

AVISO AL PACIENTE

Nuestra meta en HOPES es proporcionar atención médica de calidad. Debido a nuestra preocupación por su salud y bienestar, hay ciertos tipos de medicamentos que capaz no se podrá prescribir a usted. Algunos ejemplos son los siguientes:

Oxycontin	Xanax
Oxycodone	Valium
Hydrocodone	Restoril
Percocet	Klonopin
Percodan	Tranxene
Lortab	Ativan
Lorcet	Ambien
Morphine	Soma
Tylenol #3	Methadone
Tylox	Vicodin
Ultram/Tramadol	Estimulantes para adultos

Si ya está tomando alguno de los medicamentos anteriores, su proveedor podría querer hablar con usted acerca de tratamientos alternativos.

Si usted es un paciente nuevo, tenga en cuenta que es muy improbable que seamos capaces de prescribir cualquiera de estos medicamentos para usted.

Si tiene preguntas o preocupaciones acerca esta póliza, por favor no dude discutir las con su proveedor o con el Director General de Salud.

ADULT PRIMARY CARE	
PEDIATRIC PRIMARY CARE	
ADULT BEHAVIORAL HEALTH	
PEDIATRIC BEHAVIORAL HEALTH	
RELEASE OF INFORMATION SIGNED	

Registro de Pacientes

Fecha		NUMERO DE SEGURO SOCIAL (SI APLICA)	
PRIMER NOMBRE (Legal)	SEGUNDO NOMBRE	APELLIDO (S)	
NOMBRE PREFERIDO (SI APLICA)		PRONOMBRES PREFERIDOS (SI APLICA)	
DOMICILIO	CIUDAD	ESTADO	CODIGO POSTAL
NUMERO DE TELEFONO	NUMERO DE TELEFONO (TRABAJO)	CORREO ELECTRONICO	
EDAD	FECHA DE NACIMIENTO	LUGAR DE NACIMIENTO	

¿Alguna vez le han diagnosticado VIH/SIDA?:

Si No

Sexo de Nacimiento:

Hombre Mujer

Identidad de Género Actual (Por Favor Seleccione Uno):

- Masculino Femenina Eligio no revelar Mujer a Hombre/Hombre Transgénero/Hombre Trans
 Hombre a Mujer/Mujer Transgénero/Mujer Trans Genderqueer, ni exclusivamente Masculino ni Femenino
 Categoría de Género adicional, por favor especifique _____

Orientación Sexual Actual (Por Favor Seleccione Uno):

- Heterosexual Lesbiana o Gay Bisexual No lo sé Eligio no revelar
 Categoría adicional, por favor especifique _____

Raza:

- Indio Americano/ Nativo de Alaska Asiático Negro/ Afroamericano
 Nativo de Hawái/ Islas del Pacifico Blanco/Caucásico Otro

Etnicidad:

Hispano(a) No-Hispano(a)

Idioma preferido:

Inglés Español Otro _____

Estado Civil:

Soltero(a) Casado(a) Cónyuge/Pareja Divorciado Legalmente Separado Viudo(a)

Estatus de empleo:

Empleado Desempleado Jubilado Servicio Militar Activo Ninguna

¿Ha estado en el ejército?

Si No

Estatus de Estudiante:

Estudiante tiempo completo Estudiante de medio-tiempo No estudiante

¿Cómo se enteró de HOPES?

