

## ¡Bienvenidos!

El centro de Salud **Silver State Health Services** (SSHS) provee cuidado médico familiar a pacientes. Nos complace que usted haya elegido **SSHS** para recibir su atención médica. Seguidamente le informamos sobre las citas médicas, la información financiera, el pago y documentos que deberá traer en caso de que su seguro médico expire.

### CITAS

- SSHS solamente atienden a pacientes con citas. Nuestro horario de servicio es de Lunes a Viernes 9 a.m. a 7 p.m. y Sábados de 9 am a 3 pm.
- A los nuevos pacientes se les pide que lleguen 30 minutos antes de su cita.
- Los pacientes establecidos es necesario que lleguen 15 minutos antes de su cita.
- Recuerde registrarse al llegar a cada cita.
- Si usted se presenta más de 15 minutos tarde, su cita será reagendada.
- En caso de cancelar, recuerde notificar 24 horas antes de su cita.
- Tres inasistencias sin aviso, será causa de finalizar sus citas recurrentes.
- Dos cancelaciones continuas serán causa para finalizar sus citas recurrentes.
- Si está planeando salir de la ciudad, favor de notificar para no perder su hora de cita recurrente.
- Padres con niños menores de 13 años, deben permanecer en las instalaciones durante la cita de sus hijos.
- Confirmar su siguiente cita antes de retirarse de SSHS.
- Se le pide ser respetuoso con los otros pacientes y no usar vocabulario inapropiado en la sala de espera.
- No comer dentro de la sala de espera.
- El cambio de pañales debe ser dentro del baño.
- En general apreciamos su buen comportamiento mientras espera su cita.

### INFORMACION FINANCIERA

- Nosotros aceptamos Medicaid, seguro médico privado y pacientes sin aseguranza pueden calificar basados en su ingreso familiar. En todos los casos es responsabilidad del paciente verificar su método de pago.
- El pago de consulta se requiere al momento de su cita. Nosotros aceptamos efectivo, tarjeta de débito, crédito, y cheques personales con identificación. Se cobrará un cargo de \$25 por cheques sin fondo.
- Si usted o su hijo tienen caso pendiente con Medicaid o es paciente sin aseguranza, requerimos los documentos de la escala de bajos recursos al momento de la cita. En caso de que su niño o usted sean aprobados para Medicaid, nuestra compañía de facturas le reembolsará su pago.
- Usted es responsable de asegurarse que usted o su niño estén asignados a nuestro centro de salud antes de su primera cita con su seguro médico correspondiente.

### Verifique que usted trajo los siguientes documentos:

- Identificación con foto (para adultos)
- Tarjeta de aseguranza (traiga la tarjeta de Medicaid de su niño)
- Los pacientes sin seguro médico tendrán que traer un comprobante de domicilio (recibo de luz, o agua o gas), talones de cheque o (formas de impuestos sólo hasta Abril).

### El pago es requerido en cada cita:

- Todos los co-pagos de seguro médico y los pagos de la escala de bajos recursos son requeridos a la hora de registrarse para su consulta. Si no tiene todo lo necesarios para calificar al descuento usted será responsable del pago completo sin descuento de la visita.

---

Firma del paciente o tutor legal

---

Fecha de hoy

## Formulario de Registro

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

Nombre del Padre/ Tutor legal: \_\_\_\_\_ Tiene documentos de Custodia: Si \_\_\_ No \_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Dept #/Edificio \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_ Compañía de celular: \_\_\_\_\_

En caso de emergencia llamar a: \_\_\_\_\_

Parentesco: \_\_\_\_\_ Número telefónico: \_\_\_\_\_

¿Cómo le gustaría que lo contactemos para recordarle sus citas? texto \_\_\_\_\_ llamada \_\_\_\_\_

¿Cuál es el mejor horario para llamar? \_\_\_\_\_

¿Cómo se enteró de nuestra agencia? \_\_\_\_\_

¿Cuenta con un médico de atención primaria? \_\_\_\_\_ ¿Cuál es su nombre? \_\_\_\_\_

Su atención médica es importante para nosotros. Por esta razón, pedimos que todos los pacientes sean atendidos al menos una vez al año.

