

## Información del Paciente

|                          |                |                          |        |
|--------------------------|----------------|--------------------------|--------|
| Apellido:                | Primer Nombre: | Segundo Nombre:          | Apodo: |
| Número de Seguro Social: |                | Fecha de Nacimiento: / / |        |

## Información Demográfica

|  |                              |                             |                     |                |
|--|------------------------------|-----------------------------|---------------------|----------------|
| Domicilio:   | # de Apartamento/Espacio     | Ciudad:                     | Estado:             | Código Postal: |
| Dirección Postal:  |                              | Ciudad:                     | Estado:             | Código Postal: |
| Estado Civil:<br><input type="checkbox"/> Soltero/a <input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Divorciado/a <input type="checkbox"/> Legalmente Separado/a <input type="checkbox"/> Viudo/a <input type="checkbox"/> Interlocutorio <input type="checkbox"/> Pareja Domestica <input type="checkbox"/> Compañero/a de vida |                              |                             |                     |                |
| Idioma Principal:<br><input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Mixteco<br><input type="checkbox"/> Otro: _____   | Número de Teléfono:<br>( ) - | Numero de Celular:<br>( ) - | Correo Electrónico: |                |
| Doctor de Cabecera:  |                              |                             |                     |                |

## Persona Responsable (Debe ser un adulto mayor de 18 años)

|                              |                             |                       |                |
|------------------------------|-----------------------------|-----------------------|----------------|
| Apellido:                    | Primer Nombre:              | Segundo Nombre:       |                |
| Fecha de Nacimiento: / /     | Número de Seguro Social:    | Relación al Paciente: |                |
| Domicilio:                   | Ciudad:                     | Estado:               | Código Postal: |
| Número de Teléfono:<br>( ) - | Numero de Celular:<br>( ) - | Correo Electrónico:   |                |

## Información de los Padres/Tutor Legal (si el paciente es menor de 18 años) *Proporcione una copia de cualquier documento legal relacionado a la custodia o los derechos para tomar decisiones médicas para el cuidado de un menor.*

|                     |                                  |   |
|---------------------|----------------------------------|---|
| Nombre del Padre:   | Fecha de Nacimiento del Padre:   | Numero de Celular del Padre:<br>( ) -   |
| Nombre de la Madre: | Fecha de Nacimiento de la Madre: | Numero de Celular de la Madre:<br>( ) - |

## Seguro Médico (Por favor presente su tarjeta de seguro médico)

|   |                      |                          |  |
|---|----------------------|--------------------------|--|
| Tipo(s) de cobertura de atención medica:   Seguro Privado   Medí-Cal   Medicare   Ninguno   Otro: _____                     |                      |                          |  |
| Primario:   | # de ID:             | # de Grupo:              |  |
| Nombre del Titular de la Póliza:  |                      |                          |  |
| Relación al Paciente: <input type="checkbox"/> Propio <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Padre/Madre | Fecha de Nacimiento: | Número de Seguro Social: |  |
| Secundario:   | # de ID:             | # de Grupo:              |  |
| Nombre de Titular de la Póliza:   |                      |                          |  |
| Relación al Paciente: <input type="checkbox"/> Propio <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Padre/Madre | Fecha de Nacimiento: | Número de Seguro Social: |  |

## Orientación Sexual (Por favor responda a las siguientes preguntas para brindarle un mejor servicio.)

|  |  |
|--|--|
| <b>Sexo de Nacimiento:</b><br><input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino | <b>Identidad de Género: (¿Como se identifica?)</b><br><input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Mujer transgénero/Transgénero femenino/Transfemenino<br><input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Hombre transgénero/Transgénero Masculino/Transmasculino<br><input type="checkbox"/> Elijo no divulgar <input type="checkbox"/> Genderqueer, ni exclusivamente masculino ni femenino<br><input type="checkbox"/> Otro, por favor explique: _____ |
|--|--|

|  |
|--|
| <b>Orientación Sexual:</b><br><input type="checkbox"/> Heterosexual <input type="checkbox"/> Bisexual <input type="checkbox"/> Lesbiana, Gay, Homosexual<br><input type="checkbox"/> Otro, por favor explique: _____ <input type="checkbox"/> Elijo no divulgar <input type="checkbox"/> No se |
|--|

## Estatus de Vivienda (Por favor responda las siguientes preguntas para brindarle un mejor servicio)

1. ¿Usted vive en una vivienda pública?  Si  No
2. Seleccione una de las siguientes opciones:
- Tengo Vivienda  Vivo con amigos/familiares  Vivienda de Transición  Vivienda de Apoyo Permanente
- En la Calle  Vivo en un refugio  Otro (Hotel/Motel/Vivienda pagada día a día)  No se

## Estatus Agrícola (Por favor responda las siguientes preguntas para brindarle un mejor servicio)

1. En los últimos 2 años, ¿usted o alguien de su familia, trabajó en cualquier tipo de agricultura (trabajo agrícola) como en: plantación, cosecha, preparar la tierra, empaque, conduce un camión para cualquier tipo de trabajo agrícola, trabajó en granja de como vacas, gallinas, etc.?  Sí  No
2. En los últimos 2 años, ¿usted o alguien de su familia ha establecido un hogar temporal para trabajar en cualquier tipo de agricultura (trabajo agrícola)?  Sí  No
3. ¿Usted o un miembro de su familia han dejado de migrar para trabajar en la agricultura (trabajo agrícola) debido a una discapacidad o edad?  Sí  No

## Raza/Etnicidad

Raza (Seleccione todas las opciones que apliquen):

- Indio Americano o Nativo(a) de Alaska  Filipino(a)  Nativo Hawaiano  Vietnamita
- Indio Asiático(a)  Guameño o Chamorro  Otro Asiático(a)  Blanco(a)
- Negro/Afroamericano(a)  Japonés  Otro Isleño(a) del Pacífico  Elijo no divulgar
- Chino(a)  Coreano(a)  Samoano(a)

