

***¡Bienvenidos y Gracias por Escoger al Valley View Health Center!***

Por favor tome tiempo en llenar esta forma lo más preciso posible. La confidencialidad de su información de salud está protegido de acuerdo con protecciones federales para la privacidad de información de salud bajo el Acta de Responsabilidad y Portabilidad de Aseguración de Salud (HIPPA). Notará que hacemos preguntas acerca de su raza, etnicidad, género, e identidad sexual. Les hacemos estas preguntas a todos los pacientes. Hacemos esto para revisar el tratamiento que todos los pacientes reciben y asegurarnos de que su clínica está proveyendo cuidado cultural informativo. Valley View reporta información demográfica, financiera y de salud no identificable a organizaciones de las cuales recibimos subsidio para evaluar en general la salud de nuestra comunidad. Sus identificaciones personales no son proveídas a estas organizaciones. Por favor entienda que el nombre legal y género escrito en la sección de contacto del paciente es para propósitos de aseguranza y deben ser utilizados en documentos pertinentes a la aseguranza y facturación. ¡Gracias!

**Información de Contacto del Paciente**

Nombre legal (Apellido, 1º, 2º):	Fecha de Nacimiento:
Seguro Social #:	Género:
Celular:	Correo Electrónico:
	Teléfono de casa:

**Persona A Quien Contactar en Caso de Emergencia**

Nombre:	Teléfono:	Parentesco:
Nombre:	Teléfono:	Parentesco:

**Individuo Responsable por el Pago**

Igual que la información de contacto del paciente

Nombre (Apellido, Primero, Segundo):	Fecha de Nacimiento:
Parentesco con el paciente:	NSS:
	# de Teléfono:
Dirección Postal:	

**Póliza de Cancelaciones de Citas**

- Si llega más de **10 minutos** tarde a su cita, **puede que** le pidan que re programe su cita.
- Por favor provea **por lo menos 24 horas de trabajo de aviso** para cancelar o reprogramar una cita.
- Citas canceladas con menos de 24 horas de aviso se notarán como “cancelación de corto aviso”.
- Si tiene **2 citas perdidas/cancelaciones de corto aviso dentro de 6 meses. Puede perder el derecho de programar citas por hasta seis meses.** Aun habrá cuidado disponible para cualquier paciente en estado de Standby. Estado de Standby significa que el paciente debe llegar antes de las 8am y esperar a que haya una cita disponible.

**Entiendo la póliza de cancelación de citas de Valley View.**

**Iniciales aquí \_\_\_\_\_**

**Peticiones de la oficina administrativa**

- Por favor presente su tarjeta de aseguranza **actual** cuando se registre para su cita.
- Pago o copago es esperado al momento de servicio a menos que se hayan hecho arreglos previos.
- Niños menores de 18 años deben ser acompañados por un padre/guardián que se quede en la clínica durante la cita. Menores de edad (menos de 18 años) no se pueden dejar en la sala de espera sin un adulto supervisando.
- **Aseguranza, DSHS y otras asistencias son un acuerdo entre usted y la compañía de aseguranza u organización. USTED es responsable por pagos no cubiertos.**

**Autorización para Pagar Beneficios a Valley View Health Center**

Por este medio autorizo pagos directamente a Valley View Health Center por beneficios que he recibido. Entiendo que soy financieramente responsable por servicios no pagados por la aseguranza u otras agencias de pago a Valley View Health Center.

**Iniciales aquí \_\_\_\_\_**

**Acepto pagar mi copago en cada visita.**

**Iniciales aquí \_\_\_\_\_**

**Autorización para Divulgar Información**

Por este medio autorizo la divulgación de toda información acerca de mí mismo/a o cualquiera de mis dependientes lo cual puede tener relación con los beneficios pagados bajo este o cualquier otro plan que provea beneficios de servicio. Una copia de esta autorización es válida tal como la original.

