



FORMULARIO DE REGISTRO DEL PACIENTE DENTAL

INFORMACIÓN DEL PACIENTE	Nombre	Pronombre de Genero <input type="checkbox"/> El <input type="checkbox"/> Ella <input type="checkbox"/> Ellos/Elle	Identidad de Género <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Transgénero (M a F) <input type="checkbox"/> Transgénero (F a M)	Orientación Sexual	
	N.º de Seguro Social	Fecha de Nacimiento (MM/DD/AA)		Sexo asignado al nacer <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
	Domicilio Primario	Ciudad	Estado	Código postal	
	Dirección de Correo Electrónico	Teléfono Primario	Teléfono Secundario		
	¿Como escucho de nosotros?	Idioma Preferido	¿Necesita un intérprete? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
	Selecione su farmacia preferida <input type="checkbox"/> TH Sanford <input type="checkbox"/> TH Southside <input type="checkbox"/> TH Lake Underhill <input type="checkbox"/> TH Hoffner <input type="checkbox"/> TH Alafaya <input type="checkbox"/> Otro (Incluir Nombre y Dirección _____)		Método de contacto preferido <input type="checkbox"/> Correo Postal <input type="checkbox"/> Teléfono Primario <input type="checkbox"/> Teléfono Secundario <input type="checkbox"/> Portal del Paciente		
	Estado civil <input type="checkbox"/> Soltero/a <input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Divorciado/a <input type="checkbox"/> Viudo/a <input type="checkbox"/> Sociedad doméstica <input type="checkbox"/> Separado/a		Tamaño de la familia	Ingreso Anual	
	Raza/Etnicidad - Seleccione la que corresponda. <input type="checkbox"/> Indio americano/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro/afroamericano <input type="checkbox"/> Hawaiano nativo <input type="checkbox"/> Nativo de otra isla del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco/Caucásico <input type="checkbox"/> Otra		Seleccione si usted se considera una de las categorías <input type="checkbox"/> No tengo Seguro médico <input type="checkbox"/> Refugiado <input type="checkbox"/> Agricultor <input type="checkbox"/> Deambulante <input type="checkbox"/> Veterano <input type="checkbox"/> Vivienda Publica <input type="checkbox"/> Ciudadano <input type="checkbox"/> Parte de escuela		
	¿Es usted hispano/a? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Como FQHC, tenemos distintos recursos para ofrecerle. Marque si usted tiene alguna de las siguientes barreras a su cuidado medico <input type="checkbox"/> Financiera <input type="checkbox"/> Dominio limitado del inglés (LEP) <input type="checkbox"/> Físico/Movilidad <input type="checkbox"/> Localidad Geográfica <input type="checkbox"/> Acceso a la Salud <input type="checkbox"/> Acceso Digital <input type="checkbox"/> Transportación <input type="checkbox"/> Escasez de comida <input type="checkbox"/> Educación <input type="checkbox"/> Cultural <input type="checkbox"/> Vivienda <input type="checkbox"/> Cuidado de niño <input type="checkbox"/> Lenguaje <input type="checkbox"/> desplazado internamente		
	Nombre de Contacto en Caso de Emergencia	Relacion con el Paciente	Teléfono de Contacto en Caso de Emergencia		

INFORMACIÓN DEL GARANTE Y SEGURO	Seguro Primario	N.º de Póliza	N.º de Grupo	
	Dirección del Seguro (Localizado en la parte posterior de la tarjeta)			
	Nombre del Suscriptor	Relación con el Paciente		
	Seguro Secundario (si corresponde)	N.º de Póliza	N.º de Grupo	
	Dirección del Seguro secundario (Localizado en la parte posterior de la tarjeta)			
	Nombre del Suscriptor	Relación con el Paciente		
	Garante/Nombre de la Persona Responsable del Pago (si es diferente al del suscriptor)			
	Dirección	Ciudad	Estado	Código postal
Teléfono	Relación con el paciente			

Firma de Paciente/Garante	Fecha
---------------------------	-------



ANTECEDENTES DE SALUD DENTAL

Nombre del paciente	Fecha de nacimiento (MM/DD/AA)
----------------------------	---------------------------------------

Actualmente tiene o ha tenido alguno de los siguientes:			
Fiebre reumática o soplo cardíaco	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Problemas emocionales	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Problemas cardíacos	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Problemas neurológicos	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Presión sanguínea alta o baja	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Tuberculosis (TB) o tos persistente	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Desmayos o crisis de vértigo	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Diabetes	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Accidente cerebrovascular	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Epilepsia o convulsiones	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Anemia o problemas en la sangre	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Problemas renales	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Anemia drepanocítica	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Hepatitis o problemas hepáticos	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Sangrado excesivo o se forman moretones fácilmente	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Trastorno de déficit de atención (ADD)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Transfusiones de sangre	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Trastorno de hiperactividad (ADHD)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Sarpullido en la piel o alergias	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	SIDA o VIH positivo	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Asma	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Embarazo	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Problemas de tiroides	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	(Trimestre: <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3)	
Cáncer (Tipo: _____)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Otro: _____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

