

SOLO PARA PERSONAL DE OFICINA

CORA Status: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		FHCCGLA Envelope: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
Clinic Site: <input type="checkbox"/> Bell Gardens Family Medical Center <input type="checkbox"/> Hawaiian Gardens Health Center <input type="checkbox"/> Downey Family Medical Center <input type="checkbox"/> Maywood Family Medical Center <input type="checkbox"/> School Based Health Center		Medical Record # _____	Relationship to Responsible Party: <input type="checkbox"/> Self <input type="checkbox"/> Child <input type="checkbox"/> Spouse <input type="checkbox"/> Other: _____
HIPPA Handout Given: Date: ____/____/____ Initials: ____		Advanced Directive Given: Date: ____/____/____ Initials: ____	

INFORMACIÓN DEL PACIENTE				PERSONA RESPONSABLE <i>(Ingrese el nombre de la persona que es financieramente responsable de su cuenta)</i>			
Apellido del Paciente:		Nombre del Paciente:		Apellido y Nombre de la Persona Responsable:		Relación:	
Número de Seguro Social:		Fecha de Nacimiento: (MM/DD/YYYY)		Número de Seguro Social:		Fecha de Nacimiento: (MM/DD/YYYY)	
Dirección:				Dirección:			
Ciudad:		Estado:		Código Postal:		Ciudad:	
Estado:		Código Postal:		Ciudad:		Estado:	
Código Postal:		Ciudad:		Estado:		Código Postal:	
Nombre de Apellido Materno:		Lugar de Nacimiento:		Nombre de Apellido Materno:		Lugar de Nacimiento:	
Esta Usted: <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Desempleado <input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/> Retirado Seleccione Uno: <input type="checkbox"/> Tiempo Completo <input type="checkbox"/> Tiempo Parcial				Esta Usted: <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Desempleado <input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/> Retirado Seleccione Uno: <input type="checkbox"/> Tiempo Completo <input type="checkbox"/> Tiempo Parcial			
Tipo de Ingreso Mensual:		Cantidad de Ingreso Mensual:		Tipo de Ingreso Mensual:		Cantidad de Ingreso Mensual:	
(Cheque, Efectivo, Etc.)		Tamaño de Familia:		(Cheque, Efectivo, Etc.)		Tamaño de Familia:	
_____ \$ _____		# _____		_____ \$ _____		# _____	
Trabajador Agrícola: <input type="checkbox"/> Estacional <input type="checkbox"/> Trabajador Migrante		Sin Hogar: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Doblado <input type="checkbox"/> Calle <input type="checkbox"/> Transicional <input type="checkbox"/> Refugio Para Indigentes <input type="checkbox"/> Otro: _____		Trabajador Agrícola: <input type="checkbox"/> Estacional <input type="checkbox"/> Trabajador Migrante		Sin Hogar: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Doblado <input type="checkbox"/> Calle <input type="checkbox"/> Transicional <input type="checkbox"/> Refugio Para Indigentes <input type="checkbox"/> Otro: _____	
Número de Teléfono: <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Trabajo		Número de Teléfono: <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Trabajo		Número de Teléfono: <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Trabajo		Número de Teléfono: <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Trabajo	
Datos Requeridos de U.D.S. Por favor proporcione la siguiente información confidencial. Sexo de Nacimiento: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino Género Actual: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino Identidad de Género: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Transexual de Hombre-a-Mujer <input type="checkbox"/> Transexual de Mujer-a-Hombre <input type="checkbox"/> Elige no Revelar Orientación Sexual: <input type="checkbox"/> Heterosexual <input type="checkbox"/> Gay/Lesbiana/Homosexual <input type="checkbox"/> Bisexual <input type="checkbox"/> Elige no revelar				Datos Requeridos de U.D.S. Por favor proporcione la siguiente información confidencial. Sexo de Nacimiento: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino Género Actual: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino Identidad de Género: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Transexual de Hombre-a-Mujer <input type="checkbox"/> Transexual de Mujer-a-Hombre <input type="checkbox"/> Elige no Revelar Orientación Sexual: <input type="checkbox"/> Heterosexual <input type="checkbox"/> Gay/Lesbiana/Homosexual <input type="checkbox"/> Bisexual <input type="checkbox"/> Elige no revelar			
Estado Civil:		Situación Militar:		Estado Civil:		Situación Militar:	
<input type="checkbox"/> Soltero/a <input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Otro		<input type="checkbox"/> No Militar <input type="checkbox"/> Veterano/Retirado		<input type="checkbox"/> Soltero/a <input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Otro		<input type="checkbox"/> No Militar <input type="checkbox"/> Veterano/Retirado	
		<input type="checkbox"/> Servicio Activo/Rama: _____				<input type="checkbox"/> Servicio Activo/Rama: _____	
Etnicidad – ¿Se considera ser Hispano/Latino? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No				Etnicidad – ¿Se considera ser Hispano/Latino? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			
Raza: ¿Que grupo se identifica usted ser parte de? (marque todo lo que corresponda) <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Hawaiano Nativo/Otro Isleño Pacifico <input type="checkbox"/> Blanco/a <input type="checkbox"/> Negro/Afroamericano <input type="checkbox"/> Declinar Revelar <input type="checkbox"/> Indio Americano/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Mas de Una Raza				Raza: ¿Que grupo se identifica usted ser parte de? (marque todo lo que corresponda) <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Hawaiano Nativo/Otro Isleño Pacifico <input type="checkbox"/> Blanco/a <input type="checkbox"/> Negro/Afroamericano <input type="checkbox"/> Declinar Revelar <input type="checkbox"/> Indio Americano/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Mas de Una Raza			
Correo Electrónico: (para recordatorios de citas e inscripción en el Portal de Pacientes)				Correo Electrónico: (para recordatorios de citas e inscripción en el Portal de Pacientes)			
Idioma Preferido: _____ Servicios de Intérprete: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No				Idioma Preferido: _____ Servicios de Intérprete: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			
CONTACTO de EMERGENCIA (REQUERIDO)							
Nombre del Paciente:		Apellido del Paciente:		Relación Con El Paciente:		Género: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	
Dirección:		Ciudad:		Estado:		Código Postal:	
Número de Teléfono de Casa ()		Número de Teléfono del Trabajo ()		Número Celular ()			