Etnicidad: (Seleccione todas las opciones que apliquen):

- Mexicano(a)/Mexicoamericano(a)/Chicano(a)  Cubano(a)  No Hispano(a), Latino(a) o de origen Español
- Puertorriqueño(a)  Otro origen Hispano, Latino o de origen Español  Elijo no divulgar

## Estatus de Veterano

1. ¿Es usted veterano de los Estados Unidos?  Sí  No

## Ingreso Familiar (For Reporting Purposes Only)

Miembros de Familia:                                 

Ingreso Anual del Hogar: \$ \_\_\_\_\_

## Información de Farmacia

### Farmacia Primaria

Nombre de Farmacia: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Numero de Teléfono: \_\_\_\_\_

Numero de Fax: \_\_\_\_\_

### Farmacia Secundaria

Nombre de Farmacia: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Numero de Teléfono: \_\_\_\_\_

Numero de Fax: \_\_\_\_\_

## Contacto de Emergencia

Nombre de contacto en caso de una emergencia: \_\_\_\_\_

Relacion al Paciente: \_\_\_\_\_

Numero de Teléfono (diferente a su número primario): (     ) -     -     -

## ¿Cómo Se Entero de Nosotros?

Seleccione una de las siguientes opciones:

- Amigo/Familiar  Periódico  Radio  Seguro Medico  Página Web
- Cartelera  Correo  Otro (por favor especifique): \_\_\_\_\_  Otro médico (nombre del médico): \_\_\_\_\_

Yo doy mi consentimiento para cualquier servicio de atención de salud o prueba de diagnóstico necesarios para evaluar y tratar mis condiciones de salud, que pueden incluir medicamentos recetados emitidos por el proveedor. Entiendo que incluso los tratamientos simples o medidas de diagnóstico tienen riesgo de complicaciones. En tales casos, puede ser necesaria una consulta adicional con el proveedor. Clínicas del Camino Real, Inc. hará referencias para servicios especializados que no podemos brindar aquí.

Fecha: \_\_\_\_\_ Nombre (Letra en Molde): \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_



## Evaluación - Necesidades del Paciente

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

Quisiéramos saber sus preferencias de aprendizaje para asegurarnos que estamos satisfaciendo sus necesidades. Sus respuestas se tomarán en cuenta para mejorar nuestros servicios. Gracias por su tiempo.

1. Circule el año más alto de educación que ha terminado:

N/A Ninguno 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 +  
(Primaria) (Secundaria) (Colegio / Universidad)

2. ¿Qué idioma prefiere hablar?

Inglés  Español  Otro: \_\_\_\_\_

3. ¿Qué idioma prefiere leer?

Inglés  Español  Otro: \_\_\_\_\_

4.Cuál de las siguientes frases mejores describe a usted:

Me gusta leer y leo frecuentemente  Me gusta leer pero no leo frecuentemente  
 No me gusta leer  No se leer

5. ¿Cómo prefiere aprender nuevas cosas? (Marque todos los que aplican)

Leer (folletos, libros)  Escuchar cintas de audio  
 Atender sesiones educativas individuales  Ver películas / vídeos  
 Usar ilustraciones educativas, carteles, fotos  Atender clases en grupo  
 Practicando nuevas habilidades después de una demostración  
 Otro: \_\_\_\_\_

6. ¿Tiene usted condiciones mentales, emocionales o físicas que puedan afectar la manera que usted aprende?

No  Sí



Patient's Name \_\_\_\_\_ Chart # \_\_\_\_\_  
(Nombre del Paciente) (Numero de Expediente)

**Acknowledgement of Receipt of Clinicas Del Camino Real, Inc.'s  
Privacy Practices Notice, Advance HealthCare Directives information and  
Patient Portal Instructions.**

I, \_\_\_\_\_ have received  
a copy of Clinicas Del Camino Real, Inc. Privacy Practices Notice, Advance  
HealthCare Directives information, and Patient Portal Instructions.

\_\_\_\_\_  
Signature

\_\_\_\_\_  
Date

**Reconocimiento de Recibo de Aviso de las Prácticas de Privacidad  
de Clínicas del Camino Real, Inc., Directiva Anticipada de Atención  
de la Salud, e Instrucciones del Portal del Paciente.**

Yo, \_\_\_\_\_ reconozco que he recibido  
una copia del Aviso de las Practicas de Privacidad de Clinicas del Camino Real, Inc.,  
información sobre Directiva Anticipada Atención de la Salud, e Instrucciones del Portal  
del Paciente.

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

***Staff Use Only/Para Uso de Oficina Solamente:***

If the Privacy Practices Notice, Patient Portal Instructions, and Advance HealthCare Directives information was  
not given to the patient or the patient's legal representative, please indicate the reason why below:

## SUS DERECHOS RELACIONADOS CON SU INFORMACION MEDICA.

Usted tiene los siguientes derechos que actualmente tenemos archivados:

### Derecho a Revisar y Copiar su Informacion Medica.

Usted tiene derecho a revisar y copiar su informacion medica en el formato que usted solicita y cualquier informacion relacionada con su estado de cuenta. Usted puede presentar una solicitud por escrito. Si usted solicita una copia impresa puede ser que exista un cobro por copiar, o por mandar esa informacion por correo. En ciertas circunstancias podriamos negarsu solicitud de copiar, o revisar su expediente medico. Usted puede solicitar que esa decision sea revisada. Si por ley esta revision es requerida, un profesional certificado sera seleccionado por nuestra clinica para revisar su peticion y nuestra decision de negarsu peticion. La persona que nego su peticion no sera la misma persona que conduzca la entrevista y cumpliremos con la decision final.

### Derecho a Enmendarsu Informacion Medica. Si

usted considera que la informacion medica que actualmente tenemos sobre su atencion medica esta incompleta o necesita ser corregida, usted puede solicitar enmendar esa informacion. Usted tiene derecho a enmendarsu informacion medica mientras esa informacion exista en esta clinica.

