

## Información del Paciente

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

## Información Demográfica

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## Raza/Etnicidad

Raza (Seleccione todas las opciones que apliquen):

- |  |   |  |  |
|--|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Indio Americano o Nativo(a) de Alaska | <input type="checkbox"/> Filipino(a)        | <input type="checkbox"/> Nativo Hawaiano             | <input type="checkbox"/> Vietnamita        |
| <input type="checkbox"/> Indio Asiático(a)                     | <input type="checkbox"/> Guameño o Chamorro | <input type="checkbox"/> Otro Asiático(a)            | <input type="checkbox"/> Blanco(a)         |
| <input type="checkbox"/> Negro/Afroamericano(a)                | <input type="checkbox"/> Japonés            | <input type="checkbox"/> Otro Isleño(a) del Pacífico | <input type="checkbox"/> Elijo no divulgar |
| <input type="checkbox"/> Chino(a)                              | <input type="checkbox"/> Coreano(a)         | <input type="checkbox"/> Samoano(a)                  |  |

Etnicidad: (Seleccione todas las opciones que apliquen):

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Mexicano(a)/Mexicoamericano(a)/Chicano(a) | <input type="checkbox"/> Cubano(a)                                       | <input type="checkbox"/> No Hispano(a), Latino(a) o de origen Español |
| <input type="checkbox"/> Puertorriqueño(a)                         | <input type="checkbox"/> Otro origen Hispano, Latino o de origen Español | <input type="checkbox"/> Elijo no divulgar                            |

## Estatus de Veterano

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

## Ingreso Familiar (For Reporting Purposes Only)

Miembros de Familia:                                    

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

## Información de Farmacia

### Farmacia Primaria

Nombre de Farmacia: \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_  
 Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_  
 Numero de Teléfono: \_\_\_\_\_  
 Numero de Fax: \_\_\_\_\_

### Farmacia Secundaria

Nombre de Farmacia: \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_  
 Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_  
 Numero de Teléfono: \_\_\_\_\_  
 Numero de Fax: \_\_\_\_\_

## Contacto de Emergencia

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

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

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

## ¿Cómo Se Entero de Nosotros?

Seleccione una de las siguientes opciones:

- |   |                                    |  |   |                                     |
|---|------------------------------------|--|---|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Amigo/Familiar | <input type="checkbox"/> Periódico | <input type="checkbox"/> Radio                               | <input type="checkbox"/> Seguro Medico                          | <input type="checkbox"/> Página Web |
| <input type="checkbox"/> Cartelera      | <input type="checkbox"/> Correo    | <input type="checkbox"/> Otro (por favor especifique): _____ | <input type="checkbox"/> Otro médico (nombre del médico): _____ |                                     |

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

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

### CUESTIONARIO DE SALUD ÓPTICA

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Bienvenidos al departamento de Optometría de Clinicas del Camino Real, Incorporated. Para un mejor servicio por favor complete la siguiente forma.

|  |       |  |
|--|-------|--|
| 1. ¿Cuál es el motivo de su visita? _____              |       |  |
| 2. ¿Cuándo fue su último examen visual? _____          |       | Nombre del doctor _____                              |
| 3. ¿Tiene problemas para ver de lejos?                 | Si No | 11. ¿Es usted muy sensible a la luz?                 |
| 4. ¿Tiene problemas para ver de cerca?                 | Si No | 12. ¿Mira usted destellos de luz o sombras?          |
| 5. ¿Siente que sus ojos están cansados frecuentemente? | Si No | 13. ¿Ha tenido operaciones o accidentes en sus ojos? |
| 6. ¿Siente dolores de cabeza?                          | Si No | 14. ¿Usa lentes?                                     |
| 7. ¿Se le ponen los ojos rojos con frecuencia?         | Si No | 15. ¿Usa lentes de contacto?                         |
| 8. ¿Mira doble?  | Si No | 16. ¿Está interesado en usar lentes de contacto?     |
| 9. ¿Le da comezón en sus ojos con frecuencia?          | Si No | 17. ¿Está interesado en la cirugía refractiva Lasik? |
| 10. ¿Tiene dolor dentro o alrededor de sus ojos?       | Si No |  |