He proporcionado de buena gana toda la información anterior y autorizo la divulgación de cualquier información médica necesaria para procesar reclamos médicos y autorizo el pago de beneficios médicos a Family Health Care Centers of Greater Los Angeles, Inc. Estoy de acuerdo en pagar cualquier saldo de los cargos por servicios profesionales que exceden el pago del seguro.

Firma: _____
 (Paciente, Padre, Guardián Legal, o Persona Autorizada)

Fecha: _____



CONSENTIMIENTO GENERAL PARA TRATAMIENTO de PEDIATRIA

El centro de Family Health Care Centers of Greater Los Angeles, Inc. (FHCCGLA) ofrece cuidado de salud en una clínica ambulatoria. Nuestro enfoque es el cuidado de salud preventivo, el cual incluye: medicina general, pediatría, cuidado prenatal, planificación familiar, detección del cancer del seno y cervical, tratamiento de enfermedades transmitidas sexualmente y otros servicios como salud mental, dental y optometría (disponible en nuestra clínica Bell Gardens Family Medical Center). Las clínicas de FHCCGLA proveen cuidado de salud de pediatría, que son preventivos e incluyen cuidado del bebé, vacunas, chequeo de salud del niño/a, y cuidado adolescente, con servicios limitados a servicios internos. Existe un servicio de referencia que es proveído para clientes cuyas condiciones médicas no están dentro del alcance de las clínicas de FHCCGLA.

Las clínicas de FHCCGLA, Bell Gardens Family Medical Center (BGFMC), Maywood Family Medical Center (MFMC), Hawaiian Gardens Health Center (HGHC), Downey Family Medical Center (DFMC) y School Based Health Center (SBHC) participant en cuidados de salud subsidiados por programas ofrecidos por el gobierno federal, estatal y condados del gobierno y de seguros. Como parte de estos programas, expedientes de los pacientes son revisados y evaluados para calidad y cumplimiento del programa. Sin embargo, cualquier información relacionada a un cliente individual requiere la notificación y el consentimiento del mismo o una orden expedida por la corte.

