



Para ayudarnos a brindarle la mejor atención, en Health Service Alliance (HSA) necesitamos conocerlo y pedirle que complete este formulario lo mejor que pueda. Si necesita ayuda para llenar este formulario, por favor pida ayuda a nuestro personal.

Sr. La Sra. Sra. _____
Apellido Nombre Primer Nombre Nombre Preferido

Dirección postal/ Ciudad / Estado/ de código postal Correo electrónico

Fecha de Nacimiento: _____ Edad: ____ Sexo: Hombre Mujer Transgénero Otros: _____

Información de contacto: Casa / Teléfono celular: _____ Otro teléfono: _____

Aceptar texto / correo de voz / correo electrónico: Sí No

Seguridad Social # _____ Marital: Soltero Casado Separado Divorciad Viudo Otros

Identificación racial/étnica: Hispano/Latino Asiático Isleño del Pacífico Indio Americano/Nativo de Alaska Negro/Afroamericano Blanco/Caucásico Otro: _____

Idioma preferido: Inglés Español Cantonés Mandarín Tagalog Vietnamita Otro: _____

Persona para contactar en caso de una emergencia: Nombre: _____

Relación: _____ Teléfono#: _____ Correo electrónico: _____

Ingreso mensual total: _____ Número total de personas en su hogar: _____

Seguro de salud: Ninguno; Seguro Primario: _____ Seguro Secundario: _____

Razón para buscar atención: Salud médica conductual Otros: _____

Preferido Farmacia: _____

Hospital preferido/Fecha de la estancia hospital reciente: _____

Historia social- Por favor, marque todas las casillas que se aplican. Si no se siente cómodo respondiendo, vaya a la siguiente sección.

Historial de salud conductual: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No; en caso afirmativo ¿Alguna vez ha experimentado/buscado tratamiento para: <input type="checkbox"/> Depresión <input type="checkbox"/> Ansiedad <input type="checkbox"/> Abuso de Sustancias Los demás: _____	Nivel de la escuela que completó: <input type="checkbox"/> Menos de grado 12 <input type="checkbox"/> Diploma de escuela secundaria / GED <input type="checkbox"/> universidad <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Certificación profesional <input type="checkbox"/> Otros: _____
Dificultad para abordar las necesidades básicas: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> finanzas <input type="checkbox"/> alimentarias <input type="checkbox"/> vivienda <input type="checkbox"/> Transporte <input type="checkbox"/> Utilidades <input type="checkbox"/> Otros: _____	Historial de encarcelamiento: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Actualmente en libertad condicional <input type="checkbox"/> Actualmente en libertad condicional <input type="checkbox"/> Descargado
Servicio militar: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Servicio activo <input type="checkbox"/> dado de alta	Empleo: <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Desempleado <input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/> jubilado <input type="checkbox"/> Discapacitado Otros: _____

Sí No- Me gustaría hablar con el personal de HSA sobre posibles recursos para cualquiera de las inquietudes anteriores.

Acuse de recibo- Por favor, marque la casilla correspondiente:

- He llenado este formulario lo mejor que he podido y no tengo preguntas sobre este formulario, o
- He llenado este formulario lo mejor que he podido, pero necesito ayuda para entender algunas de las palabras o preguntas en este formulario. Seguiré con el personal de la HSA y/o el médico tratante para obtener respuestas a mis preguntas.

Nombre del paciente: Imprimir Nombre: _____ Firma: _____

Fecha: _____

Solo para el personal:

1. Si el paciente ha marcado alguna casilla en la historia social, por favor verifique con el paciente si desea hablar con el personal sobre los recursos de la comunidad y consulte la gestión de casos según corresponda.
2. Si el paciente no puede dar su consentimiento, por favor pida una copia del documento de poder notarial de atención médica si se completa o una copia de la orden de la corte si el paciente tiene un curador.
3. Si el paciente es menor de edad y puede dar su consentimiento bajo los requisitos legales para la emancipación, por favor solicite una copia de la orden judicial u otra documentación.
4. Si el paciente es menor de edad y puede dar su consentimiento bajo los requisitos legales para la autosuficiencia, por favor haga que el mini complete y firme el formulario para "Menor autosuficiente" (disponible en formularios de HSA o en el Manual de Consentimiento de la Asociación de Hospitales de California).