¿Está actualmente bajo el cuidado de un médico? En caso de respuesta afirmativa, incluya el nombre del médico: _____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Ha estado hospitalizado en los últimos 2 años? En caso de respuesta afirmativa, ¿por qué? _____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Actualmente está tomando algún medicamento, píldoras o drogas? En caso de respuesta afirmativa, mencione: _____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Es alérgico/a a o ha experimentado algún efecto de enfermedad de una anestesia local (Novocaine), Penicilina, o algún medicamento/píldora? (es decir, sarpullido, picazón o desmayo) En caso de respuesta afirmativa, describa: _____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Ha experimentado alguna reacción no favorable de un tratamiento dental previo? En caso de respuesta afirmativa, describa: _____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Actualmente tiene algún problema o dolor dental? En caso de respuesta afirmativa, describa: _____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Confirmación		
Certifico que he leído y comprendo las preguntas antes mencionadas y he respondido a las preguntas según mi leal saber y entender. He pedido la explicación de alguna palabra (término) que no sabía (si hubiese alguno) y mis preguntas han sido respondidas a mi satisfacción. No haré a mi dentista o algún miembro del personal responsable de errores que he cometido al completar este formulario. También comprendo que antes de que se brinde tratamiento, tengo derecho a que me expliquen a mi entera satisfacción los beneficios, las alternativas y los factores de riesgo significativos asociados con este tratamiento.		
Firma del paciente/tutor	Relación con el paciente	Fecha



INFORMACIÓN DE TRATAMIENTO DENTAL

Nombre del paciente	Fecha de nacimiento (MM/DD/AA)
----------------------------	---------------------------------------

Los tratamientos dentales que ofrecemos consisten en servicios de diagnóstico (examen, radiografías), servicios preventivos (limpieza dental, aplicación de flúor, selladores, e instrucciones sobre higiene oral), servicios correctivos de restauración (empastes blancos, coronas plateadas) y servicios de endodoncia (pulpotomías), generalmente realizados usando anestesia local.

El personal del servicio dental le explicará sobre los servicios específicos que necesite y la disponibilidad de estos servicios a través de este programa dental. Los servicios recomendados para usted son necesarios para mejorar y mantener sus dientes y estructuras de apoyo (encías y huesos). La buena salud oral es necesaria para comer, hablar y la apariencia física. Algunas infecciones dentales pueden convertirse en riesgos para la vida. Si decide hacerse el tratamiento recomendado, esto no garantiza ni el éxito ni asegura que no ocurrirán problemas. El éxito del tratamiento también depende del seguimiento de las instrucciones de cuidado en casa que le da el personal dental. Sin embargo, cada caso individual es impredecible; su condición puede seguir siendo la misma, puede mejorar o puede empeorar después del tratamiento.

El tratamiento dental de rutina tiene muy pocos riesgos; ocurren raramente y por lo general son leves. Sin embargo, debe estar consiente de estos riesgos, incluyendo (pero no limitado a) complicaciones que resulten del uso de instrumentos dentales, medicamentos (es decir antibióticos y medicina para el dolor) y anestesia local.

Las complicaciones posibles incluyen: hinchazón, sensibilidad, sangrado, dolor, infección, entumecimiento y/o sensación de hormigueo en el labio, lengua, mentón, encías, mejillas y/o dientes, que es generalmente temporal pero en ocasiones poco frecuentes puede ser permanente; lesiones por masticación a los labios y/o lengua después del uso de anestesia local, reacción alérgica a algún medicamento o anestesia usada, cambio en la oclusión (mordida), calambre y espasmos en el músculo de la mandíbula, náuseas y vómitos, curación demorada, perforación de los senos paranasales y/o fracaso del tratamiento.

Si ocurre alguna complicación, puede ser necesario un tratamiento adicional. Es posible que este tratamiento adicional no esté disponible a través de True Health. Si el tratamiento no está disponible a través de esta organización, True Health no es responsable financieramente por el costo del tratamiento asociado con el cuidado de la complicación. Es su responsabilidad hacer preguntas sobre cualquier comentario en esta hoja que no comprenda para que todo pueda ser explicado a su satisfacción.

Consentimiento para servicios dentales – Coloque sus iniciales en los enunciados que aparecen a continuación.

- _____ Certifico que he leído y comprendido la información antes mencionada.
- _____ Autorizo y doy mi consentimiento para que el proveedor o la persona que éste designe realice este procedimiento en el paciente indicado en la parte superior de este formulario.
- _____ Entiendo que puedo retirar este consentimiento en cualquier momento, de forma escrita.

Firma del paciente/tutor	Relación con el paciente	Fecha
Firma del empleado		Fecha



Acuerdo sobre ajuste en la escala de pagos

Nombre del paciente	Fecha de nacimiento (MM/DD/AA)
---------------------	--------------------------------

Todos los pacientes son elegibles para el programa de escala de pagos en True Health. La elegibilidad para el programa de escala de pagos se basa en los ingresos familiares y en el tamaño de la familia. Necesitamos obtener documentación para determinar la elegibilidad. True Health se reserva el derecho de revisar sus declaraciones de impuestos y/o informe de sueldo a pedido. La elegibilidad será actualizada periódicamente dependiendo del tipo de documentación presentada. Si hay cambios en sus ingresos o elegibilidad del seguro previo a la actualización programada, notifique a True Health.

Coloque sus iniciales en el espacio que se provee.