- Entiendo que mi hijo/a tiene el derecho a ser tratado con respeto y dignidad.
- Entiendo que voy a recibir contestaciones a mis preguntas sobre mi hijo/a, tendrá mi hijo/a privacidad y confidencialidad en cuanto a su expediente y tendre derecho a revisar el expediente de mi hijo/a con su proveedor médico.
- Entiendo que tengo el derecho a rehusar cualquier cuidado o tratamiento medico sobre mi hijo/a en cualquier momento.
- Entiendo que tengo la responsabilidad de seguir consejos en cuanto a la salud de mi hijo/a, seguir tratamiento médico, ser honesto/a en cuanto al historial médico de mi hijo/a y reportar cambios referentes a la salud de mi hijo/a a la clínica.
- Entiendo que tengo el derecho a hacer una queja de parte de mi hijo/a referente al comportamiento o eventos que suceden dentro de la clínica. Además, tengo el derecho a una audiencia justa sobre dichas quejas. Un proceso para tal audiencia se me explicará.

Bajo las condiciones establecidas, doy mi consentimiento a los exámenes y pruebas de laboratorio que se consideren necesarias al cuidado médico de mi hijo/a y autorizo que provean el historial médico de mi hijo/a a FHCCGLA.

Esta autorización será efectiva inmediatamente y continuará hasta que la retire por medio de una carta escrita por mí.

Firma: _____
(Padre o Tutor)

Fecha: _____

Testigo: _____

Patient Name: _____ D.O.B: _____ Chart# _____

**PERMISO PARA
COMPARTIR EL RECORD COMPUTARIZADO DE VACUNACION
CON PERSONAL MEDICO Y OTRAS AGENCIAS**

Esta clínica mantiene un record computarizado de las vacunas que usted o su niño/a ha recibido. Este record incluye las vacunas y las fechas en que fueron dadas. Esto nos permitirá proveer mejores servicios y seguimiento médico para usted o su niño/a.

Mantendremos este record al día con las vacunas que usted o su niño recibe en esta clínica y transmitiremos esta información al Registro Central de Vacunas del Condado de Los Angeles. Otros doctores, clínica y hospitales podran comprobar las vacunas que usted/su niño/a ha recibido con este Registro Central. Las escuelas públicas y privadas también podran comprobar con el Registro Central de Vacunas que su niño/a tiene todas las vacunas requeridas para ir a la escuela. El programa de WIC, también tendrá acceso a esta información para asistirle en asegurar que su niño/a siempre esté al día con sus vacunas.

Solamente la siguiente Información será compartida con los médicos, las escuelas y el programa de WIC:

- Nombre del paciente
- Fecha de nacimiento
- Dirección y número de teléfono actual
- Nombre de soltera de la madre
- Vacunas y fechas de vacunación
- Médico/clínica que dió las vacunas

Esta clínica y todos los otros participantes incluyendo los doctores, clínicas, hospitales, escuelas y el programa de WIC mantendran esta información confidencial. No se compartirá esta información con ninguna otra persona o agencia. Usaran esta información para asegurar que usted o su niño/a reciban las vacunas a su debido tiempo y para recordarle cuando las necesita.

Usted puede rehusar a dar permiso para que la información acerca de las vacunas recibidas sea compartida con el Registro Central de Vacunación y a la vez con otros doctores, clínicas, hospitales, escuelas o programas de WIC.

AUTORIZACION

Entiendo que mi firma da autorización para los siguientes reciban información incluida en el record de vacunas de mi niño/a:

- El Registro Central de Vacunas
- Otros doctores, clínicas, u hospitales que atiendan a su niño/a
- Las escuelas públicas y privadas y el programa de WIC
-

Patient Name: _____ Date of Birth _____

Signature (Parent/Legal Guardian) Date

REHUSO AUTORIZACION

POR FAVOR SEPA QUE: Si usted se rehusa a participar en el Registro Central de Vacunación del Condado de Los Angeles, ningún otro doctor (clínica, hospital, sala de emergencia) que atienda a su niño/a podrá obtener información actualizada del record computarizado de vacunas que esta clínica mantiene para su niño/a.

