



Medical Tel: (530) 621-7700
 Fax: (530) 621-7713
 Dental Tel: (530) 497-5016
 Fax: (530) 622-8908

Bienvenido a El Dorado Community Health Centers. Tenemos 3 oficinas disponibles:

Ubicación	Localización	Lunes - Viernes	Sábado
Placerville	4212 Missouri Flat Road, Placerville, CA 95667	8:00 am a 6:00 pm	9:00 am - 1:00 pm
Cameron Park Medical y Dental	3100 Ponte Morino Dr., Cameron Park, CA 95682	Médico 8:00 am a 8:00 pm Dental 8:00 am a 5:00 pm	9:00 am – 1:00 pm Dental: Llame para citas disponibles
Cameron Park Medical, STEPS, y Farmacia	3104 Ponte Morino Dr., Cameron Park, CA 95682	Médico 8:00 am a 6:00 pm STEPS 8:00 am a 6:00 pm Farmacia 9:00 am a 5:30 pm	Cerrado

- Para Citas Médicas y de Salud del Comportamiento: (530) 621-7700
- Citas dentales (Sólo en Cameron Park) (530) 497-5016
- Información de farmacia (Sólo en Cameron Park) (530) 556-2007
- Para fuera de horario en todos los servicios llame (530) 621-7700

Por favor llegue el día y la hora que aparece en la tarjeta de citas. Si no puede asistir a esta cita debe llamar por lo menos con 24 horas de anticipación para reprogramar o cancelar, al hacer esto nos permitirá acomodar a otros pacientes que necesitan atención médica.

Incluimos los siguientes formularios: **Hoja de Información para el paciente, Cuestionario de Salud y el Consentimiento a la Privacidad.** Por favor complete todos los formularios adjuntos y tráigalos a su cita.

Algunas de las otras cosas importantes que usted debe traer a su primera cita son los siguientes:

- Los medicamentos actuales y / o vitaminas que esté tomando
- Tarjeta de seguro de cobertura médica
- Los registros médicos anteriores o los nombres de los doctores anteriores, direcciones y números de teléfono
- Tarjeta de vacunas
- Cualquier documento médico legal incluyendo, testamento vital y tutelas.

Participamos en la mayoría de los planes de seguros médicos y presentamos un cobro a ellos como una cortesía. Copagos y deducibles serán recogidos en el momento del servicio. Vamos a aceptar su pago en forma de dinero en efectivo, cheque, Visa o MasterCard. **Nosotros no participamos en los casos de Compensación a trabajadores o cobramos a ningún tipo de accidentes de vehículos. Los menores de edad deben tener un formulario de consentimiento firmado por un padre o tutor legal para ser tratados en El Dorado Community Health Centers.**

Si tiene preguntas, por favor llámenos al 530-621-7700. Una vez que usted se haya establecido como paciente en uno de nuestros lugares, un proveedor de atención continua está disponible por teléfono después de horas de oficina para contestar preguntas relacionadas con su salud.

Nos complace que haya elegido a El Dorado Community Health Centers como proveedores de atención primaria y esperamos poder ofrecerle la mejor atención médica.

Atentamente,
 El personal y los proveedores de
 El Dorado Community Health Centers

Cita:
Nombre: _____
Lun ▪ Mar ▪ Mier ▪ Jue ▪ Vie
Hora de Registración: _____
Cita: _____ a _____ am / pm
Nombre del Proveedor: _____
Lugar: El Dorado Community Health Center Placerville ▪ Cameron Park

INFORMACION DEL PACIENTE

Nombre: Apellido Paterno | Nombre Primero | Segundo Apellido Materno

Dirección Postal: Calle | Ciudad | Estado Código Postal

Teléfono de Casa: (____) ____ - ____ Celular: (____) ____ - ____ Trabajo: (____) ____ - ____ ext. ____

Teléfono primario (seleccione uno): Casa Celular Trabajo Dejar Mensaje Breve: Casa Celular Trabajo

Tiempo preferido para llamadas: Mañanas Tardes Noche Dejar Mensaje Extendido: Casa Celular Trabajo

Idioma Preferido: _____

Por favor elija **un** método de comunicación preferido. Esto incluiría recordatorios de citas, notificaciones generales y recordatorios de salud. Usted conserva la capacidad de optar por este servicio en cualquier momento:

Llamadas automatizadas **O** **Texto (Mensajería de texto y tarifas de datos pueden aplicar)**

Comunicación Electrónica Reconocimiento: Entiendo y acepto que el método de comunicación solicitado no es seguro una vez que se me ha transmitido, haciendo que mi Información Personal de Salud (PHI) esté en riesgo de ser recibida por personas no autorizadas en caso de un teléfono robado o perdido. Acepto la responsabilidad total de mi teléfono y no voy a tomar represalias contra la práctica de ninguna manera si esto ocurre. **Iniciales** _____

Fecha de Nacimiento: Mes / Día / Año Genero: Masculino Femenino Numero de Seguro Social: ____ - ____ - ____

Estado Civil/Marital: (seleccione uno): Soltero Casado Divorciado Viudo Separado Otro

PERSONA RESPONSABLE

Nombre completo: _____

Fecha de Nacimiento del Parentesco: ____/____/____

Dirección (si es diferente): _____

Ciudad: _____ Estado: _____

Código Postal: ____ Teléfono principal: (____) ____ - ____

Número de Seguro Social: _____

Relación con el Paciente:

Madre Padre Otro _____

PERSONA RESPONSABLE

Nombre completo: _____

Fecha de Nacimiento del Parentesco: ____/____/____

Dirección (si es diferente): _____

Ciudad: _____ Estado: _____

Código Postal: ____ Teléfono principal: (____) ____ - ____

Número de Seguro Social: _____

Relación con el Paciente:

Madre Padre Otro _____

CONTACTO DE EMERGENCIA

Nombre: _____

Teléfono de Casa: (____) ____ - ____

Relación con el Paciente: _____

Teléfono del Trabajo: (____) ____ - ____

Dirección: Calle | Ciudad | Estado | Código Postal

¿Tiene una Directiva Anticipada para el Cuidado de la Salud? Sí No Interesado

En caso afirmativo, proporcione una copia de su directiva avanzada a la recepción **Office Use:** Info Given

DIRECCIÓN DE LA CALLE (Si es diferente de la dirección postal)

Dirección: Calle | Ciudad | Estado | Código Postal

¿Quiere tener acceso al grupo de su Proveedor Medico y a sus registros médicos en línea (internet)? Si No

En caso afirmativo, el registro a través de un enlace de correo electrónico seguro es obligatorio. (email) _____

Laboratorio Preferido: Laboratorio Marshall Laboratorio Quest Otro: _____

Compañía de Imágenes Preferida: Marshall Imaging Otros: _____

Nombre de la Farmacia: _____ Localización: _____

Información Adicional del Paciente

El Dorado Community Health Centers es una **organización sin fines de lucro comprometida a servir a las necesidades de nuestra comunidad**. La información que usted proporcione puede ayudarnos a reconocer los pacientes que pueden calificar para programas o servicios especialmente financiados.

