVAR SU PORTAL DEL PACIENTE

Solo se necesita un momento para inscribirse en el Portal del Pacientes de Clínicas del Camino Real, Inc. (Clínicas). Recibirá un número PIN por mensaje de texto y/o correo electrónico. Si no puede localizar su PIN, llame al (805) 647-6353 para obtener otro.

La manera en que se inscribe depende en si es nuevo usuario del Portal del Paciente de Clínicas (ya sea como paciente o persona autorizada por el paciente).

- ✓ Si es nuevo paciente y/o persona autorizada y **NUNCA** se ha inscrito al Portal del Paciente de Clínicas siga las instrucciones #

1

- ✓ **SI YA SE HA INSCRITO** en el Portal del Paciente de Clínicas como paciente y/o persona autorizada por un paciente siga las instrucciones # **2**

1

NUEVO al Portal del Paciente de Clínicas (como paciente o persona autorizada por el paciente para acceder a su información de salud)

Conéctese al portal mediante una de las siguientes opciones:

- o Haga clic en el enlace que se le envió a través de un mensaje de texto y / o correo electrónico.
- o Abra su navegador de internet y vaya a página web: <https://patientportal.clinicas.org>
- Si se conectó usando la página web, haga clic en **"Crear Una Cuenta Nueva"**
- Si se conectó usando el enlace que se le envió por mensaje de texto y/o correo electrónico, lea el mensaje de bienvenida y haga clic en **"Comencemos"**
- Revise los Términos y Condiciones y desplácese hasta la parte inferior de la pantalla (**Nota: Los Términos y Condiciones aparecen primero en inglés y después en español.**)
 - o Al inferior de la pantalla, haga clic en la casilla que indica **"Soy mayor de 18 años"**
 - o Haga clic **"Acepto"**
- Indique si tiene un número de PIN y haga clic **"Si"**.
- Introduzca su número PIN y haga clic en **"Siguiente"** (si siguió el enlace de texto o correo electrónico, el número PIN aparecerá automáticamente)
- Lea y confirma su identidad y haga clic **"Siguiente"**

- Introduzca y confirme su dirección de correo electrónico o número de celular y haga clic en **"Siguiente"**
- Cree un nombre de usuario siguiendo las instrucciones en pantalla y haga clic en **"Siguiente"**
- Cree una contraseña siguiendo las instrucciones en pantalla y haga clic en **"Siguiente"**
- Elija una pregunta de seguridad, proporcione una respuesta y haga clic en **"Siguiente"**.
- ¡Ya está todo listo!
 - o **"Haga un recorrido"** (que se encuentra en la esquina superior derecha debajo de su nombre) o vaya a la página de inicio.
 - o Descargue la aplicación para usar con su teléfono **iPhone o Android**

2

Ya inscrito en el Portal del Paciente de Clínicas (como paciente o persona autorizada por otro paciente) y también será persona autorizada para el paciente que está inscribiendo.

- Tenga el mensaje de texto o invitación de correo electrónico disponible, incluyendo el número PIN del paciente.
- Abra su navegador de internet y vaya a página web: <https://patientportal.clinicas.org>
- Introduzca su nombre de usuario y contraseña y haga clic en **"Iniciar Sesión"**
- Haga clic en la flecha que se encuentra en la esquina superior izquierda debajo de su nombre y haga clic en **"Conectarse con el Paciente Nuevo"**
- Introduzca el número de PIN para el paciente que está inscribiendo.
- Conteste las preguntas de confirmación al proporcionar el nombre, apellido y fecha de nacimiento del paciente que está registrando. Haga clic en **"Siguiente"**
- Confirme su identidad y haga clic en **"Siguiente"**
- Verifique la información demográfica del paciente que está registrando y haga clic **"Siguiente"**
- ¡Ya está todo listo! Ya puede ver la información de salud del paciente.

Algunas restricciones aplican para ver ciertos resultados de laboratorio. Pacientes de 12 a 17 años no tendrán acceso al portal.