Rehusa autorización para que el record de vacunas de mi niño/a sea compartido con el Registro Central de Vacunación, otros doctores, clínicas, hospitales, escuelas y programas de WIC.

Patient Name: _____ Date of Birth: _____

Signature (Parent/Legal Guardian) Date



Anuncio sobre Prácticas de Privacidad

Se proporciona un **Aviso de Prácticas de Privacidad** a todos los pacientes. Este Aviso de Prácticas identifica: 1) cómo puede usarse o divulgarse su información médica; 2) sus derechos para acceder a su información médica, modificar su información médica, solicitar un informe de divulgaciones de su información médica y solicitar restricciones adicionales sobre nuestros usos y divulgaciones de esa información; 3) sus derechos para quejarse si cree que se han violado sus derechos de privacidad; y 4) nuestras responsabilidades para mantener la privacidad de su información médica.

El abajo firmante certifica que él / ella ha leído lo anterior, recibió una copia del Aviso de prácticas de privacidad y es el paciente o el representante personal del paciente.

Nombre del Paciente

Firma del Paciente

_____/_____/_____
Fecha de Firma

Nombre del Representante Personal Del Paciente

Firma del Representante Personal Del Paciente

_____/_____/_____
Fecha de Firma

SOLO PARA USO INTERNO

Nombre del Empleado

Firma del Empleado

Si corresponde, no se pudo obtener el reconocimiento por escrito el paciente.

- El Paciente no puede firmar
- El paciente se rehusó a firmar
- Otro _____

Reconocimiento de Anuncio sobre
Prácticas de Privacidad

_____/_____/_____
(Como indica la forma APP)

ANUNCIO SOBRE PRACTICAS DE PRIVACIDAD

Este anuncio describe la manera en que la *Información Protegida de Salud (IPS)* sobre su persona podría usarse y divulgarse, y la manera en que usted puede tener acceso a la misma. La confidencialidad se extiende a todos los medios de comunicación existentes, incluyendo los escritos, electrónicos, verbales u otros medios.

USO Y DIVULGACION

Para el Tratamiento: Miembros del personal podrían usar su IPS, o divulgarlo a otros profesionales médicos con fines de evaluación, diagnóstico y tratamiento médicos. Por ejemplo: los procedimientos y resultados de sus pruebas de laboratorio estarán a la disposición en su expediente de todos los profesionales médicos que pudieran proveerle tratamiento, o de todos aquellos que pudieran ser consultados por parte de nuestro personal.

Para Pagos: Su IPS podría usarse para obtener pagos de su plan de salud, otras fuentes de cobertura tal y como una aseguración automovilística, compensación laboral o compañías de crédito usadas para pagar algunos servicios. Por ejemplo: su plan de salud podría solicitar y recibir información en cuanto a fechas y tipos de servicios proveídos, y las condiciones médicas bajo tratamiento.

Para el Funcionamiento del Centro Médico: Su IPS podría usarse, si fuera necesario, para apoyar el manejo y las actividades diarias de *Family Health Care Centers of Greater Los Angeles, Inc.* Por ejemplo: la información sobre los servicios que se le administraron podría usarse para apoyar ciertos reportes presupuestales y financieros, así como las actividades para evaluar y promover la calidad. La información sobre su salud también podría divulgarse a doctores, enfermeras, técnicos, estudiantes de medicina u otro personal de salud con propósitos de revisión y aprendizaje.

Para Requisitos Legales: Se divulgará su IPS cuando sea requerido por las leyes locales, estatales o federales, incluyendo las leyes de compensación laboral. También se compartirá información sobre su IPS cuando sea requerido por una corte legal o el departamento de policía para evitar amenazas graves a la salud y seguridad de alguna persona en particular o del público en general.

Para Reportes de Salud Pública: Su IPS podría ser divulgado a agencias de salud pública cuando sea requerido por la ley. Por ejemplo: para reportar ciertas enfermedades contagiosas a los departamentos de salud pública del condado o del estado.