**Iniciales aquí \_\_\_\_\_**

**Certifico que toda la información proveída es correcta y verdadera.**

**X** \_\_\_\_\_ **Fecha** \_\_\_\_\_

FIRMA DEL PACIENTE/GUARDIAN o Testigo (Si el paciente adulto no puede firmar)



**HISTORIA DE SALUD**

Nombre de Paciente:	Fecha de nacimiento:	Fecha:
---------------------	----------------------	--------

Fecha de Último Examen Médico:

Médico:

Teléfono de la oficina:

**Sección 1**

	Si	No
Está tomando medicamento(s) incluyendo medicina sin receta? Si es así, que está tomando?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Es usted alérgico a algún medicamento o tiene otras alergias que tenemos que ser conscientes de?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Esta bajo tratamiento médico actualmente? Si es así, por que razón?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ha sido hospitalizado? Si esa si, por qué razón?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Usa tabaco?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tiene o ha tenido alguna vez un problema con el abuso de alcohol o drogas? Si es así, por favor de explicar:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tiene tos persistente o claro de la garganta no asociada a una enfermedad conocida (mas de 3 semanas de duracion)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>MUJERES SOLAMENTE</b>		
a) Esta embarazada o cree que pudiera estar embarazada?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b) Esta dando pecho?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c) Esta tomando pastillas anticonceptivas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Sección 2**

Tiene o ha tenido usted alguno de los siguientes?

Si	No	Si	No	Sí	No
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Ataque al corazón		Problemas respiratorios		Diabetes
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Enfermedades del corazón		Alergias/fiebre del heno		Enfermedad del riñón
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Soplo cardiaco		Cáncer		Reciente perdida/aumento de peso
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Embolia Cerebral		Radioterapia		Epilepsia o Convulsiones
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Angina-p. ej. Dolor de Pecho		Quimioterapia		Desmayos
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Marcapasos Cardiaco		Leucemia		Glaucoma
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Válvula de Corazón Artificial		Transfusión de Sangre		Artritis
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Presión sanguínea alta		Sangrado Anormal		Reemplazo o Implante de Articulación
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	SIDA o infección de VIH		Anemia		Problemas Estomacales/Ulceras
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Enfermedad Transmitida Sexualmente		Hemofilia		Adicción a Drogas
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Asma		Hepatitis <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C		Tobillos Hinchados
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Emphysema		Enfermedad del Hígado		Tratamiento Psiquiátrico
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Sinusitis		Tuberculosis		Ansiedad
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Problemas de Tiroides		Fiebre Reumática		Problemas Emocionales

**Comentarios:**



### Sección 3

#### HISTORIA DENTAL

Fecha de última visita dental:

	Yes	No
Sus encías sangran cuando se cepilla o usa el hilo dental?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sus dientes son sensibles a líquidos fríos o calientes?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sus dientes son sensibles a comidas/líquidos dulces o amargos?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Siente dolor en cualquiera de sus dientes?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tiene cualquier lesión o bulto en o alrededor de su boca?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ha sufrido heridas en la cabeza, cuello o quijada?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tiene dolores de cabeza frecuentes?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Rechina o aprieta sus dientes?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Muerde sus labios o mejillas con frecuencia?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ha tenido experiencia con cualquiera de lo siguiente?		
<input type="checkbox"/> Tronido en la quijada <input type="checkbox"/> Dolor (de artículos, oído, o lado de la cara) <input type="checkbox"/> Dificultad en abrir/cerrar la boca <input type="checkbox"/> Dificultad para masticar		
Ha tenido tratamiento de ortodoncia?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ha tenido sangrado prolongado después de extracciones?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ha recibido instrucciones sobre el correcto método de cepillarse sus dientes?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ha recibido instrucciones sobre el cuidado de sus encías?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## Responsabilidad Financiera del Paciente

Estamos dedicados a proveer el mejor cuidado posible para usted y queremos que entienda completamente nuestras expectativas financieras. Como cortesía, le cobraremos a su aseguradora basado en la información que usted nos dé. Si no tiene aseguradora de salud, esperamos que usted pague el balance completo por los servicios que reciba.