Por un paciente de HOPES? Anuncio de Publicidad Internet Medios de comunicación social
 Otro _____

ADULT PRIMARY CARE	
PEDIATRIC PRIMARY CARE	
ADULT BEHAVIORAL HEALTH	
PEDIATRIC BEHAVIORAL HEALTH	

Consentimiento de Tratamiento para el Paciente

Por medio del consentimiento a y autorizar dicho tratamiento prescrito y completamente explicado a mí por HOPES. Además consiente y autoriza a tales pruebas de laboratorio y procedimientos, exámenes de rayos x y otros servicios médicos de rutinarios que se consideren necesarias por los proveedores de HOPES. No es posible hacer garantías sobre los resultados del examen o tratamiento. Reconozco que me no han hecho ninguna garantía de tal. Entiendo que tendré la oportunidad de discutir cualquier y todos los cuidados o tratamiento me propusieron con los proveedores de HOPES y puedo negarme a dar su consentimiento para el cuidado o tratamiento si no desea continuar con esos cursos de tratamiento. Ofreceré HOPES con información exacta sobre mis drogas médicas, sexual, o historia de alcohol y problemas personales o sociales que pueden afectar mi salud o atención médica para asegurar el tratamiento adecuado, la atención y derivación para servicios necesarios. Soy responsable de tener todas las pruebas de laboratorio, radiografías y otros procedimientos de diagnóstico hechos oportunamente, antes de mi próxima cita programada e informaré para todas las citas de la clínica programada en el tiempo. Hopes no proporciona servicios de Afirmación de Género or Terapia de Reemplazo Hormonal (HRT) a personas menores de 18 años. La aceptación por parte del paciente de los servicios de planificación familiar no debe ser un requisito previo para la elegibilidad o la recepción de cualquier otro servicio, asistencia o participación en cualquier otro programa que se ofrezca en Northern Nevada HOPES (42 CFR 59.5(a)(2)).

Asignará a un proveedor de HOPES basado en disponibilidad. Entiendo que puedo ser visto por otro proveedor de HOPES si mi proveedor habitual no está disponible. Entiendo llego tarde a mi cita no puede ser visto por mi proveedor regular. Entiendo que debo solicitar medicamentos recargas contactando a la farmacia por lo menos tres días hábiles antes de mi suministro de medicamentos se agote.

_____ INICIALES DEL PACIENTE O PADRE/GUARDIAN

Reconozco que la clínica de HOPES no **funciona un servicio de atención de emergencia**. Miembros del personal están disponibles para mí durante las horas regulares de trabajo para responder a sus preguntas o dudas acerca de mi necesidad de atención urgente. Si mi situación es de emergencia I asistencia debe llamar al 911 o vaya a la sala de emergencia más cercana. Si deseo hablar con un médico después de horas que puedo llamar a la clínica de HOPES al 786-4673. Dirigi al servicio de respuesta y un médico le devolverá a mi llamada.

_____ INICIALES DEL PACIENTE O PADRE/GUARDIAN

Entiendo que HOPES tiene un enfoque de equipo integrado para el manejo del paciente y que la información médica puede ser compartida entre los médicos, farmacéutico, salud mental, enfermeras, administradores de casos, asistentes médicos, estudiantes de medicina o internos sin autorización escrita. Esta información es utilizada exclusivamente para el propósito de la coordinación de la atención médica y los servicios sociales.

_____ INICIALES DEL PACIENTE O PADRE/GUARDIAN

HONORARIOS DE PAGO POR SERVICIOS: Northern Nevada HOPES brinda servicios a clientes que no tienen cobertura de seguro de terceros utilizando una escala de tasa de deslizamiento, adhiriéndose a las directrices de la pobreza de salud y servicios humanos. Entiendo los cargos por servicios dependen de mis ingresos y pueden cambiar como mis ingresos aumenta o disminuye. En caso de que tengo derecho a los beneficios derivados de cualquier póliza de seguro privado o comercial, dichas prestaciones serán solicitados y asignados al Northern Nevada de HOPES. Si yo estoy cubierto por Medicare, Medicaid o compensación del trabajador, se enviará un reclamo a la agencia apropiada. Sin embargo, entiendo que soy responsable por cualquier copagos, deducibles, u otros cargos por ninguna póliza de seguro o agencia gubernamental y estos copagos son pagaderos en el momento de servicio prestado a menos que se han hecho otros arreglos previos.