_____ *(iniciales)* Certifico que los ingresos y la información familiar suministrada en este formulario es verdadera basado en mi conocimiento. Entiendo que si alguna parte de la información incluida en este formulario ha sido falsificada, este contrato será cancelado y seré responsable del costo **TOTAL** de los servicios. Entiendo que este documento se mantendrá en mi registro médico permanente y que la falsificación de información puede constituir un delito federal.

_____ *(iniciales)* Entiendo que la escala de pagos está sujeta a cambios. Entiendo que las tarifas están sujetas a cambios dependiendo del nivel de servicio y / o procedimientos realizados durante la visita.

_____ *(iniciales)* Entiendo que se espera el pago al momento de recibir los servicios.

_____ *(iniciales)* (Si corresponde) Me han informado y comprendo que si no brindo pruebas de mis ingresos en mi próxima visita, mi categoría será cambiada a una escala de pagos más alta.

Firma del paciente/tutor	Relación con el paciente	Fecha
--------------------------	--------------------------	-------

Para uso del Centro de Salud

Proof of Income	Gross Amount (including Cents)				Monthly Total
Weekly Paystubs/Employer Letter (letterhead)	\$	+	\$	+	\$
Bi-weekly Paystubs/Employer Letter (letterhead)	\$			+	\$
Paystub Average Calculation (4 weekly/2 bi-weekly)	\$		/		\$
Social Security Award Letter	\$			=	\$
Last year's Income Tax Return (W-2 and/or schedules attached)	\$			=	\$
Unemployment Compensation Statement	\$			=	\$
Notarized Letter of Support	\$			=	\$
Please check if applicable					
<input type="checkbox"/> No proof of income presented		<input type="checkbox"/> School Enrollment		<input type="checkbox"/> Self-Declaration Form	
Annual Income Calculation (monthly x12,26,52 depending on frequency of income)					
Annual income \$ _____ . Family size _____ . Sliding Fee Schedule Expiration Date _____					
Please select the appropriate slide					
<input type="checkbox"/> Slide A <input type="checkbox"/> Slide B <input type="checkbox"/> Slide C <input type="checkbox"/> Slide D <input type="checkbox"/> Slide E <input type="checkbox"/> Slide F					
Employee Name (printed)					Date



Autorización y contrato para tratamiento

Nombre del paciente	Fecha de nacimiento (MM/DD/AA)
---------------------	--------------------------------

El abajo firmante por el presente presta su consentimiento y acepta el tratamiento a ser suministrado al paciente cuyo nombre aparece en el Formulario de inscripción. El paciente, tutor o representante del paciente debe colocar sus iniciales en todos los puntos que corresponda.

Consentimiento para el tratamiento

_____ Certifico que solicito examen y tratamiento médico para el paciente de parte de los médicos y empleados de True Health a través de visitas personales y/o servicios de telesalud. Doy mi permiso para la evaluación y tratamiento y certifico que no hay garantía ni me han asegurado los resultados que se obtendrán. Si el paciente es un menor, entiendo que un padre, tutor legal o adulto responsable debe acompañar al paciente al centro médico y permanecer con el paciente durante todo el examen.

Contrato financiero y asignación de beneficios

_____ Entiendo que he recibido una copia de la Política financiera de True Health y que acepto cumplir con sus términos.

Declaración de derechos y responsabilidades del paciente

_____ Entiendo que he recibido una copia de la Declaración de derechos y responsabilidades del paciente de True Health y que acepto cumplir con sus términos.

Aviso de prácticas privadas

_____ Entiendo que he recibido una copia del Aviso de prácticas privadas de True Health.

Divulgación de información médica

_____ (si corresponde) Además del uso y/o divulgación de mi información protegida de salud (PHI) tal como se establece arriba, autorizo a que mi información sea divulgada a la(s) siguiente(s) persona(s). Incluya nombre completo de la(s) persona(s) autorizada(s) a continuación. Entiendo que este pedido no limitará el uso y divulgación normal de PHI tal como se establece arriba.

Nombre de la persona autorizada	Relación con el paciente

_____ Entiendo que puedo enmendar o revocar mi consentimiento de usar y/o divulgar PHI en cualquier momento, si lo hago por escrito. El uso o divulgación que ocurra previo a la fecha en la que presento la revocación del consentimiento no se verá afectado.

He leído y comprendo totalmente el consentimiento y acuerdo antes mencionados.

Firma del paciente/tutor	Relación con el paciente	Fecha
--------------------------	--------------------------	-------

Solo para uso del centro de salud		
Firma del empleado	Puesto del empleado	Fecha



POLÍTICA FINANCIERA

True Health brinda cuidado médico integral y de alta calidad a un costo razonable para todos.

RESPONSABILIDAD FINANCIERA: Los pacientes son financieramente responsables ante True Health por el 100 % de los cargos por los servicios profesionales proporcionados. True Health acepta las tarjetas de crédito principales, cheques personales, giros postales y efectivo. True Health trabaja con los pacientes para asegurarse de que su cuidado médico no se convierta en una carga financiera, lo que incluye ofrecer planes de pago.

Para facturar el seguro del paciente, True Health requiere información completa y precisa sobre el seguro del paciente, tal y como el seguro primario, secundario y/o cualquier compañía de seguros complementario, incluyendo números de teléfono, direcciones y una copia de la tarjeta del seguro. Sin esta información, es posible que se le exija al paciente que pague el monto total al momento del servicio. True Health puede verificar el seguro en cualquier momento para obtener una autorización previa o verificar la elegibilidad. Se espera que los pacientes paguen los copagos y deducibles al momento del servicio, y deben informar a True Health de cualquier cambio en su seguro. Es responsabilidad del paciente pagar cualquier saldo pendiente de pago o reclamación denegada debido a información incompleta.

