



# Niños y Adolescentes

---

# PAQUETE PARA EL PACIENTE NUEVO

*[www.adaptoregon.org](http://www.adaptoregon.org)*

*actualización del paquete 12/6/23*

Estimado paciente nuevo:

¡Bienvenido a Adapt Integrated Health Care! Nos complace involucrarnos en su salud.

En Adapt Integrated Health Care, no hay opciones incorrectas para la atención médica. Ya sea que busque atención médica, atención de la salud mental o tratamiento por abuso de sustancias, nuestros proveedores y personal trabajan juntos para satisfacer sus necesidades de atención médica. Recibimos a pacientes de todas las edades: niños, adolescentes, adultos y adultos mayores.

Como paciente de Adapt Integrated Health Care, usted y su proveedor trabajarán junto con otros profesionales de la salud para coordinar su atención médica. Este es su equipo de atención médica. La persona más importante del equipo es usted. Cuando tenga inquietudes relacionadas con su salud, su equipo de atención médica le ayudará a obtener los servicios que necesita, cuando los necesita.

Su equipo de atención médica mantendrá un registro completo de sus antecedentes médicos, estado de salud, medicamentos, resultados de pruebas, información de autocuidado y atención recibida de otros médicos. Al conocerlo, su equipo puede ayudarlo a entender sus necesidades de atención médica y proporcionarle la información que necesita para gestionar su salud.

Para comenzar, solo llame o visite nuestra oficina para programar su primera cita. En las siguientes páginas, encontrará información que lo ayudará a prepararse para su cita de paciente nuevo para atención médica, atención de la salud mental o tratamiento por abuso de sustancias. Nuestro personal lo ayudará a completar la documentación de paciente nuevo y discutirá con usted las opciones de facturación a seguros o de pago. Si quiere acelerar su primera visita, complete nuestro paquete para el paciente nuevo con anticipación. Puede imprimir los formularios en casa o solicitar que le envíen un paquete por correo. Le proporcionaremos un sobre de devolución con su dirección y sello.

Gracias por elegir Adapt Integrated Health Care como su hogar de atención médica.

Sinceramente,

**Su equipo de Adapt Integrated Health Care**

## Información para pacientes nuevos

### Ubicación de las clínicas, números telefónicos y horarios de atención

	Teléfono	Horario	Fuera del horario de atención
<b>Atención primaria centrada en el paciente</b>			
<b>Roseburg Clinic</b> 621 W Madrone Street, Roseburg, OR 97470	(541) 440-3500	Lunes a jueves, 7am-6pm Viernes, 7am-5pm <i>Cerrado los sábados y domingos</i>	<i>Servicio de respuesta fuera del horario de atención (541) 492-4550</i>
<b>Winston Clinic</b> 671 SW Main Street, Winston, OR 97496	(541) 492-4550	Lunes a jueves, 7am-6pm Viernes, 7am-5pm <i>Cerrado los sábados y domingos</i>	
<b>Atención de la Salud Mental</b>			
<b>Consultorio de Roseburg</b> 621 W Madrone Street, Roseburg, OR 97470	(541) 440-3532	Lunes a viernes, 8am-5pm <i>Cerrado los sábados y domingos</i>	<i>Fuera del horario de atención y los fines de semana, llame a la línea de crisis las 24 horas (800) 866-9780</i>
<b>Programa de Salud Mental para Jóvenes y Familias</b> 548 SE Jackson Street, Roseburg, OR 97470	(541) 229-8434	Lunes a viernes, 8am-5pm <i>Cerrado los sábados y domingos</i>	
<b>Servicios psiquiátricos</b> 621 W Madrone, Roseburg, OR 97470	(541) 229-8973	Lunes a viernes, 8am-5pm <i>Cerrado los sábados y domingos</i>	
<b>Consultorio de Reedsport</b> 680 Fir Street, Reedsport, OR 97467	(541) 440-3532	Por cita	
<b>Tratamiento para el abuso de sustancias</b>			
<b>Consultorio de Roseburg</b> 621 W Madrone Street, Roseburg, OR 97470	(541) 672-2691	Lunes a viernes, 8am-5pm <i>Cerrado los sábados y domingos</i>	<i>Fuera del horario de atención y los fines de semana, llame a la línea de crisis las 24 horas (800) 866-9780</i>
<b>Consultorio de Reedsport</b> 680 Fir Street, Reedsport, OR 97467	(541) 751-0357	Por cita	

### Portal del Paciente

Para la comunicación no urgente con su proveedor, le pedimos que se inscriba en el Portal del Paciente seguro en línea. El Portal del Paciente es una forma rápida y fácil de revisar su información de salud, programar citas y comunicarse con su proveedor. Como paciente nuevo, recibirá instrucciones sobre cómo registrarse al Portal del Paciente. Si tiene preguntas o necesita ayuda, hable con un miembro de su equipo de recepción

### Resurtido de recetas

Cuando necesite resurtir una receta, llame a directamente a su farmacia, incluso si no quedan resurtidos. La farmacia se contacta con su equipo de atención médica y coordina las solicitudes de resurtido directamente con ellos. Espere 72 horas para que le resurtan las recetas.

### Preguntas sobre la facturación

Si tiene preguntas sobre su extracto, póngase en contacto con la oficina de facturación a través del número de teléfono que aparece en su extracto.

---

## Escala de precios móvil y aplicación de descuentos

Adapt Integrated Health Care es el proveedor elegido por la mayoría de los principales planes de seguro de salud y damos recibimos a pacientes con cobertura de Oregon Health Plan y Medicare. Si no está asegurado, ofrecemos un descuento en la tarifa según la escala móvil que depende del tamaño de la familia/hogar y los ingresos netos. Ninguna persona es rechazada por no poder pagar. Consulte nuestra Solicitud para descuentos financieros en este paquete para obtener más información.

---

## Campus libre de tabaco y nicotina

Por la salud y la seguridad de nuestros pacientes y personal, Adapt Integrated Health Care es un campus libre de tabaco y nicotina. Esto significa que está prohibido fumar y utilizar productos de tabaco o nicotina en todo momento y en todas las instalaciones. Si desea dejar de consumir tabaco, hable con un miembro de su equipo de atención médica.

---

## Política sobre animales de servicio

Solo se permiten dentro de la clínica los animales de servicio entrenados para realizar trabajos o tareas para una persona con discapacidad. Hable con un miembro de su equipo de atención médica para obtener más información (hay información disponible en [https://www.ada.gov/service\\_animals\\_2010.htm](https://www.ada.gov/service_animals_2010.htm)).

---

## Hogar de atención primaria centrado en el paciente

Somos un hogar de atención primaria centrado en el paciente. Obtenga más información en <https://www.oregon.gov/oha/HPA/dsi-pcpch/Pages/index.aspx>.

---

## Somos una instalación considerada FTCA

Este centro de salud recibe fondos del Departamento de Salud y Servicios Humanos (HSS) de los EE. UU. y tiene un estatus considerado por el Servicio de Salud Pública de los EE. UU. (PHS) con respecto a ciertos reclamos de salud o relacionados con la salud, incluidos los reclamos por negligencia médica, para sí mismo y sus personas cubiertas. Obtenga más información en <https://bphc.hrsa.gov/ftca/about/index.html>.

## Cómo prepararse para su primera visita de atención primaria

En Adapt Integrated Health Care, los proveedores de atención primaria, los especialistas en medicina del comportamiento y los trabajadores de servicios comunitarios le proporcionarán los servicios que necesita, cuándo los necesita, lo cual incluye la atención médica de especialidad para pacientes con diabetes, dolor crónico, problemas de consumo de alcohol y sustancias y otros problemas de salud complejos. En su primera cita, podrá hablar con su equipo de atención médica sobre sus necesidades y opciones de tratamiento.

### Cómo prepararse para su primera cita médica

- Llegue 30 minutos antes de su cita.
- Lleve una identificación con foto (un documento de identidad actual emitido por el estado o el gobierno federal), por ejemplo, una licencia de conducir, una tarjeta de identificación o un pasaporte.
- Lleve su tarjeta del seguro a todas las citas.
- Esté preparado para pagar su copago si lo requiere su plan de seguro.
- Haga una lista completa de todos los medicamentos que toma actualmente (incluidas las vitaminas y los suplementos), o traiga los envases a su cita o traiga una impresión de sus medicamentos actuales de su farmacia.
- Prepárese para hablar de sus principales preocupaciones de salud con su proveedor; se pueden programar citas de seguimiento después de su visita inicial.

### Citas: Programación/Reprogramación/Cancelación

Llame al consultorio de su proveedor tan pronto como pueda. Solicitamos un aviso de 24 horas previas a la visita cancelada. Esto nos da tiempo para ofrecerle el turno a otro paciente.

### Citas de acceso libre

Nuestra clínica de atención médica primaria y de salud mental ofrece *Programación de acceso libre*, también conocida como citas en el día. Para conocer más sobre las citas en el día, llame a su clínica de atención primaria o al consultorio de salud mental.

### Nuestros servicios de atención primaria

#### Atención médica.

- Cuidado preventivo.
- Cuidados agudos.
- Planificación familiar.
- Salud del hombre y la mujer.
- Pruebas y tratamiento de enfermedades de transmisión sexual (ETS)
- Atención de enfermedades crónicas.
- Atención de la diabetes.
- Vacunas.
- Pruebas de laboratorio y rayos X (CHI Mercy).
- Remisiones a atención especializada.

#### Salud infantil

- Exámenes de atención médica preventiva infantil.
- Salud del adolescente y adulto joven.
- Exámenes físicos deportivos.

#### Servicios de medicina del comportamiento

- Orientación de salud mental.
- Orientación sobre el consumo de sustancias.
- Psicoterapia individual y grupal.
- Tratamiento asistido por medicamentos.
- Control del dolor.
- Manejo de enfermedades crónicas.
- Abandono del tabaco

#### Servicios médicos psiquiátricos

- Manejo de medicamentos.
- Psicoterapia individual.
- Manejo de medicamentos pediátricos.

