

**Sección 1: Información del paciente**

**Nombre:** \_\_\_\_\_ **Segundo Nombre:** \_\_\_\_\_ **Apellido:** \_\_\_\_\_

**Número de Seguro Social:** \_\_\_\_\_ **Sexo:**  Masculino  Femenino **Fecha de Nacimiento:** \_\_\_\_\_

**Domicilio:** \_\_\_\_\_ **Ciudad:** \_\_\_\_\_

**Estado:** \_\_\_\_\_ **Código Postal:** \_\_\_\_\_ **Teléfono:**  Casa  Celular  Trabajo \_\_\_\_\_

**Preferencia de Comunicación:**  Sin Preferencia  Teléfono  Correo  MyChart (Para MyChart proveer correo electrónico)

**Correo electrónico:** \_\_\_\_\_ **Estado civil:**  Soltero  Casado  Otro : \_\_\_\_\_

**Grupo Étnico (Marque uno):**  Otro hispano latino/a u origen español  Cubano  Mexicano,  Mexicano Americano, Chicano/a  
 No hispano o latino/a  Paciente se rehusa  Puertorriqueño  Desconocido

**Raza: (Marque todas las que aplican):**  Nativo de Alaska  Indio Americano  Indio Asiático  Afroamericano  Chino  Filipino  
 Guameña o Chamorro  Japonés  Coreano  Nativo Hawaiano  Otro Asiático  Otro Isleño del Pacífico  Paciente se rehusa  
 Samoano  Desconocido  Vietnamita  Blanco

*RVPCS es una organización financiada con fondos federales y, por lo tanto, debe preguntar a nuestros pacientes su orientación sexual y su identidad de género para identificar y reducir las disparidades de salud y promover una atención culturalmente competente. Si no desea divulgar esta información, marque "Paciente se rehusa"*

**Orientación sexual:**  Heterosexual  Bisexual  Algo mas  No Sé  Elegir no revelar  Homosexual  Lesbiana  Pansexual  
 Queer  Omnisexual  Asexual

**Identidad de Género:**  Femenino  Masculino  Femenino Transgénero (hombre a mujer)  Masculino Transgénero (Mujer a hombre)  Otro  Elegir no revelar  No Binario (Identificar como cualquier otro género que no sea mujer o hombre)

**Pronombres \*:**  Ella  Él  Elle  Otro \_\_\_\_\_

*Un pronombre es una palabra que sustituye a un sustantivo, en este caso, una palabra de su nombre. Marque una o más opciones de los pronombres que desea que las personas usen para referirse a usted.*

**Empleador:** \_\_\_\_\_ **Domicilio:** \_\_\_\_\_ **Teléfono:** \_\_\_\_\_

**Estatus Laboral:**  Tiempo completo  Servicio militar activo  Medio tiempo  Jubilado  Temporal Trabajador  Independiente  
 Estudiante-Tiempo Completo  Estudiante-medio tiempo  Desempleado por Discapacidad  Desempleado

**Estatus-Personas Sin Hogar:**  No estoy sin hogar  Sin hogar  Albergue Transitorio  Compartiendo hogar  Viviendo en la calle  Otro \_\_\_\_\_

**Estatus de Trabajo:**  Migrante  No soy trabajador  Migrante Temporal **Veterano:**  Si  No **Idioma preferido:** \_\_\_\_\_