¿Ha tenido un examen físico completo en el último año? \_\_\_\_\_ ¿Cuándo? \_\_\_\_\_

¿Cuenta con un psiquiatra primario? \_\_\_\_\_ ¿Cuál es su nombre? \_\_\_\_\_

**Aseguranza primaria:** \_\_\_\_\_ # ID \_\_\_\_\_ #De subscripción: \_\_\_\_\_

Persona responsable de la seguridad: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Relación al paciente: \_\_\_\_\_ **SS#** \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Apt/Unidad \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

**Aseguranza Secundaria:** \_\_\_\_\_ # ID \_\_\_\_\_ #De subscripción: \_\_\_\_\_

Persona responsable de la seguridad: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Relación al paciente: \_\_\_\_\_ **SS#** \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Dept #/Edificio \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente o tutor legal

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

## Historia Sociocultural Del Paciente

Marque cuál es su ingreso aproximado al año:

Menos de \$10,000  \$10,000-14,999  \$15,000-19,999  \$20,000-29,999  \$30,000-49,999  \$50,000-79,000  Más de \$80,000

¿Cuántas personas en total viven en casa? \_\_\_\_\_

*\* SSHS define a un miembro familiar de la familia como cualquier persona incluyendo uno mismo, cónyuge, o pareja; cualquier niño dependiente menor de 18 años de edad; y cualquier persona dentro de la residencia; al cual que el jefe de familia presta apoyo.*

Raza:  Indio americano o nativo de Alaska  Asiático  Nativo hawaiano  Africanoamericano  Blanco  Hispana  Otra raza  Otras islas del Pacífico  No reportado/rehusado a reportar

Origen étnico:  Hispanos o latinos  No hispano o Latino  Se negó a denunciar  Veterano:  Sí  No

Orientación sexual:  Heterosexual (atracción sexual por el sexo opuesto al paciente)  Homosexual/Lesbiana (atracción sexual por el mismo sexo del paciente)

Bisexuales (atracción sexual por ambos sexos)  Otro  No sé  Elija no divulgar

Identificación de género:  Hombre  Mujer  Transgénero masculino a femenino  Transgénero femenino a masculino  Otro

Elija no divulgar

Nivel educativo:  Elemental  Escuela secundaria  Vocacional  Universidad  Graduado/profesional

Situación actual de vida (Marque todas las que apliquen):  Casa unifamiliar  Hogar multigeneracional  Sin hogar  Refugio  Otros: \_\_\_\_\_

Tabaquismo/consumo:  Actual  Pasado  Nunca Describa: \_\_\_\_\_ cantidad/día: \_\_\_\_\_ \* \_\_\_\_\_ número de años: \_\_\_\_\_

Alcohol:  Actual  Pasado  Nunca bebe ¿Cuántas bebidas alcohólicas por semana? \_\_\_\_\_

Consumo de drogas:  Actual  Pasado  Nunca ¿Qué tipo de drogas? \_\_\_\_\_

¿Es sexualmente activo?  Sí  No ¿Alguna vez tuvo una enfermedad de transmisión sexual (ETS)?  Sí  No

¿Hay algún problema o inquietud personal en el hogar, el trabajo o la escuela que le gustaría discutir?  Sí  No

¿Hay alguna inquietud cultural o religiosa relacionada con nuestra prestación de atención?  Sí  No

¿Hay algún problema financiero que afecte directamente su capacidad para manejar su salud?  Sí  No

¿Con qué frecuencia obtiene el apoyo social y emocional que necesita?  Siempre  Generalmente  Algunas veces  Raramente  Nunca

## Hoja de Información de Salud Mental

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

¿Está actualmente recibiendo consejería o terapia en algún otro lugar?  Si  No

¿Ha recibido consejería/terapia en el pasado?  Si, ¿Dónde? \_\_\_\_\_  No

¿Está actualmente tomando medicamento psiquiátrico (antidepresivos o algún otro)?  Si  No

¿Ha tenido pensamientos suicidas recientemente?  Frecuentemente  Algunas Veces  Rara Vez  Nunca

¿Ha tenido pensamientos suicidas en el pasado?  Frecuentemente  Algunas Veces  Rara Vez  Nunca

En el último año, ¿Ha experimentado algún cambio significativo o situación estresante? ¿Cuál?