Para Usos de Información Adicional: En el caso de recordatorios. Miembros del personal usarán su IPS para llamarle o enviarle por correo un recordatorio sobre su próxima cita.

Para Información sobre el Tratamiento: Su IPS podría ser usado para poder enviarle información relacionada al tratamiento y manejo de su condición médica, o sobre servicios relacionados a su salud que consideremos de su interés.

Para Proyectos de Investigación: Podríamos, bajo ciertas circunstancias, usar y divulgar información médica sobre su persona para propósitos de investigación. Por ejemplo: un proyecto de investigación podría involucrar comparaciones de salud y recuperación entre pacientes que recibieron tipos de medicamentos diferentes para una misma condición médica. Los proyectos de investigación están sujetos a un proceso de aprobación, y no se divulgará ningún tipo de información

médica para un proyecto de investigación, sin que el mismo haya sido previamente aprobado mediante dicho proceso. La información se divulgará, por ejemplo, a personas encargadas de conducir un proyecto de investigación que intenta identificar pacientes con necesidades médicas particulares; siempre y cuando la información provista no abandone nuestras instalaciones. Por lo general, le pediremos permiso para saber si el investigador puede tener acceso a su nombre, dirección u otro tipo de información que revele su identidad.

Otros Usos y Divulgación que Requieren su Autorización: La divulgación y el uso de su información médica para cualquier otro propósito además de los mencionados anteriormente, requieren de su autorización específica y por escrito. Si usted cambia de idea después de autorizar el uso de divulgación de su información, puede someter una revocación de autorización por escrito. Sin embargo, su revocación no afectará o anulará cualquier uso de divulgación de información realizada previo al recibo de su notificación.

DERECHOS Y RESPONSABILIDADES:

Derechos Individuales: Usted cuenta con ciertos derechos bajo normas federales de privacidad que incluyen:

- El derecho a solicitar restricciones sobre el uso y divulgación de su información protegida de salud.*
- El derecho a recibir información confidencial referente a su condición médica y tratamiento.*
- El derecho a inspeccionar y a copiar su información protegida de salud.*
- El derecho a enmendar y corregir su información protegida de salud.*
- El derecho a recibir un reporte sobre cómo y a quién se le ha divulgado su información protegida de salud.*
- El derecho a recibir una copia impresa de este anuncio.*

** Algunas restricciones aplican..*

Obligaciones de *Family Health Care Centers of Greater Los Angeles, Inc.*: Se nos exige, legalmente, conservar la privacidad de su IPS y proporcionarle este anuncio sobre prácticas de privacidad.

Se nos exige también obrar de acuerdo con las pólizas y prácticas establecidas en este anuncio.

El Derecho a Revisar las Prácticas de Privacidad: Nos reservamos el derecho de enmendar y modificar nuestras prácticas de privacidad en medida de lo que la ley permita. Podemos proporcionarle una copia revisada de este anuncio, o usted puede solicitar una copia actualizada a nuestro Oficial de Privacidad o llamar a nuestras oficinas por ella.

Quejas: Si quisiera establecer una queja sobre nuestras prácticas de privacidad, puede hacerlo sin temor a represalias enviando una carta con sus inquietudes a nuestro Oficial de Privacidad o llamando a la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y de Servicios Humanos de los Estados Unidos:

Sophia N. Chun, MD
Interim C.M.O.
6501 S. Garfield Ave.
Bell Gardens, CA 90201
(562) 928-9600

Office of Civil Rights
U.S. Dept. of Health and Human Services
200 Independence Ave., S.W.
Room 509F, HHH Bldg.
Washington, D.C. 20201 (800) 368-1019

Revised 01/2016RRV



Forma De Consentimiento Para Recibir Mensajes de Texto

Hemos introducido CareMessage, un programa para ayudarle a recordar sus citas medicas, y nos ayudara a reducir la cantidad de citas perdidas.

Ahora usted podrá recibir recordatorios de sus citas por texto a su celular. Adicionalmente, usted recibirá mensajes por texto relacionados a su cuidado de salud (por ejemplo referencias, papanicolaou, y examen de los senos, etcétera).