Designación de la Población:	
1. En los últimos 2 años, ¿usted o algún miembro de su familia, trabajó en cualquier tipo de agricultura (trabajo agrícola) como: la siembra, la cosecha, la preparación del suelo, empacando en una bodega, conduciendo un camión para cualquier tipo de trabajo en el campo, trabajó con animales como vacas, pollos, etc.?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
2. En los últimos 2 años, ¿Usted o un miembro de su familia ha vivido fuera de casa con el fin de trabajar en cualquier tipo de agricultura (trabajo agrícola)?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
3. ¿Usted o un miembro de su familia ha parado de migrar para trabajar en la agricultura (trabajo de campo) por alguna discapacidad o por la edad (ya es muy mayor para hacer el trabajo)?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
4. ¿Es usted un veterano de EE.UU.?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
5. ¿Se consideraría usted sin hogar en cualquier momento en los últimos 12 meses? Si la respuesta es Sí, donde: <input type="checkbox"/> En su auto <input type="checkbox"/> En la calle <input type="checkbox"/> En un refugio <input type="checkbox"/> Con otra familia <input type="checkbox"/> En un hotel <input type="checkbox"/> Otra _____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
6. ¿Participa actualmente en un programa de viviendas públicas o de bajos ingresos?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
7. Número de personas que viven en el hogar _____ Aproximado total del ingreso anual ganado por el hogar familiar \$ _____ (no incluya los pagos del seguro social o de incapacidad)	
8. Orientación sexual: <input type="checkbox"/> Heterosexual (Recta - no lesbiana o gay) <input type="checkbox"/> Homosexual (Lesbiana o Gay) <input type="checkbox"/> Bisexual <input type="checkbox"/> Elige no divulgar <input type="checkbox"/> Desconocido	
9. Género con el que se identifica: <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Otro _____ <input type="checkbox"/> Elige no divulgar <input type="checkbox"/> Hombre Transgénero (Mujer-a-Hombre), Fecha de Transición: _____ <input type="checkbox"/> Mujer Transgénero (Hombre-a-Mujer), Fecha de Transición: _____ <input type="checkbox"/> Genderqueer (ni masculino, ni femenina) Categoría de género adicional u otra, por favor especifique: _____	
10. Raza: <input type="checkbox"/> Indio Americano/Nativos de Alaska <input type="checkbox"/> Nativo de Hawaii <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Nativo de las Islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Afro Americano <input type="checkbox"/> Otra Raza <input type="checkbox"/> No reportado / Se negó a informar <input type="checkbox"/> Blanco	
11. Etnicidad (selecciona uno): <input type="checkbox"/> Hispano/Latino: <input type="checkbox"/> No Hispano/Latino <input type="checkbox"/> No reportado/Se negó a informar	
12. Nombre del Empleador: _____ Localización/Ciudad del Empleador: _____ Situación laboral: <input type="checkbox"/> Empleado tiempo completo <input type="checkbox"/> Empleado tiempo parcial <input type="checkbox"/> Desempleado <input type="checkbox"/> Retirado <input type="checkbox"/> Ama de Casa <input type="checkbox"/> Discapacitado <input type="checkbox"/> Buscando <input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/> Otro: _____	
13. ¿Cómo se enteró de nuestros servicios? <input type="checkbox"/> Familia <input type="checkbox"/> Radio <input type="checkbox"/> Amigo <input type="checkbox"/> TV <input type="checkbox"/> Periódicos <input type="checkbox"/> Sitio Web (facebook, twitter, Instagram) <input type="checkbox"/> Páginas Amarillas <input type="checkbox"/> Tarjeta de Referencia <input type="checkbox"/> Agencia del Condado <input type="checkbox"/> Agencia de Seguro Médico <input type="checkbox"/> Evento con EDCHC <input type="checkbox"/>	



Medical Tel: (530) 621-7700
 Fax: (530) 621-7713
 Dental Tel: (530) 497-5016
 Fax: (530) 622-8908

INFORMACION DEL SEGURO MÉDICO DEL PACIENTE

Nombre del Seguro Médico <u>Primario</u>:		Nombre del Seguro Médico <u>Secundario</u>:	
Nombre del asegurado:		Nombre del asegurado:	
Relación con el Paciente:		Relación con el Paciente:	
ID#	#Grupo	ID#	#Grupo

Los pacientes sin seguro médico pueden ser elegibles para recibir un descuento a través de un programa basado en los ingresos y el tamaño de la familia. Nuestro personal puede ayudarle con preguntas sobre planes de seguro médico y dental.

POLIZA DE PAGO

El Dorado Community Health Centers es una organización de atención médica primaria. Dependemos de su pronto pago de los servicios, para que podamos seguir prestando la atención médica de bajo costo a nuestra comunidad. Le enviaremos la factura/cobro a su compañía de seguros primaria, pero requerimos que usted pague su copago y cualquier deducible que usted no haya cumplido en el momento del servicio. Le enviaremos la factura al seguro suplementario para los pacientes de Medicare. Cualquier cantidad debida después de que su seguro médico pague su porción será cobrada a usted. El pago se vence en cuanto usted reciba el cobro. Usted tendrá que presentar su tarjeta de seguro médico en cada visita. Se requiere el pago en el momento de servicio a menos que se hayan hecho arreglos con nuestro departamento de facturación antes de la visita.

CONSENTIMIENTO

Con el fin de proporcionar tratamiento, coordinación de cuidado, cobrar a su seguro, o liberar información requerida por su compañía de seguros, debemos recibir su consentimiento mediante sus iniciales en las áreas indicadas y proporcionando su firma abajo.