Para solicitar que su informacion medica se corrija o enmiende usted debe completar nuestra solicitud para la correccion o enmienda de informacion medica. Podriamos negar su solicitud si no esta por escrito o si sus motivos no son razonables. Adicionalmente, podemos negar enmendar su informacion medica que:

- a) nosotros no creamos, a menos que la entidad o persona que creo la informacion no esta disponible para enmendar su informacion medica.
- b) usted no tenga autorizacion de inspeccionar o copiar.
- c) este completa y correcta.

### Derecho a un Informe de Divulgacion de Informacion.

Como paciente, usted tiene el derecho de recibir un informe de ciertas divulgaciones que nuestra clinica ha hecho de su informacion de salud identificable. Su solicitud debera contener un plazo de no mas de seis (6) años y que no debe incluir fechas anteriores al 14 de abril, 2003. A partir del 1 Enero de 2011, usted tiene derecho a recibir un informe de todas las divulgaciones que nuestra clinica ha hecho de su archivo electronico de salud durante los tres anos anteriores a la solicitud. La primera lista que usted pida dentro de un periodo del 2 meses se le proveera sin costo alguno. Para listas adicionales durante el mismo periodo de 12 meses, es posible que esta clinica le cobre los gastos ocasionados al proveerle esta informacion; nuestra clinica le informara de estos gastos asi usted puede decidir retirar o modificar su solicitud.

**Solicitud de Restricciones.** Usted tiene derecho a pedir que pongamos una limitacion en el uso o divulgacion de su informacion medica, pago u operaciones del cuidado de la salud. Ademas, tiene el derecho de pedir que limitemos la divulgacion de su informacion medica a solamente ciertos individuos involucrados con su cuidado medico o con el pago del mismo, tales como familia o amistades. Por ejemplo, usted puede pedir que no se divulgue informacion sobre alguna operacion.

### **No Estamos Obligados a Aceptar su Solicitud.**

Cumpliremos con su solicitud solo si estamos de acuerdo con ella, a menos que la informacion sea necesaria para proveerle servicio medico de emergencia.

Para solicitar restricciones en su informacion medica, necesita completar y entregarle la solicitud de limitaciones y restricciones de la informacion de salud protegida al oficial de privacidad de esta clinica. Pida una solicitud en cualquiera de nuestras clinicas.

### **Puede Solicitar que nos Comuniquemos**

Confidencialmente. Usted tiene derecho y puede pedir que nos comuniquemos con usted sobre su atencion medica de cierta manera o que nos comuniquemos con usted solo por correo o a su trabajo.

**Derecho a una Copia Impresa de Este Aviso.** Usted tiene derecho a recibir una copia impresa de nuestro aviso acerca de las practicas de privacidad. Puede pedirnos una copia de este aviso en cualquier momento. Aun cuando usted estuvo de acuerdo en recibir una copia electronicamente, tiene todo el derecho de recibir una copia impresa. Para recibir una copia impresa pregunte por el oficial de privacidad de esta clinica.

**Cambios a este Aviso.** Reservamos el derecho a modificar este aviso acerca de las practicas de privacidad. Cualquier modification a este aviso entrara en vigor con relation a la informacion medica que actualmente tenemos sobre usted, al igual que cualquier informacion medica que sea recibida en un futuro. Publicaremos el mas reciente aviso y la fecha en que fue vigente la cual encontrara en la parte derecha superior del aviso. Usted tiene el derecho a una copia del aviso actualmente en vigor.

**Quejas.** Si usted piensa que su privacidad ha sido violada, puede sentar una denuncia con nuestro oficial de privacidad o a la Secretaria de Salubridad y Servicios Sociales. Para sentar una denuncia en nuestra clinica, visite una de nuestras clinicas de Clinicas del Camino Real, Incorporated mas cercana a usted y pregunte por el oficial de privacidad. Usted no sera penalizado por presentar una queja.

#### **Clinicas del Camino Real, Inc. El Rio**

221 Ventura Blvd. Suite 126, Oxnard, CA 93036  
(805) 436-3444

#### **Clinicas del Camino Real, Inc., Fillmore**

355 Central Ave., Fillmore, CA 93015  
(805) 524-4926

#### **Clinicas del Camino Real, Inc., Maravilla**

450 W. Clara St., Oxnard, CA 93031  
(805) 488-0210

#### **Clinicas del Camino Real, Inc., Newbury Park**

1000 Newbury Rd. Suite 150, Newbury Park, CA 91320  
(805) 498-3640

#### **Clinicas del Camino Real, Inc., North Oxnard**

1200 N. Ventura Rd. Suite E, Oxnard, CA 93030  
(805) 988-0053

#### **Clinicas del Camino Real, Inc., Ocean View**

4400 Olds Road, Oxnard, CA 93033  
(805) 986-5551

#### **Ojai Valley Community Health Center**

1200 Maricopa Highway, Ojai, CA 93023  
(805) 640-8293

#### **Clinicas del Camino Real, Inc., Oxnard**

650 Meta Street, Oxnard, CA 93030  
(805) 487-5351

#### **Clinicas del Camino Real, Inc., Santa Paula**

500 E. Main St., Santa Paula, CA 93060  
(805) 933-0895

#### **Clinicas del Camino Real, Inc., Ventura**

200 S. Wells Rd. Suite 100, Ventura, CA 93004 (805) 647-6322

#### **Clinicas del Camino Real, Inc. Corporate Office**

200 S. Wells Rd. Suite 200, Ventura, CA 93004  
(805) 659-1740

#### **Clinicas del Camino Real, Inc., Simi - Madera**

1424 Madera Road, Simi Valley, CA 93065  
(805) 522-5722

#### **Clinicas del Camino Real, Inc., Moorpark**

4279 Tierra Rejada, Moorpark, CA 93021  
(805) 222-2323



## AVISO ACERCA DE LAS PRACTICAS DE PRIVACIDAD

**ESTE AVISO DESCRIBE DE QUE MANERA CLINICAS DEL CAMINO REAL, INC. PUEDE UTILIZAR Y REVELAR LA INFORMACION MEDICA REFERENTE A SU PERSONA Y DE QUE MANERA USTED PUEDE OBTENER ACCESO A DICHA**

**POR FAVOR LEA ESTA INFORMACION CUIDADOSAMENTE.**

Si tiene alguna pregunta sobre este aviso, por favor pida hablar con el oficial de privacidad en cualquiera de nuestras clinicas.

