

# Formulario de registro de pacientes



# HEALTHY LIVING PRIMARY CARE

Información de Paciente			
Apellido:	Nombre:	Inicial Seg Nombre:	Nombre anterior (si procede)
Dirección postal:		Apto #	
City/State/Zip:			
Teléfono de casa:	Teléfono Celular:	Teléfono de trabajo:	
Email Address:			
<b>** Nombre y ubicación de la farmacia preferida:</b>			
Método de contacto preferido para las llamadas de recordatorio y otros mensajes generados electrónicamente:		Si es de voz, seleccione el número preferido:	
<b>(Por favor, seleccione sólo una opción)</b> <input type="checkbox"/> Voz <input type="checkbox"/> Texto <input type="checkbox"/> Portal del paciente		<input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Trabajo	
Estado civil:	Fecha de Nacimiento:	Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	
Seguro Social #:	Nombre de Contacto de Emergencia:		
Teléfono de contacto en caso de emergencia #: Formulario de registro de pacientes			Relación con Paciente:
<b>Responsable - Si el paciente es menor de edad (menos de 18 años), el padre o tutor que viene con el paciente figurará como garantía</b>			
Apellido:		Primer Nombre:	
Fecha de Nacimiento:	Seguro Social #:	Teléfono:	
Dirección de persona Responsable:			
Ciudad/Estado/Código Postal:		Relación con paciente.	
¿Cómo escuchó de nosotros? <input type="checkbox"/> Amigos <input type="checkbox"/> Familia <input type="checkbox"/> Compañero de Trabajo <input type="checkbox"/> Página de seguro <input type="checkbox"/> Urgencias/atención urgente <input type="checkbox"/> Internet: _____ <input type="checkbox"/> Especialista <input type="checkbox"/> Periódico <input type="checkbox"/> Revista <input type="checkbox"/> Otros _____		<b>Cuando no esté disponible para responder al teléfono, ¿podemos dejar mensajes de voz detallados sobre sus tratamientos médicos, plan de cuidados, resultados de pruebas, derivaciones y recetas?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si si, a qué número de teléfono? <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Trabajo	
<b>Raza (por favor seleccione):</b> <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Indio americano o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Hispanico <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano <input type="checkbox"/> Nativo de Hawai o de las Islas del Pacífico <input type="checkbox"/> No específica <input type="checkbox"/> Otro _____		<b>Etnicidad (por favor seleccione uno):</b> <input type="checkbox"/> Hispanico o Latino <input type="checkbox"/> No es hispano o latino <input type="checkbox"/> Otro _____	
<b>Idioma preferido (seleccione uno):</b> <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Chino <input type="checkbox"/> India (incluyendo hindi y tamil) <input type="checkbox"/> Filipino/Tagalog <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Ruso <input type="checkbox"/> Otro			
Seguro médico primario		Seguro médico secundario	
Ins. Co. Nombre		Ins. Co. Nombre	
Nombre del titular de la póliza:		Nombre del titular de la póliza:	
Fecha de nacimiento del titular de la póliza:		Fecha de nacimiento del titular de la póliza:	
Número de la Seguridad Social del titular de la póliza #:		Número de la Seguridad Social del titular de la póliza #:	
Relación del paciente con el titular de la póliza:		Relación del paciente con el titular de la póliza:	
<p>Nuestra oficina utiliza nuestro Portal del Paciente en línea ampliamente para comunicarse con nuestros pacientes. Los pacientes pueden ver los resultados de laboratorio, reservar citas, solicitar reposiciones, actualizar información clave, pagar saldos y muchas otras funciones a través del Portal del Paciente. Asegúrese de inscribirse en él.</p>			

2545 E. Bidwell St, Suite 110, Folsom, CA 95630  
 11634 Fair Oaks Blvd, Fair Oaks, CA 95628  
 (Teléfono) 916-983-8868 (Fax) 916-983-8891  
 www.HealthyLivingPC.com