1. Consentimiento para el Tratamiento: Por la presente autorizo y consiento a los procedimientos necesarios para el diagnóstico y tratamiento para mí mismo (o para mi hijo(a)/dependiente indicado anteriormente), mientras que sea un paciente de El Dorado Community Health Centers. _____ **(iniciales)**
2. Divulgación de Información: Autorizo la liberación de información coleccionada por el centro necesaria para una coordinación del cuidado clínico y para procesar cobros relacionados con mi cuidado (o hijo(a)/dependiente indicado anteriormente). _____ **(iniciales)**
3. Asignación de Beneficios: Yo autorizo el pago de beneficios médicos a El Dorado Community Health Centers por servicios profesionales prestados. _____ **(iniciales)**

Su firma a continuación indica que usted ha leído, comprendido y acepta la póliza de pago, y lo consiente.

Firma: _____ **Fecha:** _____

Nombre Impreso: _____ Relación con el Paciente: _____



Medical Tel: (530) 621-7700
 Fax: (530) 621-7713
 Dental Tel: (530) 497-5016
 Fax: (530) 622-8908

Por favor, ayúdenos llenando esta hoja de trabajo sobre su historial médico y personal para que podamos conocerle mejor.

Fecha: _____

Su nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

1. Su actual o ultimo medico:	Dirección:	Número de teléfono:
_____	_____	_____

2. Especialistas:	¿Razón?:	Dirección:	Teléfono:
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

3. ¿Es alérgico a algún medicamento?:	Tipo de reacción:
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Por favor traiga todos sus medicamentos incluyendo las vitaminas y los suplementos naturales, a la oficina para revisar.

4. Medicamento que toma:	Dosis:	¿Cuántas veces al día?:	Prescrito por cual Doctor:

5. Problemas con medicamentos que usted hay usado.	Año que comenzó:	Cirugías que usted ha tenido:	Fecha:

6. Exámenes de prevención Salud:	Año:	Normal o Anormal:	7. El consumo del tabaco: <input type="checkbox"/> Nunca (fumar o masticar)
Mamografía, Examen de los senos		N An	<input type="checkbox"/> Cigarrillos # cada día por cuantos años
Papanicolaou		N An	<input type="checkbox"/> Mastica Tabaco
Colonoscopia o Sigmoidoscopia		N An	<input type="checkbox"/> Dejo de fuma Cuando:
Prueba de sangre oculta en las heces fecales		N An	<input type="checkbox"/> Quiere dejar de fumar?
Examen de próstata		N An	
(APE) Antígeno Prostático Específico (PSA)		N An	8. Uso de Alcohol: <input type="checkbox"/> Ninguna
Prueba del colesterol		N An	Tipo: <input type="checkbox"/> Vino, <input type="checkbox"/> Cerveza, <input type="checkbox"/> Licor
Glucosa en la sangre		N An	Cuánto: por <input type="checkbox"/> Día, <input type="checkbox"/> Semana, <input type="checkbox"/> Mes
Otro:		N An	
		N An	9. Ha usado drogas: <input type="checkbox"/> Nunca
		N An	Tipo:

7. Historial de salud su familiar	Edad	Principales Problemas de salud, o causa de muerte.
Su Madre		
Su Padre		
Hermana(s)		
Hermano(s)		
Otros problemas médicos que ocurren en su familia:		

8. Vacunas	Año que usted recibió su vacunación
Tétanos	
Hepatitis A	
Hepatitis B	
Sarampión	
Rubeola	
Varicela	
Influenza (Gripe)	
Pulmonía/neumonía	
Última prueba de tuberculosis	
Otro:	

Utilice este espacio si necesita dejar más información:



Medical Tel: (530) 621-7700
Fax: (530) 621-7713
Dental Tel: (530) 497-5016
Fax: (530) 622-8908

Notificación de Practicas de Privacidad y Reconocimiento

Entiendo que en virtud de la Portabilidad del Seguro de Salud y Ley de Responsabilidad del 1996 (“HIPAA”) y la Ley de Confidencialidad. HIPAA tiene ciertos derechos a la privacidad con respecto a mi información médica protegida. Entiendo que esta información puede y será utilizada para:

- Llevar a cabo, planificar y dirigir mi tratamiento y el seguimiento entre los múltiples proveedores de atención médica que puedan estar involucrados en el tratamiento que directa e indirectamente.
- Obtener el pago de salud y / o de compañías privadas de seguros.
- Operaciones de atención médica que incluyan los aspectos del negocio para construir nuestra práctica. Ejemplos de esto serian el hecho de firmar en una forma adecuada cuando usted tiene una cita, llamando para confirmar citas, dejando mensajes en su grabadora con respecto a su cita, él envió de recordatorios / tarjeta de cita en el corrió con nuestro nombre de la práctica. Utilizando su nombre o el nombre de un miembro de la familia primero y en último, mientras le servimos en nuestra oficina, hablar con / o permitir que los miembros inmediatos de la familia o tutores en el proceso del examen para permitir una mejor comprensión de las opciones de tratamiento cuando sea necesario.