#### HISTORIA MEDICA

1. Describa su salud en pocas palabras: \_\_\_\_\_

|  |       |   |
|--|-------|---|
| 2. ¿Está tomando alguna medicina?          | Si No | Qué tipo de medicamento: _____                |
| 3. ¿Es usted alérgico a algún medicamento? | Si No | Nombre del Medicamento: _____                 |
| 4. ¿Fuma?                                  | Si No | Si la respuesta es sí, ¿Cuántos al día? _____ |

|                      |       |                       |       |
|----------------------|-------|-----------------------|-------|
| 5. ¿Está embarazada? | Si No | 6. ¿Está amamantando? | Si No |
|----------------------|-------|-----------------------|-------|

7. ¿Tiene **USTED** algo de lo siguiente?

|                        |       |
|------------------------|-------|
| Glaucoma               | Si No |
| Alta presión           | Si No |
| Problemas del corazón  | Si No |
| Diabetes               | Si No |
| Artritis               | Si No |
| Cataratas              | Si No |
| Alergias/Sinusitis     | Si No |
| Epilepsy               | Si No |
| Tuberculosis           | Si No |
| Hepatitis              | Si No |
| Condición de tiroides  | Si No |
| Alguna otra enfermedad | Si No |
| Degeneración macular   | Si No |
| Cáncer                 | Si No |

8. ¿Alguien en su familia tiene algo de los siguiente? (pariente de sangre)

|   |       |  |
|---|-------|--|
| Glaucoma                                | Si No | Si la respuesta es "sí", por favor explique: _____ |
| Alta presión                            | Si No | Si la respuesta es "sí", por favor explique: _____ |
| Problemas del corazón                   | Si No | Si la respuesta es "sí", por favor explique: _____ |
| Diabetes                                | Si No | Si la respuesta es "sí", por favor explique: _____ |
| Artritis                                | Si No | Si la respuesta es "sí", por favor explique: _____ |
| Cataratas                               | Si No | Si la respuesta es "sí", por favor explique: _____ |
| Ceguera                                 | Si No | Si la respuesta es "sí", por favor explique: _____ |
| Ojo que este hacia dentro o hacia fuera | Si No | Si la respuesta es "sí", por favor explique: _____ |
| Degeneración macular                    | Si No | Si la respuesta es "sí", por favor explique: _____ |

Comentarios: \_\_\_\_\_

X  
Firma del Paciente \_\_\_\_\_

X  
Fecha \_\_\_\_\_



OPTOMETRY DEPARTMENT

**INFORMED CONSENT FOR PUPIL DILATION**

Dilation of your eyes is extremely important in order to thoroughly examine the back and periphery. Without dilation, the doctor only sees a small portion of the back of the eye. By increasing the pupil size through dilating drops, the doctor can better view the inside of the eye for detection of cataracts, floaters, hypertensive or diabetic retinal changes, and other retinal diseases and abnormalities. Dilation requires 2 or 3 drops in each eye and takes 20 – 30 minutes to dilate your pupils.

The following known risks and complications incident to or reasonably to be anticipated in connection with pupil dilation are:

1. Distance vision might be slightly blurred
2. Near reading vision might be blurred for 3 to 4 hours
3. Sensitivity to light (disposable sunglasses are provided to make you more comfortable)

You may wish to re-schedule the dilation procedure if you are returning to work or would feel more comfortable bringing someone to drive you home.

PLEASE INDICATE YOUR PREFERENCE:

- I agree to have my eyes dilated.  
 I decline having my eyes dilated.

DEPARTAMENTO DE OPTOMETRÍA

**AVISO DE CONSENTIMIENTO PARA LA DILATACIÓN DE LA PUPILA**

La dilatación de la pupila de sus ojos es extremadamente importante para poder examinar completamente la parte de atrás y la parte periferia. Sin la dilatación, el doctor puede ver solamente una pequeña parte de atrás del ojo. Al aumentar el tamaño de la pupila por medio de gotas para dilatación, el doctor puede ver mejor la parte interior del ojo para detectar cataratas, flotantes, o cambios hipertensivos o de retina diabética, y otras anomalías y enfermedades de la retina. La dilatación requiere de 2 a 3 gotas en cada ojo y se toma de 20 – 30 para dilatarle sus pupilas.