# FORMULARIO DE REGISTRO DEL PACIENTE-CLIENTE

DATOS DEMOGRÁFICOS DEL PACIENTE			
<b>Nombre legal complete:</b>			
(Apellido)	(Nombre)	(Inicial del segundo nombre)	
<b>Nombre preferido:</b>			
(Apellido)	(Nombre)	(Inicial del segundo nombre)	
<b>Fecha de nacimiento:</b>	<b>Edad:</b>	<b>Apellido al nacer:</b>	
<b>Número del Seguro Social:</b>		<b>Número de la licencia de conducir:</b>	
<b>Dirección de correo:</b>			
(Dirección)	(Ciudad)	(Estado)	(Código postal)
<b>Dirección del domicilio particular (Si es diferente):</b>			
(Dirección)	(Ciudad)	(Estado)	(Código postal)
<b>Teléfono (marque su teléfono principal):</b>			
<input type="checkbox"/> Teléfono fijo: _____		<input type="checkbox"/> Teléfono celular: _____	
<input type="checkbox"/> Mensaje: _____		<input type="checkbox"/> Email: _____	
<b>Ocupación del paciente:</b>		<b>Empleador:</b>	
<b>Teléfono del empleador:</b>			
<b>Situación laboral (marque una):</b> <input type="checkbox"/> Jornada completa <input type="checkbox"/> Jornada parcial <input type="checkbox"/> Estacional/Temporal <input type="checkbox"/> Autónomo			
<input type="checkbox"/> Jubilado <input type="checkbox"/> Desempleado <input type="checkbox"/> Militar activo <input type="checkbox"/> Discapacitado			
<b>Situación del estudiante:</b> <input type="checkbox"/> Jornada completa <input type="checkbox"/> Jornada parcial <input type="checkbox"/> No es estudiante			
<b>Nombre de la parte responsable (Complete si es una persona que no sea el paciente):</b> _____			
<b>Fecha de nacimiento:</b> _____		<b>Número del Seguro Social:</b> _____	
<b>Empleador:</b> _____		<b>Teléfono:</b> _____	
INFORMACIÓN DEL SEGURO (Proporcione copias de sus tarjetas del seguro)			
<b>Nombre del seguro primario:</b>			
<b>Número de grupo:</b>		<b>Número de póliza:</b>	
<b>Nombre del titular de la póliza (PH):</b>		<b>Fecha de nacimiento del PH:</b>	
<b>Número del Seguro Social del PH:</b>		<b>Relación del PH con el paciente:</b>	
<b>Nombre del seguro secundario (si corresponde):</b>			
<b>Número de grupo:</b>		<b>Número de póliza:</b>	
<b>Nombre del titular de la póliza (PH):</b>		<b>Fecha de nacimiento del PH:</b>	
<b>Número del Seguro Social del PH:</b>		<b>Relación del PH con el paciente:</b>	

# FORMULARIO DE REGISTRO DEL PACIENTE-CLIENTE

ESTADÍSTICAS SOBRE EL PACIENTE/CLIENTE	
Como organización sin ánimo de lucro, recibimos fondos de subvenciones y estamos obligados a recopilar la siguiente información cada año. La información que nos proporcione es confidencial. <b>Marque una opción para cada pregunta</b> (respuesta relativa al paciente).	
<b>Idioma principal:</b> <input type="checkbox"/> inglés <input type="checkbox"/> español <input type="checkbox"/> Lenguaje de señas de los Estados Unidos <input type="checkbox"/> Otro ( <i>especifique</i> ):	
<b>¿El paciente necesita un intérprete?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es Sí, encierre en un círculo cuál: <input type="checkbox"/> Lengua extranjera <input type="checkbox"/> Lenguaje de señas	
<b>¿Sería mejor que lo atiendan en un idioma que no sea el inglés?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
<b>Estado civil:</b> <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado legalmente <input type="checkbox"/> Pareja doméstica	
<b>¿El paciente es un veterano?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <b>¿Es hijo dependiente de un veterano?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <b>¿Es Cónyuge/Concubino de un veterano?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sé	
<b>Fuente de referencia:</b> <input type="checkbox"/> Coordinador de promoción <input type="checkbox"/> Amigo <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Medios de comunicación/periódico <input type="checkbox"/> Radio <input type="checkbox"/> Televisión <input type="checkbox"/> Facebook <input type="checkbox"/> Publicidad digital <input type="checkbox"/> Correo directo <input type="checkbox"/> Letrero publicitario	
<b>Estado de vivienda del paciente:</b> <input type="checkbox"/> Vehículo <input type="checkbox"/> Inestable <input type="checkbox"/> Temporaria <input type="checkbox"/> Permanente (estable) <input type="checkbox"/> Centro de recuperación <input type="checkbox"/> Otra	
<b>Estado sin hogar:</b> <input type="checkbox"/> En riesgo de quedarse sin hogar <input type="checkbox"/> Niño en riesgo de sin hogar <input type="checkbox"/> No sin hogar actualmente (sin hogar en los últimos 12 meses) <input type="checkbox"/> Sin hogar refugio desconocido <input type="checkbox"/> Vivir en un refugio <input type="checkbox"/> Vivir con otros <input type="checkbox"/> No sin hogar <input type="checkbox"/> Vivienda de apoyo permanente <input type="checkbox"/> Hotel de ocupación individual <input type="checkbox"/> Calle, campamento, puente <input type="checkbox"/> Vivienda de transición <input type="checkbox"/> Veterano en riesgo de quedarse sin hogar <input type="checkbox"/> Desconocido	
<b>Vivienda pública (sección 8/HUD):</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
<b>¿Migrante o estacional?</b> <input type="checkbox"/> Migrante <input type="checkbox"/> Estacional <input type="checkbox"/> Ni	
<b>¿Grupo étnico del paciente?</b> <input type="checkbox"/> Hispano/Latino/a <input type="checkbox"/> No Hispano/Latino/a <input type="checkbox"/> No deseo contestar <input type="checkbox"/> Desconocido	
<b>Raza (<i>marque todas las que apliquen</i>):</b> <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Negro/Afroamericano <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái <input type="checkbox"/> Otra de las islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Indígena de las Américas <input type="checkbox"/> No deseo contestar	
<b>Afiliación tribal actual del paciente:</b> <input type="checkbox"/> No aplicable <input type="checkbox"/> Burns Paiute Tribe <input type="checkbox"/> Cow Creek Band of Umpqua Tribe <input type="checkbox"/> Confederated Tribes of Grant Ronde <input type="checkbox"/> Coquille Indian Tribes <input type="checkbox"/> Confederated Tribes of Coos/Lower Umpqua/Siuslaw <input type="checkbox"/> Confederated Tribes of Umatilla <input type="checkbox"/> Confederated Tribes of Warm Springs <input type="checkbox"/> Otra ( <i>especifique</i> ):	
<b>¿Recibe beneficios en efectivo del programa de Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF, por sus siglas en inglés)?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
<b>Fuente de ingreso (<i>marque uno</i>):</b> <input type="checkbox"/> Sueldos/salario <input type="checkbox"/> Asistencia pública <input type="checkbox"/> Pensión de retiro/SSI <input type="checkbox"/> Beneficio por discapacidad/SSDI <input type="checkbox"/> Otra ( <i>especifique</i> ):	
<b>¿Grado escolar más alto Paciente completado?</b>	
<b>Información adicional del paciente (por favor responda todas las preguntas)</b>	
Adapt es una organización sin fines de lucro comprometida a atender las necesidades de nuestra comunidad. Esta información nos ayudará a acceder a subvenciones adicionales para continuar ayudando a los residentes sin seguro y desatendidos y para identificar a los pacientes que pueden calificar para programas o servicios especiales. La información pasará a formar parte de su registro confidencial del paciente.	
<b>¿Cuál es su ingreso familiar bruto (antes de las contribuciones)?</b> \$ <span style="float: right;">(<i>marque una</i>) <input type="checkbox"/> Por mes <input type="checkbox"/> Por año</span>	

# FORMULARIO DE REGISTRO DEL PACIENTE-CLIENTE

¿Cuántas personas viven en su hogar, incluido usted?

**Orientación sexual** (*marque uno*):  Heterosexual  Bisexual  Algo más/otra  No sé  Prefieres no contestar  
 Gay  Lesbiana  Pansexual  Queer  Omnisexual  Asexual

**Identidad de género** (*marque uno*):  Masculino  Femenino  Transgénero (F a M)  Transgénero (M a F)  
 Otra  No deseo contestar  No binario/género queer  Cuestionamiento de género  Dos espíritus

**Sexo del paciente asignado en el nacimiento** (*marque uno*):  Femenino  Masculino  Intersex  
 Desconocido  No en el certificado de nacimiento

**Pronombre de preferencia** (*marque uno*):

she/her/ella  he/him/él  they/them/elle/ellx  ze/hir/hirs  ey/em/eirs  xe/xm/xyrs  ve/vir/vis  
 Otro  Nombre del paciente  No deseo contestar  Desconocido

\_\_\_\_\_  
**Firma del paciente o tutor legal / Representante personal (marque uno)**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**

\_\_\_\_\_  
**Aclaración del paciente**

\_\_\_\_\_  
**Relación, de no ser el paciente**

Las siguientes preguntas son opcionales y sus respuestas son confidenciales. Nos gustaría que nos dijera cuál es su raza, grupo étnico, idioma y niveles de discapacidad para que podamos encontrar y abordar las diferencias de salud y servicios.

Fecha de hoy: \_\_\_\_\_

Primer nombre: \_\_\_\_\_ Inicial del 2.º nombre: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

## Raza y grupo étnico

1. ¿Cómo identifica usted su raza, grupo étnico, origen tribal, país de origen o ascendencia?

2. ¿Cuál de las siguientes opciones describe su **identidad racial o étnica**? Marque **TODAS** las opciones que correspondan.

