El Dorado Community Health Centers

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

Ubicaciones médicas y horario de oficina	
Placerville – 4212 Missouri Flat Road, Placerville CA, 95667	
Lunes a viernes: 8:00 a.m. – 12:00 p.m., 1:00 p.m. – 5:30 p.m.	**Sábado:** 9:00 a.m. – 1:00 p.m.
Cameron Park 1 - 3104 Ponte Morino Dr. STE 110, Cameron Park, CA 95682	
Lunes – viernes: 8:00 a.m. – 12:00 p.m., 1:00 p.m. – 5:00 p.m.	**Sábado:** CERRADO
Cameron Park 2 - 3100 Ponte Morino Dr. STE 120, Cameron Park, CA 95682	
Lunes a viernes: 8:00 a.m. – 12:00 p.m., 1:00 p.m. – 5:30 p.m.	**Sábado:** CERRADO

Antes de su cita

Llegue 30 minutos antes para completar el proceso de registro. Si necesita cancelar o reprogramar su consulta, llámenos con al menos 24 horas de antelación.

Qué debe traer a su primera consulta

- **Formularios completados:** Registro del paciente, formulario de antecedentes médicos.
- Tarjetas de **cobertura de seguro** vigentes.
- **Identificación con foto** válida (Lic. de conductor, pasaporte, identificación de estudiante).
- Cualquier **documentación médica legal**, incluida la Directiva avanzada y la documentación de tutela.
- **Medicamentos o vitaminas** que esté tomando en la actualidad.
- Registros de **inmunización** (vacunas)

Seguro, copagos y pagos

Participamos en la mayoría de los principales planes de seguro médico. Los copagos y deducibles vencen en el momento del servicio y pueden pagarse en efectivo, con cheque, con Visa o con MasterCard.

Los pacientes no asegurados pueden ser elegibles para recibir un descuento a través del Programa de tarifa variable (Sliding Fee Program). Los descuentos se basan en el tamaño de la familia y en los ingresos del hogar.

Tenga en cuenta que no participamos en casos de Compensación de Trabajadores y no facturamos a seguros de Accidente de Vehículo Motorizado (MVA).

Comuníquese con nosotros

Llame al 530-621-7700 si tiene alguna pregunta.

Nos complace que haya elegido a El Dorado Community Health Centers como su proveedor de atención primaria, y esperamos proporcionarle la mejor atención médica.

Atentamente,

El personal y los proveedores de El Dorado Community Health Centers.

El Dorado Community Health Centers

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

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre: _____ Otros nombres utilizados: _____
Dirección particular: _____
Dirección postal: _____
Teléfono celular (____) _____-_____ Teléfono alternativo: ☐ Casa ☐ Trabajo (____) _____-_____
¿Podemos enviarle mensajes de texto? ☐ Sí ☐ No
¿Podemos dejar un mensaje de voz? ☐ Sí, breve ☐ Sí, extenso ☐ No
Dirección de correo electrónico: _____ Acceso al portal del paciente: ☐Sí ☐ No
Idioma preferido: _____ Fecha de nacimiento: _____/_____/_____
Número de Seguro Social: _____-_____-_____ Sexo asignado al nacer: ☐ Hombre ☐ Mujer
Estado civil (marque una): ☐ Soltero ☐ Casado ☐ Divorciado ☐ Viudo ☐ Separado ☐ Otro
¿Tiene una directiva anticipada para la atención a la salud? ☐ Sí ☐ No ☐ Me interesa
En caso afirmativo, proporcione a la recepción una copia de su Directiva anticipada

PARTE RESPONSABLE *Si el paciente es menor de edad, rellene esta sección con el progenitor o tutor legal*

Nombre: _____ Relación: ☐Madre ☐Padre ☐Otro_____
Teléfono: ☐Casa ☐Celular ☐Trabajo (____) ____-_____ Número de Seguro Social: _____ -____-_____
Fecha de nacimiento: _____ ☐Contacto de Emergencia