¿Tiene algún problema con sus hábitos de sueño?  No  Duermo poco  Duermo mucho  Duermo pero no descanso

Sueños perturbadores  Otros: \_\_\_\_\_

**¿Ha experimentado lo siguiente?**

Humor extremadamente depresivo	Si / No	Pérdida de memoria	Si / No
Cambios de humor drásticos	Si / No	Abuso de alcohol o sustancias	Si / No
Ansiedad extrema	Si / No	Dolores corporales frecuentes	Si / No
Ataques de pánico	Si / No	Desórden alimenticio	Si / No
Fobias	Si / No	Problemas de autoimagen	Si / No
Dificultades del sueño	Si / No	Pensamientos repetitivos	Si / No
Alucinaciones	Si / No	Comportamientos repetitivos	Si / No
Desorientación del tiempo	Si / No	Pensamientos homicidas	Si / No

**HISTORIA DE LA SALUD MENTAL DE LA FAMILIA**

¿Alguien de la familia ha experimentado las siguientes dificultades?

Difficutly	Answer	Family Member
Depresión	Si / No	
Transtorno Bipolar	Si / No	
Transtorno de Ansiedad	Si / No	
Ataques de Pánico	Si / No	
Esquizofrenia	Si / No	
Abuso de alcohol u otra substancia	Si / No	
Problemas alimenticios	Si / No	
Problemas de aprendizaje	Si / No	
Historia de trauma	Si / No	
Intento de suicidio o suicidio	Si / No	
Enfermedades Crónicas	Si / No	

Favor de evaluar a su familia:	Poco	Neutral	Bueno
<b>Comunicación.</b> Abierta, suficiente.			
<b>Unidad.</b> Reuniones familiares, tradiciones.			
<b>Aprecio.</b> Expresan gratitud.			
<b>Animo.</b> Se apoyan.			
<b>División de Responsabilidades.</b> Tareas claras y equitativas.			
<b>Flexibilidad.</b> Disposición a ceder.			
<b>Afecto/Amor.</b> Caricias.			
<b>Lazos familiares y comunitarios.</b> Espiritualidad, familia extendida.			
<b>Compromiso.</b> Lealtad, responsabilidad.			
<b>Forgiveness.</b> Disposición para aceptar errores o disculparse.			
<b>Intereses Compartidos.</b> Disfrutan de activides juntos.			
<b>Amistad.</b> Cercanía, compañía.			
<b>Seguridad.</b> Bienestar.			
<b>Confianza.</b> Fe, pueden depender.			
<b>Calidez.</b> Ternura, generosidad.			
<b>Respeto.</b> Admiración, buena opinion..			

## Silver State Health Services

2255-A Renaissance Dr. Las Vegas, NV 89119  
T: 702-471-0420

### Aviso de Prácticas de Privacidad

1. ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO LA INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED PUEDE SER UTILIZADA Y DIVULGADA Y CÓMO PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR REVISELO CUIDADOSAMENTE. Este aviso resume brevemente cómo manejamos su información de salud y más detalles de nuestras políticas y procedimientos de privacidad.
2. Cómo podemos usar y divulgar su información de salud: utilizamos la información de salud que recopilamos sobre usted para su tratamiento, para obtener el pago de nuestros servicios, para fines administrativos y para evaluar la calidad de la atención que le brindamos. Su información de salud puede ser compartida con otros proveedores en casos tales como referencias, por correo, fax o electrónicamente. Según la ley, puede haber casos en los que debemos divulgar su información sin su autorización. Si no desea que divulguemos su información, puede revocar su autorización en cualquier momento, tenga en cuenta que esto puede afectar su atención.
3. Sus derechos: En la mayoría de los casos, tiene derecho a consultar u obtener una copia de la información médica que utilizamos para tomar decisiones sobre usted. Si solicita copias, es posible que le cobremos una tarifa basada en los costos. También tiene derecho a solicitar una lista de ciertos tipos de divulgaciones de su información que hemos realizado. Si cree que su información de salud es incorrecta o falta información, tiene derecho a solicitar que corriamos la información existente o agregue la información faltante.
4. Nuestro deber legal: la ley nos exige proteger la privacidad de su información de salud, proporcionar este aviso sobre nuestras prácticas de privacidad, seguir las prácticas de privacidad que se describen en este aviso y solicitar su acuse de recibo de este aviso. Podemos cambiar nuestras políticas de privacidad en cualquier momento. Antes de realizar cambios significativos en nuestras políticas, cambiaremos nuestro aviso y publicaremos el nuevo aviso en el área de espera. También puede solicitar una copia de nuestro aviso en cualquier momento. Para obtener más información sobre nuestras políticas de privacidad, comuníquese con el número que figura a continuación.
5. Quejas de privacidad: si le preocupa que hayamos violado sus derechos de privacidad, nuestras políticas de privacidad o si no está de acuerdo con una decisión que tomamos sobre el acceso a su información de salud, puede comunicarse con el número que figura a continuación. También puede enviar una queja por escrito al Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos. La dirección se puede solicitar llamando al número que se indica a continuación.