Este aviso describe las practicas de privacidad que siguen nuestros empleados, y el personal de esta clinica.

Este aviso es aplicable a la informacion y expediente medicos que esta clinica mantiene relacionados con su atencion medica, estado de salud, y otros servicios que recibe en esta clinica.

Por ley estamos obligados a proveerle este aviso. Este aviso le informa como utilizaremos o revelaremos su informacion medica y describe sus derechos y nuestras obligaciones sobre el uso y divulgacion de esa informacion.

En nuestra clinica diferente personal comparte y divulga information a otras personas que no trabajan en nuestra clinica en la coordination de su atencion medica, como llamadas telefonicas a su farmacia para su receta medica, o para hacer una cita con el laboratorio, o para ordenar sus rayos-x. Miembros de su familia u otros proveedores medicos pueden ser parte de su cuidado medico y pueden solicitar information sobre usted que nosotros mantenemos.

**Para Pago.** Nosotros le solicitamos el pago a su plan de seguro medico. Los planes de seguro medico necesitan information que nosotros poseemos acerca de su atencion medica. La information proporcionada a los planes de salud puede incluir sus diagnostics, intervenciones realizadas o atencion recomendada.

#### **Para Tramites de Atencion Medica.**

Utilizamos sus expedientes medicos para evaluar la calidad y mejorar los servicios. Podriamos utilizar y revelar expedientes medicos para estudiar la capacidad y rendimiento de nuestro personal medico o para capacitar a nuestro personal.

**Citas.** Se le hara una llamada de cortesia para recordarle de su proxima cita medica en esta clinica.

**Para Tratamiento.** Le podriamos informar de tratamientos alternativos o beneficios adicionales que le podrian interesar.

**Productos y Servicios Relacionados con la Salud.** Le podriamos informar sobre productos o servicios que le podrian interesar.

Por favor informenos si no desea que le llamen recordandole de su cita o si no desea recibir information sobre tratamientos alternativos o productos l servicios relacionados con su atencion medica. Avisenos por escrito a la direction en este folleto si no desea recibir este tipo de information, y nosotros no utilizaremos o divulgaremos su information con esos propositos.

Su revocation entrara en vigor cuando recibamos su aviso por escrito, pero no estara vigente para usos o divulgaciones antes de la fecha indicada. Si usted revoca su consentimiento, no tendremos permiso para utilizar o divulgar su information medica para propositos de tratamiento, pagos, o para tramites de atencion de salud, y tal vez nos veamos obligados a descontinuar su atencion medica y tratamientos.

#### **Situaciones Especiales.**

Podriamos utilizar y divulgar su information medica sin su autorizacion en los siguientes casos:

**Amenazas Serias a la Salud o Seguridad.** Nuestra clinica puede utilizar y divulgar su information medica cuando sea necesario para disminuir o prevenir una seria amenaza a su salud y seguridad, o la salud y seguridad de otro individuo o del publico en general.

**Divulgation Requerida por la Lev.** Esta clinica utilizara y divulgara su information medica cuando las leyes federales, estatales, o locales nos obliguen a hacerlo.

**Investigaciones.** Puede ser que nuestra clinica utilice y divulgue information medica para propositos de investigation en ciertas circunstancias limitadas. Obtendremos su autorizacion por escrito para utilizar su information medica para propositos de investigation.

**Donation de Organos v Tejidos.** Nuestra clinica puede revelar su information medica a organizaciones que manejan la adquisicion o el transplante de organos, ojos o tejidos, incluyendo los bancos de donaciones de organos, como sea necesario, para facilitar la donacion y el transplante de organos o tejidos si usted es un donante de organos.

#### **Militares. Veteranos, Seguridad National v de Inteligencia.**

Nuestra clinica puede divulgar su information medica si usted es un miembro de la Fuerzas Armadas de EE.UU. o de otro pais (incluyendo veteranos) y si es requerido por las autoridades apropiadas.

**Compensacion al Trabajador.** Nuestra clinica puede revelar su information medica al programa de compensacion al trabajador o a programas similares. Estos programas proveen beneficios si se lastima en el trabajo.

**Riesgos de Salud Publica.** Nuestra clinica puede divulgar su information medica a la autoridad de salud publica que estan autorizadas por la ley para recaudar Information con el proposito de mantener registros vitales, tales como nacimientos y fallecimientos, reportar abuso o abandono de ninos o adultos, prevenir o controlar una enfermedad, lesion, o incapacidad, reportar reacciones a ciertas drogas o problemas con productos o aparatos.

**Actividades de Vigilancia de Salud.** Nuestra clinica puede divulgar su information medica a una agencia de vigilancia de la salud para actividades autorizadas por la ley. Actividades de vigilancia pueden incluir, por ejemplo, investigaciones, inspecciones, auditorias, encuestas, acciones de licenciamiento y disciplinarias, procedimientos o acciones civiles, administrativas o criminales u otras actividades necesarias para que el gobierno vigile programas gubernamentales, acatamiento a las leyes de los derechos civiles y del sistema del cuidado de la salud en general.

**Litigos legates v Tramites Similares.** Es posible que nuestra clinica utilice y divulgue su information medica al responder a una orden de la corte o administrativa, si usted esta involucrado en una demanda legal o un proceso similar.