MR# _____

Gracias por elegir a Clínicas del Camino Real, Inc. (CDCR) como su proveedor de atención médica. Tenemos el compromiso de proporcionar servicios de atención médica compasivos y profesionales a todos nuestros pacientes. Como parte de los servicios que ofrecemos, hemos establecido una póliza financiera diseñada para clarificar las pólizas de pago de nuestro consultorio. La persona responsable del pago debe leer y firmar este formulario.

PAGO

Debe realizarse la totalidad del pago en el momento del servicio. Aceptamos efectivo, cheques y tarjetas de crédito (Visa, Mastercard, Discover, American Express). Hay un cargo de \$50 para todos los cheques devueltos. El adulto que acompañe a un menor (o tutor del menor) es responsable de la totalidad del pago.

PROGRAMAS ESPECIALES

Es posible que usted sea inscrito en programas especiales para ayudar a reducir el costo de los servicios. Usted será responsable del pago de cualquier servicio no cubierto.

SEGURO

Todos los pacientes deben aportar prueba válida y actualizada de cobertura de seguro. Por favor, avísenos de cualquier cambio en la cobertura de seguro antes del momento del servicio.

Participamos con la mayoría de los seguros, pero es responsabilidad de usted comprobar si estamos cubiertos por su plan de seguro específico. Como servicio de cortesía hacia usted, facturaremos a su seguro. Se enviará un estado de cuenta a la persona responsable del pago de los servicios por cualquier saldo restante no pagado por el seguro, incluyendo servicios denegados por ser no razonables o necesarios, o no cubiertos. Su póliza de seguro es un contrato entre usted y su compañía de seguros; por lo tanto, usted tendrá que contactarlos si no está de acuerdo con cualquier denegación de pago.

TARIFAS USUALES Y ACOSTUMBRADAS

Cobramos a los clientes lo usual y acostumbrado para nuestra área. Usted es responsable del pago, independiente de la determinación arbitraria de tarifas usuales y acostumbradas por parte de su compañía de seguros.

POLÍTICA SOBRE SALDOS PENDIENTES

Se enviará por correo un estado de cuenta y debe realizarse la totalidad del pago al recibirlo. Cualquier saldo vencido a los 120 días se remitirá a una agencia de cobro y/u oficina de crédito. La agencia añadirá cargos por intereses, que deberán pagarse a la agencia. En caso de divorcio o padres separados, la persona responsable deberá pagar cualquier saldo restante. Clínicas no participará en disputas entre padres que tengan o no tengan la custodia.

CITAS

Ayúdenos a atenderle mejor cumpliendo las citas programadas. Si no puede acudir a la cita, por favor, contáctenos para cambiarla al menos 24 horas antes de su cita.

AUTORIZACIÓN PARA REVELAR INFORMACIÓN MÉDICA Y ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS

Por el presente autorizo a CDCR, Inc. a que comparta cualquier información necesaria a mis compañías de seguros respecto a mi tratamiento y condición, según sea necesario para determinar los beneficios del plan y para procesar el pago de reclamos de seguro. Autorizo el pago directo a CDCR de servicios que de lo contrario deberían pagárseme a mí.

He leído el Reglamento Financiero, lo entiendo y estoy de acuerdo con él.

X _____
EN LETRA DE MOLDE Nombre de la persona responsable del
pago

X _____
Firma del paciente o Persona responsable del pago y FECHA



Patient Name: _____

MR #: _____

CONSENTIMIENTO PARA INFORMAR A INDIVIDUOS/MIEMBROS DE FAMILIA SOBRE SU INFORMACION DE SALUD

El estado de California exige que información de salud sólo se comparta con el paciente o representante legal. De acuerdo con esta ley, se requiere que todos los empleados de Clínicas del Camino Real, Inc. firmen una Declaración Confidencial anualmente que indica que van a mantener la información de salud de cada paciente en la más estricta confidencialidad.