Si usted elije recibir recordatorios por texto a su celular, usted tendra la opción de ya no recibir los mensajes de texto en cualquier tiempo. Simplemente llamenos al # 562-928-9600, oprima 2, y despues oprima 1.

Si usted elije recibir recordatorios de sus citas por texto, favor de completar la siguiente información abajo:

Yo autorizo a Family Health Care Centers of Greater Los Angeles, Inc. (FHCCGLA) que me mande mensajes por texto de cualquier cita próxima o para promociones referente a mi salud.

Yo reconozco que recordatorios para citas por texto son un servicio adicional y que no siempre los recibiré en todas ocasiones y que la responsabilidad de atender o cancelar mis citas todavía es mi responsabilidad.

Yo entiendo que mi número de teléfono no será utilizado por cualquier otra razón.

Yo entiendo que es mi responsabilidad notificar a FHCCGLA si my numero de celular cambia o ya no está en mi posesión.

Yo entiendo que tengo la opción de ya no recibir los mensajes de texto en cualquier tiempo.

Numero De Celular: (_____) _____ - _____

Nombre: _____

Firma: _____

Fecha: ____/____/____

D.O.B.: ____/____/____ Chart# _____

Preguntas y Respuestas Comunes

- P:** *Me gustaría que el mensaje de texto incluya el nombre del proveedor o el departamento donde tengo mi cita. ¿Es posible?*
- R:** Desafortunadamente esto no es posible. Debido a la confidencialidad del paciente no podremos incluir esta información. Esto es debido a la posibilidad de que el paciente podrá permitir a un familiar o amigo/a ver sus mensajes de texto pero prefieran mantener su cita confidencial.
- P:** *Este servicio es solo disponible a las personas que tienen un celular y utilizan mensajes por texto. ¿Podrán expandir este servicio a teléfonos (de casa) o correo electrónico?*
- R:** Actualmente solo podemos ofrecer este servicio por mensajes de texto a teléfono celular. En este momento no podemos mandar mensajes por correo electrónico pero asegúrese de proveernos con su dirección de correo electrónico en caso de que este método este implementado.
- P:** *¿Hay un costo a mí para este servicio?*
- R:** Nosotros no le cobramos para este servicio.
- P:** *¿Se mantendrán mis detalles de contacto confidenciales?*
- R:** La confidencialidad del paciente es gobernado abajo de la Ley de Protección de Datos. Su información será almacenado en nuestro sistema y solo será accesible por nuestra organización como parte de su expediente. No serán cedidos a cualquier otra organización solo como sea necesario y permitido por la ley.
- P:** *¿Qué hago si mi numero de celular cambio?*
- R:** Simplemente llame lo antes posible al # 562-928-9600 y la operadora actualizara el sistema y agregara su nuevo número de celular para que pueda seguir recibiendo sus recordatorios a su nuevo número.
- P:** *¿Que si ya no deseo recibir recordatorios por mensajes de texto?*
- R:** Simplemente llamé al # 562-928-9600 y notifique a la operadora y ella/el actualizara el sistema que indique que ya no desea recibir recordatorios por texto.



Attention: _____
Medical Records Dept.

Release of Records and/or Disclosure AUTHORIZATION

Nombre Del Paciente: _____ # De Expediente: _____ D.O.B. ____/____/____
(Fecha de Nacimiento)

Por lo cual pido que mi expediente medico sea diseminado a: Agencia Nombrada Yo Mismo/a

To/Para: _____	From/De: _____
Address/Dirección: _____	Address/Dirección: _____
City/Ciudad: _____	City/Ciudad: _____
Phone/Teléfono: _____	Phone/Teléfono: _____
Fax: _____	Fax: _____

Archivos: Información Medica Resultados de H.I.V. Resultados de Laboratorio
 Rayos-X Dentales Otro (favor de clarificar): _____

Tiempo Determinado: Esta autorización será efectiva desde la fecha que se firme y será efectiva hasta ____/____/____, o por un año de la fecha que se firmo, si no se anoto fecha.

Revocación: Entiendo que esta autorización está sujeta a notificación escrita en cualquier momento que deseo revocar mi autorización.

Nueva Revelación: Entiendo que la persona que pida mi expediente médico no podrá legalmente utilizar o dar la información.

