

HISTORIAL DE SALUD DEL NIÑO

HISTORIAL DE SU EMBARAZO CON ESTE NIÑO:

¿En cuál mes de embarazo visitó al doctor por primera vez? _____ Mes			¿Dónde nació el bebé? _____		
¿Cuánto duró su embarazo? _____ Meses			Si nació en casa, ¿hicieron pruebas de sangre para neonatos? Si No		
¿Tuvo enfermedades ó problemas? (inclusive las transmitidas sexualmente u otras contagiosas)	SI	NO	¿Usó algún medicamento sin receta? (tabaco, alcohol, "drogas", remedios caseros ó sin necesidad de receta)	SI	NO
¿Tomó algún medicamento recetado por su médico?	SI	NO	¿Salieron usted y su bebé juntos del hospital?	SI	NO
¿Tuvo un parto difícil/anormal/intervención Cesárea?	SI	NO	¿Nació más de un bebé?	SI	NO
¿Tuvo su bebé algún problema durante su 1era semana de vida?	SI	NO	¿Recibió su bebé alguna inyección para Hepatitis B?	SI	NO

HISTORIAL DEL NIÑO: Varón Hembra ¿Se adoptó este(a) niño(a)? SI NO Peso al Nacer: _____ libras _____ onzas Estatura: _____ pulgadas

¿Ha tenido este(a) niño(a) alguna vez? (Favor de colocar un círculo en SI ó No):

Sarampión, Varicela, Paperas, Rubéola	SI	NO	Vómito después de comer, se niega a comer	SI	NO
Tuberculosis ó análisis de TB positivo	SI	NO	Problemas de músculo, articulaciones ó huesos	SI	NO
Amigdalitis/Dolor de Garganta	SI	NO	Problemas de la piel	SI	NO
Problemas con los ojos ó la visión	SI	NO	Dolores de cabeza ó mareos	SI	NO
Problemas con los oídos ó la audiciencia	SI	NO	Convulsiones, ataques de apoplejía, epilepsia	SI	NO
Dificultad respirando/roncando de noche	SI	NO	Diabetes	SI	NO
Problemas del corazón	SI	NO	Problemas de tiroides	SI	NO
Asma, bronquitis, ó pulmonía	SI	NO	Alergias	SI	NO
Anemia, problema de sangrado, transfusiones de sangre	SI	NO	Problemas con desarrollo en la escuela	SI	NO
Dolores estomacales	SI	NO	Enfermedad ó accidente serio	SI	NO
Diarrea, Ensuciarse con su propio excremento	SI	NO	Cirugía ú hospitalización	SI	NO
Problemas de Vejiga, Riñones, Orinarse en sí ó la cama	SI	NO	(NIÑAS) ¿Ha comenzado a menstruar?	SI	NO
Estreñimiento	SI	NO	(NIÑAS) ¿Hay problemas con sus menstruaciones?	SI	NO

HISTORIAL DE FAMILIA: ¿Tienen la madre (M), padre (F), hermano (B), hermana (S), tía (A), tío (U), ó abuelo(a) (GP) :Favor de colocar un círculo en SI ó No)

¿Cuál Miembro de Familia?

¿Cuál Miembro de Familia?

SI	NO	Diabetes		SI	NO	Presión arterial alta	
SI	NO	Epilepsia ó convulsiones		SI	NO	Problemas Sanguíneos	
SI	NO	Retardo Mental		SI	NO	Tuberculosis	
SI	NO	Enfermedad del corazón		SI	NO	Alergia	
SI	NO	Cáncer		SI	NO	Prob. de pulmón ó respiración	
SI	NO	Enferm. del riñón ó urinario		SI	NO	Desórdenes de los ojos	
SI	NO	Problemas de huesos ó articulaciones		SI	NO	Desórdenes del oído	

DATOS DE LOS PADRES:

Madre: _____ Padre: _____
 Edad: _____
 Estatura: _____
 Ocupación: _____

DATOS DEL HOGAR: Cantidad de personas en el hogar _____

¿Ambos padres viven en casa? Si No
 ¿Alguien en la casa fuma, usa drogas o alcohol? Si No
 Idioma que se habla en el hogar: _____
 ¿Vive en una: Casa Apartamento Casa Móvil Refugio Sin Techo