RECONOCIMIENTO Y CONSENTIMIENTO PARA LOS SERVICIOS DE HSA

Nombre del paciente: _____ Fecha de cumpleaños: _____

La misión de Health Service Alliance (HSA) es brindarle atención médica de calidad, salud conductual y servicios de administración de casos. Nuestro objetivo es garantizar que todos los miembros de nuestra comunidad reciban atención de la manera que mejor se adapte a sus necesidades, independientemente de su religión, etnia, raza o género. Para ayudarlo a servirle mejor, estamos obligados a proporcionarle cierta información y pautas. Por favor, lea la información a continuación y la inicial de cada sección. Si necesita ayuda para comprender esta información, nuestro personal estará encantado de ayudarlo.

_____ **Inicio de Servicios-** Acepto proporcionar la información solicitada al personal de HSA para ayudarlos mejor entender mis necesidades y cooperar lo mejor que pueda con recomendaciones de cuidado.

_____ **Admisiones al hospital / Visitas a la sala de emergencias:** acepto notificar a HSA cada vez que busque atención en un hospital y lo hare proporcionar a mi médico de HSA copias de mis registros hospitalarios.

_____ **Confidencialidad:** entiendo que toda mi información, incluida mi información de atención médica, será se mantiene privado y confidencial a menos que proporcione autorización por escrito para que se comparta con otra persona, excepto cuando mi información debe ser divulgada por razones legales. Estas razones incluyen:

- Una orden judicial requiere que la HSA divulgue información;
- Estoy en peligro de autolesionarme o de dañar a otros;
- Soy una posible víctima de abuso o negligencia.

_____ **Confidencialidad- Abuso de sustancias y / o registros de salud conductual:** Entiendo que esta clínica ofrece una variedad de servicios y debido a esto, el personal puede ver todos mis registros como parte de proporcionar atención de alcance completo. Si tengo preguntas / inquietudes con respecto a esta práctica, discutiré esto con mi proveedor.

_____ **Aviso de Prácticas de Privacidad-Puedo** solicitar una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad que se explica en mayor detalle de mis derechos a la privacidad y cómo puedo acceder a mis registros. Reconozco que las Prácticas de Privacidad están publicadas.

_____ **Descargo de responsabilidad por correo electrónico:** entiendo que, si proporciono a HSA mi dirección de correo electrónico, estoy autorizando esto como una forma de comunicar información médica a mí, a mis representantes y a otros servicios de salud proveedores involucrados en mi caso. Si elijo no permitir este tipo de comunicación, proporcionaré un notificación por escrito para prohibirlo.

_____ **Acceso de emergencia:** HSA tiene servicios de triaje fuera del horario de atención para inquietudes emergentes / urgentes. Yo comprenda que para emergencias que amenazan la vida, llamaré al 9-1-1 o iré a la sala de emergencias más cercana.

RECONOCIMIENTO Y CONSENTIMIENTO PARA LOS SERVICIOS DE HSA

_____ **Términos financieros / Cobertura de seguro y Co-pays-** Entiendo que puedo ser responsable de obtener la autorización del seguro, si es necesario, para mi tratamiento, así como los copagos y deducibles.

HSA me ayudará si no entiendo qué pasos debo tomar y responderá a mis preguntas en cuanto a la cobertura.

_____ **Cancelaciones y citas perdidas-** Entiendo que HSA hace todo lo posible para acomodar mi horario proporcionando horarios de citas y recordatorios. Si me pierdo repetidamente Citas, HSA discutirá con me si una derivación a otro proveedor puede ser más apropiado para mí.

_____ **Tarifas por papeleo:** es posible que tenga documentos que deban completarse por parte de un proveedor de atención médica, y yo comprenda que puede haber una tarifa por esta solicitud. Reconozco que esta es una parte normal de hacer y acuerdan pagar las tarifas esperadas.