### Hispano(a) y Latino(a/x)

- Centroamericano(a)
- Mexicano(a)
- Sudamericano(a)
- Hispano(a) o latino(a/x) de otro origen

### Indígena de Hawái y Isleño(a) del Pacífico

- CHamoru (chamorro(a))
- Marshalés(a)
- Comunidades de la región de Micronesia
- Nativo(a) de Hawái
- Samoano(a)
- Nativo(a) de otras Islas del Pacífico

### Blanca

- De Europa del Este
- Eslavo(a)
- De Europa Occidental
- Otro grupo étnico blanco

### Indígenas norteamericanos y nativos de Alaska

- Indígena estadounidense
- Nativo(a) de Alaska
- Inuit canadiense, métis o indígena canadiense (First Nation)
- Indígena mexicano, centroamericano o sudamericano

### Negro(a) y afroestadounidense

- Afroestadounidense
- Afrocaribeño(a)
- Etíope
- Somalí
- Africano(a) de otro origen (negro)
- Otro grupo étnico negro

### De Oriente Medio/del Norte de África

- De Oriente Medio
- Del Norte de África

### Asiática

- Indígena asiático(a)
- Camboyano(a)
- Chino(a)
- Comunidades de Myanmar
- Filipino(a)
- Hmong
- Japonés(a)
- Coreano(a)
- Laosiano(a)
- Del sur de Asia
- Vietnamita
- Otros asiáticos

### Otras categorías

- Otra (*indique*)
- No sé
- No deseo responder

3. Si marcó **más de una** de las categorías anteriores, ¿hay **una** que usted crea que sea su **principal** identidad racial o étnica?

- Sí. Encierre en un círculo su principal identidad racial o étnica.
- No tengo solo una identidad racial o étnica principal.
- No. Me identifico como birracial o multirracial.
- N/A. Solo marqué una de las categorías anteriores.
- No sé
- No deseo responder

**Idioma** (Hay interpretes disponible gratis)

4a. ¿Qué idioma o idiomas **usa usted en su hogar?** \_\_\_\_\_

**Pase a la pregunta 7 si respondió solo inglés**

4b. Al comunicarnos con usted en persona, por teléfono o virtualmente, ¿qué idioma prefiere? \_\_\_\_\_

4c. ¿En qué idioma desea que le **escribamos?** \_\_\_\_\_

5a. Al comunicarnos con usted ¿necesita o desea un intérprete?

- Sí     No     No sé     No deseo responder

5b. Si necesita o desea un intérprete, ¿qué (clase/tipo) de intérprete prefiere?

- Intérprete de lengua hablada     Intérprete de sordos para sordociegos y otras barreras adicionales, o ambos  
 Intérprete de lengua de señas estadounidense (ASL)     Intérprete de lengua de señas de contacto (PSE)  
 Otros (*por favor, mencione*): \_\_\_\_\_

**Pase a la pregunta 7 si no usa otro idioma que no sea el inglés o la lengua de señas**

6. ¿Cuán bien habla usted el inglés?

- Muy bien     Bien     No bien     Nada     No sé     No deseo responder

Sus respuestas a las siguientes preguntas son confidenciales. Usamos esta información para encontrar diferencias entre la salud y los servicios para las personas con o sin dificultades realizando sus funciones diarias. (\*Por favor, escriba "no sé" si no sabe cuándo contrajo esta condición, o "no deseo responder" si no quiere responder a la pregunta)

Sí	*Si es así, ¿a qué edad inició esta condición?	No	No sé	No deseo responder	No sabe qué se le pregunta en esta pregunta
----	--	----	-------	--------------------	---

7. ¿Es usted **una persona sorda** o tiene una **dificultad seria para oír**?

8. ¿Es usted **una persona ciega** o tiene una **dificultad seria para ver** aunque lleve puestos espejuelos o lentes?

**Deténgase aquí si usted/la persona tiene menos de 5 años**

9. ¿Tiene una **dificultad seria para caminar o subir las escaleras**?

10. Debido a una condición física, mental o emocional, ¿tiene una **dificultad seria para concentrarse, recordar o tomar decisiones**?

11. ¿Tiene **dificultad para vestirse o bañarse**?

12. ¿Tiene una **dificultad seria para aprender a hacer cosas que la mayoría de las personas de su edad pueden aprender**?

13. Cuando usa su idioma habitual (**de costumbre**), ¿tiene una **dificultad seria para comunicarse, por ejemplo, para comprender y hacerse comprender por los demás**?

**Deténgase aquí si usted/la persona tiene menos de 15 años**

14. Debido a una condición **física, mental o emocional**, ¿tiene una **dificultad para hacer diligencias o mandados solo(a)**, tal como ir al consultorio de un médico o ir de compras?

15. ¿Tiene **serias dificultades con lo siguiente: su estado de ánimo, la intensidad de sus emociones, controlando su comportamiento o padece de delirios o alucinaciones**?

## INFORMACIÓN SOBRE LA SOLICITUD DE DESCUENTO FINANCIERO

Guarde esta página para consultarla cuando desee.

Si quiere solicitar el descuento, complete la siguiente página y envíela a Adapt antes de la fecha límite.

Adapt es una organización sin fines lucrativos privada que proporciona servicios médicos asequibles y de calidad. Todos los pacientes pueden solicitar un descuento en la escala móvil; la elegibilidad se basa en el tamaño y los ingresos del hogar. No se rechaza a *nadie* debido a la falta de fondos. Todos los pacientes recibirán un extracto mensual si hay un saldo pendiente en su cuenta. Todos los saldos vencen dentro de los 30 días de la fecha del extracto. Si no puede pagar su saldo completo, llame a la oficina de facturación de Adapt para hacer arreglos acerca del pago.

- Complete todo este formulario y proporcione todos los documentos solicitados para ser considerado para un descuento en la escala móvil. Solo se darán descuento a los pacientes que califiquen y proporcionen una verificación.
- Tiene **14 días desde la fecha del servicio** para completar y devolver este formulario para participar en un descuento en su visita. De lo contrario, su descuento comenzará en la fecha de devolución.
- Adapt no aplicará descuentos retroactivos.
- Una vez procesada su solicitud, recibirá una carta por correo en la que se le notificará el descuento al que puede optar.
- Todos los descuentos serán válidos durante un año, momento en el que se le pedirá que presente una verificación actualizada. **Si sus circunstancias económicas o de vida cambian antes de esa fecha, está obligado a notificarlo a Adapt.** Esta información puede ajustar su descuento.
- Si corresponde, la información provista en esta solicitud puede usarse para determinar si califica para un descuento en los servicios proporcionados por Mercy Outpatient Lab & Imaging solicitados por Adapt Primary Care. Para ser considerado para un descuento de Mercy Medical Center, debe haber solicitado el OHP. La información en este formulario puede ser solicitada CHI Mercy Health y se les proporcionará con fines de auditoría.

**Documentos requeridos:** Para obtener un descuento de escala móvil, asegúrese de incluir en su solicitud copias de los siguientes documentos de *TODO*s los miembros de la familia. **Si uno o más de estos documentos no corresponden a su hogar, no los tenga en cuenta.**

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Comprobantes de pago más recientes (últimos 30 días).             | <input type="checkbox"/> Carta de adjudicación de la indemnización por accidente de trabajo. | <input type="checkbox"/> Si no tiene ingresos, una carta que explique sus medios de vida o un formulario de autoatestación de ingresos completo (disponible a petición del interesado). |
| <input type="checkbox"/> Verificación de desempleo.  | <input type="checkbox"/> Órdenes judiciales de cualquier demanda.                            | <input type="checkbox"/> Verificación de los cupones de alimentos.  |
| <input type="checkbox"/> Declaración de impuestos federales más reciente (si es autónomo). | <input type="checkbox"/> Prueba de las ganancias de juegos de azar (premios de lotería).     | <input type="checkbox"/> Becas escolares.   |
| <input type="checkbox"/> Cartas de adjudicación del seguro social o de la discapacidad.    | <input type="checkbox"/> Prueba de pagos de anualidades.                                     |   |
| <input type="checkbox"/> Carta de concesión de la pensión.                                 | <input type="checkbox"/> Recibos de bienes vendidos o servicios prestados.                   |   |
| <input type="checkbox"/> Carta de concesión de pensión alimentaria.                        |  |   |

### Definiciones

**Hogar:** personas que viven en la misma vivienda y ponen en común sus recursos.

**Ingresos:** todo dinero recibido, tributable o no, proveniente de cualquier fuente. Se incluirá cualquier dinero por bienes vendidos o servicios prestados, becas de ayuda a la escolarización, ingresos por jubilación, ingresos empresariales, pagos del seguro social o por discapacidad, prestaciones del seguro de desempleo, indemnizaciones por acuerdos de cualquier demanda, se consideren o no “daños económicos”, pagos de seguros de vida, pagos de rentas vitalicias, ganancias de juegos de azar y cualquier otro dinero recibido con el fin de ayudar a los gastos del hogar. No se contabilizarán los préstamos ni el crédito disponible.

**Si está solicitando un descuento de escala móvil, también puede calificar para el Plan de Salud de Oregón (OHP, por sus siglas en inglés). Si quiere solicitar el OHP y necesita asistencia gratuita para solicitarlo, pida hablar con un trabajador social de elegibilidad.**

¿Ha solicitado el Plan de Salud de Oregón? **S N** Si la respuesta es afirmativa, fecha de la solicitud:  
 ¿Se lo aprobaron? **S N**

¿Tiene otro seguro? **S N** Si la respuesta es afirmativa, ¿qué seguro? Iniciales del miembro del personal de Adapt:

**PROPORCIONE LA INFORMACIÓN DE LA PERSONA RESPONSABLE DE ESTA CUENTA A CONTINUACIÓN.**

Nombre de la parte responsable: Relación con el paciente:

SSN Opcional (últimos 4): XXX-XX- DOB: Número de teléfono:

Dirección de facturación: Ciudad: Estado: Código postal:

**Proporcione información de todos los miembros del hogar. (Consulte la definición de hogar en la página 1)**

Miembro del hogar	1	2	3	4	5	6
Nombre						
Fecha de nacimiento						
Relación con el paciente	ÉL MISMO					
Ingresos mensuales brutos procedentes de lo siguiente:	<b>Facilite la documentación justificativa de cada fuente de ingresos indicada.</b>					
Sueldo/Salario	\$	\$	\$	\$	\$	\$
Desempleo	\$	\$	\$	\$	\$	\$
Seguro social	\$	\$	\$	\$	\$	\$
Discapacidad	\$	\$	\$	\$	\$	\$
Pensión	\$	\$	\$	\$	\$	\$
Jubilación	\$	\$	\$	\$	\$	\$
Manutención de niños	\$	\$	\$	\$	\$	\$
Compensación para los trabajadores	\$	\$	\$	\$	\$	\$
Venta de bienes	\$	\$	\$	\$	\$	\$
Otro _____	\$	\$	\$	\$	\$	\$
<b>TOTAL</b>	<b>\$</b>	<b>\$</b>	<b>\$</b>	<b>\$</b>	<b>\$</b>	<b>\$</b>

**TOTAL** de ingresos brutos mensuales del hogar: \_\_\_\_\_ Cantidad **TOTAL** de miembros del hogar: \_\_\_\_\_

Si los ingresos de su hogar son nulos, ponga sus iniciales aquí: \_\_\_\_\_ y proporcione una breve explicación de su situación financiera y situación de vida actuales: \_\_\_\_\_

Por la presente autorizo a los representantes de Adapt a realizar las consultas necesarias para verificar la información proporcionada en este formulario o a divulgar cualquier información relacionada con mis visitas al consultorio a cualquier compañía de seguros o a terceros para buscar la liquidación de esta cuenta. Por la presente declaro que, a mi leal saber y entender, la información proporcionada es verdadera y completa. Entiendo que si cualquier información es incorrecta no puedo ser elegible para cualquier consideración futura de las tarifas reducidas y que cualquier tarifa de descuento puede ser revertida y se pueden modificar las cuentas en consecuencia.

