Alexander Valley Healthcare
Feel Good... We Have You Covered

Staff Initials: _____

PARA ASEGURAR LA FACTURACIÓN CORRECTA, POR FAVOR COMPLETE ESTE FORMULARIO COMPLETAMENTE Y CON PRECISIÓN.
SI USTED TIENE ALGUNA PREGUNTA, CONSULTE AL PERSONAL DE RECEPCIÓN.

Nombre del Paciente:_____ **Fecha de Nacimiento**:_____ Mes / Dia / Año

Dirección de Correspondencia:_____

Ciudad:_____ Estado:_____ Código Postal:_____

Dirección Física:_____

Ciudad:_____ Estado:_____ Código Postal:_____

Teléfono de Celular:_____ **Teléfono de Casa**:_____

 # de Seguro Social:_____ **Sexo en el Nacimiento:** ☐Hombre ☐Mujer

Si el paciente es menor de 18 años:

Nombre de PADRE/GUARDIAN:_____ Fecha de Nacimiento:_____ Mes / Dia / Año

Dirección (si no es igual del paciente):_____

Relación al Paciente:_____ Numero de Telefono:_____

Contacto de Emergencia:

Nombre:_____ Relación con el Paciente:_____

Numero de Telefono:_____ Dirección:_____

Seguro de Salud del Paciente:

☐ Tengo seguro de salud – ***Favor de entregar la tarjeta de seguro y identificacion a la recepción***

☐ No tengo seguro de salud – Solicitud de descuento de escala móvil completada ☐ Sí ☐ No

Correo Electrónico: *POR FAVOR IMPRIME CLARAMENTE* _____

Al proporcionar mi correo electrónico, entiendo que será registrado en el portal de centros de salud y tener acceso a mi expediente de salud del paciente.

¿Podemos dejar un mensaje?: ☐ Sí ☐ No **¿En qué idioma(s) prefiere comunicarse?**_____

¿Cuenta con la tecnología necesaria (internet, teléfono o computadora) para consultas por video con un proveedor de atención médica? ☐ Sí ☐ No

Raza *(marque todos que corresponde)***:**

☐ Indio Americano o Nativo de Alaska ☐ Otro Asiático ☐ Indio Asiático ☐ Negro o Afroamericano
☐ Chino ☐ Filipino ☐ Guamanín o Chamorro ☐ Japonés ☐ Coreano ☐ Nativo Hawaiano
☐ Other Isleño del Pacífico ☐ Samoano ☐ Vietnamita ☐ Blanco ☐ Rechazo de informar

Hispano o Latino/Etnia *(marque todo lo que corresponda)*:

☐ Cubano ☐ Mexicano ☐ Puertorriqueño ☐ América del Sur o Central
☐ Origen hispano, latino o espeñol nacido en los EE.UU ☐ Rechazo de informar

Alexander Valley Healthcare
Feel Good... We Have You Covered

Alexander Valley Healthcare es una organización sin fines de lucro 501 (c) (3); Proporcionar servicios integrales e integrados de atención médica. **Al proporcionar la información de ingresos de su hogar, usted proporciona la información requerida necesaria para adquirir fondos de subvención, designados para servicios que generalmente no están disponibles en entornos privados de atención primaria, como el programa de descuento de tarifas de escala móvil, la administración de atención crónica, la cobertura de salud estatal, la asistencia para la solicitud de alimentos y vivienda, etc. La información que usted proporciona es completamente *CONFIDENCIAL*.** Su información individual no será identificada por ninguna agencia externa. Si tiene alguna pregunta sobre cualquiera de la información solicitada, notifique a la recepcionista. Siempre estamos encantados de responder preguntas.

¿Ha estado sin hogar en algún momento de este año, incluso viviendo con amigos o familiares? ☐ Sí ☐ No ☐ Rechazo

¿Es usted o un miembro de su familia, un trabajador agrícola estacional / migratorio, incluido el discapacitado o jubilado *(Ejemplo: trabajador de bodega, trabajador de campo, industria pesquera, industria láctea / ganadera, otros)***?** ☐ Sí ☐ No ☐ Rechazo

¿Es usted un veterano de los Estados Unidos? ☐ Sí ☐ No ☐ Rechazo

INFORMACIÓN DE INGRESOS DEL HOGAR:

Marque la casilla para el número de miembros del hogar en el hogar y el ingreso bruto ***MENSUAL*** total para todos los miembros del hogar ***(el ingreso bruto es antes de impuestos y deducciones de beneficios de la compañía).***

Tamaño de la familia	Ingreso Bruto MENSUAL Familiar				
	hasta 100% de FPL	101 a 133% de FPL	134 a 166% de FPL	167 a 200% de FPL	más de 201% FPL
1	hasta 1,215	hasta 1,616	hasta 2,017	hasta 2,430	más de 2,430
2	hasta 1,643	hasta 2,186	hasta 2,728	hasta 3,287	más de 3,287
3	hasta 2,072	hasta 2,755	hasta 3,439	hasta 4,143	más de 4,143
4	hasta 2,500	hasta 3,325	hasta 4,150	hasta 5,000	más de 5,000
5	hasta 2,928	hasta 3,895	hasta 4,861	hasta 5,857	más de 5,857
6	hasta 3,357	hasta 4,464	hasta 5,572	hasta 6,713	más de 6,713
7	hasta 3,785	hasta 5,034	hasta 6,283	hasta 7,570	más de 7,570
8	hasta 4,213	hasta 5,604	hasta 6,994	hasta 8,427	más de 8,427

☐ Rechazo

Adultos, por favor completen esta sección *(Los menores pueden omitir esta sección):*

Mi identidad de género es: ☐Masculino ☐Mujer ☐Hombre Transgénero ☐Mujer Transgénero ☐Otro ☐Rechazo

Mi orientación sexual es: ☐Heterosexual ☐Gay/Lesbiana ☐Bisexuales ☐Otro ☐No sé ☐Rechazo

INFORMACIÓN DE ELEGIBILIDAD DEL PROGRAMA DE DESCUENTO DE TARIFA DE ESCALA MÓVIL:

Usted puede ser elegible para descuentos en todos los servicios de AVH, incluso si tiene cobertura de seguro. La evaluación de elegibilidad está disponible a través del Departamento de Servicios Financieros de AVH. Los pacientes con un ingreso bruto mensual ***individual o familiar igual o inferior al 200% del Nivel Federal de Pobreza*** (ingresos definidos: todos los salarios y otras formas de ingresos recibidos por el solicitante / miembros del hogar), son elegibles para el Programa de descuento de tarifa móvil. Además, ***debido al alto costo de la vivienda en California***, los ingresos pueden ser compensados (reducidos) por la porción, si corresponde, del gasto de alquiler o hipoteca del solicitante / miembro del hogar que es igual o superior al 34% del ingreso mensual bruto.

Por favor, pregunte en la recepción para obtener más información

Autorización de Asignación: Por la presente autorizo y ordeno a mi compañía de seguros que pague directamente a AVH cualquier beneficio adeudado bajo mi plan de seguro. Estoy de acuerdo en pagar el saldo de los gastos no pagados bajo este plan. También autorizo a AVH a divulgar a mi compañía de seguros cualquier información médica necesaria para procesar el reclamo. Si no tengo seguro, entiendo que soy totalmente responsable de todos los cargos.

Firma: _____ **Relación**: _____ **Fecha**: Mes / Dia / Año _____

(Paciente, Padre, Guardian)

Alexander Valley Healthcare
Feel Good... We Have You Covered

NOMBRE DEL PACIENTE:_____

FECHA DE NACIEMIENTO: Mes / Dia / Año **FECHA DE HOY:** Mes / Dia / Año

Antes de dar su consentimiento, asegúrese de comprender la información que se proporciona a continuación. Si tiene alguna pregunta, estaremos encantados de hablar con usted. Puede solicitar una copia de este documento.

Entiendo que puedo solicitar servicios de interpretación de idiomas al personal de Alexander Valley Healthcare (AVH) para comprender la información escrita o hablada que se me proporcione durante mis visitas de atención médica. Entiendo que se prestarán servicios de interpretación gratuitos, si es necesario.