**Cuestionario completo sobre el historial médico de pacientes nuevos**

Principal motivo de la visita de hoy: \_\_\_\_\_

Por favor, enumere todos los proveedores de atención médica que lo ve regularmente: \_\_\_\_\_

**HISTORIAL MÉDICO PERSONAL:** ¿Ha tenido alguna vez alguna de las siguientes afecciones?

Condición	Ahora	Antes
Abuso de alcohol y drogas		
Alergia (fiebre del heno) ( _____ )		
Anemia		
Ansiedad		
Artritis (reumatoide)		
Artritis (Osteoartritis)		
Asma		
Problemas de vejiga/riñón		
Coágulo de sangre ( _____ )		
Cáncer ( _____ )		
Cataratas		
Dolor crónico ( _____ )		
Pólipo de colon		
Enfermedad de la arteria coronaria		
Depresión		
Diabetes (inicio en la edad adulta)		
Diabetes (inicio en la infancia)		
Diverticulosis		
Enfisema (EPOC)		
Fracturas (huesos rotos)		
Enfermedad de la vesícula biliar		
Reflujo gastroesofágico (acidez gástrica/GERD)		
Glaucoma		
Gota		

Condición	Ahora	Antes
Enfermedades ginecológicas (endometriosis)		
Condiciones Ginecológicas (Fibroides)		
Enfermedades Ginecológicas (Otras)		
Hepatitis - Tipo A   B   C		
Herpes (herpes labial o genital)		
Hipertensión arterial		
Colesterol alto		
Enfermedad inflamatoria intestinal		
Síndrome del intestino irritable		
Enfermedad o insuficiencia renal		
Cálculos renales		
Enfermedad del hígado		
Migrañas		
Osteoporosis		
Próstata (agrandamiento)		
Convulsiones / Epilepsia		
Apnea del sueño		
Úlcera de estómago		
Accidente cerebrovascular		
Tiroides (nódulo)		
Tiroides Alto (Hiperactiva) / Hipertiroidismo		
Tiroides bajo (hipoactiva) / hipotiroidismo		
Otros ( _____ )		
Otros ( _____ )		

**HISTORIAL QUIRÚRGICO Y DE PROCEDIMIENTOS** – Por favor, introduzca el año de cualquier procedimiento o cirugía a continuación.

Procedimiento quirúrgico	Año
Cirugía abdominal ( _____ )	
Apendicectomía (extirpación del apéndice)	
Cirugía de la espalda	
Biopsia ( _____ )	
Biopsia de mama	
Cirugía de la mama	
Cirugía de cataratas	
Bypass Coronario	
Stent coronario	
Cesárea	
Extirpación de la vesícula biliar	
Cirugía del corazón ( _____ )	
Cirugía de cadera ( _____ )	

Procedimiento quirúrgico	Año
Histerectomía (parcial, ovarios restantes)	
Histerectomía (total, incluyendo ovarios)	
Artroscopia articular ( )	
LEEP (cirugía de cuello uterino)	
Cirugía de cuello	
Extirpación de ovarios	
Cirugía de los senos paranasales	
Amigdalectomía	
Ligadura de trompas	
Cirugía urológica	
Cirugía vascular ( _____ )	
Vasectomía	
Otros ( _____ )	

## HISTORIAL FAMILIAR

¿Adoptado?  No  Si. Si es adoptado y no conoce la historia de su familia biológica, sátese esta sección de Historial Familiar.

Indique qué familiar ha padecido las siguientes enfermedades (padres, hermanos y hermanas son los más importantes). Si algunos hermanos están vivos y otros han fallecido, utilice el espacio de la derecha para dar más explicaciones.