--	--

Identificación del Paciente:

Firma: _____ Fecha: _____

Parentesco con el Niño: _____

Firma del

Analista: _____ Fecha: _____

¿Qué comes usted? - Cuestionario de frecuencia de alimentos

(Edades 8-19)

Circule el nombre de los alimentos que come la mayoría de las veces:**Hierro/Proteína**

Pollo/Pavo Carne de res Jamón/cerdo Mariscos Huevos Tofu
 Hot dog Hamburguesa Pollo frito Pizza Tacos
 Burrito de carne/frijol Pasta Espagueti con albóndigas
 Cacahuete Crema de cacahuete Arroz Sopa de fideo
 Frijoles/lentejas Tortilla Pan blanco Pan integral Cereal
 Pan Dulce Papa Vegetales de hoja verde oscuro

Frutas y vegetales

Manzana Plátano Uvas Pera Durazno 100% Jugo
 Fresas Piña Naranja Melón Cantalupo Melón Honeydew
 Pimiento Chile Tomate Ensalada Verde Pepino
 Mango Brócoli Repollo Vegetales de hoja verde oscuro
 Zanahoria Chicharos Ejotes Maíz Papa Camote

Bocadillo

Galletas dulces Pastel de fruta Donas Dulces Chocolate
 Chips Bolitas de queso Papas Fritas Pan Mexicano Bagels
 Palomitas de maíz Pretzels Galletas saladas Frutas Vegetales

Bebidas

Agua 100% Jugo Soda Soda con sabor a fruta
 Bebidas deportivas Bebidas energizantes Bebidas de sabores
 Café Bebidas de café Té Té endulzado Té de hierbas
 Cerveza Vino Wine Cooler Bebidas alcohólicas

Calcio

Leche sin grasa Leche 1% Leche 2 % Leche entera
 Leche sin lactosa Queso Queso cottage Yogur
 Malteada Helado Leche de soya fortificada con calcio
 Jugo 100% fortificado con calcio Tofu Tempeh Soya
 Vegetales de hoja verde oscuro Higos secos Ciruelas pasas
 Naranjas Almendras Mantequilla de almendras Tahini Frijoles Tortilla de maíz

Nombre: _____ Edad: ____ Fecha de nacimiento: _____

Peso: ____ lb Altura: ____ pulg IMC: ____ IMC %il: ____ Fecha: _____

*Office use only:**Circle to indicate the topics discussed:*

Healthy eating
 Regular meals/snacks
 Importance of breakfast
 Inadequate food supply
 Low-fat dairy foods
 High-sugar foods
 Other: _____

Iron/Protein

2-3 servings daily
 High iron foods
 Plant protein sources such as
 beans, peas, lentils, nuts, etc.
 Limit high-fat foods

Fruits and Vegetables

2-4 fruits daily or more
 3-5 vegetables daily or more
 Vitamin C sources
 Vitamin A sources

Calcium

3-4 servings dairy foods/day
 Nonfat or 1 % milk
 Lowfat dairy choices
 Low lactose alternative
 Calcium-fortified foods
 Other food sources of calcium

Snacks

High-sugar snacks
 High-fat snacks
 Fruit/vegetable snacks
 Fast foods

Drinks

< 8-12 oz/day 100% juice
 6-8 glasses of water (8 ounces each)/day
 Sweetened drinks
 Alcohol/caffeine

**Referred for identified
 nutrition problem?**

Yes No

If yes, where: _____

Provider initials: _____

¿Qué comes usted? - Evaluación Juvenil de Nutrición y Actividad

(Edades 8 - 19)

Favor de proveer información adicional sobre su comida, actividad y hábitos:

Hábitos alimenticios

¿Come o bebe las siguientes comidas? Circule una respuesta por comida.

Desayuno **Siempre Usualmente A veces Nunca**
 Bocado de la mañana **Siempre Usualmente A veces**
Nunca

Almuerzo **Siempre Usualmente A veces Nunca**
 Bocado de la tarde **Siempre Usualmente A veces**
Nunca

Cena **Siempre Usualmente A veces Nunca**
 Bocado de la noche **Siempre Usualmente A veces**
Nunca

Ejercicio/actividad física

¿Cuántas horas al día?