**Cumplimiento con la Lev.** Podemos revelar su information medica si es solicitado por un oficial del cumplimiento de la ley, en respuesta a la justification, mandato, orden o citation judicial o algun tramite legal similar.

**Pacientes Fallecidos.** Nuestra clinica puede revelar su information medica a un examinador medico o pesquisidor para identificar al individuo fallecido o para identificar la causa de muerte.

**Familia y Amistades.** Nuestra clinica puede revelar su information medica a miembros de su familia o amistades si obtenemos un acuerdo verbal de usted.

Por ejemplo, nosotros revelaremos information relacionado con su atencion medica a su esposo(a) si esta en el cuarto de examination con usted y el tratamiento o resultados son discutidos.

En ocasiones cuando no puede dar su consentimiento (debido a que no este presente o por incapacidad o por una emergencia medica) podremos usar un juez para que determine si la divulgation de su information medica es la mejor option. En ese caso, divulgaremos su information medica relacionada a su cuidado medico.

#### **OTROS USPS Y DIVULGACIONES DE SU INFORMACION MEDICA**

No utilizaremos o divulgaremos su information medica para otros propositos mas que los identificados previamente. Tendremos que obtener una autorizacion separada de su consentimiento para utilizar y divulgar su information medica. Usted puede revocar la autorizacion, por escrito, en cualquier momento. Si usted revoca esa autorizacion, nosotros no podremos utilizar o divulgar su information medica por las razones en la autorizacion, y tampoco podremos tomar los usos y divulgaciones ya autorizadas por usted.

Si tenemos information relacionado al SIDA o Abuso de sustancias toxicas en nuestro poder, no podemos divulgar esa information sin algun tipo de documento por escrito( diferente a la autorizacion y el consentimiento ya mencionados) firmado por usted. La unica manera que nosotros pudieramos divulgar information medica de su persona, es si usted y nosotros firmamos un consentimiento y una autorizacion especial.

**¿Qué ocurre cuando otra persona toma las decisiones sobre mi tratamiento?**

Se aplican las mismas reglas a cualquier persona que tome decisiones sobre la atención de su salud en su nombre, sea un representante para atención médica, un sustituto cuyo nombre la haya dado usted a su doctor, o una persona designada por un tribunal para tomar decisiones en su nombre. Todas estas personas deben seguir sus **Instrucciones sobre atención médica** o, si no las hubiera, sus deseos generales sobre el tratamiento, incluyendo interrumpirlo. Si se desconocen sus deseos con respecto al tratamiento, el sustituto debe tratar de determinar qué es lo más conveniente para usted.

Las personas que le proporcionan atención médica deben respetar las decisiones de su representante o sustituto, a menos que un tratamiento solicitado constituya una práctica médica inadecuado o ineficaz para ayudarlo. Si esto causa un desacuerdo que no puede ser resuelto, el proveedor debe hacer un esfuerzo razonable por encontrar otro proveedor de atención médica que se haga cargo de su tratamiento.

**¿Aún se me tratará si no preparo directivas por anticipado?**

Por supuesto. De todos modos recibirá tratamiento médico. Sólo queremos que sepa que si llega a estar demasiado enfermo como para tomar decisiones, otra persona tendrá que tomarlas por usted. Recuerde que:

➤ Un poder de **representación para atención médica** le permite nombrar un representante que tome las decisiones por usted. Su representante puede tomar la mayoría de las decisiones médicas – no sólo las que se refieran a un tratamiento para mantenerlo con vida – cuando usted no puede hablar por usted mismo. También puede permitir que su representante tome las decisiones antes, si lo desea.

➤ Puede crear una **Instrucción sobre atención médica personal** escribiendo sus deseos relacionados con la atención de su salud, o hablando con su doctor y pidiéndole que anote sus deseos en su expediente médico. Si sabe que querrá o no querrá recibir ciertos tipos de tratamiento, una

➤ Estos dos tipos de **Directivas por anticipado sobre la atención de la salud** se pueden utilizar juntas o por separado.

**¿Cómo puedo obtener más información sobre la preparación de directivas por anticipado?**

Pídale a su doctor, enfermera, trabajador social, o proveedor de atención médica que le proporcionen más información. Puede solicitarle a un abogado que redacte las directivas por anticipado por usted, o puede preparar directivas por anticipado completando los espacios en blanco de un formulario.



**SU DERECHO A TOMAR DECISIONES SOBRE SU TRATAMIENTO MEDICO**



- Este folleto explica su derecho a tomar decisiones sobre la atención de su salud y cómo puede hacer planes ahora para su atención médica, en caso de que en el futuro no pueda hablar por usted mismo.
- Una ley federal requiere que le demos esta información. Esperamos que ésta le ayude a tener un mayor control sobre su tratamiento médico.

### **El derecho de elegir su proveedor de salud**

Como paciente de Clinicas del Camino Real, Incorporated (Clinicas) necesidades especificas usted tiene el derecho de elegir su proveedor de atención primariade salud (PCP). Aseguraremos que tenga acceso a servicios de salud de calidad que sean apropiados para sus. En caso de que éste completamente satisfecho con su PCP activo dentro de Clinicas usted tiene el derecho a solicitar otro PCP. Se revisará su solicitud y se realizarán todos los intentos posibles para complacer su solicitud.

### **¿Quién toma las decisiones sobre mi tratamiento?**

Sus doctores le darán información y lo aconsejarán sobre el tratamiento. Usted tiene derecho a elegir. Puede decir "Sí" a los tratamientos que quiera recibir. Puede decir "No" a cualquier tratamiento que no quiera recibir, aunque éste pudiera prolongarle la vida.

### **¿Cómo sabré que quiero?**

Su doctor debe darle información sobre su problema médico y sobre qué pueden hacer por usted distintos tratamientos y métodos para aliviar el dolor. Muchos tratamientos tienen "efectos secundarios." Su doctor debe ofrecerle información sobre los problemas que probablemente le causará el tratamiento médico.