Los siguientes riesgos e incidentes de complicaciones conocidos de o razonablemente anticipados en conexión con la dilatación de las pupilas son:

1. La visión de lejos puede ser un poco borrosa;
2. La visión para leer de cerca puede ser un poco borrosa de aproximadamente 3 a 4 horas;
3. Sensibilidad a la luz (le proporcionamos lentes desechables para el sol para que se sienta más cómodo/a)

Tal vez usted quiera hacer otra cita para el procedimiento de la dilatación de las pupilas si es que usted tiene que regresar al trabajo, o si se siente más confortable trayendo a otra persona para que la lleve de regreso a su casa.

POR FAVOR INDIQUE SU PREFERENCIA:

- Estoy de acuerdo que se me haga la dilatación de mis ojos.  
 Me niego a que se me haga la dilatación de mis ojos.

\_\_\_\_\_  
Signature of patient or parent/legal guardian  
Firma del paciente/padre/guardián

\_\_\_\_\_  
Date/Fecha

\_\_\_\_\_  
Signature of witness  
Firma del Testigo

\_\_\_\_\_  
Date/Fecha



Patient Name: \_\_\_\_\_

MR #: \_\_\_\_\_

## Póliza de Citas Optométricas

Estimado Paciente:

Cuando usted hace una cita con el optometrista, ese tiempo es reservado exclusivamente para usted. Si no se presenta a su cita ese tiempo se pierde. Clínicas del Camino Real, Incorporated tiene una póliza para citas optométricas con el fin de mejorar el acceso para nuestros pacientes. La póliza es la siguiente:

1. Debe cancelar o cambiar la fecha de su cita por lo menos con 24 horas de anticipación. Se considera que ha faltado a su cita si la cancela o la cambia con menos de 24 horas de anticipación.
2. Si llega tarde a su cita, su cita puede ser cancelada y cambiada a otra fecha. Si lo permite el horario del optometrista, podrá esperar y ser visto como paciente sin cita.
3. Si es paciente nuevo, recibirá una llamada telefónica por un representante de Clínicas para confirmar su cita 1 semana antes. Si es paciente establecido recibirá una llamada 48 horas antes de su cita. **Para que su cita se considere confirmada, tendrá que hablar directamente con uno de nuestros representantes para confirmar que se presentara.**

### **IMPORTANTE:**

***Debido a la cantidad de pacientes esperando citas optométricas, si no confirma su cita, el tiempo reservado para usted será asignado a otro paciente. Si esto sucede usted tendrá las siguientes opciones: (1) esperar como paciente sin cita (si permite el horario del optometrista) o (2) hacer otra cita.***

Su firma confirma que ha leído y entiende esta póliza.

\_\_\_\_\_  
Firma

*(Menores de edad, firma de padre/madre)*

\_\_\_\_\_  
Relación al paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha



## Evaluación - Necesidades del Paciente

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

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

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

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

2. ¿Qué idioma prefiere hablar?

Inglés  Español  Otro: \_\_\_\_\_

3. ¿Qué idioma prefiere leer?

Inglés  Español  Otro: \_\_\_\_\_

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

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

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

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

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

No  Sí



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

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

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

\_\_\_\_\_  
Signature Date

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

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

\_\_\_\_\_  
Firma Fecha

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

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

Recibirá una copia de este formulario y se le proporcionará una respuesta a más tardar 60 días después de su recepción. Podemos negar su solicitud para enmendar o corregir sus registros. Si su solicitud es negada, le entregaremos una negación por escrito que incluya el motivo de la denegación. Usted tiene derecho a presentar una declaración por escrito mostrando su desacuerdo con la denegación.

**Derecho a Comunicaciones Confidenciales**  
Puede solicitarnos que nos comuniquemos con usted de una manera específica (por ejemplo, por teléfono particular o laboral) o que enviemos la correspondencia a una dirección diferente. Atenderemos todas las solicitudes razonables.

