



LASSEN
INDIAN HEALTH CENTER

2022 Lista de Control de la Actualización del Paciente

Gracias por confiarnos sus necesidades sanitarias y odontológicas. A continuación encontrará una lista de comprobación que le ayudará a actualizar su información personal para que podamos coordinar eficazmente el tratamiento y continuar con su atención.

Formularios a Rellenar

- Actualización del Paciente
- Consentimiento de Actualización del Paciente
- Consentimiento para la Coordinación de la Atención Médica
- Consentimiento para el Tratamiento de un Menor



1. Información del Paciente

_____	_____	_____	_____
Apellido	Nombre	Segundo Nombre	Fecha de Nacimiento
_____	_____	_____	_____
Dirección de <i>Domicilio</i>	Ciudad	Estado	Código postal
_____	_____	_____	_____
Dirección postal igual que la anterior <input type="checkbox"/>	Dirección de <i>Correo</i>	Ciudad	Estado
			Código postal

2. Estatus de Empleo Tiempo Completo Parte de Tiempo Desempleado Retirado Estudiante

_____	_____	_____
Ocupación	Nombre del Empleador	Dirección del Empleador

3. Empleo del Cónyuge Tiempo Completo Parte de Tiempo Desempleado Retirado Estudiante

_____	_____	_____
Nombre del cónyuge (Si no está casado, marque la casilla: <input type="checkbox"/>)	Nombre del Empleador	Teléfono del Empleador

4. Contacto de Emergencia

_____	_____	_____	_____
Nombre	Apellido	Teléfono	Relación al paciente
_____	_____	_____	_____
Dirección de <i>Domicilio</i>	Ciudad	Estado	Código postal
			Teléfono

5. Información del Seguro Médico

_____	_____
Nombre del suscriptor	Número de Identificador
_____	_____
Número de Seguro Social	Fecha de nacimiento
_____	_____
Compañía de Seguro	Insurance Phone #
_____	_____
Nombre del Grupo	Número del Grupo
_____	_____
Empleador	Relación con suscriptor

6. Información del Seguro Dental

_____	_____
Nombre del suscriptor	Número de Identificador
_____	_____
Número de Seguro Social	Fecha de nacimiento
_____	_____
Compañía de Seguro	Insurance Phone #
_____	_____
Nombre del Grupo	Número del Grupo
_____	_____
Empleador	Relación con suscriptor

7. Detalles Adicionales

- (A) ¿Cuántos miembros hay en su hogar? _____
- (B) ¿Cuáles son los ingresos anuales de su hogar? _____
- (C) ¿Es usted trabajador migrante? No Trabajador Agrícola Migrante Trabajador Agrícola Estacional
- (D) Si no tiene hogar, ¿dónde vive? Albergue para personas sin hogar Transición Doblar la apuesta Calle Otro
- (E) ¿Cómo se accede a Internet? Sin acceso Dispositivo móvil Casa Trabajo Escuela/Biblioteca



Consentimiento de Actualización del Paciente

Este acuerdo es celebrado por y entre el Centro de Salud Indígena de Lassen y el paciente para poder facturar a las fuentes disponibles por los servicios prestados y para permitir la divulgación de información de los registros del paciente a las compañías de seguros y/u otros que puedan estar involucrados en el cuidado del paciente en el futuro.

1. Información del Paciente

Apellido

Nombre

Segundo Nombre

Fecha de Nacimiento

2. Consentimiento del Paciente

- ✓ **La Autorización del Acuerdo:** El paciente o la parte responsable autoriza a los proveedores del Centro de Salud Indígena de Lassen a dar tratamiento de acuerdo con el plan de tratamiento creado para el paciente.
- ✓ **Autorización de pago:** El paciente autoriza al Centro de Salud Indígena de Lassen a recibir el pago directo por los servicios prestados de las fuentes de pago apropiadas. Los cargos no excederán lo que es razonable y habitual.
- ✓ **Divulgación de información:** El paciente autoriza al Centro de Salud Indígena de Lassen a divulgar información a la aseguradora o a otras agencias con el propósito de facturar, así como a otras personas que puedan proporcionar atención médica, dental o servicios sociales adicionales al paciente.