Mira televisión _____ horas al día

Usa teléfono celular _____ horas al día

Juegos de video/computadora _____ horas al día

Usa el internet _____ horas al día

¿Participa en clases de educación física en la escuela? **Sí No**

Circule todo en lo que participe:

Caminar Correr Bicicleta Artes marciales

Baile Yoga Nadar Patinar

Baloncesto Softball Fútbol Voleibol

Otras actividades o deportes: _____

¿Qué tan seguido estás físicamente activo?

_____ Veces por semana _____ Minutos al día

Peso/imagen corporal

Circule uno. ¿Qué está tratando de hacer con su peso?

Mantener Perder Aumentar No preocupado/a

¿Come menos para controlar su peso? **Sí No**

Explicar: _____

¿Alguna vez te has provocado vomito? **Sí No**

Si es así ¿con qué frecuencia? _____ Cuando fue la última vez? _____

¿Comes en exceso? **Sí No**

Si es así ¿con qué frecuencia? _____ Cuando fue la última vez? _____

Circule todo lo que uses:

Píldoras de dieta Laxantes Multivitaminas Calcio

Hierro Vitamina D Proteína en polvo

Suplementos nutricionales Esteroides

¿Qué otros productos usas?

Explicar: _____

Office use only

*Complete assessment below
using all information provided:*

Eating Habits

Overall diet adequate **Yes No**

3 meals and snacks **Yes No**

High-iron foods **Yes No**

Calcium foods **Yes No**

5 or more fruits/vegetables **Yes No**

Adequate fluids **Yes No**

Exercise/Physical Activity

Limits use of TV, phone, internet, video or computer games to ≤ 1-2 hours/day

Yes No

Goal set: _____

Engages in physical activity
(60 minutes/day or more) **Yes No**

Goal set: _____

Referral made **Yes No**

Referred to: _____

Weight/Body Image

BMI %ile _____ Date _____

☐ BMI between 5th and 85th %iles

☐ BMI ≤ 5th %ile

☐ BMI between 85th and 95th %iles

☐ BMI ≥ 95th %ile

Signs of eating disorder **Yes No**

Counseling given **Yes No**

Topics: _____

Goal set: _____

Referral made **Yes No**

Referred to: _____

YUCCA FAMILY MEDICAL CARE
Biographical Information Data Sheet
Please complete this form, sign and return it to the receptionist.

Date (Fecha): _____

PATIENT INFORMATION

Last Name (Apellido): _____ First Name (Nombre): _____

Address (Direccion): _____

City, State, Zip (Ciudad, Estdo, Zona Postal): _____

T elephone Number (Telefono) : _____

Date of Birth (Fecha de Nacimiento): _____ Social Security# (Numero De Seguro Social): _____

Male (Hombre) Female (Mujer)

Single (Soltera) Married (Casada) Divorced (Divorcado) Minor (Menor)

Employer (Empleador): _____ Employer Phone (Empleador Telefono): _____

1. Emergency Contact

Name (Nombre): _____

Relationship to Patient (Relacion con el Paciente): _____

Home Phone (Numero De La Casa): _____ Work (El Trabajo) _____

2. Responsible Party (Persona Responsable)

Name (Nombre): _____

Relationship to Patient (Relacion Con El Paciente): _____

Birthday (Fecha De Nacimiento): _____ Driver's License # (Numero De Licencia) _____

3. Insurance Information Name of Insured (Nombre):

Name of Insurance: _____

Policy#: Group#: _____

4. Advance Directive Do you have Advance Directive? (Tiene usted Advance Directivo?) YES NO

Would you like written information about Advance Directive? (Le gustaria a usted informacion escrita? Sobre el Advance Directivo?) YES NO

5. Authorization and Release (Autorizacion)

I hereby consent to and authorize the administration of all diagnostic and therapeutic treatments that may be considered advisable or necessary in the judgment of the attending physician. I hereby authorize the physician to release any information acquired in the course of my examination or treatment. I (patient or guardian) am an eligible member as of the date of service of a health plan and a copy of the benefits card is attached to this document. Signature of the responsible party below acknowledges full financial responsibility of services rendered to me if it is determined I am not eligible on the date of service in question or if service rendered is determined to be a non-covered benefit under the plan provisions. I hereby irrevocably authorize payment directly to the above named corporation, benefits otherwise payable to me but not to exceed the corporation's regular charge due as a result of this claim. I understand I am financially responsible to the corporation for charges not covered.