**Derecho a Solicitar Restricciones**  
Puede solicitarnos que no utilicemos ni compartamos determinada información médica para el tratamiento, pago o para nuestras operaciones. No estamos obligados a aceptar su solicitud, y podemos denegar si esto afectara su atención médica. Si paga por un servicio o artículo de atención médica por cuenta propia en su totalidad, puede solicitarnos que no compartamos esa información con el propósito de pago o nuestras operaciones con su aseguradora médica. Aprobaremos su solicitud a menos que una ley nos obligue a compartir esa información.

**Derecho a un Informe de Divulgaciones**  
Puede solicitar una lista (informe) de las veces que hemos compartido su información médica, con quién la hemos compartido, y por qué. Incluiremos todas las divulgaciones excepto aquellas sobre el tratamiento, pago y operaciones de atención médica, y otras divulgaciones determinadas (como cualquiera de las que usted nos haya solicitado hacer). Le proporcionaremos un informe gratis por año, pero podemos cobrar un cargo razonable en

base al costo si usted solicita otro dentro de los 12 meses.

**Derecho a una Copia Impresa de Este Aviso**  
Puede solicitar una copia en papel de esta notificación en cualquier momento, incluso si acordó recibir la notificación de forma electrónica. Le proporcionaremos una copia en papel de inmediato.

**Derecho a Elegir a Alguien que Actúe por Usted**  
Si usted le ha otorgado a alguien la representación médica o si alguien es su tutor legal, aquella persona puede ejercer sus derechos y tomar decisiones sobre su información médica. Nos aseguraremos de que la persona tenga esta autoridad y pueda actuar en su nombre antes de tomar cualquier medida.

**Derecho a Presentar una Queja**  
Si considera que hemos violado sus derechos, puede presentar una queja contactando al Oficial de Privacidad de Clinicas localizado en 1040 Flynn Road, Camarillo C.A., 93012, llamando al (805) 659-1740, fax (805) 659-9959, o por correo electrónico [compliance@clinicas.org](mailto:compliance@clinicas.org).

Puede presentar una queja en la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos enviando una carta a: Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201, llamando al 1-877-696-6775 (opción 2) o visitando <https://www.hhs.gov/hipaa/for-individuals/spanish/index.html>. No tomaremos represalias en su contra por la presentación de una queja.

**SUS OPCIONES**  
**Para cierta información de salud, puede decirnos sus decisiones sobre qué compartimos.**

Si tiene una preferencia clara de cómo compartimos su información en las situaciones descritas debajo, comuníquese con nosotros. Díganos que quiere que hagamos, y seguiremos sus instrucciones.

**En estos casos, tiene tanto el derecho como la opción de pedirnos que:**

- Compartamos información con su familia, amigos cercanos u otras personas involucradas en su atención médica, después de completar la forma *Consentimiento Para Informar a Individuos/Miembros de Familia Sobre Su Información de Salud*
- Compartamos información en una situación de alivio en caso de una catástrofe.

Si no puede decirnos su preferencia, por ejemplo, si se encuentra inconsciente, podemos seguir adelante y compartir su información si creemos que es para beneficio propio. También podemos compartir su información cuando sea necesario para reducir una amenaza grave e inminente a la salud o seguridad.

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

- propósitos de mercadeo
- venta de su información
- la mayoría de los casos en que se comparten notas de psicoterapia

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

- podemos comunicarnos con usted por temas de recaudación, pero puede pedirnos que no lo volvamos a contactar

**NUESTROS USOS Y DIVULGACIONES**



**AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE USAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR, REVÍSELO CUIDADOSAMENTE.**

Clinicas del Camino Real, Inc. (Clinicas) se compromete a brindarle servicios de atención médica de calidad. Una parte importante de eso es proteger su información médica de acuerdo con la ley aplicable. Si tiene alguna pregunta sobre este aviso, pida hablar con el Oficial de Privacidad o visite cualquiera de las ubicaciones de Clinicas del Camino Real, Inc.

### **SUS DERECHOS**

**Cuando se trata de su información médica, usted tiene ciertos derechos.** Esta sección explica sus derechos y algunas de nuestras responsabilidades para ayudarle.