**Firma del paciente/Parte responsable:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

**\*\*\*\*\*SOLO PARA USO OFICIAL\*\*\*\*\***

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

En función de la información proporcionada, el paciente mencionado anteriormente es elegible para un descuento del \_\_\_\_ %.

En función de la información proporcionada, el paciente no es elegible para un descuento en este momento.

Información verificada por:  Recibos de pago  Declaración de impuestos  Otro \_\_\_\_\_

Miembro del personal que completa el formulario: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

<b>Cliente/paciente</b>	<b>Apellido legal</b>	<b>Nombre</b>	<b>Inic. 2.º nombre</b>	<b>Fecha de nacimiento</b>
	<b>Otros nombres que use el cliente/paciente</b>			

Autorizo a **Adapt Integrated Health Care** a usar y divulgar mi información de salud protegida según se describe a continuación.

<b>Persona o entidad autorizada a recibir o usar la información de salud protegida:</b>	
Nombre (persona u organización):	Dirección: _____
_____	Ciudad, estado: Código postal: _____
_____	Teléfono: _____
Intercambio mutuo: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Solamente verbal: <input type="checkbox"/> Verbal y puede recibir copias de la historia médica: <input type="checkbox"/>	

<b>Información de salud protegida que se utilizará o divulgará:</b>			
<b>Marque todo lo que corresponda:</b>	<input type="checkbox"/> Salud mental	<input type="checkbox"/> Atención primaria	<input type="checkbox"/> Trastorno por consumo de sustancias (SUD) (Programas protegidos del Título 42 del Código de Reglamentos Federales [CFR], Parte 2)

<b>Marque todo lo que corresponda:</b>	
<input type="checkbox"/> <b>Todos los registros</b> relacionados con los servicios marcados anteriormente	
-O ESPECÍFICAMENTE-	
<input type="checkbox"/> Mi nombre e información de contacto	<input type="checkbox"/> Resultados de pruebas de laboratorio
<input type="checkbox"/> Mi estado como cliente en tratamiento	<input type="checkbox"/> Plan de alta
<input type="checkbox"/> Información de citas e informes de asistencia	<input type="checkbox"/> Fecha y estado del alta
<input type="checkbox"/> Diagnóstico	<input type="checkbox"/> Historia médica/notas de progreso
<input type="checkbox"/> Evaluación	<input type="checkbox"/> Participación y progreso del tratamiento
<input type="checkbox"/> Medicamentos y dosis	<input type="checkbox"/> Comportamientos y preocupaciones
<input type="checkbox"/> Plan o resumen de tratamiento	<input type="checkbox"/> Recomendaciones y estrategias de gestión
<input type="checkbox"/> Resúmenes de antecedentes de SUD	<input type="checkbox"/> Informes de laboratorio/patología
<input type="checkbox"/> Informes de electrocardiograma (ECG)	<input type="checkbox"/> Pruebas de diagnóstico
<input type="checkbox"/> Informes de radiología	<input type="checkbox"/> Registros de vacunación
<input type="checkbox"/> Otro (por favor sea específico): _____	

Si la información que se va a revelar contiene cualquiera de los siguientes tipos de registros o información, se pueden aplicar leyes adicionales sobre su uso y divulgación. Comprendo y acepto que se divulgue esta información si marco el espacio que corresponde al lado del tipo de información.

<input type="checkbox"/> <b>Drogas/alcohol</b> tratamiento o remisión	<input type="checkbox"/> <b>Diagnóstico</b> de salud mental	<input type="checkbox"/> <b>Información</b> de VIH/sida	<input type="checkbox"/> <b>Información</b> sobrepruebas genéticas	<input type="checkbox"/> <b>Información</b> dedepranocitos
---	---	---	--	--

<b>Propósito del uso o la divulgación</b>	
Marque todo lo que corresponda:	
<input type="checkbox"/> Facilitar pago y operaciones de atención médica	<input type="checkbox"/> Coordinación de atención y servicios
<input type="checkbox"/> Intercambio de información relacionada con libertad bajo palabra o condicional o estado legal	<input type="checkbox"/> Continuación de la atención
<input type="checkbox"/> Intercambio de información relacionada con vivienda	<input type="checkbox"/> Reuniones o consultas
<input type="checkbox"/> Facilitar el traslado del cliente	<input type="checkbox"/> Facilitar el tratamiento
<input type="checkbox"/> Programa de cupones de alimentos, inscripción en el plan Oregon Health y programas de autosuficiencia	<input type="checkbox"/> Autorizar a una persona de contacto para casos de emergencia médica
<input type="checkbox"/> Intercambiar información sobre el tratamiento y el progreso del paciente	<input type="checkbox"/> Coordinar servicios educativos
<input type="checkbox"/> Para mis registros	
Otro: _____	

<b>Vencimiento y anulación</b>
Esta autorización vencerá (complete una de las siguientes opciones):
<ul style="list-style-type: none"> <li>• El día: _____</li> <li>• Si ocurre el siguiente evento: _____</li> </ul>
*Si no se indica una fecha, evento o condición, este consentimiento vencerá luego de <b>un año</b> a partir de la fecha de su firma.
<b>Derecho de anulación:</b> entiendo que puedo anular esta autorización en cualquier momento. Comprendo que anular esta autorización <b>no</b> afectará ninguna acción que haya tomado Adapt Integrated Health Care con base en la autorización antes de recibir mi aviso de anulación. Tampoco afectará la información que ya haya sido divulgada.

<b>Firma del cliente</b>	_____	_____
	Firma	Fecha
	_____	Relación con el cliente (marque una de las siguientes opciones):
	Nombre del cliente/paciente en letra de imprenta	<input type="checkbox"/> Paciente <input type="checkbox"/> Tutor
		<input type="checkbox"/> Firma del representante personal*
*Si un representante personal del cliente firma la autorización, también se debe brindar una descripción sobre su autoridad para actuar en nombre del cliente: _____		

### **Información importante para el cliente**

**Para pagar servicios médicos:** si Adapt Integrated Health Care actúa como su proveedor de servicios de atención médica o paga por los servicios del Oregon Health Plan o el programa de Medicaid, usted puede elegir no firmar este formulario. Esto **no** afectará de manera negativa su capacidad para recibir los servicios de salud, **a menos que** los servicios de atención médica tengan el único propósito de brindar información de salud a alguien más y se necesite la autorización para hacer la divulgación. (Algunos ejemplos serían: exámenes, pruebas o evaluaciones).

Si elige no firmar este formulario, esto **puede afectar** el pago de sus servicios si se necesita esta autorización para el reembolso de compañías privadas de seguro u otras agencias no gubernamentales.

**Este formulario es voluntario.** Adapt Integrated Health Care no puede condicionar administración de tratamiento, pago o inscripción en programas de atención médica con financiamiento público a firmar esta autorización, excepto en los casos descritos anteriormente. Sin embargo, usted debe recibir información precisa sobre cómo el negarse a autorizar la divulgación de la información puede afectar de manera negativa la coordinación de servicios. Si decide no firmar, puede que se le remita a un servicio único que pueda ayudarlo a usted y a su familia sin el intercambio de información.

Tiene derecho a recibir una copia de esta autorización.

Esta autorización es voluntaria y tiene el propósito de confirmar sus instrucciones.

### **Divulgación posterior:**

Para servicios de atención primaria y salud mental: entiendo que la información utilizada y divulgada en virtud de esta autorización puede ser divulgada nuevamente por el destinatario y dejar de estar protegida por la ley federal o estatal.

Para los programas de SUD: Ha recibido esta información de registros protegidos por las Normas Federales de Confidencialidad (Título 42 del CFR, Parte 2). Las leyes federales le prohíben realizar cualquier divulgación adicional de esta información, a menos que dicha divulgación adicional esté permitida en forma expresa mediante el consentimiento por escrito de la persona a la que pertenece o esté permitida de alguna otra manera por el Título 42 del CFR, Parte 2. Una autorización general para la divulgación de información médica u de otro tipo **no** es suficiente para este propósito. Las reglas federales restringen el uso de la información para investigar o procesar criminalmente a cualquier paciente por consumo de drogas o alcohol.

### **Servicios de salud que usan este formulario:**

**Términos usados:** el intercambio mutuo permite a Adapt Integrated Health Care y a la persona u organización que se menciona en la autorización a brindar y recibir información entre sí.

**Asistencia:** siempre que sea posible, un miembro del personal de Adapt Integrated Health Care debe completar este formulario con usted. Asegúrese de comprender el formulario antes de firmarlo. No dude en hacer preguntas sobre el formulario y lo que autoriza. Puede sustituir la firma con una marca o puede pedirle a una persona autorizada que firme el formulario en su nombre.

**Menores de edad:** si es menor de edad, puede autorizar la divulgación de información de salud mental o consumo de sustancias si es mayor de 14 años; la divulgación de información sobre enfermedades de transmisión sexual o anticonceptivos independientemente de su edad; y la divulgación de información médica general si es mayor de 15 años.

**Atención especial:** en el caso de información sobre VIH/sida, salud mental, pruebas genéticas o tratamiento por consumo de alcohol o drogas, la autorización debe identificar claramente la información que se puede divulgar.

