



LASSEN
INDIAN HEALTH CENTER

2026 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. *Asegúrese de que toda la información esté mecanografiada o escrita con tinta azul o negra y de que las firmas se rellenen a mano, ya que no se aceptan firmas electrónicas.*

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
- ☐ Recordatorio de la Política de la Oficina para los Pacientes



LASSEN
INDIAN HEALTH CENTER

2026 Actualización de la Información del Paciente

Cada año es necesario actualizar sus datos para que podamos coordinar eficazmente el tratamiento y la comunicación.

1. Información del Paciente

Apellido	Nombre	Segundo Nombre	Fecha de Nacimiento	
Dirección de Domicilio		Ciudad	Estado	Código postal
Dirección postal igual que la anterior ☐		Dirección de Correo	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: ☐)	Nombre del Empleador	Teléfono del Empleador
--	----------------------	------------------------

4. Información del Seguro Médico

a. Aseguranza Primaria

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

b. Aseguranza Secundaria

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

*Por favor de presentar su tarjeta de seguridad

5. Información del Seguro Dental

a. Aseguranza Primaria

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

b. Aseguranza Secundaria

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

*Por favor de presentar su tarjeta de seguridad

6. Contacto de Emergencia

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

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
_____	_____	☐	☐	☐	☐
_____	_____	☐	☐	☐	☐
_____	_____	☐	☐	☐	☐
_____	_____	☐	☐	☐	☐
_____	_____	☐	☐	☐	☐

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 _____



LASSEN
INDIAN HEALTH CENTER

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 _____

Official Use Only:

Scanned/Copied to Chart by: _____
Employee Name _____ Date _____



LASSEN
INDIAN HEALTH CENTER

RECORDATORIO DE LA POLÍTICA DE LA OFICINA PARA LOS PACIENTES

El personal profesional del Lassen Indian Health Center se compromete a prestar servicios médicos y dentales a toda la comunidad de Susanville. Nuestros profesionales sanitarios titulados y nuestros equipos de apoyo han establecido sistemas para garantizar que todos los pacientes reciban una atención oportuna y adecuada.

Para poder atender a todos los pacientes de forma eficiente, hemos implantado una serie de normas internas diseñadas para agilizar el flujo de pacientes en nuestras clínicas. Todos los pacientes deben llamar con antelación para concertar una cita. Recomendamos llegar al menos **15 minutos antes de** la hora programada para poder registrarse y recibir cualquier información actualizada.

Si no puede acudir a su cita, le rogamos que lo comunique a la consulta lo antes posible. Las cancelaciones realizadas con menos de **una hora de antelación** a la hora programada se considerarán *cancelaciones en el mismo día*.

Se considerará que no te has presentado a la cita si:

- No acudes a la cita, o
- Llegas con **más de 7 minutos** de retraso

En estos casos, será necesario cambiar la fecha de su cita.

Se lleva un control de las cancelaciones realizadas el mismo día y de las ausencias sin previo aviso. Si un paciente acumula **tres ausencias sin previo aviso en un periodo de seis meses**, se cancelarán todas sus citas futuras y no se le podrán concertar nuevas citas durante **tres meses**. Durante este tiempo, los pacientes solo podrán ser atendidos sin cita previa, en función de la necesidad médica.

Además, las cancelaciones frecuentes el mismo día pueden dar lugar a que se considere al paciente como paciente sin cita previa.

He leído y comprendo la política mencionada anteriormente.

Nombre del paciente

Fecha de nacimiento

Firma del paciente *(del padre, madre o tutor, si es menor de edad)*

Fecha