	Madre	Padre	*Hermana(s)	*Hermano(s)	Mamá de Su mamá	Papá de su mamá	Hermano de su mamá	Papá de su mamá	Papá de su papá	Herman de su papá	
<b>vivo</b>											
<b>Muerto</b>											
<b>año de fallecimiento</b>											
<b>Enfermedades y afecciones</b>	Madre	Padre	*Hermana(s)	*Hermano(s)	Mamá de Su mamá	Papá de su mamá	Hermano de su mamá	Papá de su mamá	Papá de su papá	Herman de su papá	Otros parientes de sangre (indique el parentesco con usted)
<b>No se conocen antecedentes significativos</b>											
Hipertensión - presión arterial alta											
Hiperlipidemia - colesterol alto											
Ataque cardíaco, angina (enfermedad de las arterias)											
Diabetes tipo I (inicio en la infancia)											
Diabetes tipo II (inicio en la edad adulta)											
Osteoporosis											
Depresión											
Alcoholismo / Drogadicción											
Alzhéimer											
Asma											
Enfermedad autoinmune											
Trastorno de sangrado o coagulación											
Cáncer ( _____ )											
Pólipo de colon											
Enfisema (EPOC)											
Trastorno genético (explique)											
Enfermedad del corazón (CHF)											
Hepatitis B o C											
Hipotiroidismo / Enfermedad de la tiroides											
Enfermedad renal											
Accidente cerebrovascular											
Muerte súbita cardíaca											
Otros ( _____ )											
Otros ( _____ )											

**MEDICAMENTOS:** Por favor, anote (o muéstrenos su propio registro impreso) **todos** los medicamentos con y sin receta. Esto incluye vitaminas, hierbas, suplementos, remedios caseros, píldoras anticonceptivas, inhaladores, pastillas para el dolor sin receta (Advil, Aleve, Tylenol, etc.).

Marque la casilla si no toma ningún medicamento con receta o sin ella.

Marque la casilla si ha traído una lista de sus medicamentos (désela a mi asistente y no escriba los medicamentos a continuación).

¿Alergias o intolerancia a los medicamentos?  No se conocen alergias a medicamentos

(En caso afirmativo, ¿a qué y qué reacción?) \_\_\_\_\_

Medicamento	Dosis (ej, mg/píldora)	¿Que tan seguido?

Medicamento	Dosis (ej, mg/píldora)	¿Que tan seguido?

**IMMUNIZACIONES:**  He rechazado voluntariamente todas las vacunas en el pasado.

Vacuna	fECHA	Vacuna	Fecha	Vacuna	Fecha
Hepatitis A		Pneumovax (Neumonía)		Tos ferina (DTaP)	
Hepatitis B		Pevnar 13 (Neumonía)		Shingrix (culebrilla)	
VPH		Tétanos (Td)			
Gripe (vacuna contra la		Varicela (Chicken Pox)			

**PRUEBAS DE DETECCIÓN PARA EL MANTENIMIENTO DE LA SALUD:**

Prueba	Fecha	Resultado	Prueba	Fecha	Resultado
Laboratorios de cribado		<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal	Sigmoidoscopia		<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Abnormal
Examen físico		<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal	Colonoscopia		<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Abnormal
Endoscopia		<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal	Prueba de esfuerzo		<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Abnormal
Sólo Mujeres					
Mamografía		<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal	Prueba de densidad ósea (DEXA)		<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal
Prueba de Papanicolaou		<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal			

**HISTORIAL DE CONSUMO DE ALCOHOL/TABACO/DROGAS:**

Consumo de Alcohol	
Consumo de alcohol: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No actualmente <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Rechazo	¿Cuántas bebidas con alcohol toma en un día normal cuando bebe?  <input type="checkbox"/> 1 o 2 <input type="checkbox"/> 3 o 4 <input type="checkbox"/> 5 o 6 <input type="checkbox"/> 7 o 9 <input type="checkbox"/> 10 o más <input type="checkbox"/> Paciente se negó
¿Con qué frecuencia toma una bebida con alcohol?  <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Al mes o menos <input type="checkbox"/> 2-4 al mes <input type="checkbox"/> 2-3 a la semana <input type="checkbox"/> 4 o más a la semana <input type="checkbox"/> Paciente se negó	
¿Con qué frecuencia toma seis o más copas en una sola ocasión?  <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Menos de una al mes <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Diario o casi diario <input type="checkbox"/> Paciente se negó	Bebidas/semana:  ____ Copa de vino ____ Lata de Cerveza ____ Shots de licor ____ Bebidas estándar o equivalentes