Patient/Guardian Signature (Firma Del Paciente O Padres Si Es Minor): _____

Date (Fecha): _____

Yucca Family Medical Care
57675 29 Palms Hwy. Ste. #111
Yucca Valley, California 92284

Nombre del paciente: _____

Nombre de la farmacia: _____

Número de teléfono: _____

Dirección: _____

Concurso de historia de RX: Por la presente autorizo a
Pablo Sobero, MD a obtener mi historial de recetas/
medicaciones anteriores a través de fuentes externas.

Firma: _____

Fecha: _____

Políticas de la Oficina Yucca Family Medical Care

Las siguientes políticas son el procedimiento estándar en Yucca Family Medical Care;

- 1) Todos los pacientes deben entender y conocer sus propios planes de seguro médico. Yucca Family Medical Care no es responsable de ningún tratamiento o medicamento que no esté cubierto por su plan. Es responsabilidad del paciente ponerse en contacto con sus propias compañías de seguros para asegurarse de la cobertura que está recibiendo bajo sus pólizas.
- 2) Los pacientes NO pueden discutir su póliza de seguro médico o cualquier tema político relacionado con la cobertura médica con los proveedores. Por favor, consulte los problemas de seguro con su agente o compañía que le cubre. Los consultorios médicos no son responsables de conocer su política.
- 3) Todos los copagos vencen en el momento de la cita del paciente. Nos reservamos el derecho de rechazar el servicio si no se realiza el copago. Esta oficina solo acepta efectivo, crédito o débito como forma de pago. No aceptamos cheques para ningún copago en esta oficina. Los pagos deben hacerse antes de ver a un proveedor médico.
- 4) Todos los saldos de las facturas de los pacientes vencen dentro de los 30 días posteriores a las recepciones de la factura. Los saldos de los pacientes que vengán más de 90 días se enviarán a colecciones, y esta oficina se reserva el derecho de dar de alta a los pacientes con saldos vencidos.
- 5) A todos los pacientes se les cobrará un mínimo de 25,00 \$ por cualquier registro médico, formularios médicos u otros formularios (es decir, formularios del DMV, formularios escolares, etc.) que requieran la revisión y/o firma del médico/proveedor médico. Esta tarifa se debe pagar en el momento de enviar los formularios a nuestra oficina. Los formularios más largos y complejos serán una tasa más alta que se determinará en el momento de la revisión. No hay excepciones a esta situación, independientemente de la situación fiscal del paciente.
- 6) Por favor, espere 72 horas para las recargas de la farmacia.
- 7) No fumar, beber bebidas de ningún tipo o comer en la oficina.

Políticas de la Oficina Yucca Family Medical Care.

- 8) Por favor, apague el teléfono móvil durante los exámenes. El médico/proveedor médico se reserva el derecho de terminar el examen si el paciente habla por teléfono móvil durante el examen.
- 9) Todas las recetas triplicadas se rellenarán solo en la fecha permitida. No se permitirán recargas tempranas.
- 10) Esta oficina no tiene el equipo o el espacio de almacenamiento para guardar las radiografías de los pacientes.
Recibimos informes de rayos X de los pacientes y podemos interpretar los resultados en función de los informes que recibimos. Los informes se almacenan en la historia clínica de su paciente. Sugerimos que los pacientes conserven sus propias radiografías.
- 11) Yuca Family Medical Care tiene una política de tolerancia cero contra el comportamiento agresivo, las expectativas irrazonables y/o poco realistas, el acoso, las blasfemias, las insinuaciones sexuales, el abuso escrito y verbal hacia nuestro personal por parte de los pacientes y sus familiares.
Cualquier exhibición de este comportamiento estará sujeta a ser dada de alta como paciente de esta práctica.
- 12) Si un paciente se transfiere a la oficina de otro médico de atención primaria por razones distintas a la reasignación de su plan de seguro que esta oficina no acepta o se traslada a otra ubicación geográfica lejos de la vecindad de Yucca Valley, no permitiremos el privilegio de regresar como paciente a esta oficina.
- 13) Si un paciente llega más de 15 minutos tarde, la cita puede reprogramarse dependiendo del horario del día.
- 14) Si cree que tiene un problema con nuestros procedimientos operativos, como personal, referencias, etc., se espera que notifique al gerente de la oficina antes de ponerse en contacto con el plan de seguros. Las quejas agresivas e injustificadas resultarán en que sea dado de baja de la oficina.
- 15) Esta oficina no es responsable de hacer citas para sus referencias para otros proveedores médicos o servicios de apoyo. Es responsabilidad del paciente o de su tutor médico

Yucca Family Medical Care, Inc.

CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE PARA EL USO Y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA

Por la presente doy mi consentimiento para que Yucca Family Medical Care use y divulgue información de salud protegida (PHI) sobre mí para llevar a cabo el tratamiento, el pago y las operaciones de atención médica (TPO). El Aviso de Prácticas de Privacidad de Yucca Family Medical Care proporciona una descripción más completa de dichos usos y divulgaciones.

Tengo el derecho de revisar el Aviso de Prácticas de Privacidad antes de firmar este consentimiento. Yucca Family Medical Care se reserva el derecho de revisar su Aviso de Prácticas de Privacidad en cualquier momento. Se puede obtener un Aviso revisado de Prácticas de Privacidad enviando una solicitud por escrito a Yucca Family Medical Care, Oficina de Privacidad en 57675 29 Palms Hwy #111 Yucca Valley, CA 92284.

Con este consentimiento, Yucca Family Medical Care puede llamar a mi casa u otra ubicación alternativa y dejar un mensaje en el buzón de voz o en persona en referencia a cualquier elemento que ayude a la práctica en la realización de TPO, como recordatorios de citas, artículos de seguro y cualquier llamada relacionada con mi atención clínica, incluidos los resultados de laboratorio, entre otros.

Con este consentimiento, Yucca Family Medical Care puede enviar por correo a mi casa u otro lugar alternativo cualquier artículo que ayude a la práctica en la realización de TPO, como tarjetas de recordatorio de citas y declaraciones de pacientes, siempre y cuando estén marcadas como Personales y Confidenciales.

Con este consentimiento, Yucca Family Medical Care puede enviar por correo electrónico a mi casa u otra ubicación alternativa cualquier elemento que ayude a la práctica en la realización de TPO, como tarjetas de recordatorio de citas y declaraciones de pacientes. Tengo el derecho de solicitar que Yucca Family Medical Care restrinja la forma en que usa o divulga mi PHI para llevar a cabo TPO. Sin embargo, la práctica no está obligada a aceptar mis restricciones solicitadas, pero si lo hace, está vinculada por este acuerdo.

Al firmar este formulario, doy mi consentimiento para el uso y divulgación de mi PHI por parte de Yucca Family Medical Care para llevar a cabo TPO.

Puedo revocar mi consentimiento por escrito, excepto en la medida en que la práctica ya haya hecho revelaciones basándose en mi consentimiento previo. Si no firmo este consentimiento, o lo revoco más tarde, Yucca Family Medical Care puede negarse a proporcionarme tratamiento.

Firma del paciente o tutor legal

Nombre del paciente

Fecha

NOTICE OF PRIVACY PRACTICES - Effective Date: April 14, 2003
THIS NOTICE DESCRIBES HOW INFORMATION ABOUT YOU MAY BE USED AND DISCLOSED AND HOW YOU CAN GET
ACCESS TO THIS INFORMATION. PLEASE REVIEW IT CAREFULLY.

Your Health Information Rights - Although your health record is the physical property of the healthcare practitioner or facility that compiled it, the information belongs to you. You have the right to:

- Request a restriction on certain uses and disclosures of your information, however, we are not required to agree to your request for restrictions.
- Inspect and obtain a paper copy of your health records, except in limited circumstances upon written request, a fee will be charged to copy your record. If you are denied access to your health record for certain reasons, we will tell you why and what your rights are to challenge that denial.
- Amend your health record. Your request must be in writing and state a reason. If we deny your request, we will tell you why and what your rights are to challenge that denial. Even if we accept your request, we will not delete any information already in our records. You have the right to add an addendum (up to 250 words) to your health record.
- Obtain an accounting of disclosures of your health information for purpose other than treatment, payment or health care operations, disclosures to you or authorized by you, incidental disclosures and certain other excluded disclosures. Your request must be in writing.
- Request confidential communications of your health information by alternative means or at alternative locations
- Revoke authorization to use or disclose health information except to the extent that action has already been taken