He leído con atención y comprendo totalmente este consentimiento y acuerdo. He recibido una copia de este consentimiento / acuerdo y estoy debidamente autorizado para ejecutar lo anterior, y acepto los términos como se describe. Entiendo que este consentimiento / acuerdo es efectivo hasta que sea revocada por escrito.

 FIRMA DEL PACIENTE/GUARDIAN LEGAL

 FECHA

 FIRMA DEL EMPLEADO DE HOPES

 FECHA

Como paciente, tienes el derecho a:

- Ser tratado con respeto y dignidad en un entorno seguro y privado.
- Cambiar proveedores médicos en Northern Nevada HOPES.
- Obtener otra opinión sobre su enfermedad o tratamiento.
- Respetar sus valores y creencias culturales, sociales, espirituales y personales.
- Recibir información sobre cambios o finalización de programas en HOPES
- Conocer el costo de su atención y las formas en que puede pagar por su atención.
- Acceder al médico de guardia a través de un servicio de atención fuera de horario.
- Acceder a servicios de interpretación si no entiende inglés, u otra asistencia si usted tiene discapacidad auditivas o visuales. Estos servicios son gratuitos.
- Recibir servicios sin importar sus posibilidades de pago.
- Estar informado sobre su enfermedad y tratamiento, incluyendo opciones para su cuidado.
- Conocer los servicios disponibles a través de HOPES.
- Saber que HOPES no proporciona servicios dentales en la clínica, pero puede ser referido a dentistas externos.
- Solicitar arreglos especiales si tiene una discapacidad.
- Negarse a ser incluido en cualquier programa de investigación sin limitar la atención médica o el tratamiento.
- Ser informado que HOPES no maneja problemas de dolor crónico y no proporciona evaluaciones de discapacidad.
- Ser informado que grabar su visita al consultorio con su proveedor sin revelar el mismo no fomenta una relación de confianza entre el proveedor y el paciente.
- Estar informado de las horas y plazos de la farmacia de HOPES para surtir las recetas nuevas y existentes.
- Estar informado sobre el acceso electrónico de sus registros de pacientes a través del portal web para
- pacientes de HOPES.
- A la privacidad de sus registros de salud según lo determinado por HIPAA / 42 CFR Parte 2.
- Conocer que HOPES tiene requisito legal de reportar cierta información y hacer reportes a las autoridades adecuadas.
- Rechazar tratamiento y servicios según lo permitido por la ley.
- Presentar una queja o un reclamo formal, si no está satisfecho con la atención en HOPES.
- Conocer la filosofía y características del programa de manejo de pacientes.
- Tener información personal de salud compartida con el programa de manejo de pacientes solo de acuerdo con las leyes estatales y federales.
- Identificar a los miembros del personal del programa, incluido su título de trabajo, y hablar con un supervisor del personal si se solicita.
- Hablar con un profesional de la salud y recibir información sobre el programa de manejo del paciente.
- Recibir información administrativa sobre los cambios o la finalización del programa de manejo de pacientes.
- Rechazar la participación, revocar el consentimiento o cancelar la inscripción como paciente de HOPES en cualquier momento.

Como paciente, tienes la responsabilidad de:

- Hacer preguntas sobre su enfermedad o cuidado.
- Mostrar respeto tanto a los empleados de HOPES, voluntarios, contratistas, como a otros pacientes.
- Comprender que las amenazas físicas y / o verbales de violencia, acoso, coerción, intimidación y otros comportamientos disruptivos no serán toleradas y podrían resultar en la terminación de la relación paciente-HOPES.
- Cancelar o reprogramar citas con anticipación para que otra persona pueda tener ese horario.
- Informar al hospital o la sala de emergencias de que usted es un paciente de HOPES para la coordinación del cuidado.
- No llegar a Northern Nevada HOPES o mi cita intoxicado(a) o bajo la influencia de drogas.
- Usar medicamentos o dispositivos médicos solo para usted.
- Informar a un proveedor médico si empeora o si tiene una reacción inesperada a un medicamento.
- Seguir las instrucciones del prescriptor sobre todos los aspectos de las recetas.
- Dar permiso por escrito para publicar sus registros de salud cuando sea necesario.
- Proporcionar a HOPES una copia de su testamento vital o poder notarial duradero para asuntos de atención médica.
- Pagar sus copagos y facturas a tiempo.
- Reunirse con consejeros financieros para establecer planes de pago.
- Presentar todos los formularios que sean necesarios para participar en un programa, en la medida que lo exija la ley.
- Proporcionar información clínica y de contacto precisa y notificar al programa de manejo del paciente los cambios en esta información.
- Notificar a su proveedor tratante de su participación en el programa de manejo de pacientes, si corresponde.