SEGURO

Aseguradora: _____
Número de identificación/póliza: _____
Nombre/número de grupo: _____

CONTACTO DE EMERGENCIA

Nombre: _____ Relación: _____
Celular (_____) _____-_____ Teléfono alternativo: ☐Casa ☐Trabajo (_____) _____-_____

FARMACIA

☐ EDCHC Pharmacy 4212 Missouri Flat Road, Placerville
☐ EDCHC Pharmacy 3104 Ponte Morino Drive, Cameron Park
☐ Nombre/ubicación de otra farmacia: _____

LABORATORIO E IMÁGENES

Empresa de laboratorio preferida: ☐ Quest Lab ☐ Marshall Lab ☐ Other: _____
Compañía de imágenes preferida: ☐ Marshall Imaging ☐ Otra: _____

EDCHC
El Dorado Community Health Centers

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

INFORMACIÓN ADICIONAL

1. **¿Es usted veterano de los EE.UU.?*** ☐ Sí ☐ No

2. **¿Se consideraría sin hogar en algún momento en los últimos 12 meses?*** ☐ Sí ☐ No
   En caso afirmativo, ¿dónde se ha alojado?: ☐ En su coche ☐ En un hotel ☐ Con familiares o amigos ☐ En un refugio ☐ En la calle ☐ Otros: _____

3. **¿Está actualmente en un programa de vivienda pública o de bajos ingresos?*** ☐ Sí ☐ No

4. **Número total de personas que viven en el hogar*** _____
   Ingresos anuales totales obtenidos por el grupo familiar* $_____
   (no incluya los pagos del Seguro Social o por Incapacidad)

5. **Pronombres**
   ☐ él/su/suyo ☐ ella/su/suya ☐ xie/hir/hirs/hirself
   ☐ ze/zem/zir/zirself ☐ ellos/sus ☐ Otros pronombres, especifique: _____

6. **Orientación sexual:**
   ☐ Heterosexual (no lesbiana ni gay) ☐ Bisexual ☐Prefiero no revelarlo
   ☐Homosexual (lesbiana o gay) ☐ No lo sé ☐ Algo más Describa: _____

7. **Sexo con el que se identifica:**
   ☐ Hombre ☐ Mujer ☐ Prefiero no revelarlo ☐ Otro, especifique: _____
   ☐ Género queer, ni exclusivamente masculino ni femenino
   ☐ Hombre transgénero (mujer a hombre), fecha de transición: _____
   ☐ Mujer transgénero (hombre a mujer), fecha de transición: _____

8. **Raza:**
   ☐ Indio americano o nativo de Alaska ☐ Guameño o Chamorro ☐ Samoano
   ☐ Indio asiático ☐ Japonés ☐ Vietnamita
   ☐ Negro/Afroamericano ☐ Coreano ☐ Blanco
   ☐ Chino ☐ Hawaiano nativo ☐ Otra raza: _____
   ☐ Filipino ☐ Otro isleño del Pacífico ☐ Me niego a especificar

9. **Origen étnico (elija una):**
   ☐ Chicano ☐ Mexicoamericano
   ☐ Cubano ☐ Puertorriqueño
   ☐ Hispano/latino ☐ No hispano/latino
   ☐ Mexicano ☐ Me niego a especificar
   ☐ Filipino ☐ Otro hispano, Latino o de origen español: _____

10. **Situación laboral:** ☐ Empleado a tiempo completo ☐ Empleado a medio tiempo
    ☐ No empleado ☐ Trabajador independiente ☐ Jubilado ☐ Otro: _____
    Nombre del empleador*: _____ Ciudad del empleador: _____

El Dorado Community Health Centers

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

11. ¿Cómo supo de nosotros? ☐Familiar ☐Amigo ☐Letrero o servicio móvil de EDCHC ☐Otra agencia ☐Redes sociales ☐Internet ☐Evento o puesto ☐Periódico/TV/Radio