Consumo de Tabaco	Consumo de Drogas
Fuma / fumaba <input type="checkbox"/> Cigarillos <input type="checkbox"/> E-Cigarillos <input type="checkbox"/> Pipa <input type="checkbox"/> Puro <input type="checkbox"/> Tabaco de mascar <input type="checkbox"/> Tabaco en polvo <input type="checkbox"/> Ninguno	¿Ha consumido alguna vez drogas recreativas? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si Actualmente consume: _____ Consumió en el pasado: _____ Número de usos por semana: _____
<input type="checkbox"/> Nunca fumó <input type="checkbox"/> Fumador actual: Paquetes/día: ____ Año que inició: ____ ¿Está preparado para dejarlo? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Antigo fumador: Año en que lo dejó: ____ Aproximadamente, ¿cuántos paquetes al día fumaba? ____ ¿Año en que empezó a fumar? _____	

**HISTORIA SOCIAL:**

Estado Civil:  soltero  pareja  casado  divorciado  viudo Nombre del cónyuge/pareja: \_\_\_\_\_

Número de hijos: \_\_\_\_\_ Número de nietos: \_\_\_\_\_ Número de Bisnietos: \_\_\_\_\_

Educación:  escuela secundaria o GED  escuela de comercio  universidad  escuela de posgrado  otro \_\_\_\_\_

Ocupación: \_\_\_\_\_ Empleador: \_\_\_\_\_

Si no está trabajando, está:  retirado  desempleado  en licencia  discapacitado  ama de casar  otro \_\_\_\_\_

**HISTORIA DE LA SALUD DE LA MUJER:**

Total de embarazos: \_\_\_\_\_ Total de nacimientos: \_\_\_\_\_ Número de abortos espontáneos: \_\_\_\_\_ Número de abortos: \_\_\_\_\_

# Healthy Living Primary Care

## Política de Pagos

Para su comodidad, hemos creado dos formas de pago para ayudarle con los saldos.

### Elija una de las siguientes opciones:

Elijo mantener mi HSA/tarjeta de crédito en el archivo para cualquier balance debido después de facturar a mi seguro. Entiendo que ustedes enviarán un estado de cuenta por correo y me permitirán 4 semanas para contactar a la oficina con cualquier inquietud. Si no tengo ninguna preocupación, mi saldo será pagado con la tarjeta de crédito en el archivo. Recibiré un correo electrónico a través del Portal del Paciente una vez que el pago haya sido procesado.

Elijo pagar \$100 al momento de registrarme, que se destinarán a la parte de mi visita al consultorio que corresponda al paciente **hasta que se cumpla mi deducible**. Si hay un crédito restante en mi cuenta, se utilizará para futuros saldos. Esta cantidad sólo se cobrará a mí si no hay crédito restante en mi cuenta.

### Autorización de Uso de la Tarjeta de Crédito

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_

Nombre en Tarjeta: \_\_\_\_\_

Dirección de facturación: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Tipo de Tarjeta de Crédito:    \_\_\_ Visa    \_\_\_ MasterCard    \_\_\_ Discover    \_\_\_ AmEx

Número de Tarjeta de Crédito: \_\_\_\_\_

Fecha de vencimiento: \_\_\_\_\_

Número de Identificación de la Tarjeta: \_\_\_\_\_ (3 dígitos en el reverso de tarjeta)

Entiendo que tengo hasta 4 semanas a partir de la fecha en que mi estado de cuenta fue enviado por correo, para pagar mi saldo en su totalidad. Si no he pagado mi saldo en su totalidad después de las 4 semanas, autorizo a esta oficina a cargar hasta \$150 a la tarjeta de crédito arriba mencionada para liquidar hasta \$150 del saldo en mi cuenta. Además, entiendo que si hay un saldo restante después de cargar \$150 a la tarjeta de crédito arriba mencionada, que haré el pago completo inmediatamente para evitar cualquier cargo por demora.