Our Responsibilities - This organization is required to:

- maintain the privacy of your health information provide you with a notice as to our legal duties and privacy practices with respect to information we collect and maintain about you
- abide by the terms of this notice currently in effect notify you if we are unable to agree to a requested restriction
- Accommodate reasonable requests you may have to communicate health information confidentially by alternative means or at alternative locations. Contact the Correspondence Desk to make this request.
- not use or disclose your health information without your authorization, except as described in this notice

Examples of Disclosure for Treatment, Payment and Health Care Operations

- *We will use and disclose your health information for treatment.*

For example: Information obtained by a nurse, physician, or other member of your healthcare team will be recorded in your record. Your physician will document in your record his or her expectations. We may disclose your health information to ancillary or specialty care services that may be requested by your physician for treatment. Those providers will record their care in their records and copy your physician on their observations. In that way, you will be provided treatment and your physician will know how you are responding to treatment.

- *We will use and disclose your health information for payment/encounter data.*

For example: A bill may be sent to you or a third party payer or HMO. The information on or accompanying the bill may include information that identifies you, as well as your diagnosis, procedures and supplies used and your treatment for which payment is requested. We may also disclose your health information for one of your other health care providers to submit requests for payment.

- *We will use and disclose your health information for our health care operations.*

For example: Members of the medical staff and the risk or quality improvement team of this practice may use information in your health record to assess the care and outcomes in your case. This information will then be used in an effort to continually improve the quality and effectiveness of the healthcare services we provide.

- *We will use and disclose your health information for health care operations of others.*

For example: We may disclose your health information to other health care providers or payors for their health care operations only if they already have a relationship with you and the purpose is for quality assurance activities, peer review activities, detecting fraud, or other limited purposes.

EXAMPLES:

Involvement in your care: We may disclose information to individuals involved in your care or to individuals who pay or help pay for your care.

Abuse, neglect or domestic violence: We may disclose information for reporting abuse, neglect or domestic violence to a government authority; including a social service or protective services agency as authorized by law.

Health oversight activities: We may disclose health information to a health oversight agency for oversight activities authorized by law.

Judicial and administrative proceedings: We may disclose health information in the course of any judicial or administrative proceeding.

Serious threat to health or safety: We may disclose health information to prevent a serious threat to the health or safety of another.

Specialized government functions: We may disclose health information required by command authorities for military and Veterans.

National Security and intelligence activities: We may disclose health information for National Security and intelligence activities,

Genetic Testing Information: If we keep genetic testing information about you, we will release that information only to the state departments that monitor our work or if required by law to release that information. Otherwise, we will give out this information only if you give us your permission in writing,

Communicable Disease Information: If you have a communicable disease, such as HIV/AIDS, we will provide that information to your health care provider, to providers engaged in: organ procurement, or if required by law. For all other purposes, we will give out this information only with your permission....

Research: We may disclose information to researchers when their research has been approved by an institutional review board that has reviewed the research proposal and established protocols to ensure the privacy of your health information.

Funeral Directors: We may disclose health information to funeral directors consistent with applicable law to carry out their duties.

Patient Education: We may contact you to provide appointment reminder or information about treatment alternatives or other health-related benefits and services that may be of interest to you.

Workers Compensation/Third Party Liability: We may disclose health information to the extent authorized by and to the extent necessary to comply with laws relating to workers compensation or third-party payers or other similar programs established by law.

Public Health: As required by law, we may disclose your health information to public health or legal authorities charged with preventing or controlling disease; injury, or disability:

Correctional Institution: Should you be an inmate of a correctional institution, we may disclose to the institution or agents thereof health information necessary for your health and the health safety of other individuals.

Law Enforcement: We may disclose health information for law enforcement purposes as required by law. We reserve the right to change our practices and to make the new provisions effective for all protected health information we maintain. Should our information practices change, we will post those changes at the medical facility and on the Website: www.myDOHC.com

For More Information, Report a Problem, or exercise your rights -You may contact: Customer Service Manager at (760) 320-5134, Ext. 1302, there will be no retaliation for filing a complaint. You may also contact the Secretary of the Department of Health and Human Services, Office of Civil Rights. San Francisco Office, U.S. Department of Education, Old Federal Building, 50 United Nations, San Francisco, CA, 94102-4102.