12. ¿Tiene un dentista? ☐ Ninguno

☐ Dentista de EDCHC, fecha de la última visita: _____

☐ Otro dentista, fecha de la última visita: _____

13. ¿Tiene un proveedor de cuidado de los ojos? ☐ Ninguno

☐ Proveedor de cuidado de los ojos de EDCHC, fecha de la última visita: _____

☐ Otro especialista en el cuidado de los ojos, fecha de la última visita: _____

ACUSE DE RECIBO DE LOS DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DE LOS PACIENTES

He leído y entiendo los derechos y responsabilidades del paciente. Reconozco mi responsabilidad de sostener estos principios y cumplir con las directrices descritas. www.edchc.org **Iniciales:** _____

ACUSE DE RECIBO DEL AVISO SOBRE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Entiendo que, en virtud de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de los Seguros Médicos (Health Insurance Portability and Accountability Act) de 1996 ("HIPAA"), tengo ciertos derechos de privacidad con respecto a mi información protegida de salud. Entiendo que esta información puede ser utilizada, y se utilizará, para:

- Llevar a cabo, planificar y dirigir mi tratamiento y seguimiento entre los múltiples proveedores de atención a la salud que puedan estar implicados en ese tratamiento directa e indirectamente.
- Obtener el pago de terceros pagadores.
- Operaciones de atención a la salud que incluyen los aspectos comerciales que implica dirigir nuestra práctica. Algunos ejemplos de esto incluyen llamadas de confirmación de citas, mensajes de correo de voz, cartas a la dirección particular, hablar con, o permitir que, familiares o tutores directos participen en el proceso de examen para apoyar la comprensión de las opciones de tratamiento cuando sea necesario.

Confirmo que he recibido y revisado el Aviso de prácticas de privacidad, que explica cómo se puede utilizar y divulgar mi información médica personal. Entiendo mis derechos con respecto a esta información y cómo puedo acceder a ella. El Aviso de prácticas de privacidad está disponible en la recepción, previa solicitud y visitando www.edchc.org. **Iniciales:** _____

GUÍA DE INFORMACIÓN PARA EL PACIENTE

He leído y entiendo la Guía de información para el paciente. Reconozco mi responsabilidad de ajustarme a las directrices, políticas y expectativas descritas en ella. www.edchc.org **Iniciales:** _____

DICTADO CON IA

Los centros de salud comunitarios El Dorado pueden utilizar tecnología de IA para mejorar la eficiencia y la precisión al documentar mi información de salud. El sistema de IA se utiliza para ayudar a transcribir notas médicas y toda la información se maneja de forma segura de conformidad con las regulaciones de privacidad, incluida la HIPAA. Si doy mi consentimiento, mi información de salud estará protegida y el acceso a la documentación de IA se limitará únicamente al personal autorizado.

El Dorado Community Health Centers

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

PROGRAMA DE DESCUENTO DE TARIFA VARIABLE

Como FQHC que somos, nuestros Centros ofrecen un programa de tarifa variable basado en el tamaño de la familia y los ingresos del hogar. Nuestro personal puede ayudarle con preguntas relacionadas con el programa de descuento de tarifa variable.

POLÍTICA DE PAGOS

Como organización privada que tiene el compromiso de proporcionar atención asequible y de alta calidad a nuestra comunidad, confiamos en el pago inmediato de los servicios prestados.

Facturación al seguro: Le facturaremos a su aseguradora principal en su nombre. En el caso de los pacientes de Medicare, también le facturaremos a su seguro complementario cuando corresponda.

Responsabilidad de Pago:

- Los copagos y deducibles no pagados se deben cubrir al momento del servicio.
- Cualquier saldo restante después de que su seguro haya pagado se le facturará directamente a usted.
- El pago vence al recibir su estado de cuenta.

Requisito de Tarjeta de Seguro/Programa de Descuento de Tarifa Variable: Presente en cada consulta su tarjeta actual del seguro o del Programa de Descuento de Tarifa Variable para garantizar una facturación precisa.