### **Derecho a Revisar y Copiar**

Puede solicitar que le muestren o le entreguen una copia de su historial médico, en el formato que solicite. Debe presentar una solicitud por escrito para inspeccionar o copiar su información de salud. Podemos cobrar un cargo razonable en base al costo. Le entregaremos una copia o un resumen de su información médica, generalmente dentro de 15 días de su solicitud.

### **Derecho a Enmendar**

Puede solicitarnos que corrijamos la información médica sobre usted que piensa que es incorrecta o está incompleta. Llene el *Formulario de Solicitud Para Enmienda de Expediente Médico* para formar parte de su expediente médico.



**¿Cómo utilizamos o compartimos su información médica?** Por lo general, utilizamos o compartimos su información médica de las siguientes maneras.

#### **Para Tratamiento**

Podemos utilizar su información médica y compartirla con otros profesionales que lo estén tratando. Por ejemplo, un médico que lo está tratando por una lesión le consulta a otro médico sobre su estado de salud general.

#### **Para Pago**

Podemos utilizar y compartir su información para facturar y obtener el pago de los planes de salud y otras entidades. Por ejemplo, entregamos información acerca de usted a su plan de seguro médico para que este pague por sus servicios.

#### **Para Operaciones**

Podemos utilizar y divulgar su información para llevar a cabo nuestra práctica, mejorar su atención y comunicarnos con usted cuando sea necesario. Por ejemplo, utilizamos información médica sobre usted para administrar su tratamiento y servicios.

**Recordatorios de Citas:** Es posible que nos comuniquemos con usted para recordarle que tiene una cita.

**Productos y Servicios Relacionados con la Salud:** Le podríamos informar sobre productos y servicios que le podrían interesar.

#### **Acuerdo para Asistencia Médica**

##### **Organizada:**

Clinicas del Camino Real forma parte de un acuerdo para asistencia médica organizada (OHCA, por sus siglas en inglés), el cual incluye a los integrantes de OCHIN. Puede solicitar una lista de los participantes de OCHIN en su sitio web [www.ochin.org](http://www.ochin.org). El formulario de solicitud está disponible aquí <https://ochin.org/member-request/>. Como asociado comercial de Clinicas

del Camino Real, Gardner, OCHIN brinda servicios de tecnología de la información y otros servicios relacionados a Clinicas del Camino Real y a otros participantes de OCHIN. OCHIN también realiza actividades de evaluación y mejora de la calidad en nombre de sus integrantes. Por ejemplo, OCHIN coordina actividades de revisión clínica en nombre de las organizaciones participantes para establecer normas de prácticas recomendadas y evaluar los beneficios clínicos que pudieran derivarse del uso de los sistemas de registros médicos electrónicos. OCHIN también ayuda a que sus participantes trabajen de forma colaborativa a fin de mejorar la administración de las remisiones de pacientes internos y externos. Es posible que Clinicas del Camino Real comparta información sobre su salud con otros participantes de OCHIN o en un intercambio de información de salud solo cuando sea necesario para un tratamiento médico o para fines de las actividades de atención médica que se realizan en virtud del acuerdo para asistencia médica organizada.

**¿De qué otra manera podemos utilizar o compartir su información médica?** Se nos permite o exige compartir su información de otras maneras – por lo general, de maneras que contribuyen al bien público, como la salud pública e investigaciones médicas. Tenemos que reunir muchas condiciones legales antes de poder compartir su información con dichos propósitos. Para más información, visite: [www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/factsheets\\_spanish.html](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/factsheets_spanish.html), disponible en español.

#### **Ayudar con Asuntos de Salud Pública y Seguridad**

Podemos compartir su información médica en determinadas situaciones, como:

- Prevención de enfermedades

- Ayuda con el retiro de productos del mercado
- Informe de reacciones adversas a los medicamentos
- Informe de sospecha de abuso, negligencia o violencia doméstica
- Prevención o reducción de amenaza grave hacia la salud o seguridad de alguien

#### **Realizar Investigaciones Médicas**

Podemos utilizar o compartir su información para investigación de salud.