RECHAZO DE PAGO: Tal como se establece en los Derechos y Responsabilidades del Paciente, se espera que los pacientes paguen sus facturas médicas con la mayor brevedad. True Health reconoce que es posible que un paciente no pueda pagar su visita. True Health lo considera así cuando no se dispone de los recursos necesarios para pagar la visita, a causa de dificultades documentadas, como la falta de vivienda o la dificultad económica.

True Health considera que el rechazo de pago se debe a que el paciente opta por no pagar sus facturas o no seguir un plan de pago ofrecido por True Health. Una cuenta en atraso significa tener un saldo de 60 días o más sin haber efectuado ningún pago, o un saldo de \$1,000 sin tener un plan de pagos programado. Si True Health determina que un paciente puede pagar, pero se niega a hacerlo, True Health puede aplazar la cita hasta que el paciente efectúe un pago. Si el paciente cree que no puede pagar, un miembro del equipo de recepción analizará con ellos las opciones.

PROGRAMA DE ESCALA MÓVIL DE TARIFAS: Es posible que los pacientes puedan reunir los requisitos para un descuento según la escala móvil de tarifas variables según los ingresos familiares y el tamaño de la familia. Los servicios no se deniegan por incapacidad de pago. Para reunir los requisitos, los pacientes deben presentar una identificación con foto y, como mínimo, un formulario de comprobación de ingresos de la siguiente lista.

- Los talonarios de pago más recientes y consecutivos (2 si se pagan quincenalmente, 4 si se pagan semanalmente).
- Declaración de compensación por desempleo.
- Determinación de beneficios del Seguro Social.
- La declaración fiscal del año anterior (incluyendo el formulario 1040 o W-2/1099).



- Una declaración de ingresos mecanografiada y notariada por parte del empleador o el comprobante de otro tipo de ayuda.

Si un paciente no tiene ingresos o está recibiendo asistencia temporal, puede utilizar una Declaración de Impuestos de los Estados Unidos Sobre los Ingresos Personales después de recibir asesoramiento con el gerente del centro o el supervisor de la oficina. Se aplican tarifas adicionales para los análisis de laboratorio y otros servicios durante la visita. Si el paciente no presenta los documentos necesarios para reunir los requisitos para la tarifa reducida según las directrices federales, deberá pagar el precio completo.

MEDICAID: True Health acepta Medicaid y le factura directamente. Los pagos van directamente a True Health.

MEDICARE: True Health acepta Medicare y le factura a Medicare y a los seguros complementarios directamente. Por ser un Centro de Salud con Calificación Federal, es posible que se reduzca el deducible de Medicare para los servicios de True Health.

SEGUROS CONTRATADOS: True Health tiene contratos con las compañías de seguros y los pagos van directamente a True Health. Los pacientes deben pagar los copagos y deducibles. Si los servicios no están cubiertos o no son considerados médicamente necesarios por la compañía de seguros, el paciente es responsable de esos gastos. Los saldos pendientes de pago vencen dentro de un plazo de 30 días posteriores al pago del seguro.

ELECCIÓN DEL PROVEEDOR DE CABEZERA: Si el plan de seguro de un paciente requiere que un proveedor de cuidado primario (PCP) aparezca en la lista para recibir servicios de cuidado primario, el paciente debe asegurarse de que True Health aparezca como el PCP. Un miembro del equipo de recepción puede ayudarle. Su cita se podrá aplazar o se volverá a programar si no se realiza este cambio antes de la hora estipulada para esta.

COMPENSACIONES POR ACCIDENTES DEL TRABAJO: True Health no acepta casos de compensaciones por accidentes del trabajo. Los pacientes deben comunicarse con su empleador para recibir una orientación.

SEGUROS NO CONTRATADOS: Los pacientes con seguros no contratados deben pagar todas las consultas al momento de recibir el servicio. Estas tarifas se basan en el plan de tarifas de Medicare. Un paciente puede optar por inscribirse en el Programa de escala móvil de tarifas. Es posible que la compañía de seguros del paciente no acepte las remisiones de los proveedores de True Health.

Acuse de recibo de la Política financiera: Al firmar a continuación, el paciente reconoce que:

- Ha recibido una copia de la Política financiera de True Health.



- Comprende y acepta sus condiciones.
- Se compromete a pagar todos los gastos de asistencia y tratamiento, incluidos los copagos y deducible.
- El monto por los beneficios pagados por un tercero se acreditará a la cuenta del paciente.
- Es responsable del saldo de la cuenta, independientemente del estado del seguro.
- Si no realiza los pagos a tiempo y no está clasificado como una persona que no puede pagar, True Health puede volver a programar su visita hasta que se realice una aportación.

Una vez firmado, el acuerdo entra en plena vigencia. Es necesario aceptar esta política para recibir los servicios de True Health.