_____ **Directiva Anticipada y/o POLST-** Entiendo que es importante tener mis deseos de atención médica en escribir si me enfermo demasiado para comunicarlos verbalmente. He proporcionado esta documentación a el personal de HSA para mis registros. Si no tengo una Directiva Anticipada o POLST, y me gustaría educación / información adicional, solicitaré a HSA.

_____ **Administración de medicamentos:** he proporcionado a HSA el nombre de una farmacia preferida para mi recetas y acuerdan tomar solo cualquier medicamento (recetado o de venta libre) y / o sustancias controladas según lo recomendado. Entiendo que, si estoy buscando tratamiento para ayudar con el uso de sustancias o el manejo de medicamentos , estos requieren citas programadas regularmente para tener éxito con mi plan de tratamiento y cumpliré con estas citas lo mejor que pueda. (Para los pacientes que buscan tratamiento para sustancias controladas, consulte el formulario "Acuerdo sobre sustancias controladas").

_____ **Referencias que requieren autorización:** HSA reconoce cuán importante es la atención oportuna, lo que puede incluir pruebas y tratamientos que necesiten la aprobación de mi seguro. Entiendo que este proceso puede tomar varios días para que mi seguro revise mis necesidades médicas. Además, entiendo que HSA me mantendrá informado con respecto a este proceso y responderá cualquier pregunta que pueda tener.

_____ **Apelaciones y quejas-** Tengo el derecho de apelar a través de mi seguro cuando mi la atención no está certificada para la cobertura, y que no hay penalización para mí en el ejercicio de este derecho. Yo también entiendo que puedo presentar una queja a HSA o a mi seguro en cualquier momento que quiera presentar una queja con respecto a mi cuidado. Además, entiendo que puedo comunicarme con el Departamento de California de Atención médica administrada al 800-400-0815 para quejas relacionadas con mi seguro administrado o quejas con respecto a una apelación. Si no tengo un plan de seguro administrado, también puedo llamar al Departamento de Salud Pública con respecto a mis quejas o inquietudes con respecto a la atención- 909-383-4777.

_____ **Consentimiento para la Coordinación con la Compañía de Seguros-Autorizo** la divulgación de información

RECONOCIMIENTO Y CONSENTIMIENTO PARA LOS SERVICIOS DE HSA

a mi compañía de seguros según sea necesario para la cobertura de mis servicios de atención médica en HSA. Además autorizar el uso de mi firma para presentar reclamos de seguro y autorizar a mi seguro a emitir el pago a HSA y sus proveedores de servicios prestados.

_____ **Consentimiento para la Evaluación/Diagnóstico y Tratamiento-** Autorizo y solicito mi proveedor de atención médica o de salud conductual para proporcionar todos los servicios de diagnóstico y tratamiento necesarios. Que mejor satisfagan mis necesidades. Entiendo que, a lo largo del curso de mi tratamiento, mi proveedor explíqueme todos los procedimientos y que están sujetos a mi acuerdo. Entiendo además que, si bien mi tratamiento está destinado a ser útil, la respuesta de cada paciente al tratamiento puede ser diferente, y los resultados de la atención pueden variar.

_____ **Consentimiento para permitir que los pasantes, bajo la supervisión de un médico con licencia, participen y proporcionen evaluación, planificación de la atención y tratamiento:** soy consciente de que HSA es una clínica de enseñanza y regularmente incluye pasantes como parte de sus servicios médicos y de salud conductual. Acepto ser tratado por un pasante, si se me asigna, y reconozco que, en cualquier momento, tengo derecho a revocar este consentimiento notificando verbalmente al personal de HSA.

_____ **Consentimiento para Servicios de Telesalud** – HSA puede usar la telesalud como un tipo de visita. La telesalud es un tratamiento remoto a través del uso de tecnología que incluye teléfono (audio), mensajes de texto, correos electrónicos y plataformas audiovisuales para proporcionar servicios de atención médica para mejorar el funcionamiento del paciente / cliente identificado, por un proveedor con licencia. La seguridad y confidencialidad de la mayoría de la tecnología no se pueden garantizar absolutamente, pero HSA ha implementado salvaguardas que incluyen el cumplimiento de HIPAA siempre que sea posible.