#### **Cumplir con la Ley**

Podemos compartir su información si las leyes federales o estatales lo requieren, incluyendo compartir la información con el Departamento de Salud y Servicios Humanos si este quiere comprobar que cumplimos con la Ley de Privacidad Federal. Podemos compartir su información médica con las organizaciones de procuración de órganos.

#### **Trabajar con un Médico Forense o Director Funerario**

Podemos compartir información médica con oficial de investigación forense, médico forense o director funerario cuando un individuo fallece.

#### **Tratar la Compensación de Trabajadores, el Cumplimiento de la Ley y Otras Solicitudes del Gobierno**

Podemos utilizar o compartir su información médica:

- En reclamos de compensación de trabajadores
- A los fines de cumplir con la ley o con un personal de las fuerzas de seguridad
- Con agencias de supervisión sanitario para las actividades autorizadas por ley

- En el caso de funciones gubernamentales especiales, como los servicios de protección presidencial, seguridad nacional y servicios militares

#### **Responder a Demandas y Acciones Legales**

Podemos compartir su información médica en respuesta a una orden administrativa o de un tribunal o en respuesta a una citación.

#### **NUESTRAS RESPONSABILIDADES**

Estamos obligados por ley a mantener la privacidad y seguridad de su información médica protegida. Le haremos saber de inmediato si ocurre un incumplimiento que pueda haber comprometido la privacidad o seguridad de su información. Debemos seguir los deberes y prácticas de privacidad descritas en esta notificación y entregarle una copia de la misma. No utilizaremos ni compartiremos su información de otra manera distinta a la aquí descrita, a menos que usted nos diga por escrito que podemos hacerlo. Si nos dice que podemos, puede cambiar de parecer en cualquier momento. Háganos saber por escrito si usted cambia de parecer. Para mayor información, visite: [www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/factsheets\\_spanish.html](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/factsheets_spanish.html), disponible en español.

#### **Cambios a los Términos de Este Aviso**

Podemos modificar los términos de esta notificación, y los cambios se aplicarán a toda la información que tenemos sobre usted. La nueva notificación estará disponible según se solicite, en nuestra oficina, y en nuestro sitio web [www.clinicas.org](http://www.clinicas.org).

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



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



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

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

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

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

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

### **¿Cómo sabré que quiero?**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



### COMUNIQUESE Y COLABORE

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



### VER LOS RESULTADOS DE LABORATORIO

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



### RENUOVE SUS PRESCRIPCIONES

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

## INSTRUCCIONES PARA ACTIVAR SU PORTAL DEL PACIENTE

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

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

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

**1**

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

**1**

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

Conéctese al portal mediante una de las siguientes opciones:

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

- Introduzca y confirme su dirección de correo electrónico o número de celular y haga clic en **"Siguiente"**
  - Cree un nombre de usuario siguiendo las instrucciones en pantalla y haga clic en **"Siguiente"**
  - Cree una contraseña siguiendo las instrucciones en pantalla y haga clic en **"Siguiente"**
  - Elija una pregunta de seguridad, proporcione una respuesta y haga clic en **"Siguiente"**.
  - ¡Ya está todo listo!
    - **"Haga un recorrido"** (que se encuentra en la esquina superior derecha debajo de su nombre) o vaya a la página de inicio.
    - Descargue la aplicación para usar con su teléfono **iPhone** o **Android**
- 2**
- Ya inscrito en el Portal del Paciente de Clínicas (como paciente o persona autorizada por otro paciente) y también será persona autorizada para el paciente que está inscribiendo.

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

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

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

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

## **PAGO**

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

## **PROGRAMAS ESPECIALES**

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

## **SEGURO**

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

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

## **TARIFAS USUALES Y ACOSTUMBRADAS**

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

## **POLÍTICA SOBRE SALDOS PENDIENTES**

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

## **CITAS**

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

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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

\_\_\_\_\_  
Fecha

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

\_\_\_\_\_  
Fecha



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

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

## CONSENTIMIENTO DE COMUNICACIONES ELECTRÓNICAS

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

Para cada sección, indique si acepta o rechaza:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

\_\_\_\_\_  
Fecha

*For Office Use Only*

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

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

\_\_\_\_\_  
Date