Estoy de acuerdo en pagar una cuota de procesamiento de \$20.00 por la copia de mi Expediente Medico.

Estoy de acuerdo en pagar una cuota de procesamiento de \$5.00 por la copia de mis Rayos-X Dentales.

Pido que la información médica dada por esta autorización sea utilizada para este propósito solamente:
Continuidad de cuidado

Yo autorizo a los proveedores médicos y a los empleados de Family Health Care Centers of Greater Los Angeles, Inc. que puedan dar la información médica como se ha indicado. Yo entiendo y estoy de acuerdo que una copia de esta autorización también es aceptable como la original y tengo el derecho de obtener una copia de la autorización para mis propósitos.

Firma del Paciente o Pariente Legal **Fecha:** _____

Relación (si no está firmado por el paciente)



ELIGIBILITY SCREENING STATUS FORM

Date: ___/___/___ Initial's: _____

First Visit / Renewal

All patients must be screened during their initial visit and annually thereafter for eligibility. A copy of the below listed documents are required to be in the patients file.

- Income Verification** - (examples: Pay stubs, Income Tax Form, Disability Benefits, Workers Comp. Income, Self-employment letter). **PATIENT HAS INSURANCE DECLINES TO PROVIDE PROOF OF INCOME.**
- Address Verification** - (examples: Any type of letter or bill received by mail to the patient's address. Must indicate the patients name or guardian's name).
- Photo Identification** - (examples: California Driver's License, California I.D., Alien Registration Card, Student I.D., Credit Card with photo I.D.).

If the patient does not provide all of the above eligibility documents at the time of Eligibility Screening, the patient MUST bring in the missing documents during their next scheduled clinic visit.

Eligibility Status

<input type="checkbox"/>	Patient was referred to apply for Medi-Cal or Emergency Medi-Cal	Date Referred: ___/___/___
<input type="checkbox"/>	Patient is NOT eligible for any other program. Patient qualifies for F.F.S. ONLY at this time. Reason: _____	Expiration Date: ___/___/___

(DO NOT sign or date unless Eligibility Screening is determined)

Eligibility Screening Completed By: _____ Date: ___/___/___
Staff Verification & Signature

Patient has been informed verbally of our agency's sliding fee discount and schedule of fees to cover the cost of all services for all eligible low-income patients.

Patient Signature: _____ Date: ___/___/___

Patient's Name: _____ D.O.B.: _____ Ch.#: _____

¡Subscríbase a nuestro Portal del Paciente!

ACCESO INSTANTANEO

Siempre que quiera, esté donde esté.*



Citas

Solicite y mantenga seguimiento de sus citas



Resultados de Laboratorio

Vea exámenes y resultados de laboratorio



Medicamentos

Solicite rellenar medicamentos



Registros Médicos

Obtenga acceso a su historia personal



Mensajes

Enviar y recibir mensajes de los profesionales de salud



Avisos

Reciba recordatorios de salud en los servicios necesarios



Información Demográfica

Actualizar información de contacto



Referencias

Ver estado de solicitud y de las referencias existentes

PATIENT REFERRALS



Cuentas

Establezca cuentas conjuntas para niños y dependientes y maneje la cuenta de salud de toda su familia en un solo lugar

** Se requiere conexión de Internet. El Portal de paciente no está destinado para su uso en situaciones de emergencias. Si requiere atención médica urgente o inmediata, llame al 911.*

OBTENGA ACCESO A SU INFORMACION MEDICA A TRAVES DE **INTERNET**

Estaremos encantados de ayudarle a empezar.

Obtenga acceso a su registro de salud personal, simplemente llame a nuestra clínica o visítenos y proporcione una dirección personal de correo electrónico.

Una vez que se registra con un nombre de usuario y contraseña, puede obtener su información de salud utilizando cualquier computadora, teléfono inteligente o tableta con conexión a Internet.

Puede acceder a sus registros ingresando a:

<http://nextmd.com>



PARA ASISTENCIA ADICIONAL LLAME A NUESTRO DEPT. De OUTREACH al 562-928-9600

Oprima 2 para Español y 2 de nuevo para hablar con una representante