Con frecuencia, más de un tratamiento podría ayudarle, y las personas tienen diferentes opiniones sobre cuál es el mejor. Su doctor puede decirle qué tratamientos están disponibles en su caso, pero él o ella no puede elegir por usted. Esa elección es suya y depende de qué es importante para usted.

### **¿Otras personas pueden ayudarme a tomar las decisiones?**

Sí. Los pacientes a menudo recurren a sus familiares y amigos cercanos para que los ayuden a tomar decisiones médicas. Estas personas pueden ayudarle a pensar en las opciones a las que se enfrenta. Puede pedirle a los doctores y enfermeras que hablen con sus familiares y amigos. Ellos pueden hacerles preguntas a los doctores y enfermeras por usted.

### **¿Puedo elegir a un familiar o amigo para que tome las decisiones sobre las atención de mi salud en mi nombre?**

Sí. Puede decirle a su doctor que desea que otra persona tome las decisiones sobre la atención de su salud por usted. Pídale al doctor que anote a esa persona como su "sustituto" para la atención de su salud en su historia clínica. El control de su sustituto sobre las decisiones médicas rige sólo durante el tratamiento de su enfermedad o lesión actual o, si se encuentra en un centro médico, hasta que abandone el centro.

### **¿Qué sucede si estoy demasiado enfermo como para tomar mis propias decisiones sobre la atención de mi salud?**

Si no ha nombrado un sustituto, su doctor le pedirá a su familiar o amigo más cercano que esté disponible que le ayude a decidir qué es lo mejor para usted. La mayoría de las veces esto resulta. Pero en ocasiones no todos están de acuerdo en qué hacer. Por eso es conveniente que usted diga con anticipación qué desea que ocurra si en el futuro no puede hablar por usted mismo.

### **¿Debo esperar hasta enfermo para expresar mis deseos sobre la atención de mi salud?**

No. De hecho, es mejor que elija antes de estar muy enfermo o tener que ingresar a un hospital, clínica de recuperación, u otro centro de atención médica. Puede utilizar **Directivas por anticipado sobre la atención de la salud** para decir *quién* desea que hable por usted y *qué* tipo de tratamientos quiere. Este documento se llama "por anticipado" porque usted lo prepara antes de que sea necesario tomar decisiones sobre la atención de su salud. Se llaman "directives" porque indican quién hablará en su nombre y qué debe hacer.

En California, la parte de las directivas por anticipado en la que puede nombrar a un representante que tome las decisiones sobre la atención de salud se llama **Poder de representación para atención médica**. La parte en la que expresa que quiere que se haga se llama **Instrucción sobre atención médica personal**.

### **¿Quién puede preparar directivas por anticipado?**

Usted puede hacerlo si tiene 18 años de edad o más y es competente para tomar sus propias decisiones médicas. No necesita un abogado.

### **¿A quién puedo nombrar mi representante?**

Puede elegir a un familiar adulto o a cualquier otra persona en la que confíe para hablar en su nombre cuando se deban tomar decisiones médicas.

### **¿Cuándo comienza mi representante a tomar las decisiones sobre mi atención médica?**

Generalmente, el representante para la atención de la salud sólo tomara decisiones a partir del momento en que usted pierda la capacidad de hacerlo por usted mismo. Sin embargo, si lo

prefiere, puede indicar en el **Poder de presentación para atención médica** que desea que el representante comience a tomar las decisiones inmediatamente.

### **¿Cómo sabe mi representante cuáles serían mis deseos?**

Después de elegir a su representante, hable sobre sus deseos con esta persona. A veces, las decisiones sobre el tratamiento son difíciles de tomar, y realmente ayuda mucho si su representante sabe qué quiere usted. También, puede escribir sus deseos en sus directivas por anticipado.

### **¿Qué ocurre si no deseo nombrar un representante?**

De todos modos puede escribir sus deseos en sus directivas por anticipado sin nombrar un representante. Puede decir que quiere que su vida se prolongue lo más posible. O puede decir que no quisiera recibir ningún tratamiento para prolongar su vida. Además, pueda expresar sus deseos con respecto a la utilización de tratamientos para aliviar el dolor u otro tipo de tratamiento médico.

Aunque no haya llenado una **Instrucción sobre atención médica personal**, puede conversar sobre sus deseos con su doctor, y pedirle que incluya estos deseos en su historia clínica. O puede conversar sobre sus deseos con sus familiares o amigos. Pero probablemente será más fácil cumplir sus deseos si los escribe.

### **¿Qué pasará si cambio de opinión?**

Puede modificar o anular sus directivas por anticipado en cualquier momento, en tanto pueda comunicar sus deseos. Para cambiar a la persona que desea que tome las decisiones sobre la atención de su salud, debe firmar una declaración o decirselo al doctor a cargo de su atención.



## Tenga Acceso a Su Información de Salud Usando el PORTAL DEL PACIENTE DE CLINICAS



### COMUNIQUESE Y COLABORE

Comuníquese de forma segura con su equipo de atención de salud para hacer y resolver preguntas.



### VER LOS RESULTADOS DE LABORATORIO

Tenga acceso a la mayoría de resultados de laboratorio en cuanto estén listos.



### RENUOVE SUS PRESCRIPCIONES

Renovar su prescripción de medicamentos es tan fácil como hacer clic en un botón.

## INSTRUCCIONES PARA ACTIVAR SU PORTAL DEL PACIENTE

Solo se necesita un momento para inscribirse en el Portal del Pacientes de Clínicas del Camino Real, Inc. (Clínicas). Recibirá un número PIN por mensaje de texto y/o correo electrónico. Si no puede localizar su PIN, llame al (805) 647-6353 para obtener otro.