## ATENCIÓN PRIMARIA ANTECEDENTES MÉDICOS DE NIÑOS-ADOLESCENTES

<b>Nombre del paciente:</b>		<b>Fecha de nacimiento:</b>		<b>Edad:</b>		<input type="checkbox"/> Masculino		<input type="checkbox"/> Femenino	
Proveedor médico actual:					Motivo de la transferencia de atención:				
<b>SALUD ACTUAL</b>									
Problemas médicos actuales:									
<b>MEDICAMENTOS:</b> Mencione TODOS los medicamentos que esté tomando, incluidas las vitaminas, las hierbas, los remedios caseros.									
Nombre del medicamento			Concentración (mg)		Instrucciones		Motivo por que lo toma		
<b>ALERGIAS:</b> o reacciones a medicamentos, entorno, animales, alimentos, etcétera.									
Alergia					Síntomas o reacciones				

<b>DENTAL:</b> ¿El niño ha ido al dentista? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es sí, fecha de la última visita:									
Nombre del proveedor dental:					Frecuencia de las visitas:				
El niño se ha colocado selladores dentales: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No está seguro Si la respuesta es sí, cuándo:									

<b>VACUNAS:</b> Traiga la cartilla de vacunación de su hijo (si la recibió fuera de Oregon)									
¿Está actualizada? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No está seguro Reacciones a vacunas anteriores (si las hay):									
<b>CUESTIONARIO DE SALUD PARA ADOLESCENTES (para mayores de 12 años)</b> Haga que el <b>PACIENTE</b> responda a las preguntas.									
¿Consumo tabaco o nicotina? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> En el pasado Qué tipo:									
En los <b>últimos 12 meses</b> , ¿ha hecho algo de lo siguiente?									
Beber alcohol (más que algunos sorbos) <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí									
Fumar marihuana o hachís <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí									
Consumir algo más para drogarse <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí									
¿ <b>ALGUNA VEZ</b> ha hecho lo siguiente?									
¿Alguna vez ha viajado en un coche conducido por alguien (incluido usted mismo) bajo el efecto de alguna droga o alcohol? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí									
¿Alguna vez has consumido alcohol o drogas para relajarte, sentirte mejor contigo mismo o encajar? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí									
¿Alguna vez ha consumido alcohol o drogas cuando está solo o sola? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí									
¿Alguna vez se ha olvidado de las cosas que hizo mientras consumía alcohol o drogas? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí									
¿Su familia o amigos le dicen alguna vez que debería reducir su consumo de alcohol o drogas? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí									
¿Se ha metido alguna vez en problemas mientras consumías alcohol o drogas? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí									
Durante las últimas 2 semanas, ¿ha sentido poco interés o placer por hacer cosas? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí									
Durante las últimas 2 semanas, ¿se ha sentido decaído, deprimido o desesperanzado? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí									



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

**ANTECEDENTES MÉDICOS FAMILIARES**

Indique con una X los familiares que han tenido alguna de las siguientes afecciones:

Afección	Madre	Padre	Hermana	Hermano	de la madre Madre	de la madre Padre	de la madre Hermana	de la madre Hermano	del padre Madre	del padre Padre	del padre Hermana	del padre Hermano
Alcoholismo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anemia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anginas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Artritis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ansiedad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Defectos de nacimiento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedad hemorrágica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cáncer de mama	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cáncer de cuello de la matriz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedad coronaria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cáncer de colon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Depresión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trastornos del crecimiento/ desarrollo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dolores de cabeza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedades cardíacas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hipertensión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Colesterol alto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedad de los riñones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cáncer de pulmón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedades pulmonares/ respiratorias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Melanoma/Cáncer de piel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Migrañas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Osteoporosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cáncer de ovarios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Atención psiquiátrica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Convulsiones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alergias graves	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Accidente cerebrovascular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas de tiroides	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cáncer uterino	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trastornos relacionados al peso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otro tipo de cáncer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otros problemas médicos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>No tiene/no conoce los antecedentes familiares</b>	<input type="checkbox"/>											

Solo para uso oficial  
 Revisar por el Proveedor (firma): \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

## RECONOCIMIENTO DEL PACIENTE Y CONSENTIMIENTO DE LAS POLÍTICAS DE LA AGENCIA

### **Consentimiento para el tratamiento médico**

Doy mi consentimiento para recibir tratamiento médico y/o quirúrgico incluido, entre otros, lo siguiente: pruebas de diagnóstico, exámenes de laboratorio, inyecciones, cirugías menores, y extracción /eliminación de tejidos según se recomiende o sea necesario según el proveedor de atención médica tratante.

### **Consentimiento para los servicios de salud conductual**

Presto mi consentimiento para recibir servicios de salud conductual según sea adecuado para ayudar a mi tratamiento médico, lo que incluye, entre otros, la evaluación y el tratamiento de afecciones mentales y/o abuso de sustancias.

### **Derechos del paciente**

Además del Aviso de Prácticas de Privacidad HIPAA, entiendo que es política de Adapt ofrecer a los pacientes una copia impresa y una oportunidad de revisar lo siguiente al momento de admisión a cualquiera de los programas de salud del comportamiento de Adapt certificados por el estado:

- Política de derechos de la persona
- Política y formulario de reclamación
- Políticas de prestación de servicios

### **Instrucciones por adelantado**

Reconozco que Adapt proporciona una oportunidad al momento de admisión de completar o proveer copias de instrucciones por adelantado. Si recibo servicios de parte de cualquiera de los programas de salud del comportamiento de Adapt certificados por el estado, el personal me dará información sobre la Declaración de Oregón sobre el Formulario de Tratamiento de Salud Mental, su objetivo e información de contacto de una persona que pueda responder preguntas adicionales.

### **Divulgación de la información**

Reconozco que me brindaron el Aviso sobre Prácticas de Privacidad de Adapt y que toda divulgación de información no permitida por ley requerirá mi autorización. Autorizo a Adapt a divulgar a mis compañías de seguro por correo, fax, de forma electrónica o verbal toda información necesaria para determinar las prestaciones y para facturar los servicios prestados. Algunos departamentos de Adapt se encuentran bajo protección federal de privacidad para programas de tratamiento de abuso de sustancias. Si mis servicios incluyen información protegida por la Parte 2 del Título 42 del Código de Regulaciones Federales, Adapt solicitará mi autorización en un formulario de divulgación de información antes de facturar a mi compañía de seguros.

### **Información sobre proveedores de servicios y personal adicionales**

Entiendo que, de vez en cuando, otras personas me pueden observar o prestar atención médica, incluidos, entre otros, estudiantes de la profesión de salud y profesionales administrativos o de atención médica en orientación o capacitación.

### **Servicio de escribiente médico**

Entiendo que se puede utilizar un servicio profesional de escribiente médico durante mi visita para ayudar a mi(s) proveedor(es) con la documentación sin costo alguno para mí. Entiendo que el servicio de escribiente puede ser virtual. También entiendo que el servicio de escribiente médico sigue un código de ética profesional que asegura que toda la información médica discutida con mi(s) proveedor(es) y otro personal de la clínica se mantendrá confidencial.

### **Certificación de discapacidad y adaptaciones especiales**

Entiendo que el centro de salud limita los servicios prestados a aquellos de naturaleza médica. Toda solicitud de servicios administrativos adicionales, como una certificación de discapacidad y adaptaciones especiales, que requiera una determinación de discapacidad deberán ser brindados por un proveedor médico o de salud del comportamiento en otra ubicación. Un proveedor de Adapt puede completar la documentación para discapacidad de corto plazo o FMLA/OFLA y estará sujeta a un costo administrativo de \$25. El motivo de esta política es evitar que el cumplimiento de funciones administrativas interfiera con la atención médica de los pacientes.

### **Consentimiento sobre responsabilidad financiera y facturación**

Todos los clientes son responsables del pago total de todos los servicios. Entiendo que es mi responsabilidad verificar esta cuestión y la cobertura de los servicios con mi compañía de seguros. Entiendo que soy responsable de todo deducible, copago, coaseguro, servicio no cubierto o servicio considerado “no necesario por razones médicas” por mi compañía de seguros. Los copagos y coaseguros serán cobrados al momento del servicio. Además, elijo no facturar a mi compañía de seguros por una visita específica y seré entonces responsable por el costo total de los servicios sin descuentos brindados en esa visita. Entiendo que si mi cheque es rechazado por fondos insuficientes (NSF, por sus siglas en inglés) o por ser librado desde una cuenta cerrada, seré responsable por una comisión de \$25 por el procesamiento. Entiendo que si no realizo los pagos programados y/o no realizo acuerdos de pagos con el departamento de facturación de Adapt, mi cuenta puede ser asignada a una agencia de cobro externa.

### **Designación para cobertura de seguros**

Entiendo que esto funciona como una designación directa de mis beneficios médicos de Medicare, Medicaid, otro proveedor del gobierno o cualquier otra compañía de seguros comercial/privada, a recibir pagos de Adapt. Si recibo pagos directamente de mi compañía de seguros, acuerdo otorgarlos a Adapt para pagar mi cuenta.

#### Información de laboratorio:

- Las pruebas en la clínica son facturadas por cortesía por Adapt a las compañías de seguro.
- Las muestras recopiladas y enviadas a laboratorios externos serán facturadas por el laboratorio en cuestión. Algunas ubicaciones tienen Mercy y Cordant disponibles en el lugar para conveniencia del paciente, pero no son parte de Adapt.

### **Remisiones**

Entiendo que puedo elegir recibir pruebas de diagnóstico o tratamientos/servicios de atención médica en instalaciones distintas de las recomendadas por mi proveedor de servicios de atención médica. Entiendo que si elijo que me realicen la prueba de diagnóstico, el tratamiento o servicio de atención médica en una instalación distinta de la recomendada por mi proveedor de atención médica, seré responsable de determinar la extensión de la cobertura o la limitación de la cobertura, según corresponda. Un proveedor de atención médica no puede negar, limitar o retirar una remisión solo porque yo elijo que me realicen la prueba de diagnóstico o el tratamiento o servicio de atención médica en una instalación distinta a la recomendada por mi proveedor de atención médica.