- Los pacientes deben recordar que es importante utilizar una conexión a Internet segura en lugar de WiFi público / gratuito. El uso de cualquier forma de redes sociales durante las sesiones está prohibido
- HSA hará todos los esfuerzos razonables para verificar la identidad del paciente en cada sesión.

_____ **Chronic Care Management** - Acepto permitir que HSA me proporcione servicios de Chronic Care Management (CCM) y que me designen como mi proveedor de CCM si corresponde. Entiendo que solo un médico puede proporcionarme servicios de MCP cada mes y que es posible que tenga que pagar un cargo mensual de copago. También entiendo que otros médicos pueden de vez en cuando proporcionarme servicios de MCP bajo este consentimiento y recibirán mi información médica electrónicamente de mi proveedor de MCP a través de un sistema informático o fax (si corresponde).

CCM incluye:

- Consulta y orientación en el manejo de mis afecciones crónicas para que pueda estar lo más saludable posible
- Revisar mis medicamentos y abordar cualquier pregunta que pueda tener
- Trabajar en estrecha colaboración con la salud en el hogar y / u otros recursos de atención médica en mi área
- Si elijo suspender los servicios de MCP, entiendo que ya no recibiré estos servicios de mi proveedor de MCP, pero esto no tendrá ningún efecto en mis servicios habituales de atención primaria.

RECONOCIMIENTO Y CONSENTIMIENTO PARA LOS SERVICIOS DE HSA

<p>*El paciente es un adulto que:</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> toma sus propias decisiones<input type="checkbox"/> no puede tomar decisiones y los siguientes parientes más cercanos toman decisiones en su nombre: <hr/> <p><input type="checkbox"/> tiene un poder notarial médico / directiva anticipada que designa al siguiente agente para las decisiones y se ha proporcionado una copia a HSA:</p> <hr/> <p><input type="checkbox"/> Tiene un curador designado por el tribunal que toma decisiones y se ha proporcionado una copia de la orden judicial a HAS.</p>	<p>*El paciente es menor de edad y no puede dar su consentimiento. El consentimiento será proporcionado por:</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> padre (biológico o adoptado, excluye al padrastro) Si los padres están divorciados, el padre ha proporcionado una copia de la orden de custodia.<input type="checkbox"/> Padre Adoptivo o Trabajador Social del Condado; copia de la orden judicial proporcionada.<input type="checkbox"/> Tribunal ordenó a Guardian; copia de la orden judicial proporcionada. <p>El paciente es menor de edad y puede dar su consentimiento de la siguiente manera:</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Pt tiene 12 años o más y está buscando atención o prevención de una enfermedad transmisible, atención para violación / agresión sexual, tratamiento de abuso de alcohol / drogas o tratamiento de salud mental de salida.<input type="checkbox"/> Pt está casado o casado anteriormente.<input type="checkbox"/> Pt está emancipado por orden judicial y tiene una tarjeta de identificación del DMV.<input type="checkbox"/> Pt tiene 15 años o más y es autosuficiente, no vive con la familia y maneja sus propios asuntos.<input type="checkbox"/> Pt está tratando de prevenir o tratar el embarazo (excluye la esterilización) o el aborto.<input type="checkbox"/> Pt está en servicio activo con el ejército.
---	--

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

Testigo de la HSA _____ Fecha: _____

HEALTH SERVICE ALLIANCE

AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE REGISTROS MÉDICOS

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Teléfono: _____

Dirección: _____ Ciudad/Estado/Código Postal: _____

Tenga en cuenta: Se puede cobrar una tarifa por copia por los registros médicos.