La manera en que se inscribe depende en si es nuevo usuario del Portal del Paciente de Clínicas (ya sea como paciente o persona autorizada por el paciente).

- ✓ Si es nuevo paciente y/o persona autorizada y **NUNCA** se ha inscrito al Portal del Paciente de Clínicas siga las instrucciones #

**1**

- ✓ **SI YA SE HA INSCRITO** en el Portal del Paciente de Clínicas como paciente y/o persona autorizada por un paciente siga las instrucciones # **2**

**1**

**NUEVO** al Portal del Paciente de Clínicas (como paciente o persona autorizada por el paciente para acceder a su información de salud)

Conéctese al portal mediante una de las siguientes opciones:

- Haga clic en el enlace que se le envió a través de un mensaje de texto y / o correo electrónico.
- Abra su navegador de internet y vaya a página web: <https://patientportal.clinicas.org>
- Si se conectó usando la página web, haga clic en **"Crear Una Cuenta Nueva"**
- Si se conectó usando el enlace que se le envió por mensaje de texto y/o correo electrónico, lea el mensaje de bienvenida y haga clic en **"Comencemos"**
- Revise los Términos y Condiciones y desplácese hasta la parte inferior de la pantalla (**Nota: Los Términos y Condiciones aparecen primero en inglés y después en español.**)
  - Al inferior de la pantalla, haga clic en la casilla que indica **"Soy mayor de 18 años"**
  - Haga clic **"Acepto"**
- Indique si tiene un numero de PIN y haga clic **"Si"**.
- Introduzca su número PIN y haga clic en **"Siguiente"** (si siguió el enlace de texto o correo electrónico, el número PIN aparecerá automáticamente)
- Lea y confirma su identidad y haga clic **"Siguiente"**

- Introduzca y confirme su dirección de correo electrónico o número de celular y haga clic en **"Siguiente"**
- Cree un nombre de usuario siguiendo las instrucciones en pantalla y haga clic en **"Siguiente"**
- Cree una contraseña siguiendo las instrucciones en pantalla y haga clic en **"Siguiente"**
- Elija una pregunta de seguridad, proporcione una respuesta y haga clic en **"Siguiente"**.
- ¡Ya está todo listo!
  - **"Haga un recorrido"** (que se encuentra en la esquina superior derecha debajo de su nombre) o vaya a la página de inicio.
  - Descargue la aplicación para usar con su teléfono **iPhone** o **Android**

**2**

Ya inscrito en el Portal del Paciente de Clínicas (como paciente o persona autorizada por otro paciente) y también será persona autorizada para el paciente que está inscribiendo.

- Tenga el mensaje de texto o invitación de correo electrónico disponible, incluyendo el número PIN del paciente.
- Abra su navegador de internet y vaya a página web: <https://patientportal.clinicas.org>
- Introduzca su nombre de usuario y contraseña y haga clic en **"Iniciar Sesión"**
- Haga clic en la flecha que se encuentra en la esquina superior izquierda debajo de su nombre y haga clic en **"Conectarse con el Paciente Nuevo"**
- Introduzca el número de PIN para el paciente que está inscribiendo.
- Conteste las preguntas de confirmación al proporcionar el nombre, apellido y fecha de nacimiento del paciente que está registrando. Haga clic en **"Siguiente"**
- Confirme su identidad y haga clic en **"Siguiente"**
- Verifique la información demográfica del paciente que está registrando y haga clic **"Siguiente"**
- ¡ Ya está todo listo! Ya puede ver la información de salud del paciente.

*Algunas restricciones aplican para ver ciertos resultados de laboratorio. Pacientes de 12 a 17 años no tendrán acceso al portal.*

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

**MR#** \_\_\_\_\_

Gracias por elegir a Clínicas del Camino Real, Inc. (CDCR) como su proveedor de atención médica. Tenemos el compromiso de proporcionar servicios de atención médica compasivos y profesionales a todos nuestros pacientes. Como parte de los servicios que ofrecemos, hemos establecido una póliza financiera diseñada para clarificar las pólizas de pago de nuestro consultorio. La persona responsable del pago debe leer y firmar este formulario.

## **PAGO**

Debe realizarse la totalidad del pago en el momento del servicio. Aceptamos efectivo, cheques y tarjetas de crédito (Visa, Mastercard, Discover, American Express). Hay un cargo de \$50 para todos los cheques devueltos. El adulto que acompañe a un menor (o tutor del menor) es responsable de la totalidad del pago.

## **SEGURO**

Todos los pacientes deben aportar prueba válida y actualizada de cobertura de seguro. Por favor, avísenos de cualquier cambio en la cobertura de seguro antes del momento del servicio.

Participamos con la mayoría de los seguros, pero es responsabilidad de usted comprobar si estamos cubiertos por su plan de seguro específico. Como servicio de cortesía hacia usted, facturaremos a su seguro. Se enviará un estado de cuenta a la persona responsable del pago por cualquier saldo restante no pagado por el seguro, incluyendo servicios denegados por ser no razonables o necesarios, o no cubiertos. Su póliza de seguro es un contrato entre usted y su compañía de seguros; por lo tanto, usted tendrá que contactarlos si no está de acuerdo con cualquier denegación de pago.

## **TARIFAS USUALES Y ACOSTUMBRADAS**

Cobramos a los clientes lo usual y acostumbrado para nuestra área. Usted es responsable del pago, independiente de la determinación arbitraria de tarifas usuales y acostumbradas por parte de su compañía de seguros.

## **POLÍTICA SOBRE SALDOS PENDIENTES**

Se enviará por correo un estado de cuenta y debe realizarse la totalidad del pago al recibirlo. Cualquier saldo vencido a los 120 días se remitirá a una agencia de cobro y/u oficina de crédito. La agencia añadirá cargos por intereses, que deberán pagarse a la agencia. En caso de divorcio o padres separados, la persona responsable deberá pagar cualquier saldo restante. Clínicas no participará en disputas entre padres que tengan o no tengan la custodia.