Consentimiento para el tratamiento: Solicito a AVH que me brinde servicios de atención médica, incluidos, entre otros, servicios médicos primarios, servicios perinatales, odontología general, atención de salud conductual (asesoramiento, servicios para trastornos por uso de sustancias, servicios integrales generales de salud conductual y atención psiquiátrica colaborativa), educación en salud, administración de atención crónica, administración de atención de transición, servicios grupales y servicios de inscripción de seguros. **Acepto recibir estos servicios por teléfono, a través de servicios de video y en persona.** Entiendo que se me dará información sobre mis exámenes, tratamientos, procedimientos y medicamentos recomendados, incluidos sus beneficios, riesgos, posibles problemas o complicaciones y cualquier opción que pueda tener. Entiendo que todos los servicios que reciba estarán documentados en mi historial médico electrónico y son información médica protegida. Entiendo que AVH se esfuerza por brindar atención integrada, lo que garantiza que todos los miembros de mi equipo de atención tengan acceso a información médica importante que es fundamental para mi atención. Entiendo que puedo hacer preguntas sobre cualquier cosa en este documento. Por la presente solicito que una persona autorizada por AVH proporcione la evaluación, pruebas y tratamiento adecuados. Entiendo que, si es necesario, me pueden dar referencias para un diagnóstico o tratamiento adicional para mi salud.

Divulgación de información: Entiendo que se mantendrá la confidencialidad como se describe en el Aviso de Información de Salud Prácticas de Privacidad. Doy mi consentimiento para el uso y divulgación de mi información de salud, como se describe en el Aviso de Prácticas de Privacidad de Información de Salud. Entiendo que los servicios son confidenciales; sin embargo, hay algunas excepciones a esto. Todos los empleados de AVH están legalmente obligados a informar a las agencias correspondientes en casos de emergencia que amenacen la vida, y abuso físico, sexual, financiero o emocional, así como el descuido de menores, ancianos y adultos dependientes. En el caso de violencia doméstica (cuando hay una lesión real por violencia), los proveedores médicos de AVH deben informar esto a la policía. Los proveedores de salud conductual (consejeros) y los consejeros para trastornos por uso de sustancias de AVH no están obligados por ley a informar esto, ya que se considera información confidencial y no se puede divulgar sin su permiso.

Asignación de beneficios de seguro: Por la presente autorizo el pago ***directamente*** a AVH de los beneficios que de otro modo se me pagarían, pero que no excedan los cargos regulares de AVH por los servicios prestados. ***Entiendo que soy financieramente responsable ante AVH por cualquier cargo no cubierto por mi seguro.***

Acuerdo financiero: Acepto pagar todos los cargos que no sean pagaderos por el seguro o por un tercero. Acepto cumplir con los términos y condiciones de la Política de Cobro de AVH y acepto pagar los honorarios de abogados u otros gastos en que se incurra en el cobro del pago adeudado.

Declaración para permitir el pago de beneficios del seguro de Medicare a AVH: Certifico que la información proporcionada por mí al solicitar el pago bajo el Título XXVIII de la Ley del Seguro Social es correcta. Autorizo la divulgación de cualquier información necesaria para dar curso a esta solicitud. Solicito que el pago de los beneficios autorizados se realice en mi nombre.

Aceptación de responsabilidad de copagos: Entiendo que soy responsable de pagar cualquier deducible, copago o costos compartidos del seguro de salud, incluyendo un copago del veinte por ciento (20%) por los servicios autorizados cubiertos por Medicare.

Por la presente acuso recibo del Aviso de Prácticas de Privacidad de Información de Salud de AVH. El abajo firmante certifica que he leído y comprendido la información anterior y autoriza a que AVH preste servicios, a mí o al paciente, si me desempeño como agente general del paciente y acepto sus términos.

_____

Nombre en letra de molde

_____ Mes / Dia / Año _____

Firma de Paciente o Tutor legal *Fecha*

_____

Firma de Persona como Testigo

Alexander Valley Healthcare
Feel Good... We Have You Covered

Nombre del Paciente:_____**Fecha de Nacimiento:**_____

Historia Medica del Paciente: *Por favor marque si tiene lo siguiente:*

❑ Alergias	❑ Leucemia	❑ Hinchamiento de Extremidades	❑ Derrame Cerebral (stroke)
❑ Alergias al polen	❑ Quimoterapia	❑ Enfermedad de la Tiroides	❑ Coronary Stent*
❑ Sinusitis	❑ Radiación (Rayos X)	❑ Asma	❑ Válvula Artificial Cardiaca*
❑ Ronchas de la Piel	❑ Convulsiones	❑ Problemas Con Respirar	❑ Marcapasos Cardiaco *
❑ Se Escupa Sangre	❑ Epilepsia	❑ Respiración Corta	❑ Bacteria Inflamación de Corazón*
❑ Escarlatina	❑ Desmayos o vértigo	❑ Tos Frecuente	❑ SIDA
❑ Fiebre Reumática*	❑ Artritis o Gota	❑ Apnea del Sueño	❑ VIH Positivo
❑ Fiebre No Explicado	❑ Reumas	❑ Enfermedad Pulmonar	❑ Herpes
❑ Se Suda de Noche	❑ Dolor Coyuntura Mandibula	❑ Enfisema	❑ Hepatitis A (infectuosa)
❑ Anemia	❑ Coyuntura Artificial*	❑ Derivación de Pulmones(shunt)*	❑ Hepatitis B o C
❑ Diabetes	❑ Osteoporosis	❑ Tuberculosis	❑ Enfermedades Transmitidas por Contacto Sexual
❑ Hipoglicemia	❑ Osteonecrosis de Mandibula	❑ Problemas del Corazón	❑ Enfermedad Estomacal
❑ Enfermedad Sanguinea	❑ Depresión	❑ Enfermedad Cardiaca/Cirugía al Corazón*	❑ Diarrea Frecuente
❑ Anemia de Celulas Falciformes	❑ Nerviosidad	❑ Angina de Pecho	❑ Úlceras
❑ Hemofilia	❑ Bajo Cuidado de Psiquiatra	❑ Susurro de Corazón o Defecto*	❑ Sed Excesiva
❑ Moretones salen con facilidad	❑ Enfermedades Mentales	❑ Palpitación Irregular	❑ Llagas alrededor o en la boca
❑ Desangramiento Excesivo	❑ Enfermedades Alzheimer	❑ Ataque Cardíaco	❑ Adicción a una(s) droga(s)
❑ Transfusión de Sangre Reciente	❑ Enfermedad del Hígado	❑ Desorden Cardiac Congenitial*	❑ Tatuajes/Penetrante de Cuerpo
❑ Glaucoma	❑ Ictericia Amarilla	❑ Prolapso Válvula Mitral*	❑ Reciente Pérdida de Peso
❑ Tumores	❑ Diálisis Renal	❑ Baja Presión Sanguínea	❑ Implantes Cocleares
❑ Cancér	❑ Problemas con los Riñones	❑ Alta Presión Sanguínea	❑ Otro

**S usted contesta "si" a cualquier de las condiciones con estrellita en la lista, tal vez se requiere medicamento previo.*

¿Tiene alergias a cualquier medicamento o substancia? Indique abajo?: □Aspirina □Penicilina □Codeína □Acrílico □Metal □Hule látex □Leche □Otro_____ □No Aplica

¿Cuales medicamentos tome Ud.? _____

¿Está tomando medicamentos? □Zometa I.V. □Fosamax, Actonel, Boniva □Bisphosphonates □Aredia I.V. Reclast I.V. □Medicamento Cortisona □Protease Inhibitor □No Aplica

Mujeres (Indique): □Embarazada/tratando de concebir □Lactando □Tomando contraceptivos orales □No Aplica

¿Alguna vez se ha hopitalizado o ha tenido una operación mayor? □No □Sí. Explique_____

¿Alguna vez se ha lastimado seriamente el cuello o la cabeza? □No □Sí. Explique_____

Habitos:

¿Fuma Ud.? □Sí □No ¿Cuantos cigarrillos fuma al día?_____ ¿Por cuantos años ha fumado?_____

¿Alguien fuma en su casae? □Sí □No

¿Cuantas bebidas alcohólicas toma Ud. Por semana?_____ Usa Ud. Otras drogas?_____

Historia Familiar: *Por favor marquee si alguna persona **en su familia** ha tenido lo siguiente:*

❑ Asma	❑ Problemas del Corazón	❑ Enfermedades Congenital
❑ Cancer (Tipo)	❑ Alta Presión	❑ Epilepsia
❑ Diabetes	❑ Tuberculosis	❑ Enfermedades Mentales

¿Necesita incluir otra cosa relacionado a la salud del paciente?_____

Firma del Paciente(Parent/Guardian):_____**Fecha:**_____

Provider Initials after reviewed with patient:_____ **Date**:_____

Alexander Valley Healthcare
Feel Good... We Have You Covered

Patient Name:_____ **Date of Birth:**_____

Your Health History:

Please check the box if you have ever had or currently have any of the following:

❑ Allergies	❑ Leukemia	❑ Swelling of Limbs	❑ Stroke
❑ Hay Fever	❑ Chemotherapy	❑ Thyroid Disease	❑ Coronary Stent*
❑ Sinus Trouble	❑ X-Ray Treatments	❑ Asthma	❑ Artificial Heart Valve*
❑ Hives or Rash	❑ Convulsions	❑ Breathing Problem	❑ Heart Pace Maker*
❑ Bloody Sputum	❑ Epilepsy or Seizures	❑ Shortness of Breath	❑ Bacterial Endocarditis*
❑ Scarlet Fever	❑ Fainting or Dizziness	❑ Frequent Cough	❑ AIDS
❑ Rheumatic Fever*	❑ Arthritis/Gout	❑ Sleep Apnea	❑ HIV Positive
❑ Unexplained Fever	❑ Rheumatism	❑ Lung Disease	❑ Genital Herpes
❑ Night Sweats	❑ Pain In Jaw Joints	❑ Emphysema	❑ Hepatitis A (infectious)
❑ Anemia	❑ Artificial Joint*	❑ Pulmonary Shunt*	❑ Hepatitis B or C
❑ Diabetes	❑ Osteoporosis	❑ Tuberculosis	❑ Sexually Transmitted Disease
❑ Hypoglycemia	❑ Osteonecrosis of Jaw	❑ Heart Problems	❑ Stomach/Intestinal Disease
❑ Methemoglobinemia	❑ Depression	❑ Heart Disease/Surgery*	❑ Frequent Diarrhea
❑ Sickle Cell Disease	❑ Nervousness	❑ Angina/Chest Pain	❑ Ulcers
❑ Hemophilia	❑ Psychiatric Care	❑ Heart Murmur or Defect*	❑ Excessive Thirst
❑ Bruise Easily/Blood Disease	❑ Mental Illness	❑ Irregular Heart Beat	❑ Cold Sores/Blisters
❑ Excessive Bleeding	❑ Alzheimer's Disease	❑ Heart Attack/Failure	❑ Drug Addiction/Alcoholism
❑ Recent Blood Transfusion	❑ Liver Disease	❑ Congenital Heart Disorder*	❑ Tattoos/Body Piercing
❑ Glaucoma	❑ Yellow Jaundice	❑ Mitral Valve Prolaspe*	❑ Recent Weight Loss
❑ Tumors or Growths	❑ Renal Dialysis	❑ Low Blood Pressure	❑ Cochlear implants
❑ Cancer	❑ Kidney Problems	❑ High Blood Pressure	❑ Other

**If yes to any of the starred conditions, premedication or changes in medication may be required for dental care.*

Are you allergic to any of these medications or substances?: □Aspirin □Penicillin □Codeine □Acrylic □Metal □Latex Rubber □Milk □Other_____ □Not Applicable

What medications are you currently taking? _____

Do you take any of the following medications? □Zometa I.V. □Fosamax, Actonel, Boniva □Bisphosphonates □Aredia I.V. Reclast I.V. □Cortisone Medicine □Protease Inhibitor □Not Applicable

Women (please check): □Pregnant/trying to get pregnant □Nursing □Taking Oral Contraceptives □Not Applicable

Have you ever been hospitalized or had a major operation? □No □Yes. Explain:_____

Have you ever had a serious injury to your head/neck? □No □Yes. Explain:_____

Health Habits:

Do you smoke? □No □Yes - How many packs per day? _____ For How Long?_____

Does anyone in your household smoke? □Yes □No

How often and how much alcohol do you drink each week? _____ Other Drug Use?_____

Family History:

Please check if any <u>blood relative</u> has or ever had any of the following:

❑ Asthma	❑ Heart Problems	❑ Congenital Illness (Explain)
❑ Cancer (Type)	❑ High Blood Pressure	❑ Epilepsy
❑ Diabetes	❑ Tuberculosis	❑ Mental Illness

Please include anything else you feel may have contributed to your health history:_____

Patient Signature (Parent/Guardian):_____**Date:**_____

Provider Initials after reviewed with patient:_____ **Date**:_____

Alexander Valley Healthcare
Feel Good... We Have You Covered

Telephone: (707) 894-4229 Fax: (707) 894-2954
www.alexandervalleyhealthcare.org

I. Información del Paciente:

Nombre del Paciente _____ *Fecha de Nacimiento* _____

Anteriores u otros nombres usados _____ *Número de Teléfono de Casa* _____

Dirección / Ciudad / Estado / Código Postal _____ *Numero de Celular / Otro* _____

II. Por la presente autorizo voluntariamente la divulgación de la información de mis expedientes médicos de:

☐ Alexander Valley Healthcare
Alexander Valley Healthcare Dental

☐ _____
Nombre de persona o institución que tiene su información de salud

_____
Dirección / Ciudad / Estado / Código Postal

Número de Teléfono _____ *Número de Fax* _____

a: ☐ Alexander Valley Healthcare
6 Tarman Drive, Cloverdale CA, 95425
Fax (707) 894-2954

☐ Alexander Valley Healthcare Dental
100 West Third Street, Cloverdale, CA 95425
Fax (707) 894-295

☐ _____
Nombre de persona o institución que recibirá su información de salud

_____
Dirección / Ciudad / Estado / Código Postal

Número de Teléfono _____ *Número de Fax* _____

III. Propósito de la publicación de información de salud del paciente:

☐ Cuidado continuo/Transferir cuidado ☐ Segunda opinión ☐ Uso personal ☐ Otro *(especificar)*, _____

IV. La información a ser divulgada de mi expediente de salud:

☐ Registros de visitas de centro de salud ☐ Informes de laboratorio y patología ☐ Radiografías dentales
☐ Declaraciones de cobros y pagos ☐ Historial médico completo ☐ Otro: _____

Entiendo que la información contenida en mi expediente de salud puede incluir información relacionada con enfermedades transmisibles, el SIDA (síndrome de inmunodeficiencia adquirida) y VIH (Virus de inmunodeficiencia humana), comportamiento o de salud mental, abuso de alcohol y las drogas (sustancia) o cualquier información relacionada.

V. La información que se dará de mi registro de salud es:

☐ Copias por correo ☐ Copias por fax ☐ Copias ☐ Inspección ☐ Otro _____

☐ Correo electrónico encriptado (*escribe claramente*): _____

VI. Mi autorización es para la siguiente fecha(s) de tratamiento:

☐ Últimos 2 años ☐ Todas las fechas ☐ Otro_____

VII. Mi autorización es dada libremente en el entendido de que:

- AVH y muchas otras organizaciones e individuos como médicos, hospitales y planes de salud deben por ley a mantener la confidencialidad de su información de salud. Si usted ha autorizado la divulgación de su información médica a alguien que legalmente no está obligado a mantenerla confidencial, no puede estar protegido por leyes estatales o federales de confidencialidad.
- Puedo rechazar a firmar esta autorización.
- Una cuota de hasta 25 centavos por página más gastos de envío puede cargarse para copias de registros médicos por California Health and Safety Code secciones 123100 123149. Registros de salud reenvían a otro proveedor o centro médico es una cortesía profesional y no se aplicará un cargo. Una fotocopia o fax de esta autorización es tan válida como la original.
- El centro de salud no puede condicionar mi tratamiento en mi provisión de esta autorización.
- Esta autorización es válida por un período de un año desde la fecha de su firma o antes si así se especifica por mí, como se indica a continuación.
- Usted o su representante podrá revocar esta autorización previa solicitud por escrito. Si revoca, esto no afectará la información divulgada antes de la recepción de la solicitud por escrito.
- AVH, sus directores, oficiales, empleados, agentes quedan liberados de toda responsabilidad legal de responsabilidad por la divulgación de la información anterior en la medida indicada y autorizada.

Paciente/Padre/Firma de Guardián: _____ Fecha: _____

Paciente/Padre/Nombre de molde del Guardián: _____ Fecha: _____

Nota: El proceso de liberación de registro puede tomar hasta 15 días hábiles desde la fecha recibida.