**Necesidades Especiales?**  Ninguna  Lentes  Aparatos Auditivos  Animal de servicio **Necesita Intérprete?**  Si  No

**Farmacia preferida-Nombre:** \_\_\_\_\_ **Ciudad/ubicación:** \_\_\_\_\_

**Sección 2: Información de la persona responsable de la cuenta**

**Persona responsable:**  Paciente (no es necesario completar el resto de esta sección)  Persona  Empresa

**Relación del paciente con el responsable:**  Hijo(a)  Padre  Espos(a)  Empleador  Otro: \_\_\_\_\_

**Nombre:** \_\_\_\_\_ **Segundo Nombre:** \_\_\_\_\_ **Apellido:** \_\_\_\_\_

**Número de Seguro Social:** \_\_\_\_\_ **Sexo:**  Masculino  Femenino **Fecha de Nacimiento:** \_\_\_\_\_

**Domicilio:** \_\_\_\_\_ **Ciudad:** \_\_\_\_\_

**Estado:** \_\_\_\_\_ **Código Postal:** \_\_\_\_\_ **Teléfono:**  Casa  Celular  Trabajo \_\_\_\_\_

**Sección 3: Información sobre el hogar y sus ingresos**

RVPCS es una organización financiada por el gobierno federal y por lo tanto, para nuestros reportes se requiere preguntar a nuestros pacientes acerca de los ingresos del hogar. Si usted necesita asistencia financiera, por favor pregunte como solicitar nuestro Programa de Descuento.

Por favor indique el ingreso anual familiar (esta información se requiere para reporte Federal)

Cuántas personas hay en el hogar? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_ \$0-\$5,000      \_\_\_\_ \$5,000-\$10,000      \_\_\_\_ \$10,000-\$20,000      \_\_\_\_ \$20,000-\$30,000      \_\_\_\_ \$30,000-\$40,000

\_\_\_\_ \$40,000-\$50,000      \_\_\_\_ \$50,000-\$60,000      \_\_\_\_ \$60,000-\$70,000      \_\_\_\_ \$70,000-\$80,000      \_\_\_\_ \$80,000-\$90,000

\_\_\_\_ \$90,000+      \_\_\_\_ No deseo revelar/desconocido

**Sección 4: Información sobre el Seguro Medico del Paciente**

*Por favor proporcione su(s) tarjeta(s) de seguro medico*

**Seguro medico primario y numero de poliza :** \_\_\_\_\_

**Seguro Medico Secundario y numero de poliza:** \_\_\_\_\_

## RVPCS Consent to Treat

1. Yo \_\_\_\_\_ (nombre del paciente o tutor) doy permiso a River Valley Primary Care Services para dar tratamiento médico, dental y/o de salud conductual a mí o al paciente que se nombra a continuación.
2. Autorizo a River Valley Primary Care Services solicitar beneficios del seguro medico para pagar la atención que recibo.

Entiendo:

- River Valley Primary Care Services tendrá que enviar la información de mi registro médico a mi compañía de seguros.
- Debo pagar mi parte de los costos.
- Debo pagar el costo de estos servicios si mi seguro no paga o no tengo seguro\*.

3. Entiendo:

- Tengo derecho a rechazar cualquier procedimiento o tratamiento.
- Tengo derecho a discutir todos los tratamientos médicos con mi médico.

\_\_\_\_\_

Imprimir Nombre del Paciente

\_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento

\_\_\_\_\_

Imprima (Nombre del padre o tutor) (para niños menores de 18 años)

\_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_

Fecha

\*  Por favor marque si el paciente está encarcelado. Debe firmar arriba para dar consentimiento al tratamiento.

RVPCS HIPAA Compliance Patient Consent Form

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Nuestro Aviso de prácticas de privacidad brinda información sobre cómo podemos usar o divulgar información de salud protegida.

El aviso contiene una sección de derechos del paciente que describe sus derechos según la ley. Al firmar este consentimiento usted confirma que ha revisado el Aviso de Prácticas de Privacidad de RVPCS, que lo ha revisado antes de firmar.

Los términos del Aviso de prácticas de privacidad pueden estar sujetos a cambios. Si se realizan cambios, se le notificará en su próxima visita para actualizar su firma/fecha.

Tiene derecho a restringir cómo se usa y divulga su información médica protegida para tratamientos, pagos u operaciones de atención médica. RVPCS no está obligado a aceptar las restricciones solicitadas. Sin embargo, si RVPCS está de acuerdo con las restricciones solicitadas, cumpliremos con este acuerdo. La ley HIPAA (Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996) permite el uso de la información para tratamientos, pagos u operaciones de atención médica.

Al firmar este formulario, acepta nuestro uso y divulgación de su información médica protegida y el posible uso anónimo en una publicación. Tiene derecho a revocar este consentimiento por escrito, con su firma. Sin embargo, dicha revocación no será retroactiva.