Acuerdos de pago: Si no puede pagar en el momento del servicio, debe comunicarse con nuestro departamento de facturación con anticipación para comentar los acuerdos de pago.

CONSENTIMIENTO

Para proporcionar tratamiento médico, coordinar su atención clínica, facturar a su seguro o entregar la información requerida por su compañía de seguros, debemos obtener su consentimiento. Lea las siguientes afirmaciones, estampe sus iniciales en cada sección para indicar su comprensión y acuerdo, y firme al final del formulario.

1. **Consentimiento para el tratamiento:** Autorizo y doy mi consentimiento para todas las evaluaciones, procedimientos y tratamientos médicos necesarios para mí (o para mi hijo o dependiente indicados anteriormente) mientras recibo atención en El Dorado Community Health Centers. **Iniciales:** _____
2. **Entrega de información:** Autorizo a El Dorado Community Health Centers a revelar cualquier información médica o de otro tipo necesaria para la coordinación de mi atención clínica y para fines de facturación, lo que incluye la presentación de reclamaciones ante mi proveedor de seguros por mí (o mi hijo o dependiente indicados anteriormente). **Iniciales:** _____
3. **Asignación de beneficios:** Autorizo el pago de beneficios médicos directamente a El Dorado Community Health Centers por los servicios que se me han prestado a mí o a mi hijo o dependiente indicados anteriormente. **Iniciales:** _____

Su firma a continuación indica que ha leído, comprende y acepta la política de pagos, y da su consentimiento.

Firma: _____ **Fecha:** _____

El Dorado Community Health Centers

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

Si fue firmado por alguien distinto del paciente, rellene lo siguiente:

Nombre en letra de imprenta: _____

Al firmar, doy fe de que tengo autoridad en virtud de la legislación aplicable para actuar en nombre del paciente con respecto a la información y el plazo descritos en esta autorización.

Autoridad legal: (seleccione uno):

☐ Padre/Tutor legal □ Agente bajo Poder legal de atención sanitaria ☐ Tutor

☐ Albacea/Representante personal de la herencia ☐Otros (describir): _____

Documentación: (adjunte si corresponde): ☐ Poder notarial de atención a la salud

☐ Cartas de tutela ☐ Orden judicial ☐ Otro: _____

EDCHC
El Dorado Community Health Centers

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

Complete este formulario de historial médico para que podamos comprender mejor sus necesidades de salud.

Fecha de hoy: _____

Nombre completo del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____
Seguro principal: _____ Seguro secundario: _____

1. ¿Quién es su médico principal actual o anterior? Añada su información a continuación.

Nombre:	**Dirección:**	**Teléfono:**

2. Afecciones médicas y tratamientos (pasados y presentes): ☐ Ninguno
Si procede, enumérelos a continuación.

Afección médica:	**Año de inicio**	**Cirugías a las que se ha sometido:**	**Fecha**:

3. ¿Consulta actualmente a algún especialista médico? ☐ Sí ☐ No En caso afirmativo, enumérelos a continuación.

Nombre del especialista:	**Motivo de las consultas:**	**Dirección del especialista:**	**Teléfono del especialista:**

4. ¿Tiene alergias a alimentos o medicamentos? ☐ Sí ☐ No En caso afirmativo, enumérelos a continuación.

Nombre de los alérgenos:	**Tipo de acción:**

5. ¿Toma actualmente algún medicamento, vitamina o suplemento a base de hierbas? ☐ Sí ☐ No
En caso afirmativo, enumérelos a continuación y llévelos a su cita.

Nombre del medicamento:	**Dosis (mg/ml/u):**	**¿Cuántas veces al día?**	**Médico que receta:**

EDCHC
El Dorado Community Health Centers

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

6. ¿Qué pruebas de salud preventivas le han hecho? ☐ Ninguna

Si ha completado alguna de las pruebas enumeradas, introduzca el año y el resultado. Utilice los campos "Otros" para las pruebas no enumeradas. Marque "Ninguna" si no hay ninguna.