Nombre del paciente/tutor	Firma del paciente/tutor	Fecha
----------------------------------	---------------------------------	--------------

Declaración de derechos y responsabilidades del paciente

True Health cree que la Declaración de derechos y responsabilidades del paciente contribuirá a una atención más efectiva para el paciente. True Health reconoce que los proveedores de servicio y el personal de la clínica tienen ciertas responsabilidades para con el paciente y que el paciente tiene ciertos derechos y responsabilidades para con True Health.

Derechos del paciente

1. *Divulgación de información:* Los pacientes tienen derecho a recibir información precisa y fácil de entender para tomar decisiones informadas acerca de sus planes de salud y sus profesionales médicos. Los pacientes tienen derecho a estar informados sobre los servicios disponibles y sus respectivas tarifas, y sobre los cargos relacionados con los servicios que no estén cubiertos de los cuales será responsable el paciente. Los pacientes tienen derecho a estar informados sobre el estado de acreditación del centro de salud, la certificación y los años de experiencia de los profesionales médicos, los resultados de las encuestas de satisfacción de los pacientes y de los estudios de calidad de la atención, y los procedimientos de queja y apelación. Los pacientes tienen derecho a estar informados acerca de las normas y reglamentaciones de la organización que les sean aplicables. Los pacientes tienen derecho a estar informados sobre toda relación que exista o pudiera existir entre True Health y otras personas u organismos del sector de la salud o la educación que participen en su atención de la salud.
2. *Elección de proveedores y planes:* Los pacientes tienen derecho a elegir a un proveedor de atención de la salud para garantizar el acceso a una atención médica de alta calidad. Los pacientes tienen derecho a acceder a especialistas calificados mediante nuestra red de derivación. Los pacientes tienen derecho a elegir los planes de salud.
3. *Acceso a servicios de emergencia:* Los pacientes tienen derecho a acceder a servicios de emergencia cuando y donde sea necesario. El centro médico informará a los pacientes sobre las disposiciones para el acceso a cobertura de emergencia y profesionales médicos fuera del horario de atención habitual.
4. *Participación en las decisiones sobre tratamientos:* Los pacientes tienen derecho a recibir la información que los proveedores médicos posean sobre su diagnóstico, tratamiento y pronóstico, y que dicha información les sea transmitida con palabras sencillas que los pacientes puedan comprender fácilmente; a que se les ofrezca la oportunidad de participar en la planificación de su tratamiento médico y de cualquier derivación a especialistas que se requiera; y a negarse a participar en estudios experimentales. Los pacientes tienen derecho a dar su consentimiento informado antes de los procedimientos.
5. *Respeto y no discriminación:* Los pacientes tienen derecho a ser tratados con consideración, respeto y pleno reconocimiento de su dignidad e individualidad, y a no ser víctimas de abuso mental ni físico ni tolerar restricciones físicas con excepción de los procedimientos que un proveedor médico autorice por escrito para un período específico y limitado, o cuando sea necesario para impedir que los pacientes se lastimen a sí mismos o lastimen a otras personas. Los pacientes tienen derecho a recibir la mejor atención médica disponible, independientemente de su edad, sexo, raza, color, religión, idioma, posición económica, discapacidad, orientación sexual u origen nacional.
6. *Confidencialidad:* Los pacientes tienen derecho a exigir que todas sus interacciones con miembros del personal, así como sus historias clínicas, se mantengan en estricta reserva y confidencialidad. Solo se dará a conocer una historia clínica a otras personas u organizaciones con el consentimiento del paciente, excepto en los casos en que una ley o contrato de pago celebrado con terceros exijan su divulgación.
7. *Quejas y apelaciones:* Los pacientes tienen derecho a gozar de un proceso justo y eficiente para resolver las diferencias que pudieran tener con los proveedores médicos o con el personal de True Health, sin restricciones, interferencias, coerción, discriminación o represalias. Se pueden presentar quejas personalmente o por escrito. Las quejas que son de naturaleza clínica serán gestionadas por el gerente de la clínica y/o Director del lugar. Las quejas relacionadas con el área de farmacia, serán gestionadas por el farmacéutico a cargo. Las quejas sobre el personal demográfico o clero serán gestionadas por el coordinador del consultorio o gerente del centro. Se brindará una respuesta de seguimiento al paciente en forma oportuna, ya sea personalmente, por teléfono o mediante una comunicación escrita, de parte del coordinador de servicios del paciente o del director que corresponda.
8. Los pacientes tienen derecho a recibir información que los asista en la preparación del documento denominado "Instrucciones previas". Los pacientes tienen derecho a que esta Instrucción previa se incluya en sus historias clínicas electrónicas y en toda copia de la historia clínica que se entregue, con el consentimiento del paciente consignado mediante su firma. True Health no acata las órdenes de no aplicar técnicas de reanimación (DNR, por su sigla en inglés).

Responsabilidades del paciente

1. Los pacientes tienen la responsabilidad de cumplir con las normas y reglamentaciones de la organización.
2. Los pacientes tienen la responsabilidad de informar cualquier cambio que se produzca en su enfermedad o afección.
3. Los pacientes tienen la responsabilidad de consultar al profesional médico sobre cualquier duda que tengan con respecto a su atención médica.
4. Los pacientes tienen la responsabilidad de participar en el proceso de toma de decisiones sobre su atención médica y de seguir los planes de tratamiento establecidos para ellos. Esto incluye respetar las citas y/o cancelaciones cuando sea necesario.
5. Los pacientes tienen la responsabilidad de brindar información financiera veraz y de pagar sus facturas puntualmente.
6. Los pacientes tienen la responsabilidad de informarnos si no están satisfechos con su atención.
7. Los pacientes tienen la responsabilidad de tratar a otros pacientes y a nuestro personal con respeto, consideración y pleno reconocimiento de su dignidad e individualidad.
8. Los pacientes tienen la responsabilidad de respetar y cuidar de las propiedades e instalaciones de True Health.



Hogar Médico Centrado en el Paciente (PCMH)

El hogar médico abarca cinco funciones y atributos:

1. Cuidado Integral

El hogar médico centrado en el paciente es responsable de la reunión:

- La mayoría de las necesidades de atención física y mental de cada paciente
- Prevención y bienestar
- Cuidados agudos
- Cuidado crónico

Brindar atención integral requiere un equipo de proveedores de atención. Este equipo puede incluir médicos, asistentes médicos, enfermeras, farmacéuticos y coordinadores de atención.

2. Centrado en el Paciente

El hogar médico centrado en el paciente brinda atención médica basada en las relaciones con una orientación hacia la persona en general.

- Asociarse con los pacientes y sus familias requiere comprender y respetar las necesidades, cultura, valores y preferencias únicas de cada paciente.
- La práctica médica domiciliaria apoya activamente a los pacientes para que aprendan a administrar y organizar su propia atención al nivel que el paciente elija.
- Reconociendo que los pacientes y las familias son miembros fundamentales del equipo de atención, las prácticas médicas domiciliares aseguran que sean socios plenamente informados en el establecimiento de planes de atención.

3. Cuidado Coordinado

- El hogar médico centrado en el paciente coordina la atención en todos los elementos del sistema de atención médica más amplio, incluida la atención especializada, los hospitales, la atención médica domiciliaria y los servicios y apoyos comunitarios.
- Dicha coordinación es particularmente crítica durante las transiciones entre los sitios de atención, como cuando los pacientes son dados de alta del hospital.
- Las prácticas de hogares médicos también se destacan en la construcción de una comunicación clara y abierta entre los pacientes y las familias, el hogar médico y los miembros del equipo de atención más amplio.

4. Servicios Accesibles

El hogar médico centrado en el paciente ofrece servicios accesibles con tiempos de espera más cortos para:

- Necesidades urgentes
- Horas mejoradas en persona
- Teléfono de 24 horas o acceso electrónico a un miembro del equipo de atención



- Métodos alternativos de comunicación, como correo electrónico y atención telefónica.

La práctica médica domiciliaria responde a las preferencias de los pacientes con respecto al acceso.

5. Calidad y Seguridad

El hogar médico centrado en el paciente demuestra un compromiso con la calidad y la mejora de la calidad mediante la participación continua en actividades tales como:

- El uso de herramientas basadas en la evidencia para la medicina y la toma de decisiones clínicas para guiar la toma de decisiones compartida con pacientes y familias
- Participar en la medición y la mejora del rendimiento
- Medir y responder a las experiencias del paciente y la satisfacción del paciente
- Practicando la gestión de la salud de la población

Compartir datos de calidad y seguridad robustos y actividades de mejora públicamente también es un marcador importante de un compromiso de calidad a nivel de sistema.

Firma del paciente/tutor _____ Fecha _____



Consentimiento de visita

Nombre del paciente/Guardián legal	Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)
------------------------------------	----------------------------------

Yo _____ por este medio manifiesto que comprendo y reconozco que True Health mantiene a su discreción, al número de personas que se permiten en todas las áreas de atención al paciente. Comprendo que True Health puede limitar el número de personas permitidas en todas las áreas de atención al paciente sin notificación previa de mi visita.

Autorizo a las siguientes personas/entidades para estar presente durante mi atención médica en True Health:

- 1) Estudiantes de medicina
- 2) Médicos visitantes
- 3) Representantes de la industria de la salud
- 4) Encuestadores
- 5) Trabajadores de mantenimiento
- 6) Proveedores
- 7) Todas las otras personas/organizaciones que True Health y/o sus organizaciones asociadas autorizadas consideren pertinentes y/o médicamente necesarias.

Asimismo, autorizo a True Health a revisar las personas/entidades en cualquier momento antes de cualquier visita.

He leído y comprendo en su totalidad el reconocimiento y el acuerdo.

Firma del paciente/Guardián legal	Relación con el paciente	Fecha
-----------------------------------	--------------------------	-------



Formulario de reconocimiento sobre la consulta

Nombre del paciente	Fecha de nacimiento (MES/DÍA/AÑO)
---------------------	-----------------------------------

Como parte de los esfuerzos de True Health por ofrecer un entorno seguro tanto para el paciente como para el personal, le pedimos que siga las normas que se indican a continuación:

- 1) Restricción sobre el uso del teléfono celular:
 - a. Durante la parte clínica de la consulta, no se permitirá el uso del teléfono celular.
 - b. No se permitirá chatear por video, tomar fotografías ni hacer grabaciones en ningún momento durante la consulta.
 - c. Mientras esté en la sala de espera, utilice auriculares para todos los dispositivos electrónicos.
 - d. Si un acompañante debe hacer o atender una llamada durante la parte clínica de la consulta, deberá volver al área de recepción.
- 2) No está permitido comer ni beber en ningún momento durante la consulta.
- 3) Restricción sobre la cantidad de personas:
 - a. Solo se permite un acompañante por paciente en la sala de exámenes.
 - b. No está permitido dejar sin supervisión a los niños en la sala de espera.

Tenga en cuenta que si no sigue estas normas, es posible que se re programe su consulta para una fecha posterior. Su firma abajo confirma que seguirá las instrucciones indicadas arriba.

Firma del paciente o del tutor legal	Fecha
--------------------------------------	-------

Aviso de prácticas

Su información. Sus derechos. Nuestras responsabilidades.

Este aviso describe cómo su información médica puede ser usada y revelada y cómo puede usted acceder a esta información. **Revísela cuidadosamente.**

Sus derechos

Usted tiene derecho a:

- Recibir una copia de su registro médico en papel o de manera electrónica
- Corregir su registro médico en papel o de manera electrónica
- Solicitar comunicación confidencial
- Pedirnos que limitemos la información que compartimos
- Obtener una lista de aquellos con quienes compartimos información
- Obtener una copia de este aviso de privacidad
- Elegir a alguien que actúe en su nombre
- Presentar una queja si cree que sus derechos de privacidad han sido violados

► **Consulte la página 2 para obtener más información sobre estos derechos y cómo ejercerlos**

Sus opciones

Usted tiene algunas opciones en cuanto al modo en que usamos y compartimos información cuando nosotros:

- Informamos a su familia y amigos sobre su enfermedad
- Brindamos ayuda en caso de desastres
- Lo incluimos en un directorio del hospital
- Brindamos atención de salud mental
- Comercializamos nuestros servicios y vendemos información
- Recaudamos fondos

► **Consulte la página 3 para obtener más información sobre estas opciones y cómo ejercerlas**

Nuestros usos y divulgaciones

Podemos usar y compartir su información cuando nosotros:

- Le brindamos tratamiento
- Dirigimos nuestra organización
- Facturamos por sus servicios
- Ayudamos en temas de seguridad y salud pública
- Realizamos investigaciones
- Cumplimos con la ley
- Respondemos a pedidos de donación de tejidos y órganos
- Trabajamos con un examinador médico o director funerario
- Abordamos el tema de la compensación para el trabajador, el cumplimiento de la ley y otros pedidos gubernamentales
- Respondemos a acciones legales y juicios

► **Consulte las páginas 3 y 4 para acceder a más información sobre los usos y divulgaciones**

Sus derechos

Quando se trata de su información de salud, usted tiene ciertos derechos.

Esta sección explica sus derechos y algunas de nuestras responsabilidades para ayudarlo.

Obtenga una copia en papel o electrónica de su registro médico

- Puede visualizar u obtener una copia electrónica o en papel de su registro médico u otra información suya de salud. Pregúntenos al respecto.
- Le entregaremos una copia o un resumen de su información de salud, generalmente dentro de los 30 días de su pedido. Podemos cobrar un costo razonable por tal acción.

Pídanos que corriamos su registro médico

- Puede solicitarnos que corriamos su información de salud que usted crea que es incorrecta o que no está completa. Pregúntenos al respecto.
- Podemos negarnos a su pedido, pero le informaremos las razones por escrito dentro de los 60 días.

Solicite comunicación confidencial

- Nos puede solicitar que nos comuniquemos con usted de alguna manera especial (por ejemplo, teléfono de la casa o la oficina) o que enviemos correspondencia a una dirección postal diferente.
- Accederemos a todo pedido razonable.

Pídanos que limitemos qué usamos y compartimos

- Nos puede pedir que **no** usemos o compartamos cierta información de salud en relación a tratamiento, pago o nuestras operaciones. No tenemos la obligación de acceder a su pedido, y podemos negarnos si creemos que esto afectaría su atención.
- Si usted paga por un servicio o atención de la salud en efectivo en su totalidad, puede solicitarnos que no compartamos tal información de pago o nuestras operaciones con su aseguradora de salud. Accederemos a menos que la ley nos exija que brindemos tal información.

Obtenga una lista de aquellos con quienes compartimos información

- Puede solicitar una lista (contable) de veces en que hemos compartido su información de salud durante 6 años previos a la fecha en que lo solicita, con quien la compartimos y las razones.
- Incluiremos todas las divulgaciones excepto aquellas sobre tratamiento, pago y operaciones de atención de la salud y ciertas otras divulgaciones (tal como aquellas que usted nos solicitó que hiciéramos). Le brindaremos una lista contable al año de manera gratuita pero le cobraremos una tarifa razonable en base al costo si solicita otra lista dentro de los 12 meses.

Obtener una copia de este aviso de privacidad

- Puede solicitarnos una copia escrita de este aviso en cualquier momento, incluso si ha acordado recibirla de manera electrónica. Le entregaremos una copia en papel de manera oportuna.

Elija a alguien que actúe en su nombre

- Si le ha entregado a alguien un poder en cuestiones de salud o si alguien es su tutor legal, esa persona puede ejercer sus derechos y elegir opciones sobre su información de salud.
- Nos aseguraremos de que la persona tenga esa autoridad y pueda actuar en su nombre antes de tomar alguna medida.

Presente una queja si cree que sus derechos han sido violados

- Puede presentar una queja si usted cree que hemos violado sus derechos si se comunica con nosotros usando la información en la página 1.
- Puede presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. si envía una carta a 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201, o puede llamar al 1-877-696-6775, o visitar www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/.
- No tomaremos represalias en su contra por presentar una queja.

Sus opciones

Para cierta información de salud, puede informarnos sobre sus opciones sobre qué compartir. Si usted tiene una preferencia clara sobre cómo compartir su información en las situaciones descritas abajo, hable con nosotros. Díganos qué desea que hagamos y seguiremos sus instrucciones.

En estos casos, usted tiene el derecho y la opción de decirnos que:

- Compartamos información con su familia, amigos íntimos u otros involucrados en su atención
- Compartamos información en caso de una situación de desastre
- Incluyamos su información en un directorio del hospital

Si no puede decirnos sobre su preferencia, por ejemplo si no está consciente, podremos continuar y compartir su información si creemos que es por su bien. Además podemos compartir su información cuando sea necesario para aliviar una amenaza grave e inminente para su salud o seguridad.

En estos casos nunca compartiremos información a menos que usted nos entregue un permiso por escrito:

- Fines comerciales
- Venta de su información
- Intercambio de notas de psicoterapia

En el caso de recaudación de fondos:

- Podemos comunicarnos con usted con fines de recaudación de fondos, pero usted nos puede solicitar que no nos comuniquemos más con este fin.

Nuestros usos y divulgaciones

¿Cómo usamos o compartimos su información de salud en general?

Por lo general usamos o compartimos su información en los siguientes modos.

Le brindamos tratamiento

- Podemos usar su información y compartirla con otros profesionales que le están brindando tratamiento.

***Ejemplo:** Un médico que lo trata por una lesión le pide a otro médico su opinión sobre su condición de salud en general.*

Dirigimos nuestra organización

- Podemos usar y compartir su información de salud para dirigir nuestra práctica, mejorar su atención y comunicarnos con usted cuando sea necesario.

***Ejemplo:** Usamos su información de salud para gestionar su tratamiento y servicios.*

Facturamos por sus servicios

- Podemos usar y compartir su información de salud para facturar y cobrar a los planes de salud y otras entidades.

***Ejemplo:** Entregamos su información a su plan de seguro de salud para que nos pague por sus servicios.*

continúa en la próxima página

¿Cómo podemos usar o compartir también su información de salud? Tenemos permitido o la ley nos exige compartir su información en otros modos, generalmente en modos que contribuyen al bienestar público, tal como investigación o salud pública. Tenemos que satisfacer varias condiciones legales antes de que podamos compartir su información con estos fines. Para obtener más información consulte: www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html.

Ayudamos en temas de seguridad y salud pública	<ul style="list-style-type: none">• Podemos compartir su información de salud para ciertas situaciones tales como:<ul style="list-style-type: none">• Prevención de la expansión de enfermedades transmisibles• Ayudar con el proceso de retirada de productos del mercado• Informar sobre reacciones adversas a medicamentos• Informar sobre sospecha de abuso, abandono o violencia doméstica• Prevenir amenazas graves a usted mismo y/o la salud y seguridad de otros
Realizamos investigaciones	<ul style="list-style-type: none">• Podemos usar o compartir su información para investigación de salud.
Cumplimos con la ley	<ul style="list-style-type: none">• Compartiremos información sobre usted si la ley federal o estatal lo exige, incluyendo el Departamento de Salud y Servicios Humanos si este nos pide que cumplamos con la ley de privacidad federal.
Respondemos a pedidos de donación de tejidos y órganos	<ul style="list-style-type: none">• Podemos compartir su información de salud con ciertas organizaciones de compra de órganos.
Trabajamos con un examinador médico o director funerario	<ul style="list-style-type: none">• Podemos compartir su información de salud con un médico forense, examinador médico o director funerario cuando alguien fallece.
Abordamos el tema de la compensación para el trabajador, el cumplimiento de la ley y otros pedidos gubernamentales	<ul style="list-style-type: none">• Podemos usar o compartir su información de salud:<ul style="list-style-type: none">• Para reclamaciones de compensación para trabajadores• Con fines de cumplimiento de la ley o ante un funcionario de cumplimiento de la ley• Con agencias de supervisión de la salud para actividades autorizadas por ley• Para funciones gubernamentales especiales tal como temas militares, seguridad nacional y servicios de protección presidencial
Respondemos a acciones legales y juicios	<ul style="list-style-type: none">• Podemos compartir su información de salud en respuesta a una orden administrativa o de tribunales o en respuesta a una citación.

Nuestras responsabilidades

- La ley nos obliga a mantener la privacidad y seguridad de su información protegida de salud.
- Le informaremos oportunamente si ocurre alguna violación que pueda haber comprometido la privacidad o seguridad de su información.
- Debemos cumplir con los deberes y prácticas de privacidad descritos en este aviso y entregarle una copia a usted.
- No usaremos o compartiremos su información que no sea la descrita aquí a menos que usted nos lo solicite por escrito. Si nos dice que podemos hacerlo, puede cambiar de opinión cuando lo desee. Deberá informarnos por escrito cuando cambie de parecer.

Para obtener más información consulte:

www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html.

Cambios en los términos de este aviso

Podemos cambiar los términos de este aviso, y los cambios aplicarán a toda la información que tengamos sobre usted. El aviso nuevo estará disponible a pedido, en nuestra oficina, y en nuestro sitio web.