Alexander Valley Healthcare
Feel Good... We Have You Covered

Telephone: (707) 894-4229 Fax: (707) 894-2954
www.alexandervalleyhealthcare.org

I. Patient Information:

_____ _____
Name of Patient *Date of Birth*

_____ _____
Other or previous names used *Home Phone Number*

_____ _____
Address / City / State / Zip *Cellular Number or Other*

II. I hereby voluntarily authorize the disclosure of information from my health records be released from:

☐ Alexander Valley Healthcare
Alexander Valley Healthcare Dental

☐ _____
Name of person or facility that has your health information

_____
Address / City / State / Zip

_____ _____
Phone Number *Fax Number*

to: ☐ Alexander Valley Healthcare
6 Tarman Drive, Cloverdale CA, 95425
Fax (707) 894-2954

☐ Alexander Valley Healthcare Dental
100 West Third Street, Cloverdale, CA 95425
Fax (707) 894-2954

☐ _____
Name of person or facility that will receive your health formation

_____
Address / City / State / Zip

_____ _____
Phone Number *Fax Number*

III. Purpose of the release of patient's health information:

☐ Continuing/Transferring Care ☐ Second Opinion ☐ Personal Use ☐ Other *(specify)*_____

IV. The information to be disclosed from my health record is:

☐ Records of health center visits ☐ Lab and Pathology reports ☐ Radiology Reports or Dental X-Ray Reports
☐ Statements of charges and payments ☐ Entire Medical Record ☐ Other:_____

I understand that the information in my health record may include information relating to communicable disease, AIDS (Acquired Immunodeficiency Syndrome), or HIV (Human Immunodeficiency Virus), behavioral or mental health, alcohol/drug (substance) abuse or any such related information.

V. I request the information to be disclosed in the following manner:

☐ Copies by mail ☐ Copies by fax ☐ Copies to be picked up ☐ Inspection ☐ Other _____
☐ Encrypted Email (print clearly):_____

VI. My authorization is for the following date(s) of treatment: ☐ Last 2 years ☐ All dates ☐ Other_____

VII. My authorization is given freely with the understanding that:

- AVH and many other organizations and individuals such as physicians, hospitals and health plans are required by law to keep your health information confidential. If you have authorized the disclosure of your health information to someone who is not legally required to keep it confidential, it may no longer be protected by state or federal confidentiality laws.
- I may refuse to sign this authorization.
- A fee of up to 25 cents per page plus postage may be charged for copies of medical records per California Statute Health and Safety Code sections 123100-123149. Health records forwarded to another provider or medical facility is a professional courtesy and a fee will not be assessed.
- A photocopy or fax of this authorization is as valid as the original.
- The health center may not condition my treatment on my provision of this authorization.
- This authorization is valid for a one-year period from the date it is signed or sooner if so specified by me, as indicated below.
- You or your representative can revoke this authorization upon written request. If you revoke, it will not affect information disclosed before the receipt of the written request.
- AVH, its directors, officers, employees, agents are herby released from any legal responsibility of liability for disclosure of the above information to the extent indicated and authorized.

Patient / Parent / Guardian Signature: _____ Date:_____

Patient / Parent / Guardian Printed Name:_____ Date:_____

Note: Processing of record release may take up to 15 business days from the received date.

¡Bienvenido a Alexander Valley Healthcare!

Nos honra has elegido a Alexander Valley Healthcare como su nuevo hogar médico.

"¿Qué es un hogar médico?"

Un hogar médico es mejor descrito como un modelo o una filosofía de atención primaria que es paciente centrada, comprensivo, equipo base, coordinado, accesible y enfocado en la calidad y seguridad. El personal médico de familia es apoyado por un equipo de atención de profesionales que utilizan la tecnología moderna para proporcionar el mejor cuidado posible para usted y su familia.

"Quién está en su equipo de atención?"

Su ***equipo de atención*** incluye un médico, enfermera, asistente médico y una recepcionista. Su equipo de cuidado es como tener entrenadores que ayudan a conseguir salud, mantenerse saludable y obtener la atención y servicios que son adecuados para usted. Información sobre otros servicios que ofrecemos son en su nuevo paquete de registro de pacientes. Por favor asegúrese y navegar a través de la información y denos una llamada o correo electrónico cualquier pregunta que tenga a: www.alexandervalleyhealthcare.org.Por supuesto, usted es siempre Bienvenido a basta ya sea por nuestros médicos o dentales así como oficina.

En un ***hogar médico***, su equipo de atención le ayuda a coordinar su atención médica, incluso si ellos no están proporcionando la atención. Ayudarle a encontrar a especialista, obtener las citas y asegúrese de que el especialista tiene toda la información que necesitan antes de su cita.

Nuestro modelo de atención se centra en una asociación entre usted y su médico de atención primaria. Su médico y personal de apoyo está dedicados a proveerle un ***paciente Centered Medical Home***. Su ***equipo de atención*** trabajará con usted hacia un estilo de vida saludable que apoyará su bienestar y ayudarle con un enfoque proactivo para el bienestar.

Formar una relación contigo y te mantiene sano como posible son nuestro propósito principal. Estamos aquí para Usted!

Con saludos afectuosos,

Deborah Howell

Deborah Howell

Chief Executive Officer

Médico/Salud Mental/Servicios Financieros
6 Tarman Dr, Cloverdale, CA 95425
Lunes – Viernes, 8AM a 7PM

Dental/Administración
100 W Third St, Cloverdale, CA 95425
Lunes – Viernes, 8AM a 5PM

Cómo Aprovechar y Utilizar Nuestros Servicios

Durante horas de oficina

Si usted necesita atención médica durante horas de oficina, por favor llame a nuestro número de teléfono principal en 707-894-4229, y una recepcionista le ayudarán a programar una cita. ¿No está seguro si necesita una cita? Pida hablar con una enfermera que se evaluar su situación, dar consejos y ayudar a determinar si ir a la sala de emergencias del hospital o el cita a un mismo día con su equipo de atención primaria.

Servicios después de horas de cuidado

Si usted necesita atención médico después de horas normales de oficina, por favor llame a nuestro número de teléfono principal en 707-894-4229, y se conectará con un proveedor. Este servicio se ofrece para ayudar a nuestros pacientes a decidir si ir a la sala de emergencias del hospital o hacer una cita el mismo día con su proveedor. Nuestros proveedores están disponibles todas las tardes de 7PM a 8AM al día siguiente, fines de semana y cuando nuestra oficina está cerrada por vacaciones.

Cada cita, por favor traer

- Foto ID y tarjeta de aseguranza
- Pago o copago
- Una lista de medicamentos actuales. Esto incluye medicamentos, vitaminas y suplementos.
- Una lista de preguntas que quieres hacerle al médico. ***Sugerencia: Poner las preguntas que son más importantes para usted en la parte superior de la lista.***

Después de Su Visita

- Espera instrucciones para que su asistente médica volver a la sala de examen con el Resumen de su visita.
- Revise para ver si necesita una visita de seguimiento y cuando.
- Asegúrese de que entender cómo tomar alguna medicina prescrita por el médico y si usted debería terminar la botella o tomar "como sea necesario".

¿Necesita Receta Recargas?

- El primer paso para volver a llenar una receta que llame a su farmacéutico, quien a su vez presentará la recarga a su medico electronicamente.
- Su médico de atención primaria debe autorizar sus recargas, así que por favor permitir 48 a 72 horas para su autorización de recarga.
- Si los medicamentos no parecen estar ayudando o si tienes reacciones inesperadas, por favor llame a nuestra oficina inmediatamente.

Necesita papeleo completado

- Nececita una cita con su médico de atención primaria para papeleo que requiere la firma de su medico.
- Permiten 7-10 días laborales para la realización de trámites.

Servicios Financieros

- AVH ofrece asistencia para Covered California, Medi-Cal, Bajos Ingresos, CalFresh (estampillas de comida) y PAP Rx (ayuda de prescripción). Consultar con la recepcionista.

pregúntanos sobre

Patient Portal

Full of Features

Saber de tu estado de **Salud**...

...Es saber de **Ti** mismo

*¡Accessible de **cualquier** parte con acceso al Internet!

Alexander Valley Healthcare
Feel Good... We Have You Covered

Politicas de la Oficina y Financieras

Queremos darle las gracias por escoger a Alexander Valley Healthcare para su cuidado medico. Este documento es para que usted guarde y va junto con las formas de registracion que requiere de su firma.

Citas Canceladas: Si usted es incapaz de mantener una cita, por favor denos por lo menos 24 horas de aviso. Esto nos dará tiempo de darle esta cita a otro paciente que la necesite. Si usted pierde una cita sin dar ningún aviso se le hará un cobro de $20 por no avisar.