3. Reconocimiento y Acuerdo

Por favor, marque con una cruz las siguientes afirmaciones para indicar que está de acuerdo y firme a continuación.

- Autorizo a LIHC a divulgar mis datos para fines de facturación.
- A efectos del cobro de la facturación de terceros, cedo mis prestaciones a LIHC.
- Entiendo que puedo solicitar copias de la información anterior a Lassen Indian Health Center.

Autorizo la divulgación de cualquier información médica necesaria para procesar las facturas a mi compañía de seguros, y solicitar el pago de los beneficios a Lassen Indian Health Center. Reconozco que soy financieramente responsable del pago, esté o no cubierto por el seguro.

Nombre del paciente (o tutor) *(en letra de imprenta)*

Firma

Fecha



Consentimiento para la Coordinación de la Asistencia
Enumere los familiares u otras personas que puedan participar en la coordinación de la atención o en el pago de la misma. Indique qué tipo de información puede compartirse.

1. Información del Paciente

_____ Apellido _____ Nombre _____ Segundo Nombre _____ Fecha de Nacimiento _____

2. Miembros de la Familia u otras Personas Involucradas en el Cuidado

Indique el Tipo de Información que se va a Compartir

Nombre	Relación con el Paciente	Médico	Dental	Programación y Citas	Facturación y Seguros
_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Instrucciones o limitaciones específicas: _____

3. Código de Validación

Por favor, proporcione un código de validación a cualquier persona que pueda estar involucrada en la coordinación de la atención o el pago. Se le pedirá este código antes de que la información pueda ser divulgada por teléfono.

Código de validación: _____

4. Reconocimiento y Acuerdo

Seguiremos utilizando la información de este formulario cuando nos comuniquemos con los miembros de la familia u otras personas involucradas en su cuidado, a menos que usted haga cambios. Notifique inmediatamente al personal de nuestra oficina si desea modificar cualquiera de las designaciones anteriores. Para revocar esta autorización, envíe una notificación por escrito a 795 Joaquin Street, Susanville CA 96130.

_____ Firma del paciente/padre/tutor _____ Relación con el Paciente _____ Fecha _____



Consentimiento para el Tratamiento de Menores

El tratamiento de un menor requiere el esfuerzo conjunto del profesional sanitario y los padres o el tutor legal del niño. El papel del proveedor es asegurarse de que el padre o tutor conozca y esté de acuerdo con el plan de tratamiento.

1. Información del Paciente

Apellido

Nombre

Segundo Nombre

Fecha de Nacimiento

2. Autorización y Consentimiento para el Tratamiento de un Menor

El padre o tutor legal autoriza el consentimiento para que el Centro de Salud Indígena de Lassen organice o proporcione los siguientes servicios:

1. **Asistencia sanitaria**, incluidos los reconocimientos médicos, los estudios de laboratorio rutinarios, los procedimientos de rayos X y las pruebas cutáneas
2. **Atención odontológica**, incluidos los exámenes dentales, el uso preventivo de fluoruros y la atención de urgencia necesaria
3. **Servicios de salud mental y de trastornos por consumo de sustancias (S.U.D.)**, incluyendo la evaluación y el tratamiento necesarios
4. **Transporte del niño** hasta y desde otro Centro de Salud para estos servicios

Excepciones o instrucciones especiales: _____

3. Reconocimiento y Acuerdo

Por la presente doy mi consentimiento para todos los servicios mencionados. Esta autorización permanecerá en vigor durante un año a partir de la fecha firmada, a menos que sea revocada antes por escrito por los padres o el tutor legal y entregada a Lassen Indian Health Center. Esta autorización se otorga conforme a las disposiciones del artículo 25.8 del Código Civil de California. Para revocar esta autorización, por favor envíe una notificación por escrito a 795 Joaquin Street, Susanville CA 96130.

Nombre del paciente o del padre/representante legal (*en letra de molde*)

Firma

Fecha