## **CITAS**

Ayúdenos a atenderle mejor cumpliendo las citas programadas. Si no puede acudir a la cita, por favor, contáctenos para cambiarla al menos 24 horas antes de su cita.

## **PROGRAMAS ESPECIALES**

Es posible que usted sea inscrito en programas especiales para ayudar a reducir el costo de los servicios. Usted será responsable del pago de cualquier servicio no cubierto.

\_\_\_\_\_ (Iniciales) Yo reconozco que puedo aplicar para el programa de descuento en cualquier momento independientemente de cobertura de seguro médico. Entiendo que la elegibilidad para este programa es basada en el ingreso familiar (comprobante de ingreso requerido) y el número de miembros en el hogar. Sé que la solicitud está disponible en recepción.

## **AUTORIZACIÓN PARA REVELAR INFORMACIÓN MÉDICA Y ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS**

Por el presente autorizo a CDCR, Inc. a que comparta cualquier información necesaria a mis compañías de seguros respecto a mi tratamiento y condición, según sea necesario para determinar los beneficios del plan y para procesar el pago de reclamos de seguro. Autorizo el pago directo a CDCR de servicios que de lo contrario deberían pagárseme a mí.

He leído el Reglamento Financiero, lo entiendo y estoy de acuerdo con él.

X \_\_\_\_\_  
EN LETRA DE MOLDE Nombre de la persona responsable del pago

X \_\_\_\_\_  
Firma del paciente o Persona responsable del pago FECHA



Patient Name: \_\_\_\_\_  
MR #: \_\_\_\_\_

**CONSENTIMIENTO PARA INFORMAR A INDIVIDUOS/MIEMBROS DE FAMILIA SOBRE SU INFORMACION DE SALUD**

El estado de California exige que información de salud sólo se comparta con el paciente o representante legal. De acuerdo con esta ley, se requiere que todos los empleados de Clínicas del Camino Real, Inc. firmen una Declaración Confidencial anualmente que indica que van a mantener la información de salud de cada paciente en la más estricta confidencialidad.

El personal y/o los proveedores de salud no pueden revelar información de salud a individuos/miembros de familia de los pacientes sin el permiso del paciente o del representante legal.

Si desea autorizar a nuestro personal comunicar información de salud general sobre usted, a algún individuo/miembro de familia, por favor indique el nombre, teléfono y la relación de estas personas en el espacio siguiente.

Información general excluye la discusión de las enfermedades de transmisión sexual, servicios de pruebas y/o resultados sobre el VIH (virus del SIDA), servicios relacionados con el embarazo, drogas y alcohol, y de salud psiquiátrica/mental.

Nombre: \_\_\_\_\_ Tel: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Tel: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Tel: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

**No** autorizo a Clinicas del Camino Real, Inc. a comunicar información concerniente a mi cuidado médico a ninguna persona.

*Autorizo a Clinicas del Camino Real, Inc. a compartir verbalmente información general sobre mi salud con la(s) persona(s) mencionada(s) anteriormente. Esta autorización reemplazará cualquier autorización previa.*

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente o individual legalmente autorizado

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del Testigo

\_\_\_\_\_  
Fecha



Nombre de Paciente: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ MR#: \_\_\_\_\_

## CONSENTIMIENTO DE COMUNICACIONES ELECTRÓNICAS

Clínicas del Camino Real, Inc. (Clínicas) se complace en proporcionar formas adicionales para comunicarse con sus pacientes al proporcionarles acceso a sus registros médicos a través del nuevo Portal del paciente y / o el Sistema de Confirmación de Citas. Necesitaremos su consentimiento para enviarle notificaciones por correo electrónico o mensaje de texto relacionadas con el portal del paciente / sistema de confirmación de citas. ***Tenga en cuenta que el acceso al portal y el sistema de confirmación de citas no está disponible para pacientes de 12 a 17 años.***

Para cada sección, indique si acepta o rechaza:

### PORTAL DEL PACIENTE (Recibirá notificaciones por correo electrónico y / o mensaje de texto.)

|   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Doy mi consentimiento para participar en el portal del paciente. | <input type="checkbox"/> Me niego a participar en el portal del paciente. |
|---|---|

\_\_\_\_\_ Deseo otorgar acceso a la siguiente persona para que tenga acceso al mi portal del paciente.

Primer Nombre/APELLIDO: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Correo Electronico: \_\_\_\_\_

Relacion: \_\_\_\_\_

### SISTEMA DE CONFIRMACIÓN DE CITAS (Recibirá mensaje de texto solamente)

|  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Doy mi consentimiento para participar en el Sistema de Confirmación de Citas. | <input type="checkbox"/> Me niego a participar en el Sistema de Confirmación de Citas. |
|--|--|

Entiendo que soy responsable de informar a Clínicas por escrito sobre cualquier cambio en el número de teléfono celular y la del correo electrónico. Entiendo que Clínicas no cobra por este servicio, pero las tarifas estándar de mensajería de texto pueden aplicarse según su plan de teléfono celular (póngase en contacto con su proveedor para obtener precios y detalles sobre su plan).

Entiendo que el mensaje de texto y correo electrónico no es un formato seguro de comunicación. Existe cierto riesgo de que la información de salud u otra información sensible o confidencial contenida en dicho texto/correo electrónico puedan ser mal dirigidas, divulgada o interceptada por terceros no autorizados. La información incluida en los mensajes de texto puede incluir su nombre, fecha/hora de citas, nombre del médico y número de teléfono del médico, u otra información pertinente.

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente/Persona Responsable

\_\_\_\_\_  
Fecha

*For Office Use Only*

*(Patient Portal Proxy's Only): Proxy name and information must be manually added in Staff Portal in order to send a portal invite. Employee name and date confirms this task has been done.*

\_\_\_\_\_  
Staff Name

\_\_\_\_\_  
Date