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con: Silver State Health Services al 702-463-1093

Yo, \_\_\_\_\_, he recibido una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad de esta práctica.

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

Firma del cliente o tutor: \_\_\_\_\_

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

## Formulario de consentimiento del paciente de conformidad con HIPAA

Nuestro Aviso de prácticas de privacidad brinda información sobre cómo podemos usar o divulgar información médica protegida.

El aviso contiene una sección de derechos del paciente que describe sus derechos conforme a la ley. Usted se asegura de que, mediante su firma, haya revisado nuestro aviso antes de firmar este consentimiento.

Los términos de la notificación pueden cambiar, si es así, se le notificará en su próxima visita para actualizar su firma / fecha.

Tiene derecho a restringir la forma en que se utiliza y divulga su información médica protegida para tratamiento, pago u operaciones de atención médica. No estamos obligados a aceptar esta restricción, pero si lo hacemos, cumpliremos con este acuerdo. La ley HIPAA (Ley de responsabilidad y portabilidad de seguros de salud de 1996) permite el uso de la información para tratamiento, pago u operaciones de atención médica.

Al firmar este formulario, usted acepta nuestro uso y divulgación de su información médica protegida y el uso potencialmente anónimo en una publicación. Usted tiene el derecho de revocar este consentimiento por escrito, firmado por usted. Sin embargo, dicha revocación no será retroactiva.

Al firmar este formulario, entiendo que:

- La información médica protegida puede ser divulgada o utilizada para tratamiento, pago u operaciones de atención médica. La práctica se reserva el derecho de cambiar la política de privacidad según lo permitido por la ley.
- La práctica tiene el derecho de restringir el uso de la información, pero la práctica no tiene que estar de acuerdo con esas restricciones.
- El paciente tiene el derecho de revocar este consentimiento por escrito en cualquier momento y, luego, todas las revelaciones completas cesarán.

La práctica puede condicionar la recepción del tratamiento a la ejecución de este consentimiento.

¿Podemos telefonar, enviar un correo electrónico o enviarle un mensaje de texto para confirmar las citas?  Sí  No

¿Podemos dejar un mensaje en su contestador automático en casa o en su teléfono celular?  Sí  No

¿Podemos hablar sobre su condición médica con algún miembro de su familia?  Sí  No

Si es Sí, por favor nombre los miembros permitidos:

---

---

Este consentimiento fue firmado por: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente o tutor legal

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

\_\_\_\_\_  
Firma del testigo

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

## Consentimiento para Tratamiento

Yo estoy de acuerdo con el tratamiento en Silver State Health Services (SSHS).

Entiendo que toda la información sobre el diagnóstico y / o tratamiento es confidencial y no será revelada a ninguna otra agencia o persona sin mi conocimiento por escrito, excepto cuando sea requerido por la ley. Entiendo que SSHS y mi consejero están obligados a informar sobre el conocimiento del maltrato infantil actual. También entiendo que SSHS y mi consejero puede ser liberado de los estatutos de confidencialidad si hay una seria intención de hacer daño a mí mismo o a los demás. El personal de SSHS me ha dado un folleto que incluye un número de teléfono de emergencias y otro tipo de información sobre emergencias y crisis.

Además, entiendo que mi consejero puede consultar con otros profesionales en el BBS con el fin de proporcionar el mejor tratamiento posible para mí. El personal y el psiquiatra también pueden hablar unos con otros, según sea necesario, con respecto a mi cuidado.

Además, debido a que SSHS es también un centro de formación y mi asesor o proveedor de servicio puede ser un estudiante aprendiz, yo entiendo que todos los estudiantes son supervisados y que mi situación será discutida con el supervisor de mi proveedor. La intención de la supervisión es promover la atención de más alta calidad. Con ese fin se me puede pedir por mi consejero de tener mis sesiones grabadas en vídeo y/o grabadora de audio. Si voy a ser grabada, que el proceso será discutido conmigo. También entiendo que los datos demográficos se recopilan y se almacenan en una base de datos para posibles reportes anónimos. En todo momento mi privacidad y la cuidado será tratada con la más alta consideración.