Firma del titular de la tarjeta: \_\_\_\_\_

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

Nombre en letra Imprenta: \_\_\_\_\_

Si hay alguna pregunta sobre su estado de cuenta por favor póngase en contacto con nuestra facturadora, Annie a través del Portal del Paciente o llámela al (510) 679-7222 al recibir el estado de cuenta.

Este acuerdo se mantendrá hasta el vencimiento de su tarjeta de crédito en el archivo. Si desea cancelar la autorización, por favor, nos proporcionan una solicitud por escrito sería.

# Healthy Living Primary Care

2545 E. Bidwell Street, Suite 110, Folsom, CA 95630 • 11634 Fair Oaks Blvd, Fair Oaks, CA 95628

Teléfono: (916) 983-8868 Fax: (916) 983-8891

## Políticas de la oficina

**BIENVENIDO A NUESTRA CONSULTA:** Nos alegramos de que haya elegido nuestra oficina para sus necesidades de salud. Nuestro equipo de atención incluye doctores, niveles intermedios y personal de apoyo. Trabajamos en equipo para proporcionar una atención de calidad a personas de todas las edades. Ofrecemos una atención personalizada mediante el uso de lo último en información médica y tecnología diagnóstica. Para nosotros es importante desarrollar una relación sólida y duradera entre el paciente y el médico.

**CONOZCA SU PLAN DE SEGURO:** Bajo los cambios dinámicos del mundo de los seguros, es fundamental que los pacientes entiendan los beneficios y restricciones de su propio seguro. Hasta que se alcance su deducible, las visitas al consultorio, los análisis de sangre y las pruebas de imagen son responsabilidad del paciente. Las pruebas de laboratorio preventivas se limitan a un panel de colesterol, un panel metabólico completo, un recuento sanguíneo completo, una prueba de tiroides y una enzima prostática. Cualquier otra prueba está sujeta a posibles pagos de bolsillo, dependiendo de su plan. Las visitas preventivas sólo cubren la detección de la presión arterial alta, el colesterol, el examen de seno, la prueba de Papanicolaou, las vacunas y el examen físico. La discusión de cualquier condición médica durante su visita preventiva está sujeta a un cargo adicional por visita de enfermedad.

**CITAS:** Uno de los objetivos de esta oficina es respetar el tiempo de nuestros pacientes, ubicándolo en la sala de examen a la hora de la cita programada en lugar de dejarlo en la sala de espera. En el caso de que se retrase en llegar a su cita, se hará todo lo posible para acomodarlo en el horario existente. Sin embargo, puede haber ocasiones en las que le pidamos que vuelva a programar su cita si no podemos atenderle.

**CANCELACIONES:** Si usted encuentra que necesita cancelar su cita, por favor contacte la oficina al menos 24 horas antes de la cita para evitar un cargo de \$50.00 por no presentarse/cancelación del mismo día a través del Portal del Paciente, llamada telefónica o correo de voz. Estaremos encantados de reprogramar su cita en un momento más conveniente.

**PROGRAMA DE GESTIÓN DE ENFERMEDADES CRÓNICAS (si cumple los requisitos):** Si tiene al menos dos enfermedades crónicas, puede acogerse a nuestro Programa de Gestión de Cuidados Crónicos sin costo alguno para usted. El objetivo de este programa es asegurarse de que su salud está bien gestionada. Nuestro especialista designado de CCM revisará su expediente mensualmente para cosas tales como el cuidado preventivo, la reconciliación de medicamentos, el envío de RX, y la gestión médica por otros especialistas. El paciente entiende que sólo el médico de atención primaria puede administrar este programa y que el paciente puede optar por abandonar el programa en cualquier momento.