Pago es requerido en el momento de servicio, incluyendo co-pagos, deducibles, cuotas de servicio, y/o cualquier servicio que no sea cubierto. Aceptamos efectivo, cheques, tarjetas de débito, y la mayoría de tarjetas de crédito principales. Si usted es incapaz de pagar al momento de servicio, arreglos de pago deben hacerse sin ninguna cuota administrativa adicional.

Le enviaremos un estado de cuenta por cualquier balance adicional que usted deba. Todos los balances de cuenta deben pagarse dentro de 30 días de la fecha incluida en el estado. **Si no es capaz de pagar el balance completo en esa fecha, debe contactar a nuestro Especialista en Cuentas de Pacientes al (360) 330-9564 para hablar de otros recursos que posiblemente sean disponibles para usted.** Nos reservamos el derecho de poner cualquier cuenta a base de efectivo. Fallo en hacer pagos o en contactar a nuestro Especialista en Cuentas de Pacientes puede resultar en actividad de colección.

Pagos a su cuenta se pueden hacer por los siguientes métodos:

1. Pago por completo en efectivo, tarjetas de débito, la mayoría de tarjetas de crédito principales, y cheques personales.
2. Plan de pago mensual sin interés que permite que pague su cuenta. Por favor contacte a nuestro Especialista en Cuentas de Pacientes al (360) 330-9564 para hablar de arreglos de pago flexibles.
3. Asistencia Financiera puede estar disponible a pacientes que están pasando por dificultades financieras por todo o parte del cuidado de salud o servicio que recibieron de cualquier Centro de Salud Vista del Valle.
4. Cargos por servicios cubiertos dados a pacientes sin aseguradora pueden calificar para un descuento de personas sin aseguradora.
5. Los cargos por servicios no cubiertos debido a proveedores fuera de la red no acreditados, o no inscritos serán cobrados en su totalidad.
6. Descuento de pago-por-completo en efectivo también está disponible. Por favor contacte a nuestro Especialista en Cuentas de Pacientes al (360) 330-9595 para ver si califica.

\_\_\_\_\_  
Nombre del Paciente (Imprima)

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente, Padre o Guardián

## **Declaracion de Privacidad**

### **Valley View Health Center**

Nuestra oficina se dedica proteger los derechos de privacidad de nuestros pacientes o información confidencial confiados a nosotros. Es un requisito de cada empleado que reciba el entrenamiento apropiado y se dedican al concepto principal que su información de salud nunca debe ser comprometida. Podemos, de vez a vez modificar nuestras políticas de privacidad y practicas pero siempre informar de cualquier cambio que pudiera afectar sus y nuestras obligaciones y derechos.

#### **Protegiendo su información Personal De Salud**

Utilizamos y revelamos la información que obtenemos de usted solamente según lo permitido por la ley de redención de cuentas y la portabilidad del seguro de salud y el estado de Washington.. Esto incluye dediciones referente a su tratamiento, pago, y nuestras operaciones del cuidado médico. Su información personal de salud nunca será dada o revelada a nadie-incluso miembros de la familia – sin el consentimiento o autorización escrita por usted. Usted puede dar la autorización escrita para que divulguemos su información a cualquier persona que usted elige, para cualquier propósito.

Nuestras oficinas y sistemas electrónicas están asegurado contra acceso que no este autorizado y nuestros empleados están entrenado de asegurase de que siempre este protegida la confidencialidad, integridad, y acceso a sus registros. Nuestras políticas de privacidad y practica se aplican a todos los pacientes anteriores, actuales y futuros, así usted puede estar asegurado que su información medica protegida nunca será indebidamente divulgada o liberada.