=====

El paciente mencionado anteriormente autoriza al siguiente centro de atención médica a divulgar registros:

Nombre de la instalación: _____ Teléfono de la instalación: _____

Dirección: _____ Fax de Instalación: _____

Ciudad/Estado/Código Postal: _____

Fechas y Tipo de información a revelar: El propósito de la divulgación es:

2 años antes de la última fecha vista

Cambio de seguro o Médico

Fechas Otro: _____

Continuación de la atención

Información específica solicitada:

Remisión / Referencia

Otra _____

RESTRICCIONES: Solo se copiarán los registros médicos originados a través de este centro de atención médica a menos que se solicite lo contrario. Esta autorización es válida solo para la divulgación de información médica fechada antes e incluyendo la fecha en esta autorización, a menos que se especifiquen otras fechas.

Entiendo que la información de mi registro de salud puede incluir información relacionada con enfermedades de transmisión sexual, síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) o virus de inmunodeficiencia humana (VIH). También puede incluir información sobre servicios de salud mental o conductual y tratamiento para el abuso de alcohol y drogas.

Esta información puede ser divulgada y utilizada por la siguiente persona u organización:

Liberar a : _____

Dirección: _____ Ciudad/Estado/Código Postal: _____

Teléfono: _____ Fax: _____

Por favor enviar registros Enviar los registros por fax

Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento. Entiendo que si revoco esta autorización debo hacerlo por escrito y presentar mi revocación por escrito al departamento de administración de información de salud. Entiendo que la revocación no se aplicará a la información, que ya ha sido divulgada en respuesta a esta autorización. Entiendo que la revocación no se aplicará a mi compañía de seguros cuando la ley otorgue a mi Aseguradora el derecho de impugnar un reclamo bajo mi póliza. **A menos que se vuelva a revocar lo contrario, esta autorización expirará en la siguiente fecha, evento o condición:** _____
Si no especifico una fecha de caducidad, evento o condición, esta autorización caducará 1 año después de la fecha firmada.

Entiendo que autorizar la divulgación de esta información de salud es voluntario. Puedo negarme a firmar esta autorización. No necesito firmar este formulario para asegurar el tratamiento. Entiendo que puedo inspeccionar u obtener una copia de la información que se utilizará o divulgará, según lo dispuesto en CFR 164524. Entiendo que cualquier divulgación de Información conlleva el potencial de una divulgación no autorizada y la Información puede no estar protegida por las reglas federales de confidencialidad. Si tengo

preguntas sobre la divulgación de mi información de salud, puedo comunicarme con el individuo u organización autorizada haciendo divulgación.

He leído la Autorización para la Divulgación de Información anterior y por la presente reconozco que estoy familiarizado y entiendo completamente los términos y condiciones de esta autorización.

X

Firma del paciente/padre/tutor o representante autorizado
(El tutor o representante autorizado debe adjuntar documentación de tal estado).

Fecha

Nombre impreso del representante autorizado

Relación / Capacidad al paciente

Dirección y número de teléfono del representante autorizado

Chino Valley Community
Health Center
13193 Central Ave.
Chino, CA 91710
Phone: 909-464-9675
Fax: 909-590-3898

HEALTH SERVICE ALLIANCE

Montclair Community
Health Center
5050 San Bernardino St
Montclair, CA 91763
Phone: 909-281-5800
Fax: 909-281-5858

Evaluación de la tuberculosis (TB)

(2022)

Usted y su familia pueden tener un mayor riesgo de contraer tuberculosis si responden "sí" a alguna de las siguientes preguntas. Una persona con mayor riesgo de tuberculosis debe tener una prueba anual de tuberculosis. Todos los niños deben someterse a pruebas rutinariamente para TB a los 4-5 años, 13-16 años, independientemente del riesgo. Si alguna vez ha tenido un PPD positivo, debe tener una radiografía de tórax cada 2 años.