**Entiendo y acepto todas las políticas anteriores.**

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Nombre del padre/conservador: \_\_\_\_\_

Firma del paciente/padre/conservador: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

# Health Living Primary Care

## Procedimientos de oficina

### LABORATORIOS:

- Las órdenes de laboratorio se envían a Quest electrónicamente para su comodidad. Usted puede ir a cualquier Quest sin una orden impresa. Si desea ir a LabCorp, le imprimiremos la orden de laboratorio.
- Si se le da una hoja de papel a la salida, es importante que traiga esa hoja de laboratorio con usted al laboratorio.
- Puede pedir citas en línea en [www.QuestDiagnostics.com](http://www.QuestDiagnostics.com) para reducir el tiempo de espera.
- Si tiene un PPO, la mayoría de las pruebas de laboratorio cuentan para su deducible. Para la mayoría de los seguros, las pruebas de laboratorio preventivas se limitan a un panel de colesterol, un panel metabólico completo, un recuento sanguíneo completo, una prueba de tiroides y una enzima de próstata. Por favor, llame a su seguro si tiene preguntas sobre el costo y la cobertura.

### PRUEBAS DE IMAGEN:

- Llame a Sutter Imaging para programar la prueba y traiga la orden impresa.
- Sin embargo, cualquier paciente con Covered California y Connected Care necesita ir a Mercy Imaging
- Si su seguro requiere autorización previa, obtendremos la autorización y nos pondremos en contacto con usted a través de nuestro Portal del Paciente una vez que se haya completado. Dependiendo de la urgencia de su examen, la autorización previa puede tomar hasta 7-10 días hábiles para procesar.

### REFERENCIAS:

- Por favor, espere de 7 a 10 días hábiles para procesar su remisión a menos que sea médicamente urgente. Se le notificará a través de nuestro Portal del Paciente cuando su remisión esté hecha.
- Por favor, haga una cita con el especialista dentro de 30 días porque muchas oficinas no tendrán en cuenta la referencia después de 30 días. Hay una cuota de \$ 25 para cualquier repetición de referencias.
- Toda la información médica pertinente será enviada con la referencia al especialista. Usted también tiene acceso a su expediente médico a través de nuestro Portal del Paciente si el especialista necesita algo adicional.
- Haremos todo lo posible para remitirle a un especialista dentro de la red de su seguro. Sin embargo, es su responsabilidad confirmar que el especialista está en su red antes de recibir servicios con esa oficina.

### RESULTADO DE PRUEBAS:

- Siempre le notificaremos los resultados de todas las pruebas. Si no tiene noticias nuestras después de 2 semanas, póngase en contacto con nosotros a través del Portal del Paciente.
- En el caso de las pruebas de laboratorio rutinarias o preventivas, nuestros proveedores le enviarán la interpretación de los resultados de las pruebas a través de nuestro Portal del Paciente. Después, usted también podrá ver sus resultados en el Portal del Paciente.
- Si el resultado de la prueba es anormal y requiere una discusión en profundidad, nos pondremos en contacto con usted a través del Portal del Paciente para programar una cita de seguimiento.
- En el caso de las pruebas de seguimiento, nuestro proveedor discutirá los resultados de la prueba con usted en detalle en su próxima cita de seguimiento.
- Si el resultado de alguna prueba es urgente, lo contactaremos por teléfono.

### CONOZCA SU PLAN DE SEGURO:

- En el marco de los cambios dinámicos del mundo de los seguros, es fundamental que los pacientes conozcan las prestaciones y restricciones de su propio seguro. **Hasta que se alcance el deducible, las visitas al consultorio y las pruebas son responsabilidad del paciente.**

### ATENCIÓN DE URGENCIA/ATENCIÓN FUERA DE HORARIO:

- Contamos con múltiples proveedores a diario para atender sus necesidades médicas urgentes. Usualmente podrá conseguir una cita con alguien de nuestro equipo de atención en el mismo día si llama a primera hora del día. Si necesita atención después de las horas de oficina, los médicos de guardia están disponibles para la consulta 24/7. Las indicaciones para llegar a los centros de atención urgente locales se indican en nuestro mensaje de voz. Tenga en cuenta que para las emergencias que ponen en peligro la vida debe llamar al 911.