Al firmar este formulario, entiende que:

- La información de salud protegida puede ser divulgada o utilizada para tratamientos, pagos u operaciones de atención médica.
- La práctica se reserva el derecho de modificar la política de privacidad según lo permita la ley
- La práctica tiene el derecho de restringir el uso de la información, pero la práctica no tiene que estar de acuerdo con esas restricciones.
- Tiene derecho a revocar este consentimiento por escrito en cualquier momento y las divulgaciones completamente cesarán.
- La práctica puede condicionar el tratamiento recibido al momento de la ejecución de este consentimiento.

¿Podemos llamarle, enviarle un correo electrónico o mensaje de texto para confirmar sus citas? Si No

¿Podemos dejar un mensaje en su contestador automático en casa o en su teléfono celular? Si No

¿Podemos hablar sobre su condición médica con familiares, amigos o cuidadores? Si No

Si podemos hablar sobre su condición médica con alguien, proporcione la siguiente información:

Nombre: \_\_\_\_\_ Parentesco \_\_\_\_\_ Número de teléfono \_\_\_\_\_

Este consentimiento fue firmado por: (POR FAVOR IMPRIMA EL NOMBRE) \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

## RVPCS AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD – POR FAVOR, CONSERVE ESTA PAGINA

River Valley Primary Care Services, Inc. se compromete a mantener la confidencialidad (PRIVACIDAD) que creamos de la información de atención médica en la prestación de servicios a usted, protegiendo la información.

Como lo exige la Portabilidad de Seguro de Salud y la Rendición de Cuentas 1996 Act (HIPAA), este aviso describe cómo su información de salud puede ser usada y divulgada por River Valley Primary Care Services, Inc. Este aviso también describe cómo puede obtener acceso a su información de salud protegida. (PHI). Los términos de este aviso de privacidad se aplican a todos los registros creados y retenidos en las clínicas de River Valley Primary Care Services, Inc. con el fin de llevar a cabo nuestro negocio en relación con el tratamiento y servicios prestados a usted, una copia de nuestros avisos de prácticas de privacidad se publica en la oficina.

River Valley Primary Care Services, Inc. se reserva el derecho de alterar nuestras prácticas y proveer según sea necesario, y hacerlo eficaz para toda la información de salud protegida, (PHI) mantenemos como documentos legales que describen y documentan la atención.

Preguntas sobre este aviso con respecto a la información médica protegida puede dirigirse a: A la oficina, RVPCS P.O. BOX 130, Ratcliff, AR 72951. Cada visita esta documentada en su PHI y contiene información sobre síntomas, examinación, resultados de exámenes, diagnóstico, y planificación.

### COMO RVPCS PUEDE USAR Y DIVULGAR SU INFORMACION MEDICA PROTEGIDA. (PHI)

I. Plan de cuidado y tratamiento puede requerir la divulgación a un laboratorio de pruebas o farmacia para la prescripción, además de nuestro personal de atención médica o a otros proveedores de atención médica para fines relacionados con su atención y tratamiento. PHI también se pueden divulgar a los involucrados en su cuidado, cónyuge hijos o padres.

II. PHI puede ser utilizado por RVPCS para facturar y cobrar el pago de servicios que se le proporcionan. Esto puede incluir contactar a su aseguradora para verificar la cobertura, proporcionar información para obtener autorización para tratar bajo su cobertura de seguro, para obtener pagos de terceros en su nombre o para facturarle directamente por los servicios prestados en nuestra clínica. Su PHI se puede proporcionar a otros proveedores de atención médica y entidades para ayudar en sus esfuerzos de facturación al proporcionar servicios en su nombre.

III. RVPCS puede utilizar y divulgar su PHI como parte de las operaciones empresariales para evaluar los servicios, esfuerzos de gestión de costos, planificación empresarial, o por ejemplo, recordatorios de citas.