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____ MR#: _____
Fecha: _____

1. Dónde naciste? _____
2. Has:
 - Viajó o ha tenido visitantes de cualquier país con alta prevalencia de tuberculosis? (África, Asia, Latinoamérica) ___ Sí ___ No
 - Visitó o estuvo en estrecho contacto con alguien con antecedentes de tuberculosis confirmada o sospechosa? ___ Sí ___ No
 - Ha sido encarcelado o vivido en una instalación de colocación en el hogar? ___ Sí ___ No
 - Vivió con cualquier persona que haya sido encarcelada o vivida en una instalación de colocación en el hogar? ___ Sí ___ No
 - Estado expuesto a, diagnosticado o en estrecho contacto con alguien con HIV? ___ Sí ___ No
 - Ha estado expuesto a personas sin hogar, trabajadores migrantes o que pueden usar drogas? ___ Sí ___ No
3. Ha tenido alguna de las siguientes durante más de 2 semanas?
 - Tos persistente ___ Sí ___ No
 - Fiebre ___ Sí ___ No
 - Sudores nocturnos ___ Sí ___ No
 - Pérdida de apetito ___ Sí ___ No
 - Fatiga ___ Sí ___ No
4. Alguna vez has:
 - Tuvo un PPD positivo (prueba cutánea de la tuberculosis) ___ Sí ___ No Año: _____;
 - Fecha de la última radiografía de tórax: _____
 - Han sido diagnosticados con TB? ___ Sí ___ No
 - Ha sido tratado por TB? ___ Sí ___ No
 - Recibió la vacuna BCG (Bacille Calmette-Guerin-no disponible en los Estados)? ___ Sí ___ No

Prueba cutánea de TB:

<u>Fecha dada</u>	<u>Lote PPD #</u>	<u>EXP fecha</u>	<u>Sitio dado</u>	<u>Dada por</u>	<u>Fecha de lectura</u>	<u>Leído por</u>	<u>MM. Indur</u>

Alianza de Servicios de Salud: Aplicación del programa de escalas de tarifas deslizantes

Es la política de Alianza de Servicios de Salud (HSA) proporcionar servicios esenciales incluso si el paciente no puede pagar. Se ofrecen descuentos en función de los ingresos y el tamaño de la familia. El descuento se aplicará a todos los servicios recibidos en esta clínica, pero no a los servicios que se proporcionan desde programas externos, incluyendo pruebas de laboratorio de referencia, medicamentos, resultados de rayos x completados por un radiólogo y otros servicios de este tipo*. Si cree que este descuento puede ser útil para usted y su familia, tendrá que completar la Aplicación de Escala de Honorarios Deslizantes (SFDP) y proporcionar prueba de ingresos.

Aplicación Médica/De Salud Conductual:

Aplicación Dental:

Información de la Persona Que Solicita el Descuento (Solicitante):

Apellido	Primer nombre	Fecha de nacimiento	Seguridad social #
La dirección	Ciudad, código postal	# Teléfono	

Información del Hogar: *Tenga en Cuenta- Si el ingreso del hogar es incompleto o inexacto, el descuento de la tarifa no se puede ofrecer.*

Número total de personas que viven en el hogar:	Ingreso mensual total para todas las personas: \$
Enumere todas las fuentes de ingresos (ver ejemplos a continuación):	

Tipos de Ingresos Incluidos:

- Gobierno:** Seguridad Social, SSI, Discapacidad, Asistencia Pública, Asistencia Temporal Para Familias Necesitadas, Beneficios Para Sobrevivientes, Beneficios Para Veteranos
- Relacionados con el Trabajo:** Empleo, Desempleo, Indemnización de Trabajadores, Pensiones
- Otros:** Ingresos por Jubilación, Dividendos, Tarifas de Alquiler, Regalías, Pensión Alimenticia, Manutención de Menores, Asistencia Educativa o Cualquier Otra Fuente de Asistencia en Efectivo.

Tipos de Ingresos No Incluidos:

- Beneficios No En Efectivo Como Cupones de Alimentos y Subsidios de Vivienda
- Ganancias o Pérdidas de Capital

Para Ser Completado por el Personal de HSA/Administración:

Elegible para la tarifa nominal: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Elegible para la cuota de SFDP: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Descuento%: ____
<u>Revisión Administrativa:</u>		
El solicitante ha sido aprobado para la tarifa administrativa ajustada: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No; Cantidad: \$ _____		
Administrator Name: _____	Date: _____	
Signature: _____		