Nombre de la prueba:	Año	Normal	Anómala	Nombre de la prueba:	Año	Normal	Anómala
Mamografía		☐	☐	Colesterol		☐	☐
Frotis de Papanicolau		☐	☐	Hemoglobina A1c		☐	☐
Colonoscopia		☐	☐	Otra:		☐	☐
Prueba FIT o prueba Cologuard		☐	☐	Otra:		☐	☐
Antígeno específico de la próstata (AEP).		☐	☐	Otra:		☐	☐

7. ¿Consumo de tabaco (mastica o fuma)**?** ☐ Sí ☐ Nunca En caso afirmativo, proporcione los detalles a continuación.

☐ Cigarrillos: ___ paquetes/día, ___ años ☐ Mastica tabaco ___ años.
☐ Dejé de fumar: _____ (¿cuándo?) ☐ Quiero dejarlo.

8. Consumo de alcohol: ☐ Sí ☐ Nunca En caso afirmativo, proporcione los detalles a continuación.

Tipos:	☐ Vino ☐ Cerveza ☐ Licor fuerte	Número de bebidas:		Frecuencia:	☐ Día ☐ Semana ☐ Mes

9. Consumo de drogas recreativas: ☐ Sí ☐ Nunca

En caso afirmativo, indique los nombres de las drogas y el último consumo:_____

10. ¿Alguien de su familia inmediata tiene antecedentes de afecciones médicas? ☐ Sí ☐ No

En caso afirmativo, proporcione los detalles a continuación. (Incluya solo a los parientes biológicos, no se requieren nombres).

Miembro de la familia:	Edad:	¿Fallecido? S/N	Problema de salud importante o causa de muerte, si procede:
Madre			
Su padre			
Hermanas			
Hermanos			
Otros problemas médicos que se presentan en su familia:			

11. ¿Ha recibido alguna vacuna? ☐ Sí ☐ No

El Dorado Community Health Centers

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

En caso afirmativo, introduzca el año en que recibió las vacunas a continuación. Utilice los campos "Otros" para las pruebas no enumeradas.

Nombre de la vacuna:	Año	Nombre de la vacuna:	Año	Nombre de la vacuna:	Año
Tétanos (Td/Tdap)		Varicela		Enfermedad por coronavirus (COVID)	
Hepatitis A (Hep A)		Influenza (gripe)		Última prueba de tuberculosis (TB)	
Hepatitis B (Hep B)		Neumococo (neumonía)		Otra:	
Sarampión		Shingrix (vacuna contra el herpes zóster)		Otra:	
Rubéola		Virus respiratorio sincitial (VRS)		Otra:	

El Dorado Community Health Centers

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

AUTORIZACIÓN DE EDCHC PARA LA REVELACIÓN DE INFORMACIÓN

Nombre del paciente en letra de imprenta: _____
Fecha de nacimiento: _____

Autorizo a El Dorado Community Health Centers (EDCHC) a comentar y compartir mi información protegida de salud con la siguiente persona:

Nombre : _____ **Relación**: _____ **Teléfono**: _____

Objetivo de la autorización: _____
Como ejemplos tenemos coordinación de cuidados, consulta de facturación, apoyo personal y asuntos legales o de seguros; ésta no es una lista exhaustiva de la información protegida de salud, PHI, que pueda compartirse.

Comparta la siguiente información:
☐ Médico ☐ Dental ☐ Cuidado ocular ☐ Quiropráctica ☐ Salud conductual
☐ Psiquiatría ☐ STEPS/Tratamiento del Trastorno por Consumo de Sustancias (SUD)
☐ Facturación

Al estampar mis iniciales a continuación, autorizo a EDCHC a compartir mi información confidencial

_____ Tratamiento del trastorno por Uso de Alcohol/Drogas/Sustancias (SUD)
_____ Salud conductual
_____ Psiquiatría
_____ Salud reproductiva
_____ VIH/SIDA
_____ Información genética

*Exclusión de notas de psicoterapia: Esta autorización no permite la revelación de notas de psicoterapia según lo definido por HIPAA.