IV. PHI se divulgarán según lo requiera la legislación estatal o federal local. Dichas divulgaciones pueden incluir la gobernanza de la supervisión de salud para auditorías, Acreditación de acciones penales o civiles, negligencia por abuso o abuso doméstico o problemas de cumplimiento.

V. RVPCS puede divulgar PHI a las autoridades de salud pública, autorizada a recopilar información en virtud de la ley para proteger el bien común y el interés comunitario.

VI. Otros PHI, la divulgación puede ser para la compensación de Workman y otros programas similares, a instalaciones correccionales de custodia, y por razones de seguridad nacional.

VII. RVPCS puede divulgar PHI a socios comerciales contratados para operaciones comerciales específicas relacionados con su cuidado y tratamiento o con la pauta de nuestro negocio. Socios comerciales contratados se mantienen en el mismo cumplimiento con PHI según lo sostenido RVPCS.

### NUESTROS DERECHOS CON RESPECTO A SU INFORMACION MEDICA PROTEGIDA (PHI) POR RVPCS

I. Usted tiene derecho a decidir cómo se gestionará o divulgar la comunicación confidencial y RVPCS se esforzará por cumplir una petición razonable. Usted puede solicitar, limitar o restringir la divulgación de su PHI. Usted puede solicitar por escrito cómo y a quién puede dar acceso de su PHI. En la autorización escrita puede detallar el método de contacto preferido y como ese contacto debe hacerse en escrito claro y conciso: Sin embargo, RVPCS no tiene que aceptar una restricción irrazonable que pueda impedir la realización de su actividad o el cumplimiento del estado, federal o leyes locales. Usted puede cambiar la información de divulgación por solicitud escrita en cualquier momento.

II. Su expediente médico es propiedad de RVPCS; sin embargo, usted tiene derecho a inspeccionar y obtener una copia de su PHI, excluyendo las notas de psicoterapia, utilizado en las decisiones del plan de tratamiento. Estas inspecciones o copias deben solicitarse por escrito a Registros médicos (Medical Records) P.O. Box 130, Ratcliff AR 72951. Cargos por el costo de copias, trabajo, correo y otros suministros pueden aplicarse. En determinadas circunstancias limitadas, la solicitud de inspección o revisión puede denegarse. Usted puede enviar por escrito una solicitud de revisión de nuestra negociación a RVPCS reservando la opción de seleccionar un profesional de atención médica de su elección para realizar la revisión.

III. Usted puede enviar por escrito una solicitud para que su información de salud sea modificada, si usted cree que esta incompleta o incorrecta. La información presentada debe incluir razones que apoyen la solicitud de modificación. RVPCS denegará la solicitud de modificación de la información que en la opinión del proveedor de salud es precisa o completa, no pertenece a PHI en nuestro expediente, o PHI fue creada por otra práctica.

IV. Usted tiene derecho a solicitar una contabilización de divulgaciones no rutinarias realizadas por RVPCS que no están relacionados con la atención rutinaria del paciente y las operaciones clínicas. La solicitud debe enviarse por escrito a Registros médicos (Medical Records), P.O. Box 130, Ratcliff AR, 72951, identificando un período de tiempo específico. Se le notificará el costo de las divulgaciones contables solicitadas, si se solicita más de una vez al año.

V. Otros PHI derecho incluyen recibir una copia de nuestra política de privacidad en cualquier momento. Usted tiene derecho a presentar una queja si usted siente que sus derechos de privacidad han sido violados con la oficina de cumplimiento, RVPCS P.O.Box 130 Ratcliff, AR 72951 o a la Secretaria del Departamento de Salud y Servicios Humanos.

### REGISTROS MEDICOS ELECTRONICOS:

Para cumplir con las prácticas recomendadas de la industria de salud, River Valley Primary Care Services, Inc. adoptó un expediente médico electrónico (EMR) como el método para documentar y mantener su PHI. El sistema utiliza, Epic, es compatible con todos los CMS estándares requeridos y está protegido principalmente por un sistema de contraseñas. Se proporciona una medida de seguridad secundaria a través de acceso definido a la información de expediente dependiendo de las responsabilidades laborales de los empleados con limitación basada en la tarea asignada.