I acknowledge that I have received this Notice of Privacy Practices Patient Responsible Party

☐

Patient

☐

Responsible Party Signature

Date _____



Implementación de la política de telesalud del DHCS Consentimiento del paciente –Modelo de redacción

Comunicación de consentimiento por escrito

1. Acepto recibir servicios de atención médica a través de telesalud. Entiendo que:
 - a. Tengo derecho a acceder a los servicios cubiertos por Medi-Cal mediante una visita en persona, frente a frente, o a través de telesalud.
 - b. El uso del servicio de telesalud es voluntario, y puedo retirar mi consentimiento o dejar de recibir servicios a través de telesalud en cualquier momento sin afectar mi capacidad de acceder a los servicios cubiertos en el futuro.
 - c. Medi-Cal proporciona cobertura para servicios de transporte a los servicios en persona cuando ya se agotaron razonablemente otros recursos.
 - d. Puede haber limitaciones o riesgos relacionados con la recepción de los servicios a través de telesalud en comparación con una consulta en persona. Por ejemplo, _____.
2. Leí este documento con atención, entiendo las posibles limitaciones y riesgos de recibir servicios a través de telesalud y se respondieron mis preguntas a mi entera satisfacción.

Comunicación de consentimiento verbal

"Con Medi-Cal, usted tiene la opción de recibir servicios de consulta en persona en una consulta frente a frente o a través de telesalud. Si tiene problemas para acceder a los servicios en persona debido al transporte, Medi-Cal proporciona cobertura para los servicios de transporte cuando ya se agotaron razonablemente otros recursos. Puede haber limitaciones o riesgos relacionados con la recepción de servicios a través de telesalud en lugar de en persona. Por ejemplo, _____. Si elige recibir servicios por telesalud, puede cambiar de opinión en cualquier momento con solo avisarnos. Si cambia de opinión sobre el uso del servicio de telesalud, seguirá teniendo acceso a los servicios cubiertos por Medi-Cal. Sabiendo todo esto, ¿desea tener la opción de recibir nuestros servicios ahora o en el futuro a través de telesalud? (Sí/No)".

Yucca Family Medical Care
57675 29 Palms Hwy. Ste. #111 Yucca Valley, CA 92284
AUTHORIZATION TO USE OR DISCLOSE HEALTH INFORMATION

I authorize _____
(name of physician of healthcare provider to use or disclose information)

To furnish to _____ Yucca Family Medical Care Fax # 760-365-8599
(Name and address of person/organization to which disclosure is made)

Health information described below on: _____
(Patient Name)

For the purpose of: _____
This information is limited to the following type and amount of information. (Use dates where appropriate).

☐ Progress Notes	☐ Any and all records for last 2years
☐ Consultation Reports	
☐ Laboratory/Pathology Reports	Specific Date From _____ to _____
☐ Radiology/Imaging Reports	☐ Other _____
☐ Medical Records relating to injury	_____
☐ Immunization Records	_____

DISCLOSURE REQUIRING SPECIAL CONSENT:

My signature below specifically authorizes the release at any time. I understand that my revocation must be in writing and presented to the Health Information Management Department. I understand that the revocation will not apply to information that has already been released in response to this authorization. I understand that the revocation will not apply to my insurance company when the law provides my insurer with the right to consent a claim under my policy. Unless otherwise revoked, this authorization will expire on the following dates event or condition:

If I fail to specify an expiration date, event or condition, this authorization will expire in six months.

Neither treatment, payment, enrollment nor eligibility for benefits will be conditioned on providing or refusing this authorization. I understand that I may inspect or copy the information to be used or disclosed, as provided in CFR 164.524. I understand that any information carries with it the potential for an unauthorized redisclosure and the information may not be protected by federal confidentiality rules. If I have any questions about disclosure of my health information, I can contact the Director of Health Information. I understand I have a right to receive a copy of this authorization.

Signature of Patient, Parent or Legal guardian

Patient Date of Birth

If signed by other than patient, indicate authority to sign

Patient Address

Patient telephone number

Patient Social Security Number

Witness signature

Date