CADUCIDAD: Esta autorización caduca en (fecha): ____/____/_____ a menos que se revoque antes por escrito o al momento de mi fallecimiento.

Confirmación y entendimiento

- Entiendo que esta autorización está vigente hasta la fecha de caducidad indicada anteriormente, hasta que la revoque por escrito o tras mi fallecimiento.
- Entiendo que autorizar la divulgación de mi información de salud protegida es voluntario y tengo derecho a negarme a firmar esta autorización. Mi negativa no afectará mi capacidad para recibir tratamiento, ni afectará mi pago, inscripción o elegibilidad para recibir beneficios.
- Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento presentando una revocación por escrito a EDCHC. La revocación no afecta las divulgaciones realizadas con base en esta autorización antes de que EDCHC reciba mi revocación.
- Entiendo que tengo derecho a recibir una copia de esta autorización.
- Esta autorización no permite solicitar ni entregar copias de mis expedientes de salud; se requiere un formulario de Liberación de Registros por separado.
- Esta autorización no autoriza la toma de decisiones sobre el cuidado de la salud.
- Esta autorización no autoriza el consentimiento para el tratamiento de un menor; se requiere un formulario de Consentimiento para Tratar por separado.
- Entiendo que, una vez que la información se comparta con el destinatario autorizado, es posible que ya no esté protegida por la HIPAA. La ley de California generalmente prohíbe la divulgación adicional sin mi autorización o según lo requiera o permita la ley; ciertas categorías (resultados de pruebas de VIH, salud conductual, psiquiatría, tratamiento del trastorno por consumo de sustancias (TUS), salud reproductiva e información genética) tienen restricciones adicionales.

Si procede:

- Para menores y servicios delicados: si el paciente es menor de edad, la información relativa a ciertos servicios para los cuales el menor puede dar su consentimiento (p. ej., salud reproductiva, atención de infecciones de transmisión sexual (ETS), asesoría ambulatoria de salud mental y servicios para trastornos por consumo de sustancias) podrían requerir la autorización del propio menor y no pueden compartirse con el padre, la madre o el tutor, a menos que lo permita la ley.
- Información sobre el tratamiento del trastorno por consumo de sustancias (SUD, en inglés). Si se autoriza la revelación de información sobre trastornos por consumo de sustancias (SUD) protegida por la parte 2 del 42 C.F.R., rellene lo siguiente:

  Destinatario (nombre/clase): _____

  Qué tipo de información: _____

  Cuánta y/o plazo: _____

El Dorado Community Health Centers
Medical Tel: (530) 621-7700
Fax: (530) 621-7713
Dental Tel: (530) 497-5016
Fax: (530) 622-8908

Objetivo: _____

Usted puede revocar por escrito en cualquier momento (excepto en la medida en que ya se haya actuado con base en él). Cualquier revelación acompañará un aviso de prohibición de redivulgación de la Parte 2.

Contacto para preguntas o revocaciones:

Health Information Management
4212 Missouri Flat Road, Placerville, CA 95667
Teléfono: 530-621-7700 ext. 2030 Correo electrónico:
medicalrecords@edchc.org

ENTREGA DE INFORMACIÓN

Firma: _____ **Fecha:** _____

Si fue firmado por alguien distinto del paciente, rellene lo siguiente:

Nombre en letra de imprenta: _____

Al firmar, doy fe de que tengo autoridad en virtud de la legislación aplicable para actuar en nombre del paciente con respecto a la información y el plazo descritos en esta autorización.

Autoridad legal (seleccione una opción): □ Padre/madre/tutor legal □ Agente bajo Poder legal de atención médica □ Tutor □ Ejecutor/Representante personal del patrimonio □ Otro, descríbalo: _____

Documentación: (adjunte si corresponde): □ Poder notarial de atención a la salud □ Cartas de tutela □ Orden judicial □ Otro: _____