Sin Seguro Medico: Si usted no tiene seguro medico o hay un lapso en la cobertura, ***tendrá que pagar por completo en el momento del servicio.*** Si usted no puede pagar por su cita tendrá que hacer ***arreglos previos*** con nuestras manejadoras de servicio al paciente o reprogramar su cita para otra fecha si no es una emergencia. Hay varios programas públicos que proporcionan cobertura medica completa o limitada a individuos de bajos ingresos que califiquen. Si tiene preguntas o desea obtener mas información sobre estos programas, pregunte a la recepcionista en nuestra oficina.

Seguro Medico: Favor de traer sus tarjetas de aseguranza a su cita. Las compañías de seguro requieren que todos los co-pagos se den el día del servicio. Nuestra oficina no podrá renunciar su co-pago ya que es un requisito que se impone por su compañía aseguradora. Si usted no tiene su copago a la hora de su visita tendrá que proporcionarnos con una carta de su aseguradora diciendo que AVH esta autorizado para renunciar esta obligación.

Usted es responsable por cualquier co-seguro, deducible o servicios no cubiertos según te requiera su plan de seguro. Usted recibirá una declaración de nuestra oficina indicando que cantidad pago su aseguranza y que cantidad le corresponde pagar a usted. Cualquier pago que le corresponda pagar a usted deberá ser pagado en 30 días. Si no paga será considerado como delincuente. ***Si usted tiene un balance delincuente deberá ser pagado por completo antes de su próxima cita.***

HMO o POS: Para planes de seguro HMO o POS con los que participamos su compañía de aseguranza requiere que tenga una referencia de su medico de cuidado primario (PCP) antes de recibir los servicios. Favor de traer esa referencia con usted a su cita. Cualquier servicios recibidos sin una referencia o autorización correspondiente será su responsabilidad.

Lesiones en Accidente de Auto: Si se lastimo en accidente automovilístico solicitamos que nos proporcione con información que nos ayude a que su reclamo medico sea pagado.

Esta información puede incluir:

- Reporte de policía
- Una copia de su aseguranza de auto
- Seguro medico
- Nombres de otros personas involucrados

Nosotros mandaremos reclamos a su seguro medico, pero no mandaremos reclamos a su seguro de auto. Pagos por los servicios que proporcionemos será su responsabilidad.

Lecciones de Responsabilidad: Si su lesión es resultado de la negligencia de otra parte, solicitamos que usted nos proporcione con información que nos ayude a obtener el rembolso por los servicios dados a usted. Esta información puede incluir:

- Una copia del reporte del accidente que incluye el numero del reclamo
- Nombres de la persona responsable
- Cobertura medica
- Nombre del abogado ayudando su caso

Pago por los servicios que ofrecemos serán su responsabilidad si no se pagan en 60 días por la otra parte.

Compensación al Trabajador: Si su lesión es debido a un accidente en el trabajo, por favor no olvide comunicarse con su empleador y informarle de su lesión. ***Debemos recibir autorización de su empleador antes de que lo podamos atender***. Después de recibir la autorización adecuada mandaremos los reclamos a la compañía se seguro. Pago por todos los servicios que le ofrecemos serán últimamente su responsabilidad si no son pagados por la otra parte en 60 días.

Cheques Rebotados: Un cargo de $25 se añadirá a su cuenta por cualquier cheque devuelto por el banco. Si hay una segunda devolución ya NO aceptara su cheques personales.

Formularios de Incapacidad o de Seguro: Por favor permite 7 a 10 días para finalizar estas formas. Puede haber un cargo de $15-$35 por completar estas formas (el cobro se basa en el numero de paginas y la complexidad de la información solicitada) el pago será colectado en el momento que usted recoja las formas.

Registros Médicos: Nosotros le daremos una copia de sus registros médicos a su petición. Por favor permite 7 a 10 días para completar su solicitud. Habrá un cargo de $35 que deberá ser pagado al firmar el formulario de solicitud requerido.

Aviso de Prácticas de Privacidad de Salud

Este aviso describe cómo se puede usar o divulgar su información clínica y cómo puede obtener acceso a esta información. Por favor, revíselo cuidadosamente.

Los términos de este Aviso de prácticas de privacidad ("Aviso") se aplican a Alexander Valley Healthcare (AVH), sus afiliados y sus empleados. AVH compartirá información médica protegida de los pacientes según sea necesario para llevar a cabo el tratamiento, el pago y las operaciones de atención médica según lo permita la ley.

Estamos obligados por ley a mantener la privacidad de la información médica protegida de nuestros pacientes y a notificar a los pacientes sobre nuestros deberes legales y prácticas de privacidad con respecto a la información de salud protegida. Estamos obligados a cumplir con los términos de este Aviso mientras permanezca vigente. Nos reservamos el derecho de cambiar los términos de este Aviso según sea necesario y de hacer efectivo un nuevo aviso de prácticas de privacidad para toda la información de salud protegida mantenida por AVH. Estamos obligados a notificarle en caso de una violación de su información de salud protegida no segura. También estamos obligados a informarle que puede haber una disposición de la ley estatal que se relacione con la privacidad de su información de salud que puede ser más estricta que un estándar o requisito bajo la Ley Federal de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro de Salud ("HIPAA"). Se puede obtener una copia de cualquier Aviso de prácticas de privacidad revisado o información relacionada con una ley estatal específica enviando una solicitud por correo al Oficial de Privacidad a la dirección a continuación.

Usos y Divulgaciones de Su Información Médica Protegida:

Autorización y Consentimiento: Excepto como se describe a continuación, no usaremos ni divulgaremos su información médica protegida para ningún otro propósito que no sea tratamiento, pago u operaciones de atención médica, a menos que haya firmado un formulario que autorice dicho uso o divulgación. Usted tiene el derecho de revocar dicha autorización por escrito, siendo dicha revocación efectiva una vez que realmente recibamos el escrito; Sin embargo, dicha revocación no será efectiva en la medida en que hayamos tomado alguna medida en dependencia de la autorización, o si la autorización se obtuvo como condición para obtener cobertura de seguro, otra ley otorga al asegurador el derecho de impugnar un reclamo bajo la póliza misma.

Usos y Divulgaciones Para el Tratamiento: Haremos usos y divulgaciones de su información médica protegida según sea necesario para su tratamiento. Los profesionales de la salud involucrados en su atención utilizarán la información en su registro médico, dental y de salud conductual y la información que usted proporcione sobre sus síntomas y reacciones a su curso de tratamiento que puede incluir procedimientos, medicamentos, pruebas, historial médico, etc.

Usos y Divulgaciones Para el Pago: Haremos usos y divulgaciones de su información médica protegida según sea necesario para fines de pago. Durante el curso normal de las operaciones comerciales, podemos enviar información sobre sus procedimientos clínicos y tratamiento a su compañía de seguros para organizar el pago de los servicios que se le brindan. También podemos usar su información para preparar una factura para enviarle a usted o a la persona responsable de su pago.

Usos y Divulgación Para Operaciones de Atención Médica: Haremos usos y divulgaciones de su información médica protegida según sea necesario, y según lo permita la ley, para nuestras operaciones de atención médica, que pueden incluir mejora la clínica, revisión profesional por administración comercial, acreditación y licencia, etc. Por

ejemplo, podemos usar y divulgar su información médica protegida con el fin de mejorar el tratamiento clínico y la atención al paciente.

Personas Involucradas en Su Atención: Es posible que de vez en cuando divulguemos su información médica protegida a familiares designados, amigos y otras personas que estén involucradas en su atención o en el pago de su atención para facilitar la participación de esa persona en el cuidado de usted o el pago de su atención. Si no está disponible, incapacitado o enfrenta una situación médica de emergencia y determinamos que una divulgación limitada puede ser lo mejor para usted, podemos

compartir información médica protegida limitada a una entidad pública o privada que esté autorizada para ayudar en los esfuerzos de socorro en casos de desastre para que esa entidad localice a un miembro de la familia u otras personas que puedan estar involucradas en algún aspecto del cuidado de usted.

Socios Empresariales: Ciertos aspectos y componentes de nuestros servicios se realizan a través de contratos con personas y organizaciones externas, como auditoría, acreditación, recopilación de datos de resultados, servicios legales, etc. A veces puede ser necesario que proporcionemos su información médica protegida a una o más de estas personas y organizaciones externas que nos ayudan con nuestras operaciones de atención médica***. En todos los casos, requerimos que estos asociados protejan adecuadamente la privacidad de su información.***

Citas y Servicios: Podemos comunicarnos con usted para proporcionarle actualizaciones de citas o información sobre su tratamiento u otros beneficios y servicios relacionados con la salud que puedan ser de su interés. Usted tiene derecho a solicitar y atenderemos sus solicitudes razonables para recibir comunicaciones sobre su información médica protegida por medios alternativos o en ubicaciones alternativas. Por ejemplo, si desea que los recordatorios de citas no se dejen en el correo de voz o se envíen a una dirección en particular, atenderemos las solicitudes razonables. Con dicha solicitud, debe proporcionar una dirección alternativa apropiada o un método de contacto. También tiene derecho a solicitar que no le enviemos ningún material de marketing futuro y haremos todo lo posible para cumplir con dichas solicitudes. Debe realizar dichas solicitudes por escrito, incluyendo su nombre y dirección, y enviar dicho escrito al Oficial de Privacidad a la dirección a continuación.

Investigación: En circunstancias limitadas, podemos usar y divulgar su información médica protegida con fines de investigación. En todos los casos en que no se obtenga su autorización específica, su privacidad estará protegida por estrictos requisitos de confidencialidad aplicados por una Junta de Revisión Institucional que supervisa la investigación o por representaciones de los investigadores que limitan el uso y divulgación de su información.

Fundraising: Podemos utilizar su información para ponernos en contacto con usted con fines de recaudación de fondos. Podemos divulgar esta información de contacto a una fundación relacionada para que la fundación pueda contactarlo para fines similares. Si no desea que nosotros o la fundación nos comuniquemos con usted para los esfuerzos de recaudación de fondos, debe enviar dicha solicitud por escrito al Oficial de Privacidad a la dirección a continuación.

Otros Usos y Divulgaciones: La ley nos permite y/o nos exige que hagamos otros usos y divulgaciones de su información médica protegida sin su consentimiento o autorización para lo siguiente:

- Cualquier propósito requerido por la ley;
- Actividades de salud pública, como la notificación obligatoria de inmunizaciones, enfermedades, lesiones, nacimientos y muertes, o en relación con investigaciones de salud pública;

- Si sospechamos abuso o negligencia infantil; si creemos que usted es víctima de abuso, negligencia o violencia doméstica;
- A la Administración de Alimentos y Medicamentos para informar eventos adversos, defectos de productos o para participar en retiros de productos;
- A su empleador cuando le hayamos proporcionado atención médica a petición de su empleador;
- A una agencia de supervisión gubernamental que realiza auditorías, investigaciones, procedimientos civiles o penales;
- Citación judicial o administrativa ordenada o solicitud de descubrimiento;
- A los funcionarios encargados de hacer cumplir la ley según lo exija la ley si creemos que ha sido víctima de abuso, negligencia o violencia doméstica. Solo haremos esta divulgación si usted está de acuerdo o cuando sea requerido o autorizado por la ley;
- A los médicos forenses y / o directores de funerarias de acuerdo con la ley;
- Si es necesario para organizar una donación de órganos o tejidos de usted o un trasplante para usted;
- Si usted es miembro de las fuerzas armadas, también podemos divulgar su información médica protegida para actividades de seguridad nacional o inteligencia; y
- A las agencias de compensación de trabajadores para la determinación de beneficios de compensación para trabajadores.

Divulgacion de Informacion que Requiere Autorizacion:

Notas de Psicoterapia: Debemos obtener su autorización específica por escrito antes de divulgar cualquier nota de psicoterapia, a menos que la ley permita lo contrario. Sin embargo, hay ciertos propósitos para los cuales podemos divulgar notas de psicoterapia, sin obtener su autorización por escrito, incluidos los siguientes: (1) para llevar a cabo ciertos tratamientos, pagos u operaciones de atención médica (por ejemplo, uso para los fines de su tratamiento, para nuestra propia capacitación y para defendernos en una acción legal u otro procedimiento iniciado por usted), (2) al Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos para determinar nuestro cumplimiento con la ley, (3) según lo exija la ley, (4) para actividades de supervisión de la salud autorizadas por la ley, (5) a examinadores médicos o forenses según lo permita la ley estatal, o (6) con el propósito de prevenir o disminuir una amenaza grave o inminente para la salud o seguridad de una persona o el público.

Información Genético: Debemos obtener su autorización específica por escrito antes de usar o divulgar su información genética para fines de tratamiento, pago u operaciones de atención médica. Podemos usar o divulgar su información genética, o la información genética de su hijo, sin su autorización por escrito solo cuando lo permita la ley.

Publicidad: Debemos obtener su autorización específica por escrito antes de usar o divulgar su información médica protegida para marketing, excepto si la comunicación es en forma de (1) una comunicación cara a cara con usted, o (2) un regalo promocional de valor nominal.

Venta de Información Protegida: Debemos obtener su autorización antes de recibir una remuneración directa o indirecta a cambio de su información de salud; No obstante, dicha autorización no será necesaria cuando el objeto del canje sea:

- Actividades de salud publica;

- Fines de investigación, siempre que recibamos solo una tarifa razonable basada en el costo para cubrir el costo de preparar y transmitir la información con fines de investigación;
- Tratamiento y fines de pago;
- Operaciones de atención médica que involucran la venta, transferencia, fusión o consolidación de todo o parte de nuestro negocio y para la debida diligencia relacionada;
- Pago que proporcionamos a un socio comercial por actividades que involucran el intercambio de información médica protegida que el socio comercial realiza en nuestro nombre (o el subcontratista realiza en nombre de un socio comercial) y la única remuneración proporcionada es por el desempeño de dichas actividades;
- Proporcionarle una copia de su información de salud o un informe de divulgaciones;
- Divulgaciones requeridas por la ley;
- Divulgaciones de su información de salud para cualquier otro propósito permitido por y de acuerdo con la Regla de Privacidad de HIPAA, siempre y cuando la única remuneración que recibamos sea una tarifa razonable basada en el costo para cubrir el costo de preparar y transmitir su información de salud para tales fines o sea una tarifa expresamente permitida por otra ley; o
- Cualquier otra excepción permitida por el Departamento de Salud y Servicios Humanos.

Derechos que usted tiene con respecto a su información médica protegida:

Acceso a su información médica protegida: Usted tiene derecho a copiar y/o inspeccionar gran parte de la información médica protegida que conservamos en su nombre. Para la información de salud protegida que mantenemos en cualquier

conjunto de registros electrónicos designados, puede solicitar una copia de dicha información de salud en un formato electrónico razonable, si es fácilmente producible. Las solicitudes de acceso deben hacerse por escrito y estar firmadas por usted o su representante legal. Puede obtener un Formulario de acceso del paciente a la información de salud del personal de recepción. Se le cobrará una tarifa de copia razonable y los costos reales de franqueo y suministro de su información médica protegida. Si solicita copias adicionales, se le cobrará una tarifa por copia y franqueo.

Enmiendas a Su Información Médica Protegida: Tiene derecho a solicitar por escrito que se modifique o corrija la información médica protegida que mantenemos sobre usted. No estamos obligados a hacer las enmiendas solicitadas, pero consideraremos cuidadosamente cada solicitud. Todas las solicitudes de enmienda deben ser por escrito, firmadas por usted o su representante legal, y deben indicar los motivos de la solicitud de enmienda / corrección. Si se realiza una solicitud de enmienda o corrección, podemos notificar a otras personas que trabajan con nosotros si creemos que dicha notificación es necesaria. Puede obtener un Formulario de solicitud de enmienda del personal de la oficina principal o de la persona responsable de los registros médicos.

Contabilización de las Divulgaciones de Su Información Médica Protegida: Usted tiene derecho a recibir un informe de ciertas divulgaciones hechas por nosotros de su información médica protegida después del 14 de abril de 2003. La solicitud debe hacerse por escrito y estar firmada por usted o su representante legal. "Los formularios de solicitud de contabilidad están disponibles en el personal de la oficina principal o en la persona responsable de los registros médicos. La primera contabilidad en cualquier período de 12 meses es gratuita; Se le cobrará una tarifa por cada contabilidad posterior que solicite dentro del mismo período de 12 meses. Se le notificará la tarifa en el momento de su solicitud.

Restricciones sobre el Uso y Divulgación de Su Información Médica Protegida: Usted tiene derecho a solicitar restricciones sobre el uso y la divulgación de su información médica protegida para tratamiento, pago u operaciones de atención médica. No estamos obligados a aceptar la mayoría de las solicitudes de restricción, pero intentaremos satisfacer las solicitudes razonables cuando sea apropiado. Sin embargo, usted tiene el derecho de restringir la divulgación de su información médica protegida a un plan de salud si la divulgación es con el propósito de llevar a cabo operaciones de pago o atención médica y no es requerida por la ley, y el nombre de la información médica protegida ha pagado a AVH en su totalidad. Si aceptamos cualquier restricción discrecional, nos reservamos el derecho de eliminar dichas restricciones según lo consideremos apropiado. Le notificaremos si eliminamos una restricción impuesta de acuerdo con este párrafo. También tiene derecho a retirar, por escrito u oralmente, cualquier restricción comunicando su deseo al personal responsable de los registros médicos.

Derecho a Notificación de Incumplimiento: Nos tomamos muy en serio la confidencialidad de la información de nuestros pacientes, y estamos obligados por ley a proteger la privacidad y seguridad de su información médica protegida a través de las salvaguardas adecuadas. Le notificaremos en caso de que ocurra una violación que involucre o potencialmente involucre su información de salud no segura y le informaremos de los pasos que debe tomar para protegerse.

Copia Impresa de Este Aviso: Usted tiene derecho, incluso si ha aceptado recibir notificaciones electrónicamente, a obtener una copia impresa de este Aviso. Para hacerlo, envíe una solicitud al Oficial de Privacidad a la dirección a continuación.

Quejas: Si cree que se han violado sus derechos de privacidad, puede presentar una queja completando un formulario electrónico de queja en el sitio web de AVH. La presentación del formulario electrónico de queja en el sitio web producirá una confirmación electrónica, acusando recibo de la presentación de la queja. La queja se envía al departamento de gestión de riesgos de AVH para su procesamiento. También puede presentar una queja ante el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos en la siguiente dirección. No habrá represalias por presentar una queja.

Office for Civil Rights
Department of HHS
Jacob Javits Federal Building
26 Federal Plaza – Suite 3312
New York, NY 10278
Voice Phone: (212) 264-3313
Fax: (212) 264-3039
TDD (212) 264-2355

Para Más Información: Si tiene preguntas, necesita más ayuda con respecto a su información médica protegida o mentiría para enviar una solicitud a este Aviso, puede comunicarse con el oficial de privacidad de AVH por teléfono al (707) 894-4229 o a la siguiente dirección:

AVH Privacy Officer
106 E. First St.
Cloverdale, CA 95425

Este Aviso de prácticas de privacidad también está disponible en nuestro sitio web AVH, ***www.alexandervalleyhealthcare.org*** **.**

Alexander Valley Healthcare
Feel Good... We Have You Covered

¿Qué es un programa de cuota de deslizamiento?

Alexander Valley Healthcare [AVH] proporciona un programa de descuento de escala para los pacientes elegibles basados en su ingreso y tamaño de la familia.

¿Califico?

Para determinar si usted califica para el programa, necesita llenar una solicitud y proporcionar documentación [ver abajo] de sus fuentes de ingresos o de apoyo.

Calificación no puede realizarse hasta que proporcione la documentación necesaria.

Una vez concedido, estás calificado por **1 año**. **Debe reaplicar con información actualizada cada año para poder continuar en el programa.**

¿Qué documentación es necesaria para proporcionar?

Una lista de todos los miembros de familia que viven con usted, sus fechas de nacimiento, números de seguro social, su relación con usted y sus ingresos o medios de subsistencia.

Comprobante de ingresos para usted y los miembros de su familia hogar:

- Que representan las últimas 4 semanas de ingreso de talones de pago
- Compensación por desempleo que representan las últimas 4 semanas de ingreso
- Compensación de discapacidad que representan las últimas 4 semanas de ingreso
- Compensación del trabajador que representan las últimas 4 semanas de ingreso
- Discapacidad o carta de beneficios de Seguro Social y / o ingresos del Seguro Social
- Si autónomos: últimos años impuesto a la renta devuelve, personales y de negocios
- Documentos legales relativas a la manutención o pensión alimenticia
- *Otros artículos pueden ser requeridos*
- *Opcional – Su renta o hipoteca se puede usar para reducir su pago al proporcionar; Su contrato de arrendamiento firmado y actual O una carta firmada y fechada del propietario con la dirección de la propiedad, el nombre del inquilino solicitante / miembro de la familia, el alquiler mensual y el plazo, y una factura de servicios públicos actual, O una copia de su declaración de hipoteca actual, con el nombre y la dirección del solicitante*

Pago por servicios

Nuestra políza es recoger la cuota mínima al **registrar** para su visita. A los pacientes **se les cobrará** por servicios adicionales recibidos, tales como suministros, medicamentos, vacunas, u otros proporcionan durante o como resultado de la visita. **Cargos adicionales pueden producirse cuando se proporcionan los procedimientos o servicios de laboratorio. Personal de apoyo está disponible para ayudar a determinar si un procedimiento o laboratorio está incluido en el precio de escala móvil que debe recogerse antes de irse.** El deslizamiento cuota programa descuento se aplica sólo cuando el pago se realiza en el momento del servicio.

Por favor tenga su tarifa mínima con usted para evitar retrasos o reprogramación. Para su conveniencia, aceptamos dinero en efectivo, cheques, Visa y MasterCard.

PROGRAMA VACUNAS PARA NIÑOS (VFC)

INFORMACIÓN DE LOS CDC PARA LOS PADRES

OBTENGA AYUDA PARA PAGAR POR LAS VACUNAS DE SUS HIJOS

¿Cómo puedo obtener ayuda para pagar por las vacunas de mi hijo?

Desde 1994, los padres pueden inmunizar a sus hijos a través del Programa Vacunas para Niños o VFC (por sus siglas en inglés). Este programa ofrece vacunas gratuitas para niños cuyos padres necesitan ayuda para pagarlas.

¿Mi hijo reúne los requisitos para el programa VFC?

Su hijo reúne los requisitos si todavía no ha cumplido 19 años y tiene alguna de las siguientes características:

- Reúne los requisitos para recibir Medicaid.
- No tiene seguro médico.
- Es indoamericano o nativo de Alaska.
- Tiene seguro médico de cobertura limitada (los niños de este grupo solo pueden recibir vacunas del programa VFC a través de centros de salud con acreditación federal y clínicas rurales).

¿Qué quiere decir "cobertura limitada"?

Cobertura limitada significa que su hijo tiene seguro médico, pero no cubre las vacunas debido a que el seguro:

- No cubre ninguna vacuna.
- No cubre ciertas vacunas.
- Paga por las vacunas, pero tiene un límite fijo en dólares o de cobertura para vacunas. Una vez que se alcanza esta cantidad fijada en dólares, su hijo reunirá los requisitos.

¿A dónde puedo llevar a vacunar a mi hijo?

Pregúntele a su médico si administra vacunas bajo el programa VFC. Hay más de 40,000 médicos participantes en el programa VFC a nivel nacional.

¿Cuánto tendré que pagar?

Con el programa VFC, todas las vacunas son gratuitas, con lo que usted ahorrará $100 o más en algunas vacunas. Aunque usted ahorrará mucho dinero al obtener las vacunas gratuitas, es posible que haya otros costos derivados de la visita al médico del programa VFC:

- El médico puede cobrar por la aplicación de cada dosis. Sin embargo, no se le puede negar ninguna vacuna del programa VFC a los niños que reúnan los requisitos y sus familias no puedan pagar los honorarios médicos.
- Puede ser que tenga que pagar por la consulta al médico.
- Puede haber cargos por servicios no relacionados con la vacuna, como exámenes de la vista o análisis de sangre.

El médico de mi hijo no pertenece al programa VFC. ¿Dónde puedo llevarlo a vacunar?

Si el médico de su hijo no participa en el VFC, usted puede llevarlo a uno de los siguientes lugares para que le pongan las vacunas:

- Clínica de salud pública
- Centro de salud con acreditación federal (FQHC)
- Clínica de Salud Rural (RHC)

El mejor lugar para llevarlo a vacunar dependerá de su domicilio y de los requisitos que reúna bajo el programa. Antes de ir, comuníquese con el coordinador estatal del programa VFC y pregúntele a dónde puede llevar a vacunar a su hijo. La información de contacto de su coordinador estatal del VFC la puede encontrar en el sitio de Internet (en inglés) **www.cdc.gov/vaccines/programs/vfc/contacts-state.html** o llamando al **1-800-CDC-INFO (232-4636).** Le atenderán en español y la llamada será confidencial y gratuita.

Para obtener más información sobre el programa VFC, puede visitar la página de Internet de los CDC en **www.cdc.gov/vaccines/programs/vfc/**(en inglés) o llamar al **1-800-232-4636**. Le atenderán en español y la llamada será confidencial y gratuita.

6/03/2011 CS223579-A

Alexander Valley Healthcare
Feel Good... We Have You Covered

Financial Services
Requested Documents

(Please note: Other verifications not listed below may be requested)

Verification	Medi-Cal	Covered CA	CalFresh	Sliding Scale
Proof of Identity:	**For Everyone in Household:** ▪ Driver's License ▪ Identification Card ▪ Social Security Card ▪ Cert. of Citizenship/ Naturalization ▪ Employment ▪ Authorization Card/Work Permit ▪ Passport ▪ Permanent Resident Card ▪ Consulate ID ▪ Visa ▪ Other Photo ID ▪ Birth Certificate for children requesting benefits	**For Everyone in Household:** ▪ Driver's License ▪ Identification Card ▪ Social Security Card ▪ Cert. of Citizenship/ Naturalization ▪ Employment ▪ Authorization Card/Work Permit ▪ Passport ▪ Permanent Resident Card ▪ Consulate ID ▪ Visa ▪ Other Photo ID ▪ Birth Certificate for children requesting benefits	**For Everyone in Household:** ▪ Driver's License ▪ Identification Card ▪ Social Security Card ▪ Cert. of Citizenship/ Naturalization ▪ Employment ▪ Authorization Card/Work Permit ▪ Passport ▪ Permanent Resident Card ▪ Consulate ID ▪ Visa ▪ Other Photo ID ▪ Birth Certificate for children requesting benefits	▪ Driver's License ▪ Identification Card ▪ Passport ▪ Permanent Resident Card ▪ Consulate ID ▪ Other Photo ID
Income: *If paid:* ◊ *Weekly (4)* ◊ *Bi-Weekly (2)* ◊ *Twice month(2)* ◊ *Monthly (1)*	▪ Paystubs for a month* **(Most recent)** ▪ Employer Letter ▪ Award Letter for Social Security Benefits **Proof of:** ▪ Pension ▪ Retirement ▪ Unemployment ▪ Workers Compensation ▪ Child Support ▪ Last year's income tax return ▪ Profit & Loss for 3 months (**ONLY** if self-employed)	▪ Paystubs for a month* **(Most recent)** ▪ Last year's income tax return ▪ Award Letter for Social Security Benefits ▪ Employer Letter **Proof of:** ▪ Pension ▪ Retirement ▪ Unemployment ▪ Workers Compensation ▪ Child Support ▪ Profit & Loss for 3 months (**ONLY** if self-employed)	▪ Paystubs for a month* **(Most recent)** ▪ Employer Letter ▪ Award Letter for Social Security Benefits **Proof of:** ▪ Pension ▪ Retirement ▪ Unemployment ▪ Workers Compensation, ▪ Child Support ▪ Last year's income tax return ▪ Profit & Loss for 3 months (**ONLY** if self-employed)	▪ Paystubs for a month* **(Most recent)** ▪ Employer Letter ▪ Award Letter for Social Security Benefits **Proof of:** ▪ Pension ▪ Retirement ▪ Unemployment ▪ Workers Compensation, ▪ Child Support ▪ Last year's income tax return ▪ Profit & Loss for 3 months (**ONLY** if self-employed)
Additional requested verifications:	▪ Proof of California residency ▪ Current Bank Statement ▪ Vehicle Registration ▪ Pregnancy Verification ▪ Child Care Receipt	▪ Proof of California residency ▪ Health insurance coverage information for members already covered	▪ Proof of California residency ▪ Rent/mortgage receipt ▪ Utility bills ▪ Child Care Receipt	▪ Rental/ Mortgage lease agreement ▪ Signed and dated letter from landlord with property address and monthly rent and term

Your Appointment: Date _____ At _____

To make an appointment please call Alexander Valley Healthcare at (707) 894-4229

Alexander Valley Healthcare
Feel Good... We Have You Covered

Servicios Financieros
Documentos Requeridos

(Porfavor tome en cuenta: Otras verificaciones que no estan en la lista pueden ser requeridas)

Verificaciones	Medi-Cal	Covered CA	CalFresh	Escala de Descuento
Comprobante de Identidad:	**Para Todos en el Hogar:** ▪ Licencia de Manejar ▪ Tarjeta de Identificación ▪ Tarjeta de Seguro Social ▪ Certificado de Ciudadanía/Naturalización ▪ Permiso de trabajo ▪ Pasaporte ▪ Tarjeta de Residente Permanente ▪ Matrícula Consular ▪ Visa ▪ Otra Identificación con foto ▪ Acta de Nacimiento para niños solicitando beneficios	**Para Todos en el Hogar:** ▪ Licencia de Manejar ▪ Tarjeta de Identificación ▪ Tarjeta de Seguro Social ▪ Certificado de Ciudadanía/Naturalización ▪ Permiso de trabajo ▪ Pasaporte ▪ Tarjeta de Residente Permanente ▪ Matrícula Consular ▪ Visa ▪ Otra Identificación con foto ▪ Acta de Nacimiento para niños solicitando beneficios	**Para Todos en el Hogar:** ▪ Licencia de Manejar ▪ Tarjeta de Identificación ▪ Tarjeta de Seguro Social ▪ Certificado de Ciudadanía/Naturalización ▪ Permiso de trabajo ▪ Pasaporte ▪ Tarjeta de Residente Permanente ▪ Matrícula Consular ▪ Visa ▪ Otra Identificación con foto ▪ Acta de Nacimiento para niños solicitando beneficios	▪ Licencia de Manejar ▪ Tarjeta de Identificación ▪ Certificado de Ciudadanía/Naturalización ▪ Pasaporte ▪ Tarjeta de Residente Permanente ▪ Matrícula Consular ▪ Otra Identificación con foto
Ingresos: *Si le pagan:* ◊ *Semanal (4)* ◊ *Cada 2 semanas(2)* ◊ *2 veces por mes (2)* ◊ *Mensual (1)*	▪ Talones de ingreso, **un mes* (más reciente)** ▪ Carta del Empleador ▪ Carta que verifica los beneficios del Seguro Social **Comprobante de:** ▪ Pensión ▪ Jubilación ▪ Desempleo ▪ Compensación al Trabajador ▪ Manutención de Hijos ▪ Declaración de Impuestos del Año Pasado ▪ Pérdidas y Ganancias para 3 meses (**SÓLO** si trabaja por cuenta propia)	▪ Declaración de impuestos del año pasado **y para todos los que son reclamados:** ▪ Prueba de ingresos para **un mes*** ▪ Carta del Empleador ▪ Carta que verifica los beneficios del Seguro Social **Comprobante de:** ▪ Pensión ▪ Jubilación ▪ Desempleo ▪ Compensación al Trabajador ▪ Manutención de Hijos ▪ Pérdidas y Ganancias para 3 meses (**SÓLO** si trabaja por cuenta propia)	▪ Talones de ingreso, **un mes* (más reciente)** ▪ Carta del Empleador ▪ Carta que verifica los beneficios del Seguro Social **Comprobante de:** ▪ Pensión ▪ Jubilación ▪ Desempleo ▪ Compensación al Trabajador ▪ Manutención de Hijos ▪ Declaración de Impuestos del Año Pasado ▪ Pérdidas y Ganancias para 3 meses (**SÓLO** si trabaja por cuenta propia)	▪ Talones de ingreso, **un mes* (más reciente)** ▪ Carta del Empleador ▪ Carta que verifica los beneficios del Seguro Social **Comprobante de:** ▪ Pensión ▪ Jubilación ▪ Desempleo ▪ Compensación al Trabajador ▪ Manutención de Hijos ▪ Declaración de Impuestos del Año Pasado ▪ Pérdidas y Ganancias para 3 meses (**SÓLO** si trabaja por cuenta propia)
Verificaciones adicionales:	▪ Comprobante de residencia de California ▪ Estado de cuenta bancaria ▪ Registración de vehículo ▪ Verificación de embarazo ▪ Recibos de cuidado de niños	▪ Comprobante de residencia de California ▪ Comprobante de seguro médico de todos los miembros que estén asegurados	▪ Comprobante de residencia de California ▪ Comprobante de renta y/o pago de casa ▪ Factura de utilidades ▪ Recibos de cuidado de niños	▪ Comprobante de renta y/o pago de casa ▪ Carta firmada por el propietario con la dirección de la propiedad, el alquiler mensual

Su Cita: Fecha_____ A las:_____

Para concertar una cita por favor llame Alexander Valley Healthcare a (707) 894-4229