### **Registro de votantes**

Entiendo que el personal me ofrecerá la oportunidad de registrarme para votar al momento de admisión.

Al leer y firmar este formulario, acepto mis derechos y responsabilidades como paciente y presto mi consentimiento para el tratamiento y los servicios brindados por Adapt. Además, al firmar este formulario, certifico que no he ocultado información sobre cobertura de seguro existente al momento de este servicio y que no existe otra cobertura de seguro más allá de la que brindé. Acepto plena responsabilidad por todos los costos, ya sea que estén cubiertos por el seguro o no. He autorizado a Adapt a divulgar toda la información necesaria a mi compañía de seguros para que realice el pago. He leído y entiendo la información que antecede y autorizo el pago de beneficios de seguros directamente a Adapt por los servicios prestados.

---

**Firma del paciente o tutor legal/Representante personal  
(Marque uno)**

---

**Fecha**

---

**Aclaración del paciente**

---

**Aclaración del firmante y relación si no es  
el paciente**



## Su información. Sus derechos. Nuestras responsabilidades.

Este aviso describe cómo se puede usar y divulgar información médica sobre usted y cómo usted puede obtener acceso a esta información.  
**Revíselo con atención.**

### Sus derechos

**Cuando se trata de su información de salud, usted tiene determinados derechos.** En esta sección, se explican sus derechos y algunas de nuestras responsabilidades de ayudarlo.

#### A obtener una copia electrónica o impresa de su registro médico

- Puede solicitar ver u obtener una copia electrónica o impresa de su registro médico y otra información de salud que tengamos sobre usted. Pregúntenos cómo hacerlo.
- Le proporcionaremos una copia o un resumen de su información de salud, normalmente dentro de los 30 días posteriores a su solicitud. Podríamos cobrar una tarifa razonable basada en los costos.
- Las solicitudes se presentan por escrito. Solicite un formulario al personal.

#### A solicitarnos que corriamos su registro médico

- Puede solicitarnos que corriamos su información de salud que usted piense que es incorrecta o está incompleta. Pregúntenos cómo hacerlo.
- Podríamos responder que “no” a su solicitud, pero le diremos el motivo por escrito en un plazo de 60 días.
- Las solicitudes se presentan por escrito. Solicite un formulario al personal.

#### A solicitar comunicaciones confidenciales

- Puede solicitarnos que nos comuniquemos con usted de una manera específica (por ejemplo, a su teléfono particular o laboral) o que le enviemos correos a otra dirección.
- Responderemos que “sí” a todas las solicitudes razonables.
- Las solicitudes se presentan por escrito. Solicite un formulario al personal.

*continúa en la página siguiente*

## Sus derechos *continuación*

### A solicitarnos que limitemos lo que usamos o compartimos

- Puede solicitarnos que **no** usemos o compartamos determinada información de salud con fines de tratamiento, pago o nuestras operaciones.
  - No tenemos la obligación de aceptar su solicitud y podemos responder que “no” si se vería afectada su atención.
- Si usted paga la totalidad de un servicio o un producto de atención médica de su bolsillo, puede solicitarnos que no compartamos esa información con el fin de obtener el pago o realizar nuestras operaciones con su compañía de seguros de salud.
  - Responderemos que “sí”, salvo que una ley nos exija compartir esa información.
- Las solicitudes se presentan por escrito. Solicite un formulario al personal.

### A obtener una lista de las personas con las que hayamos compartido información

- Puede solicitar una lista (rendición de cuentas) de las veces que hayamos compartido su información de salud durante los seis años anteriores a la fecha de su solicitud, con quiénes la hayamos compartido y por qué.
- Incluiremos todas las divulgaciones, salvo aquellas con respecto a tratamiento, pago y operaciones de atención médica, y determinadas otras divulgaciones (como cualquier otra que usted nos pida que hagamos). Le daremos una rendición de cuentas por año de forma gratuita, pero cobraremos una tarifa razonable basada en los costos si nos pide otra dentro de un plazo de 12 meses.
- Las solicitudes se presentan por escrito. Solicite un formulario al personal.

### A obtener una copia de este aviso de privacidad

- Puede solicitar una copia impresa de este aviso en cualquier momento, aunque haya aceptado recibirlo por medios electrónicos. Le proporcionaremos de forma oportuna una copia impresa.

### A elegir a una persona que lo represente

- Si le ha dado a alguien un poder de representación para decisiones de atención médica o si alguien es su tutor legal, esa persona puede ejercer sus derechos y tomar decisiones sobre su información de salud.
- Nos aseguraremos de que la persona tenga esta autoridad y pueda actuar en representación de usted antes de que tomemos cualquier medida.

### A presentar una queja si considera que se violaron sus derechos

- Puede quejarse si considera que hemos violado sus derechos comunicándose con el
  - funcionario de privacidad al 541-492-0129.
- Puede presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos enviando una carta a 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201, llamando al 1-877-696-6775 o visitando [www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/).
- No tomaremos represalias contra usted por presentar una queja.

## Sus preferencias

**Para determinada información de salud, puede decirnos lo que prefiere con respecto a lo que compartimos.** Si tiene una clara preferencia con respecto al modo en que compartimos su información en las situaciones que se describen abajo, hable con nosotros. Díganos qué quiere que hagamos, y seguiremos sus indicaciones.

**En estos casos, tiene el derecho y la opción de decirnos lo siguiente:**

- Que compartamos información con su familia, amigos cercanos u otras personas que participan en su atención, o con alguien que ayude a pagar su atención.
- Que compartamos información en una situación de ayuda ante catástrofes.
- Que nos comuniquemos con usted por esfuerzos de recaudación de fondos.

*Por ejemplo, podemos suponer que usted acepta que compartamos su información con su cónyuge cuando viene con usted a la sala de examen o mientras se habla sobre el tratamiento. Si usted no puede decirnos lo que prefiere, por ejemplo, si está inconsciente, podríamos compartir su información si creemos que es lo mejor para usted.*

*También podríamos compartir su información cuando sea necesario para mitigar una amenaza grave e inminente para su salud o seguridad.*

**En estos casos, nunca compartiremos su información, salvo que nos dé su permiso por escrito:**

- Para cuestiones de marketing
- Para vender su información
- En la mayoría de las notas de psicoterapia que se comparten
- Para otros usos y divulgaciones que no se describen en este aviso

**En el caso de recaudación de fondos:**

- Podemos comunicarnos con usted por esfuerzos de recaudación de fondos, pero puede pedirnos que no volvamos a comunicarnos con usted.

## Nuestros usos y divulgaciones

**¿Cómo usamos o compartimos normalmente su información de salud?** Normalmente usamos o compartimos su información de salud de las siguientes maneras.

**Para brindarle tratamiento**

- Podemos usar su información de salud y compartirla con otros profesionales que le estén brindando tratamiento.

**Ejemplo:** Un proveedor que le esté brindando tratamiento por una lesión le pregunta a otro proveedor por su estado de salud en general.

**Para dirigir nuestra organización**

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

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

**Para facturar sus servicios**

- Podemos usar y compartir su información de salud para facturar a planes de salud u otras entidades y obtener el pago de estos.

**Ejemplo:** Damos información sobre usted a su plan de seguro de salud, para que este pague los servicios que usted recibió.

*continúa en la página siguiente*

## Nuestros usos *continuación*

<b>Socios comerciales</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>Podemos celebrar contratos con socios comerciales (BA, por sus siglas en inglés) para que realicen determinadas funciones o actividades en nuestro nombre. Estos BA deben aceptar proteger su información de salud.</li></ul>	<b>Ejemplo:</b> Actividades jurídicas, de facturación, de transcripción, de asesoramiento, de servicio de hospedaje de registros médicos electrónicos (EMR, por sus siglas en inglés).
<b>Recordatorios de citas</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>Su información nos permite comunicarnos con usted por citas para tratamiento u otra atención médica que pueda necesitar.</li></ul>	<b>Ejemplo:</b> Para comunicarnos con usted para recordarle que tiene una cita o informarle sobre un cambio.
<b>Para ofrecer alternativas a tratamientos y servicios</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>En algunos casos, la ley nos permite comunicarnos con usted.</li></ul>	<b>Ejemplo:</b> Para describir nuestros servicios; para su tratamiento; para administración de casos y coordinación de la atención; para recomendar opciones de tratamiento disponibles.
<b>Intercambios de información de salud</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>Participamos en varios intercambios de información de salud por Internet. Su información de salud se comparte para proporcionar acceso más rápido, una mejor coordinación de la atención y para ayudar a los proveedores y a los funcionarios de salud pública a tomar decisiones más informadas. Puede optar por no participar en un intercambio de información de salud (HIE, por sus siglas en inglés) firmando un formulario de exclusión. Pídale al personal que se comunique con el funcionario de privacidad.</li></ul>	<b>Ejemplo:</b> OCHIN Care Collaborative, EPIC Care Everywhere, Reliance.
<b>Tipos específicos de información de salud protegida (PHI, por sus siglas en inglés)</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>Hay requisitos más estrictos para el uso y la divulgación de algunos tipos de información de salud. Sin embargo, igualmente hay situaciones en las que estos tipos de información se pueden usar o compartir sin su autorización.</li><li>Si usted es cliente de uno de nuestros programas de tratamiento de consumo de sustancias de conformidad con el Título 42 del Código de Reglamentaciones Federales (CFR, por sus siglas en inglés), Parte 2, consulte el "Aviso para los pacientes sobre los requisitos federales de confidencialidad en virtud del Título 42 del CFR, Parte 2" para obtener más información.</li><li>Si usted es cliente de un programa de tratamiento de consumo de sustancias de la Parte 2, no divulgaremos su información sin su autorización, salvo que lo permita la ley.</li></ul>	<b>Ejemplo:</b> Información sobre trastorno por consumo de sustancias, salud mental y pruebas de VIH o genéticas.
<b>Organizaciones de atención coordinada (CCO, por sus siglas en inglés)</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>Si usted está asegurado por una CCO que trabaja con Oregon Health Plan, hay veces que debemos compartir su información de salud por motivos generales, como prestación de servicios, coordinación de la atención, servicios de transición y pagos.</li><li>Si la información incluye registros de la Parte 2, obtendremos su autorización.</li></ul>	<b>Ejemplo:</b> Umpqua Health Alliance (UHA), All Care, Advanced Health.

**¿De qué otra manera podemos usar o compartir su información de salud?** Podemos o debemos compartir su información de otras maneras, por lo general de maneras que contribuyan al bien público, como para salud pública e investigación. Tenemos que cumplir muchas condiciones establecidas por ley antes de poder compartir su información con estos fines. Para obtener más información, consulte: [www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html).

<b>Ayudar con cuestiones de salud pública y seguridad</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Podemos compartir su información de salud en determinadas situaciones, como las siguientes:             <ul style="list-style-type: none"> <li>Prevenir enfermedades</li> <li>Ayudar con retiros de productos del mercado</li> <li>Informar reacciones adversas a medicamentos</li> <li>Reportar presuntos casos de abuso, negligencia o violencia doméstica</li> <li>Prevenir o mitigar una amenaza grave para la salud o seguridad de cualquier persona</li> </ul> </li> </ul>
<b>Hacer investigaciones</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Podemos usar o compartir su información para investigaciones de salud.</li> </ul>
<b>Cumplir con la ley</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Compartiremos su información si las leyes federales o estatales lo exigen, lo que incluye al Departamento de Salud y Servicios Humanos, si quieren ver que estemos cumpliendo con la ley de privacidad federal.</li> </ul>
<b>Aplicación de la ley</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Podemos compartir información de salud con funcionarios autorizados para fines de aplicación de la ley (por ejemplo: para responder a una orden de requisa, denunciar un delito en nuestras instalaciones o contra nuestro personal, o ayudar a identificar o encontrar a una persona).</li> </ul>
<b>Responder a solicitudes de donación de órganos y tejidos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Podemos compartir su información de salud con organizaciones que se dedican a la obtención de órganos.</li> </ul>
<b>Trabajar con un examinador médico o director de funeraria</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Podemos compartir información de salud con un médico forense, examinador médico o director de funeraria cuando una persona muere.</li> </ul>
<b>Responder a solicitudes de compensación de trabajadores, aplicación de la ley y otras solicitudes gubernamentales</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Podemos usar o compartir su información de salud:             <ul style="list-style-type: none"> <li>Para reclamos por compensación de trabajadores</li> <li>Con fines de aplicación de la ley o con un funcionario de aplicación de la ley</li> <li>Con agencias de supervisión de salud para actividades autorizadas por la ley</li> <li>Para funciones gubernamentales especiales, como servicios militares, de seguridad nacional y de protección presidencial</li> </ul> </li> </ul>
<b>Responder a demandas y acciones legales</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Podemos compartir su información de salud en respuesta a una orden judicial o administrativa, o en respuesta a una citación.</li> </ul>

## Nuestras responsabilidades

- Tenemos la obligación por ley de mantener la privacidad y seguridad de su información de salud protegida.
- Le informaremos de forma oportuna si se produce una violación que pueda haber comprometido la privacidad o seguridad de su información.
- Debemos regirnos por las obligaciones y las prácticas de privacidad que se describen en este aviso y darle una copia de este.
- No usaremos ni compartiremos su información de una manera que no se describa aquí, salvo que usted nos indique por escrito que podemos hacerlo. Si usted nos da su permiso, puede cambiar de opinión en cualquier momento. Avísenos por escrito si cambia de opinión.

Para obtener más información, consulte: [www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html](http://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 se aplicarán a toda la información que tengamos sobre usted. El nuevo aviso estará disponible a pedido, en nuestro consultorio y en nuestro sitio web.

*Fecha de entrada en vigencia del aviso: 3/2/2023*

### **Este Aviso de prácticas de privacidad se aplica a todos los servicios, programas y centros de Adapt Integrated Health Care.**

Los servicios, programas y centros de Adapt Health que se indican arriba pueden compartir su información de salud protegida entre sí. Lo harían para brindarle atención médica de calidad, pagar su atención y llevar a cabo nuestras operaciones. Adapt tiene el compromiso de brindar atención de alta calidad en todos los servicios integrados de salud, recuperación, apoyo y prevención. Por este motivo, podemos usar y compartir su información entre estos programas, para tomar decisiones sobre su atención y tratamiento, y planificarlos. También podemos usarla para derivarlo a otros proveedores de atención médica para que reciba atención y tratamiento, y hacer interconsultas, coordinar y administrar su atención con estos.

Adapt es parte de un arreglo organizado de atención médica que incluye participantes en OCHIN. Hay una lista actual de los participantes de OCHIN disponible en [www.ochin.org](http://www.ochin.org) como socio comercial de Adapt Oregon. OCHIN brinda tecnología de la información y servicios relacionados a Adapt y otros participantes de OCHIN. OCHIN también participa en evaluaciones de calidad de Adapt Oregon y actividades de mejora en nombre de sus participantes. Por ejemplo, OCHIN coordina actividades de revisión clínica en nombre de organizaciones participantes para establecer estándares de mejores prácticas y evaluar beneficios clínicos que podrían obtenerse del uso de sistemas electrónicos de registros de salud. OCHIN también ayuda a los participantes a trabajar de manera colaborativa para mejorar la gestión de remisiones de pacientes internos y externos. Su información de salud personal puede ser compartida por Adapt Oregon con otros participantes de OCHIN o en un intercambio de información de salud solo cuando sea necesario para brindar tratamiento médico o para fines de operaciones de atención médica del arreglo organizado de atención médica. La operación de atención médica puede incluir, entre otras cosas, geocodificar su lugar de residencia para mejorar los beneficios clínicos que usted recibe. La información de salud personal puede incluir información médica pasada, presente y futura, así como información delineada en las Reglas de Privacidad. La información, en la medida divulgada, será divulgada de manera coherente con las Reglas de Privacidad o cualquier otra ley aplicable según se enmienden ocasionalmente. Usted tiene derecho a cambiar de opinión y revocar este consentimiento; sin embargo, puede que la información ya haya sido brindada conforme a lo permitido por usted. Este consentimiento permanecerá en vigencia hasta que usted lo revoque por escrito. En caso de solicitarlo, se le brindará una lista de entidades a las que se ha divulgado su información.

La información personal puede incluir información de salud pasada, presente y futura, así como información delineada en las Reglas de Privacidad. La información, en la medida divulgada, será divulgada de manera coherente con las Reglas de Privacidad o cualquier otra ley aplicable según se enmienden ocasionalmente. Usted tiene derecho a cambiar de opinión y revocar este consentimiento; sin embargo, puede que la información ya haya sido brindada conforme a lo permitido por usted. Este consentimiento permanecerá en vigencia hasta que usted lo revoque por escrito. En caso de solicitarlo, se le brindará una lista de entidades a las que se ha divulgado su información.

---

Adapt  
PO Box 1121  
Roseburg, Oregon 97470  
<https://www.adaptoregon.org/>  
Número de contacto del funcionario de privacidad: 541-492-0129

## RECONOCIMIENTO DEL AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Entiendo que en virtud de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos tengo determinados derechos de privacidad con respecto a mi información de salud protegida. También entiendo que Adapt tiene derecho a cambiar su Aviso de prácticas de privacidad periódicamente.

Este Aviso describe en detalle cómo Adapt podría usar o divulgar mi información de salud protegida. El Aviso también describe mis derechos y las obligaciones de Adapt con respecto a mi información de salud protegida. Entiendo que también tengo derecho a revisar el Aviso antes de firmar este reconocimiento y que en cualquier momento puedo comunicarme con Adapt para obtener una copia actual impresa o electrónica, o puedo revisar la copia actual en línea en el sitio web de Adapt.

Al firmar este formulario, también reconozco que la información médica recopilada en Adapt Integrated Health Care se almacenará en un sistema electrónico de registro médico y se mantendrá de forma segura de acuerdo con las reglamentaciones estatales y federales.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente/tutor o representante personal

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre en letra de imprenta del paciente/tutor o representante personal

\_\_\_\_\_  
Relación con el paciente

---

### SOLO PARA USO DEL CONSULTORIO

Intentamos obtener un acuse de recibo por escrito de nuestro Aviso de prácticas de privacidad, pero no se pudo porque:

- La persona se negó a firmar
- Las barreras de comunicación impidieron obtener el acuse de recibo
- Una emergencia nos impidió obtener el acuse de recibo
- Otro (especifique):

Firma del personal de Adapt: \_\_\_\_\_

## AUTORIZACIÓN DE USO Y DIVULGACIÓN RECONOCIMIENTO DEL RIESGO DE ENVIAR MENSAJES DE TEXTO

Para los servicios proporcionados por Adapt Integrated Health Care, en adelante llamado el “Centro de salud”.

Al completar este formulario, autorizo al personal de la oficina del Centro de Salud, proveedores de atención médica y demás agentes o contratistas independientes que actúen bajo la dirección de este, a dejar mensajes sobre las visitas, los resultados de pruebas, o los resultados de diagnósticos en mi contestadora/buzón de voz en los números designados o a divulgar mi información de salud a los familiares o amigos designados conforme se describe a continuación.

La política del Centro de Salud es desalentar al personal a comunicarse con los clientes por mensaje de texto. Comunicarse por mensaje de texto puede conducir a consecuencias indeseadas. La información privada, su función como cliente/paciente en el Centro de Salud o su información de salud protegida (PHI, por sus siglas en inglés) pueden ser vistos por personas que usted no autorizó.

Si usted elige que el personal se comunique con usted por mensaje de texto porque no tiene otra forma de comunicarse o porque así lo prefiere, aquí tiene una lista de formas en las que su información podría ser divulgada involuntariamente. Puede haber otras formas que no estén en la lista. Algunos aspectos para tener en cuenta:

- Los mensajes suelen mostrarse en el teléfono automáticamente y usted puede no estar cerca para controlar el dispositivo (una persona podría voluntariamente o sin querer leer un mensaje emergente).
- Una persona podría usar el teléfono fingiendo que es usted y la persona del otro lado jamás podría saber que no es usted.
- Si una persona accede a su teléfono cuando usted no está presente, podría leer algunos de los mensajes enviados y recibidos, incluso meses o años después.