#### **Colectando Información Protegida de Salud**

Solo solicitaremos la información personal necesitada para proporcionar nuestro estándar de atención médico de calidad, implementar actividades de pago, llevar a cabo operaciones de practica de salud normal y cumplir con la ley.. Esto puede incluir su nombre, dirección; número de teléfono, número de seguro social, datos de empleo, historia médico, expediente de salud, etc. Mientras que la mayoría de la información sea colectada de usted, nosotros podemos obtener la información a partir de los terceros si lo estima necesario. Independiente de la fuente, su información personal siempre será protegida toda la extensión de la ley

#### **Acceso de su Información Protegida de Salud**

Como se declaró anteriormente, podemos divulgar información requerido por la ley. Estamos obligados proporcionar información a la policía y funcionarios gubernamentales bajo ciertas circunstancias. No utilizaremos su información para los propósitos de las comercializaciones o recaudaciones de fondos sin su consentimiento escrito. Podemos utilizar y/o divulgar su información medica para comunicarnos recordatorios de sus citas, incluyendo mensajes, contestadores automáticos, y mensajes postales a menos que nos indica lo contrario. Nunca se utilizara, divulgar, vender, o si no permiten acceso a su información personal, protección a cambio de o recibo de remuneración financieras.

Cualquier incumplimiento de la protección de su información personal medica, incluyendo la adquisición no autorizada, el acceso, uso o divulgación, será investigado a fondo, tratado, y mitigado como indique HIPAA Privacy Rule. Usted tiene el derecho de toda la información relacionado con cualquier violación involucrada a su información personal.

#### **Los Derechos de los Pacientes**

Usted tiene el derecho de solicitar copias de su información de salud y para solicitar una lista de los casos de los cuales nosotros o asociados de nosotros han divulgado su información protegida para las aplicaciones con excepción indicado arriba. Todas peticiones deben estar en escrito. Podemos cobrar para sus copias según como nos permita la ley. Si usted cree que su derechos han sido violados, le urgimos notificación inmediatamente. Usted puede notificar El Departamento De servicios De Salud y Humanos.

Si desea una copia completa de nuestra declaración de practicas de privacidad; por favor pregunte en la recepción.

# Valley View Health Center

Chehalis, Washington 98532

## Reconocimiento del Recibo de la Declaración de Prácticas de Privacidad

Reconozco que he recibido una copia de la Declaración de Prácticas de Privacidad para las oficinas del Centro de Salud Valley View. La Declaración de Prácticas de Privacidad describe los tipos de usos y divulgaciones de mi información de salud protegida que podrían ocurrir en mi tratamiento, pagos por servicios, o en la ejecución de operaciones de atención médica de oficina. La Declaración de Privacidad también describe mis derechos y las responsabilidades y obligaciones de esta oficina en respecto a mi información de salud protegida. La Declaración de Prácticas de Privacidad también está publicada en la instalación.

El Centro de Salud Valley View se reserva el derecho de cambiar las prácticas de privacidad actualmente descritas en la Declaración de las Prácticas de Privacidad. Si las prácticas de privacidad cambian, se me ofrecerá una copia de la declaración de privacidad corregida en el momento de mi primera visita después que las revisiones entren en vigencia. Puedo también obtener una declaración revisada de las prácticas de privacidad solicitando que uno sea enviado a mí o transmitido a mí de otra manera.

### AUTORIZACIÓN DE DIVULGACIÓN ADICIONAL

Además de las divulgaciones permitidas mencionadas en la declaración de prácticas de privacidad, por este medio específicamente autorizo la divulgación de mi información de salud protegida a la(s) persona(s) identificada(s) abajo. (Entiendo que la respuesta por omisión es "NO", sino se indica "SI" como respuesta a cada pregunta individual. Información personal protegida (PHI) no pueda compartirse con nadie a menos que de otra manera sea permitido por las reglas de HIPAA.)