### RECARGAS O REENVIO DE RX:

- Por favor, compruebe si necesita algún recambio antes de cada visita. Si necesita una recarga de medicamentos entre las visitas, por favor, póngase en contacto con su farmacia y ellos enviarán una solicitud electrónica a nuestra oficina. También puede solicitar la reposición de medicamentos en el Portal del Paciente. Por favor, espere de 24 a 48 horas para que su receta sea aprobada por el médico y procesada por nuestra oficina. Sin embargo, no podemos reponer medicamentos narcóticos sin una visita.

**Entiendo y estoy de acuerdo con todos los procedimientos de la oficina arriba mencionados.**

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Nombre del padre/conservador: \_\_\_\_\_

Firma del paciente/padre/conservador: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**Healthy Living Primary Care**  
**AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD**

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE UTILIZAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO PUEDE ACCEDER A ELLA.

POR FAVOR, REVÍSELO CUIDADOSAMENTE. LA PRIVACIDAD DE SU INFORMACIÓN MÉDICA ES IMPORTANTE PARA NOSOTROS.

Las leyes federales y estatales, incluida la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996 (HIPAA), nos obligan a mantener la privacidad de su información médica. También estamos obligados a entregarle este aviso sobre nuestras prácticas de privacidad, nuestras obligaciones legales y sus derechos en relación con su información médica.

Puede solicitar una copia de nuestro aviso en cualquier momento. Para obtener más información sobre nuestras prácticas de privacidad, o para obtener copias adicionales de este aviso, por favor póngase en contacto con nosotros utilizando la información que aparece al final de este aviso.

Nos reservamos el derecho de cambiar nuestras prácticas de privacidad y los términos de este aviso en cualquier momento, siempre y cuando dichos cambios estén permitidos por la ley aplicable. Nos reservamos el derecho de hacer efectivos los cambios de nuestras prácticas de privacidad y los nuevos términos de nuestro aviso para toda la información médica que mantenemos, incluyendo la información médica creada o recibida antes de hacer los cambios.

Podemos utilizar y divulgar información médica sobre usted para los siguientes fines: Tratamiento, pago y operaciones de atención médica:

- **Tratamiento:** Podemos utilizar su información médica para tratarle o revelar su información médica a un médico u otro proveedor de atención médica que le proporcione tratamiento.
- **Pago:** Podemos utilizar y divulgar su información médica para obtener el pago de los servicios que le proporcionamos.
- **Operaciones de atención médica:** Podemos utilizar y divulgar su información médica en relación con el curso normal de funcionamiento de nuestra práctica. Las operaciones de atención sanitaria también pueden incluir actividades de evaluación de la calidad, evaluaciones de rendimiento, realización de programas de formación, acreditación y certificación, actividades de concesión de licencias o credenciales

Podemos ponernos en contacto con usted para recordarle sus citas o informarle sobre alternativas de tratamiento u otras prestaciones y servicios relacionados con la salud que puedan interesarle.

Cualquier otro uso y divulgación de su información médica sólo se hará con su autorización por escrito o en respuesta a requisitos legales como ayuda en caso de desastre, órdenes judiciales, sospecha de abuso, negligencia o violencia doméstica, o en ciertos casos que afecten a la seguridad nacional.

Usted tiene los siguientes derechos con respecto a su información médica. Este derecho lo puede ejercer mediante una solicitud por escrito utilizando la información de contacto que aparece al final de este aviso.