Si tiene alguna pregunta, por favor pregunte a un empleado de HOPES.

NOMBRE DEL PACIENTE

FIRMA DEL PACIENTE/GUARDIAN LEGAL

FECHA



FOR OFFICE USE ONLY: PLEASE CHECK ONE

ADULT PRIMARY CARE	
PEDIATRIC PRIMARY CARE	
ADULT BEHAVIORAL HEALTH	
PEDIATRIC BEHAVIORAL HEALTH	

Reconocimiento de las prácticas de privacidad y el procedimiento de quejas del paciente

Reconozco que he recibido una copia de la notificación de prácticas de privacidad y el Procedimiento de Quejas del Paciente.

NOMBRE DEL PACIENTE

FIRMA DEL PACIENTE

FECHA

RECONOCIMIENTO SE NEGÓ

En esta fecha, el paciente abajo firmantes se negó o error al acusar recibo de la notificación de prácticas de privacidad y el Procedimiento de Quejas del Cliente.

NOMBRE DEL PACIENTE

FECHA

Motivo del rechazo: _____

FIRMA DEL EMPLEADO DE HOPES

FECHA

Una copia firmada de esta página debe ser presentada ante el registro del paciente.

ACCT # _____



**2024 NORTHERN NEVADA HOPES
FPL SURVEY**

ANNUAL INCOME

To share your annual income, please fill in the Family Size box with the number of people in your household. Then, choose the box that corresponds to the dollar amount closest to your annual household income. For example, if your household consists of 5 people with no income, select the box with an annual income ranging from \$0- \$15,060.

INGRESOS ANUALES

Por favor comparta sus ganancias anuales. Primero, escriba la cantidad de personas en su hogar en la casilla de Tamaño de Familia. Luego, seleccione la casilla correspondiente al monto en dólares más cercano a su ingreso familiar anual. Por ejemplo, si su hogar está formado por 5 personas sin ingresos, elija la casilla de Ingresos Anuales de \$0- \$15,060.

Family Size/Tamaño de Familia	Annual Gross/Ingresos Anuales	Annual Gross/Ingresos Anuales	Annual Gross/Ingresos Anuales	Annual Gross/Ingresos Anuales	Annual Gross/Ingresos Anuales	Annual Gross/Ingresos Anuales	Annual Gross/Ingresos Anuales
	\$0 - \$15,060 <input type="checkbox"/>	\$25,551 - \$32,275 <input type="checkbox"/>	\$39,001 - \$45,725 <input type="checkbox"/>	\$52,451 - \$59,175 <input type="checkbox"/>	\$65,901 - \$72,625 <input type="checkbox"/>	\$79,351 - \$86,075 <input type="checkbox"/>	\$99,526 - \$121,000 <input type="checkbox"/>
	\$15,061 - \$25,550 <input type="checkbox"/>	\$32,276 - \$39,000 <input type="checkbox"/>	\$45,726 - \$52,450 <input type="checkbox"/>	\$59,176 - \$65,900 <input type="checkbox"/>	\$72,626 - \$79,350 <input type="checkbox"/>	\$86,076 - \$99,525 <input type="checkbox"/>	\$121,001- above/ más <input type="checkbox"/>

Name/Nombre: _____ Date/Fecha: _____

First-Last Name/ Nombre-Apellido