Además, de vez en cuando, SSHS puede brindarme a mí o a mi hijo servicios de transporte (pase de autobús, taxi, Uber, Van de SSHS, etc.). En consideración por ese servicio, libero de responsabilidad a SSHS y renuncio a mi derecho a demandar a SSHS por cualquier daño que yo o mi hijo pueda sufrir, o que pueda resultar de la participación en dichos servicios.

Además, entiendo que como parte de mi historial médico, yo/mi hijo(a) será fotografiado con fines de identificación internos solamente. Las fotografías del cliente son parte del registro de cliente destinados a propósitos de identificación internos solamente. Las imágenes no pueden reproducirse o enviar a terceros sin el consentimiento expreso por escrito del cliente, su tutor legal o su representante designado.

El correo electrónico no es un medio seguro y confidencialidad no se puede garantizar, ni es un método confiable de contacto con los consejeros en crisis o en situaciones de no-crisis. Por favor, comuníquese por teléfono con SSHS para asegurar una respuesta rápida y confidencial.

Si usted no puede asistir a una cita, por favor llame a la oficina con 24 horas de antelación, o su ausencia se considerará como una sesión.

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

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

Firma del paciente o tutor legal: \_\_\_\_\_

Relación con el paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de hoy: \_\_\_\_\_

## Formulario de Consentimiento para el Programa de ePrescribe

### Programa ePrescribe

La prescripción electrónica es una forma en que los médicos pueden enviar electrónicamente una receta precisa, libre de errores y comprensible desde el consultorio del médico a la farmacia. El programa ePrescribe también incluye:

- Formulario y transacciones de beneficios: le brinda al proveedor de atención médica información sobre qué medicamentos están cubiertos por su plan de beneficios de medicamentos.
- Notificación de estado: le permite al proveedor de atención médica recibir un aviso electrónico de la farmacia que le informa si su receta se retiró, no se recogió o se llenó parcialmente.
- Transacciones del historial de medicamentos: proporciona al proveedor de atención médica información sobre sus recetas actuales y anteriores. Esto permite a los proveedores de atención médica estar mejor informados sobre posibles problemas de medicamentos y utilizar esa información para mejorar la seguridad y la calidad. Los datos del historial de medicamentos pueden indicar: cumplimiento con los regímenes prescritos; intervenciones terapéuticas; interacciones medicamentosas y drogas-alergia; Reacciones adversas a medicamentos, y terapia duplicativa.

La información del historial de medicamentos incluiría los medicamentos recetados por su proveedor de atención médica en Silver State Health Services, así como otros proveedores de atención médica involucrados en su atención, y puede incluir información confidencial que incluye, entre otros, medicamentos relacionados con enfermedades de la salud mental y enfermedades venéreas, enfermedades de transmisión sexual, aborto(s), violación, agresión sexual, abuso de sustancias (drogas y alcohol), enfermedades genéticas y VIH/SIDA. Como parte de este Formulario de consentimiento, usted acepta específicamente la divulgación de esta y otra información sensible con relación a su salud.

### Consentimiento

Al firmar este formulario de consentimiento, usted acepta que su proveedor de Silver State Health Services puede solicitar y usar su historial de medicamentos recetados de otros proveedores de atención médica y/o terceros pagadores de beneficios de farmacia para fines de tratamiento.

Usted puede decidir no firmar este formulario. Su elección no afectará su capacidad para recibir atención médica, el pago de su atención médica o sus beneficios de atención médica. Es posible que su decisión de otorgar o denegar el consentimiento no sea la base para la denegación de servicios de salud. También tiene derecho a recibir una copia de este formulario después de que lo haya firmado.

Este formulario de consentimiento permanecerá vigente hasta el día en que revoque su consentimiento. Puede revocar este consentimiento en cualquier momento por escrito, pero si lo hace, no tendrá efecto en ninguna de las acciones tomadas antes de recibir la revocación.

Entendiendo todo lo anterior, por la presente doy mi consentimiento informado a Silver State Health Services para inscribirme en este programa ePrescribe. He tenido la oportunidad de hacer preguntas y todas mis preguntas han sido respondidas satisfactoriamente.

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

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

Firma del paciente o tutor legal: \_\_\_\_\_

Relación con el paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de hoy: \_\_\_\_\_