- El derecho a solicitar restricciones adicionales en el uso o divulgación de su información médica. No estamos obligados a aceptar estas restricciones adicionales, pero si lo hacemos, nos atenderemos a nuestro acuerdo, que debe ser por escrito.
- El derecho a inspeccionar y copiar su información médica protegida.
- El derecho a solicitar modificaciones de su información médica protegida.
- El derecho a recibir un informe de las divulgaciones de su información médica para fines distintos del tratamiento, el pago, las operaciones de atención médica o de conformidad con otras divulgaciones autorizadas según lo indicado anteriormente.
- El derecho a obtener una copia de este aviso

Si le preocupa que podamos haber violado sus derechos de privacidad, o no está de acuerdo con una decisión que hayamos tomado para modificar o restringir el uso o la divulgación de su información médica o para que nos comuniquemos con usted por medios alternativos o en lugares alternativos, puede ponerse en contacto con nosotros utilizando la información de contacto que aparece al final de este aviso. También puede presentar una queja por escrito al Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos. Si lo solicita, le facilitaremos la dirección para presentar su queja.

Apoyamos su derecho a la privacidad de su información médica. No tomaremos ningún tipo de represalia si decide presentar una queja ante nosotros o ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos.

Oficina de contacto: Healthy Living Primary Care  
Teléfono: 916-983-8868 Fax: 916-983-8891  
Dirección: 2545 E. Bidwell St, Suite 110, Folsom, CA 95630  
2<sup>da</sup> Oficina: 11634 Fair Oaks Blvd, Fair Oaks, CA 95628

Nombre del Paciente \_\_\_\_\_

Firma del Paciente \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_



# Healthy Living Primary Care

2545 E. Bidwell Street, Suite 110, Folsom, CA 95630

11634 Fair Oaks Blvd, Fair Oaks, CA 95628

Teléfono: (916) 983-8868 Fax: (916) 983-8891

---

## Consentimiento del historial de medicación

Al firmar abajo doy permiso para que esta oficina médica acceda a mis datos de beneficios de farmacia electrónicamente a través de RxHub. Este consentimiento permitirá a esta oficina médica:

- Determinar las prestaciones farmacéuticas y los copagos de medicamentos del plan de salud de un paciente.
- Comprobar si un medicamento prescrito está cubierto (en el formulario) por el plan de un paciente.
- Mostrar las alternativas terapéuticas con el rango de preferencia (si está disponible) dentro de una clase de medicamentos.
- Determinar si el plan de salud de un paciente permite la prescripción electrónica a las farmacias de venta por correo y, en caso afirmativo, prescribir electrónicamente a estas farmacias.
- Descargar una lista histórica de todos los medicamentos prescritos a un paciente por cualquier proveedor

En resumen, le pedimos permiso para obtener información sobre el formulario y sobre otras recetas prescritas por otros proveedores mediante RxHub.

---

Nombre del Paciente

---

Firma del Paciente

---

Fecha

# Healthy Living Primary Care

2545 E. Bidwell Street, Suite 110, Folsom, CA 95630  
11634 Fair Oaks Blvd, Fair Oaks, CA 95628  
Teléfono: (916) 983-8868 Fax: (916) 983-8891

---

## Consentimiento para recordatorio por mensaje de texto

Por la presente doy mi consentimiento a Atención Primaria Vida Sana para utilizar la mensajería de texto SMS en el número de teléfono móvil \_\_\_\_\_ **SOLO para recordatorios de citas.** Entiendo que se me proporcionará la opción de confirmar o cancelar mi cita a través de mensajes de texto. Sin embargo, si quiero reprogramar mi cita tendré que contactar con Atención Primaria Vida Sana en el 916-983-8868. También entiendo que mi proveedor de servicios móviles puede cobrar una cuota de mensajes de texto SMS por cualquier mensaje enviado y/o recibido desde mi número de teléfono.

**Nombre del Paciente:** \_\_\_\_\_

*Por favor en letra legible*

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

*En el caso de que un padre/tutor firme por un menor, por favor, indique su relación:*

\_\_\_\_\_

***Todos los pacientes tienen derecho a cambiar de opinión. Si desea cambiar su opción de recordatorio, notifíquelo en recepción. Si cambia de número de teléfono, infórmenos para que podamos actualizar nuestros registros.***