El personal y/o los proveedores de salud no pueden revelar información de salud a individuos/miembros de familia de los pacientes sin el permiso del paciente o del representante legal.

Si desea autorizar a nuestro personal comunicar información de salud general sobre usted, a algún individuo/miembro de familia, por favor indique el nombre, teléfono y la relación de estas personas en el espacio siguiente.

Información general excluye la discusión de las enfermedades de transmisión sexual, servicios de pruebas y/o resultados sobre el VIH (virus del SIDA), servicios relacionados con el embarazo, drogas y alcohol, y de salud psiquiátrica/mental.

Nombre: _____ Tel: _____ Relación: _____

Nombre: _____ Tel: _____ Relación: _____

Nombre: _____ Tel: _____ Relación: _____

☐ **No** autorizo a Clinicas del Camino Real, Inc. a comunicar información concerniente a mi cuidado médico a ninguna persona.

Autorizo a Clinicas del Camino Real, Inc. a compartir verbalmente información general sobre mi salud con la(s) persona(s) mencionada(s) anteriormente. Esta autorización reemplazará cualquier autorización previa.

Firma del paciente o individual legalmente autorizado

Fecha

Firma del Testigo

Fecha

Nombre de Paciente: _____

Fecha de Nacimiento: _____ MR#: _____

CONSENTIMIENTO DE COMUNICACIONES ELECTRÓNICAS

Clínicas del Camino Real, Inc. (Clínicas) se complace en proporcionar formas adicionales para comunicarse con sus pacientes al proporcionarles acceso a sus registros médicos a través del nuevo Portal del paciente y / o el Sistema de Confirmación de Citas. Necesitaremos su consentimiento para enviarle notificaciones por correo electrónico o mensaje de texto relacionadas con el portal del paciente / sistema de confirmación de citas. ***Tenga en cuenta que el acceso al portal y el sistema de confirmación de citas no está disponible para pacientes de 12 a 17 años.***

Para cada sección, indique si acepta o rechaza:

PORTAL DEL PACIENTE (Recibirá notificaciones por correo electrónico y / o mensaje de texto.)

☐	Doy mi consentimiento para participar en el portal del paciente.	☐	Me niego a participar en el portal del paciente.
--------------------------	--	--------------------------	--

_____ Deseo otorgar acceso a la siguiente persona para que tenga acceso al mi portal del paciente.

Primer Nombre/Apellido: _____ Celular: _____
 Fecha de Nacimiento: _____ Correo Electronico: _____
 Relacion: _____

SISTEMA DE CONFIRMACIÓN DE CITAS (Recibirá mensaje de texto solamente)

☐	Doy mi consentimiento para participar en el Sistema de Confirmación de Citas.	☐	Me niego a participar en el Sistema de Confirmación de Citas.
--------------------------	---	--------------------------	---

Entiendo que soy responsable de informar a Clínicas por escrito sobre cualquier cambio en el número de teléfono celular y la del correo electrónico. Entiendo que Clínicas no cobra por este servicio, pero las tarifas estándar de mensajería de texto pueden aplicarse según su plan de teléfono celular (póngase en contacto con su proveedor para obtener precios y detalles sobre su plan).

Entiendo que el mensaje de texto y correo electrónico no es un formato seguro de comunicación. Existe cierto riesgo de que la información de salud u otra información sensible o confidencial contenida en dicho texto/correo electrónico puedan ser mal dirigidas, divulgada o interceptada por terceros no autorizados. La información incluida en los mensajes de texto puede incluir su nombre, fecha/hora de citas, nombre del médico y número de teléfono del médico, u otra información pertinente.

Firma del Paciente/Persona Responsable

Fecha

For Office Use Only

(Patient Portal Proxy's Only): Proxy name and information must be manually added in Staff Portal in order to send a portal invite. Employee name and date confirms this task has been done.

Staff Name

Date