Si solicito que un miembro del personal del Centro de Salud se comunique conmigo por mensaje de texto y elijo no utilizar una aplicación segura, entiendo que puedo estar poniendo en riesgo mi confidencialidad y mi privacidad. Al firmar este formulario, reconozco que me han advertido sobre el riesgo y eximiré al Centro de Salud de toda responsabilidad por cualquier divulgación que ocurra debido a este método de comunicación.

Además, presto mi consentimiento para recibir recordatorios por mensaje de texto sobre próximas citas. Entiendo que puedo darme de baja al enviar “STOP” al recordatorio de citas por mensaje de texto.

**Escribir sus iniciales o marcar como no aplicable (N/A) toda autorización:**

\_\_\_\_\_ Autorización para dejar mensajes sobre información de citas, resultados de pruebas o de diagnósticos en la siguiente contestadora/el siguiente buzón de voz o correo electrónico.

\_\_\_\_\_ (Teléfono fijo)

\_\_\_\_\_ (\*Celular)

\_\_\_\_\_ (Teléfono para mensajes)

\_\_\_\_\_ (Correo electrónico)

Elegir: \_\_\_\_\_ VOZ \_\_\_\_\_ TEXTO

<b>Si usted no está disponible en el momento en que lo llamamos, mencione a continuación las personas a las que podemos dejar un mensaje o con quienes podemos discutir su información médica.</b>			Autorización para dejar mensajes relacionados con la información de citas con familiares/amigos designados.	Autorización para divulgar mi información de salud con familiares/amigos designados.
Nombre	Relación	Número de teléfono	<i>Inicial debajo</i>	<i>Inicial debajo</i>

**He leído y estoy de acuerdo con las declaraciones que anteceden.**

\_\_\_\_\_  
**Firma del paciente o tutor legal/Representante personal  
 (Marque uno)**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**

\_\_\_\_\_  
**Aclaración del paciente**

\_\_\_\_\_  
**Aclaración del firmante y relación si no es el paciente**

## **CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA SERVICIOS DE TELESALUD**

**Para los servicios proporcionados por Adapt Integrated Health Care, en adelante llamado el “Centro de salud”.**

1. Entiendo que telesalud es el uso de información electrónica y tecnología de la comunicación para proporcionar servicios de atención médica, lo que incluye, entre otros, evaluación, diagnóstico, consulta, tratamiento, educación, gestión o autogestión de atención médica de un paciente, cuando el paciente se encuentra ubicado en un lugar distinto al del proveedor.
2. Entiendo que mi proveedor de atención médica tiene la intención de que participe en un procedimiento de telesalud.
3. Mi proveedor de atención médica me ha explicado cómo se utilizará la información electrónica y la tecnología de la comunicación durante la visita y que no será igual a una visita presencial debido a que no estaré en la misma habitación que mi proveedor de salud.
4. Entiendo que existen potenciales riesgos de esta tecnología, que incluyen interrupciones, acceso no autorizado y dificultades técnicas que pueden llevar a una incapacidad de obtener información suficiente para tomar una decisión sobre mi problema de salud y que se tomarán todas las precauciones razonables para minimizar estos riesgos. Entiendo que mi proveedor de atención médica o yo podemos interrumpir la consulta/visita de telesalud si se siente que las conexiones por videoconferencia no son adecuadas para la situación.
5. Me han explicado las alternativas de las consultas de telesalud. Al elegir participar de una consulta de telesalud, entiendo que puede que algunas partes del examen que implican pruebas físicas no se realizarán o serán realizadas por personas en mi ubicación bajo la dirección del proveedor de atención médica de la consulta.
6. Entiendo que mi información de atención médica puede ser compartida con otras personas para fines de tratamiento, pago u operaciones, de acuerdo con las normas de privacidad federales y de Oregón y con el Aviso sobre prácticas de privacidad. Otros pueden estar presentes durante la consulta además de mi proveedor de atención médica para operar el equipo de comunicación. Las personas antes mencionadas mantendrán la confidencialidad de la información obtenida. Además, entiendo que se me informará sobre su presencia durante la consulta y que tendré el derecho de solicitar lo siguiente:
  - a. Omitir detalles específicos sobre mis antecedentes médicos/examen físico que sean personalmente delicados para mí.
  - b. Solicitar al personal no médico que abandone la habitación del examen de telesalud.
  - c. Finalizar la consulta en cualquier momento.
7. Mis preguntas sobre los riesgos y beneficios han sido respondidas, y me han consultado sobre toda práctica alternativa en un lenguaje que comprendo.

8. Entiendo que tengo el derecho de retener o revocar mi consentimiento para usar telesalud durante el curso de mi atención médica en cualquier momento, sin que ello afecte mi derecho a un tratamiento médico futuro. Puedo revocar mi consentimiento oralmente o por escrito en cualquier momento contactando al Centro de Salud al (541) 672-2691.
9. Entiendo que seré responsable por todo copago o coaseguro que pueda ser aplicable a mi visita de telesalud.
10. Entiendo que la visita de telesalud quedará documentada en mis expedientes clínicos.
11. Entiendo que tengo el derecho de elegir otro proveedor y que seré notificado de que al seleccionar otro proveedor, podría haber una demora en el servicio y la potencial necesidad de viajar para una visita presencial.

**Por el presente presto mi consentimiento informado para tratamiento mediante telesalud.**

---

**Firma del paciente o tutor legal/Representante personal (marque uno)**

---

**Fecha**

---

**Aclaración del paciente**

---

**Aclaración del firmante y relación si no es el paciente**

## POLÍTICA DE RESURTIDO DE RECETAS

Estamos comprometidos a proporcionarle una atención médica excelente y queremos simplificar el proceso de darle los medicamentos que necesita de manera puntual.

Le pedimos que haga lo siguiente:

- **Lleve todos sus medicamentos a cada visita, a menos que el proveedor le diga lo contrario.**
- **Informe al proveedor y al asistente médico cuántos resurtidos necesitará para que le duren hasta su próxima cita programada.**
- **En el caso de los medicamentos nuevos, pida que se le reponga una cantidad suficiente para que le dure hasta su próxima cita.**

Cuando le resurtan los medicamentos en la farmacia, controle si le quedan resurtidos. Si no, llámenos para fijar una cita con su proveedor. En la mayoría de los casos, si necesita un resurtido, le pediremos que venga a una cita.

Si no podemos fijarle una cita antes de que se le acabe la receta, le pediremos que se ponga en contacto con su farmacia y que nos envíe por fax una solicitud de resurtido. Debe esperar tres días hábiles para este proceso. Si su solicitud se envía un viernes, es posible que su resurtido no esté listo hasta el miércoles siguiente.

Deberá pedir una cita para ver a su proveedor para cualquier otro resurtido.

Si tiene un Acuerdo de Uso de Sustancias Controladas con su proveedor para medicamentos controlados, siga los requisitos del acuerdo. Si no conoce los requisitos, pida otra copia de su acuerdo y discútalos con su proveedor en su próxima cita.

Si tiene preguntas, contáctenos. Gracias por su cooperación.

---

**Winston Clinic**  
671 SW Main Street  
Winston, OR 97496  
Tel.: 541-492-4550

**Dirección de correo**  
P.O. Box 12  
Winston, OR 97496

**Número de fax:**  
541-492-4553

---

**Roseburg Clinic**  
621 W Madrone Street  
Roseburg, OR 97470  
Tel.: 541-440-3500

**Dirección de correo**  
P.O. Box 12  
Winston, OR 97496

**Número de fax:**  
541-957-3003

## RECONOCIMIENTO PRÁCTICAS DE PRESCRIPCIÓN DE SUSTANCIAS CONTROLADAS

En Adapt Primary Care, nuestra prioridad es su salud y su seguridad. Por eso, nuestras políticas clínicas limitan la prescripción de sustancias controladas para afecciones crónicas. Las sustancias controladas son medicamentos que el gobierno federal regula cuidadosamente debido a los riesgos que estas presentan. Estos medicamentos incluyen, entre otros, los siguientes: medicamentos narcóticos para el dolor, como la oxicodona y otros medicamentos opioides para el dolor; algunos ansiolíticos, como el Xanax; medicamentos estimulantes utilizados para tratar el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (ADHD, por sus siglas en inglés), como el Adderall, e incluso algunos medicamentos para tratar el insomnio, como el Ambien. Se pueden añadir medicamentos a esta lista. Aunque a veces recetamos sustancias controladas a nuestros pacientes, somos una clínica de atención primaria, no una clínica de atención de especialidad, como de control del dolor. Si no podemos satisfacer sus necesidades en atención primaria, trabajaremos con usted en una remisión adecuada con un especialista.

Como paciente nuevo de Adapt Primary Care, queremos asegurar que le proporcionamos atención médica segura y efectiva. Antes de comenzar una receta para una sustancia controlada, queremos entender bien cuál es su afección. Para asegurarnos de que tenemos tiempo para centrarnos en sus preocupaciones, programaremos una cita separada para hablar del dolor, la ansiedad u otras preocupaciones para las que se le podría recetar una sustancia controlada. De esa manera, su primera cita médica se puede enfocar en entender su salud general. Esto significa que *no* se recetarán sustancias controladas, incluidos los medicamentos narcóticos para el dolor, en primera cita médica. Si actualmente se le ha recetado una sustancia controlada, trabaje con su médico recetador actual para continuar con el medicamento hasta después de su primera cita *de seguimiento* con su nuevo Profesional de Atención Primaria. Aunque intentamos programar su medicamento lo antes posible, podría tardar varias semanas después de su primera cita.

Después de su primera cita en Adapt Primary Care, se le programará una cita de seguimiento en la que será examinado por su proveedor de atención primaria y por uno de nuestros profesionales de medicina del comportamiento. Trabajarán con usted para crear un plan de atención que incluya tratamientos con y sin medicamentos. Esto no garantiza que los medicamentos que tiene recetados actualmente se mantengan o continúen en la misma dosis. Cada vez que se interrumpa un medicamento, su profesional de atención primaria se asegurará de que se haga de forma segura. Si se prescribe una sustancia controlada, será solo una parte de un plan de tratamiento más amplio.

Al programar una primera cita en Adapt Primary Care, usted está demostrando que entiende nuestro enfoque para la prescripción de sustancias controladas.

---

Firma del paciente o tutor legal/Representante personal (marque uno)

---

Fecha

---

Aclaración del paciente

---

Aclaración del firmante y relación si no es el paciente