Esposo/Esposa (*Nombre*):  SI  NO

Cualquier Miembro de Mi Familia (*Hijos/as, Esposo/sa de sus Hijos/as, Padres, Nietos/as*)  
(*Nombre y Relación*):  SI  NO

Podemos compartir las vacunas de su hijo/a con la escuela  
(*Nombre de la escuela*):  SI  NO

Otro (*Especifique por favor*):  SI  NO

Nombre del Paciente: Fecha de Nacimiento:

Firma del Paciente: Fecha:

Representante Personal del Paciente (*Por favor escriba su nombre*):

Firma del Representante Personal: Fecha:

Número de Teléfono del Representante Personal:

### DEBAJO DE ESTA LINEA PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE

#### ACKNOWLEDGMENT NOT OBTAINED

Provided Prior to Treatment  YES  NO Date Statement Provided:

Reason for not obtaining patient signature	<input type="checkbox"/>	Needed more time to review Statement of Privacy Practices
	<input type="checkbox"/>	Wanted to consult another person before signing
	<input type="checkbox"/>	Physically unable to sign
	<input type="checkbox"/>	No reason offered
	<input type="checkbox"/>	Other:

**Family Size & Income (Tamaño de Familia e Ingresos)**

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_  
Seguro Social: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
Fecha de hoy: \_\_\_\_\_

El Centro de Salud Valley View recibe fondos en base de la información proporcionada en este formulario. Incluso si usted no está solicitando el descuento, por favor complete la información de **tamaño de familia e Ingresos** para ayudarnos a cumplir nuestros reportes de información. *Gracias!*

**Por favor escriba el nombre de su esposo/a o pareja y sus dependientes, incluso si no está solicitando el descuento.**

Nombre	Relación a usted	Tipo de ingreso	Ingresos brutos mensual
	Yo		
<b>Ingreso total:</b>			

**Nota:** Por favor, incluya la documentación de ingresos para cada adulto en el hogar. Se requieren copias de declaraciones de impuestos, los dos últimos talones de pago, u otra información de ingresos verificado antes de que se apruebe un descuento.

**Muestras de tipo de ingresos:**

- Empleo
- Ingresos de discapacidad
- Desempleo
- Manutención de niños
- Empleado por cuenta propia
- Ahorros
- Seguro Social
- Beneficio de veteranos
- Manutención
- Beca
- Subsidio vivienda
- Subsidio militar
- Apoyó por un familiar ausente
- Remuneración salarial
- Otro
- Asistencia pública/estampillas de comida

**Si su ingreso es de \$ 0, por favor háganos saber cómo cumple sus necesidades básicas.**

**Descuento**

Es la política del Centro de Salud Valley View proporcionar servicios independientemente de la capacidad de un individuo para pagar. El *descuento* se ofrece en función del tamaño de la familia y los ingresos anuales. Por favor complete la información y vuelva a la recepción para determinar si usted o miembros de su familia son elegibles para un *descuento*.

- Yo entiendo que soy responsable por pagos después de calificar para el descuento. Iniciales \_\_\_\_\_
- Yo entiendo que algunos servicios no son cubiertos por este descuento. Iniciales \_\_\_\_\_
- Yo entiendo que cuentas más de 90 días atrasadas pueden ser enviadas a colección. Iniciales \_\_\_\_\_
- Yo entiendo que debo traer pruebas de ingresos dentro de 30 días. Iniciales \_\_\_\_\_

**Certifico que la información de tamaño de familia e ingresos proporcionada es correcta. El Centro de Salud Valley View tiene mi permiso para verificar esta información.** Este formulario debe ser completado cada 12 meses o si su situación financiera cambia.

**Nombre/Guardián:** \_\_\_\_\_ **Firma:** \_\_\_\_\_ **Relación al Paciente:** \_\_\_\_\_

**Uso De Oficina Personal**

Staff Name: \_\_\_\_\_

**Income Verification Provided:**

- Prior year tax return     Two (2) most recent pay stubs     Supporting letter with Manager's initials \_\_\_\_\_  
 Other: \_\_\_\_\_