He recibido, leído y entendido la Notificación de Practicas de Privacidad que contiene una descripción de los usos y revelaciones de mi información de salud. Entiendo que esta organización tiene el derecho de cambiar su Notificación de Practicas de Privacidad de vez en cuando y que uno puede comunicarse con esta organización en cualquier momento en la dirección anterior para obtener una copia actualizada de la Notificación de Practicas de Privacidad.

Entiendo que puedo solicitar por escrito tener restricciones en como mi información puede ser usada o revelada para llevar a cabo tratamiento, pago u operaciones de salud. También entiendo que no están obligados a acceder a mi solicitud de restricciones, pero si usted está de acuerdo, entonces están obligados a respetar estas restricciones.

Nombre del paciente: _____

Relación con el Paciente: _____

Firma: _____

Fecha: _____

OFFICE USE ONLY

I attempted to obtain the patient’s signature in acknowledgement on this Notice of Privacy Practices Acknowledgement, but was unable to do so, I documented the reason below:

Date: _____ Employee Initials: _____

Reason: _____

Derechos y Responsabilidades

Como paciente del Centro de Salud, usted tiene el derecho de:

- ❖ Cuidado de atención, con respeto y sin ser discriminado/a.
- ❖ Saber el nombre y las calificaciones profesionales del proveedor médico encargado de su tratamiento.
- ❖ Escoger su proveedor médico.
- ❖ Recibir la información correcta y comprensible sobre cualquier tratamiento procedimiento propuesto para que usted pueda hacer una decisión informada sobre su cuidado médico. Esta información va a incluir:
 - Una descripción del tratamiento o el procedimiento
 - Los riesgos médicos importantes
 - Otros tratamientos alternativos o falta de tratamientos y los riesgos involucrados
- ❖ Participar totalmente en las decisiones sobre su cuidado médico.
- ❖ Confidencialidad y protección de la privacidad sobre su programa de cuidado médico, su expediente y toda la información médica personal. Usted tiene el derecho de que se le avise sobre las razones de la participación de cualquier individuo durante una exanimación médica o una conversación sobre su información médica.
- ❖ El derecho de obtener, revisar o copiar su expediente médico de acuerdo con la ley.
- ❖ Recibir su cuenta detallada por todos los servicios y una explicación de cualquier cargo incluyendo los servicios que corresponden a cobrar a su seguro médico.
- ❖ Que se revisen todas las quejas o preocupaciones que tenga usted de acuerdo con nuestro procedimiento establecido, sin miedo de represalias.

Como paciente del Centro de Salud, usted tiene la responsabilidad de:

- ❖ Tener consideración y respeto con el personal del Centro y con los otros pacientes.
- ❖ Dar información precisa y completa sobre sus preocupaciones médicas actuales, su historial médico pasado y cualquier otro asunto relacionado a su salud.
- ❖ Participar y colaborar con el proveedor médico para formar su plan de tratamiento médico.
- ❖ Hacernos saber si usted entiende el tratamiento médico y lo que se espera de usted.
- ❖ Seguir el plan de tratamiento establecido por los proveedores médicos de su caso.
- ❖ Asistir a sus citas o avisar la oficina con tiempo si les es imposible llegar a una cita.
- ❖ Respetar las reglas y los procedimientos de este Centro de Salud, al igual que el de cualquier seguro médico o programa de beneficios del gobierno.
- ❖ Dar información precisa sobre su situación financiera, sus datos demográficos y su seguro médico.
- ❖ Cumplir con su compromiso financiero relacionado a su tratamiento.
- ❖ Supervisar a sus niños mientras están en el Centro de Salud.

He leído y comprendido los derechos y responsabilidades del paciente:

Firma del Paciente/Persona Responsable:

Fecha:
