



En Waterfall Community Health Center deseamos tomarnos un momento para darle la **bienvenida** a su nuevo hogar médico. Queremos que sepa que valoramos la oportunidad que se nos da de cuidar de usted y su familia. Gracias por elegirnos como su hogar médico centrado en pacientes y esperamos con ansias poder atenderlo. Al ser su nuevo hogar médico, nos esforzaremos por facilitarle el acceso a la atención. Puede esperar un alto estándar de atención. Su salud y bienestar es nuestra preocupación principal. ¡Sus objetivos de salud son nuestros objetivos!

Waterfall Community Health Center (WCHC) es un centro de atención médica sin fines de lucro, dirigido y comunitario que les ofrece a los residentes de la comunidad atención médica integral y servicios al alcance de todos.

WCHC cuenta con una amplia variedad de servicios integrales, tales como servicios médicos, de salud conductual, higiene dental y al alcance de todos.

Comprendemos que no todos los pacientes son iguales y es por eso que su plan de atención estará diseñado específicamente para usted. En nuestro modelo de atención del hogar médico, ¡**USTED** es el centro de todo lo que hacemos!

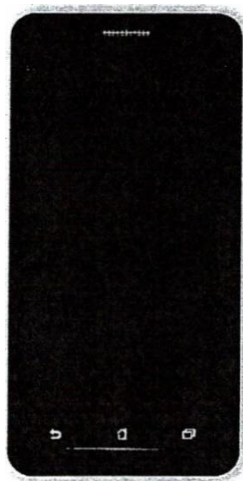


*Tenga en cuenta que las sustancias controladas (estimulantes, benzos, hidrocodona, oxicodona, etc.) no se le recetarán en su primera cita. Todos los medicamentos se recetan a discreción de su profesional de salud de atención primaria.



PARA SU CONVENIENCIA

Recibirá mensajes de texto de cortesía
automáticos para recordarle sus
próximas citas



Si está interesado, envíe un mensaje de texto
con la palabra **WFall al 622622** y comenzará
a recibir recordatorios.



**Waterfall
Community
Health Center**

Políticas para los pacientes de Waterfall

Opiáceos o narcóticos

Tenga en cuenta que las recetas de opiáceos o narcóticos no se realizarán en su primera cita con su profesional de salud. Asegúrese de que su profesional de salud original continúe surtiendo las recetas hasta que se haya establecido la atención con su profesional de salud de Waterfall.

Asegúrese de completar y presentar sus registros y formulario de aprobación ya que esto puede ayudar a realizar la transición de un profesional de salud a otro mucho más fácil.

Política de ausentismo notificado

Para pacientes nuevos:

En caso de que no pueda asistir a su cita, avise a Waterfall con al menos 24 horas de antelación.

Si no notifica a Waterfall que no asistirá a su cita programada, esto ocasionará que dicha cita se documente como “ausentismo no notificado”.

Si tiene dos (2) instancias de ausentismo no notificado en el lapso de un año, se le solicitará y se le permitirá que aguarde hasta que haya una cita disponible. Esto durará lo que quede de dicho año.

Para pacientes establecidos:

Ante la primera instancia de ausentismo no notificado, se lo llamará para que explique la razón de dicho ausentismo.

Ante la segunda instancia de ausentismo no notificado, se le enviará una carta para reforzar tanto la política como las expectativas.

En caso de que tenga tres (3) instancias de ausentismo no notificado en el lapso de un año, esto podría causar a la finalización de la atención en la clínica Waterfall.



Acceso en línea a su historia clínica en cualquier momento del día o la noche

En asociación con OCHIN, que respalda el sistema de registros de salud electrónicos de nuestra clínica, ofrecemos a nuestros pacientes acceso seguro y en línea a sus historias clínicas personales.

Mediante MyChart de OCHIN, los pacientes pueden tener acceso en línea a su información médica, en cualquier momento del día o de la noche.

Vea lo que ve su profesional de salud:

- Medicamentos, resultados de laboratorio, alergias, inmunizaciones, etc.
- Acceso a información de educación sobre la salud
- Sus indicaciones para el alta

Manténgase en contacto con su profesional de salud:

- Puede enviarle a su profesional de salud un mensaje de correo electrónico seguro
- Puede solicitar resurtido de recetas

Gestione sus citas:

- Puede programar una cita
- Puede ver detalles de una cita anterior o futura

Seguridad y privacidad:

- MyChart de OCHIN es seguro, protegido y privado
- MyChart de OCHIN está protegido mediante contraseña y se le envía mediante una conexión encriptada que no permitirá a otros ver su información

Obtener acceso es fácil:

- Solicítele a su profesional de salud que le habilite el acceso hoy mismo

**Consentimiento de servicios de
atención médica de Waterfall
Community Health Center**

Acuerdo: Lea atentamente y firme al pie.

Consentimiento para el tratamiento:

Autorizo el tratamiento necesario para la atención del paciente mencionado anteriormente.

Autorizo la divulgación de todos los registros médicos para referir a profesional de salud y a mi empresa de seguros, si corresponde. Permiso la transmisión por fax o la presentación electrónica segura de la Ley de Responsabilidad y Transferibilidad de Seguros Médicos (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA) de mis registros médicos, si es necesario.

Responsabilidad financiera:

Todos los copagos de seguro se deben pagar en el momento de la visita. A todos los pacientes con cuentas de autopago se les solicita que traigan el comprobante de pago a cada visita. Los pacientes que hayan realizado arreglos de pago o hayan recibido una declaración mensual deben realizar un pago dentro de los treinta días desde la fecha de declaración. Si tiene inquietudes en cuanto al pago, notifique al departamento de facturación. Le facturaremos su seguro por usted. Sin embargo, su cuenta es su responsabilidad.

Autorización de seguro:

Comprendo la política financiera anterior y acepto la responsabilidad financiera. Al firmar a continuación, cedo a Waterfall Community Health Center todos los pagos adeudados de mi empresa de seguros por los servicios prestados.

Waterfall Community Health Center (WCHC) cuenta con una política de quejas de pacientes que les ofrece a los pacientes de WCHC o sus representantes autorizados resolver sus quejas de manera oportuna, razonable y coherente. La política asegura que el paciente será tratado con una alta calidad de atención al cliente mientras se determina la investigación y la resolución.

En caso de que no pueda asistir a su cita, llame con 24 horas de antelación para cancelar. Llamamos un día antes para confirmar su cita. Si no recibe noticias nuestras, llámenos para confirmar su cita.

He leído y comprendo totalmente el consentimiento anterior para tratamiento, la responsabilidad financiera, la divulgación de información médica y la autorización del seguro. Estos acuerdos permanecerán vigentes hasta que se revoquen por escrito. En caso de que se revoquen, comprendo que la autorización no afectará ningún uso ni divulgación de información que ya haya ocurrido.

Firma del paciente o tutor: _____

Paciente o tutor (en letra de imprenta): _____

Relación con el paciente: _____

Fecha: _____

Waterfall Community Health Center
Consentimiento para uso y divulgación de información de
salud para el tratamiento, el pago y las operaciones de
atención médica

Yo, _____ (nombre del paciente), comprendo que como parte de mi atención médica, Waterfall Community Health Center (WCHC) genera y mantiene registros en papel o electrónicos que describen mi historia clínica, síntomas, exámenes y resultados de análisis, diagnósticos, tratamiento y cualquier plan de atención o tratamiento futuro. Comprendo que esta información cumple las siguientes funciones:

- Sirve de base para planificar mi atención y tratamiento.
- Es un medio de comunicación entre los diferentes profesionales de salud que contribuyen a mi atención.
- Representa una fuente de información para aplicar mi diagnóstico e información quirúrgica a mi factura.
- Sirve como medio a través del cual un pagador tercero puede verificar que los servicios facturados realmente se hayan prestado.
- Es una herramienta para operaciones de atención médica de rutina, tales como evaluar la calidad y revisar la competencia de los profesionales de la salud.

Comprendo que se me ha brindado una **Notificación de prácticas de privacidad** que ofrece una descripción más completa de los usos y la divulgación de la información. Comprendo que tengo los siguientes derechos y privilegios:

- El derecho a revisar el aviso antes de firmar este consentimiento;
- El derecho a objetar el uso de mi información de salud para fines de directorio y
- El derecho a solicitar restricciones en cuanto a cómo podría utilizarse o divulgarse mi información médica para llevar a cabo el tratamiento, el pago o las operaciones de atención médica.
 - o Comprendo que WCHC no tiene la obligación de aceptar su solicitud. Si aceptamos, debemos cumplir con su solicitud, a menos que la información se necesite para brindarle tratamiento de emergencia.

Puede revisar la “**Notificación de prácticas de privacidad**” de WCHC para obtener información adicional acerca de los usos y la divulgación de la información descrita en este CONSENTIMIENTO antes de firmarlo.

Comprendo que tengo derecho a revocar este CONSENTIMIENTO, siempre que lo haga por escrito, excepto en la medida en que WCHC ya haya utilizado o divulgado la información presente en este CONSENTIMIENTO.

También comprendo que, al negarme a firmar este consentimiento o al revocarlo, WCHC puede negarse a tratarme según lo permite el Artículo 164.506 del Código de Regulaciones Federales.

Además, comprendo que WCHC se reserva el derecho a modificar su notificación y sus prácticas y antes de la implementación, conforme al Artículo 164.520 del Código de Regulaciones Federales. Se publicará en nuestra sala de espera y en nuestro sitio web un resumen de la notificación que indique la fecha de vigencia de la notificación en el margen superior derecho. Le ofreceremos una copia de la notificación en su primera visita después de la fecha de vigencia de la notificación actual en ese momento. También le entregaremos una copia de la notificación si la solicita.

Comprendo que, como parte del tratamiento, el pago o las operaciones de atención médica de WCHC, es posible que sea necesario divulgar mi información de salud protegida a otra entidad, y autorizo dicha divulgación para estos usos permitidos, incluidas las divulgaciones por fax.

Comprendo totalmente los términos de este consentimiento y, al firmar, los acepto. También indico que he recibido una copia o se me ha dado la oportunidad de recibir una copia de la **Notificación de prácticas de privacidad** de Waterfall Community Health Center. Se me ha informado acerca de los **derechos y responsabilidades** y los comprendo totalmente.

Firma del paciente y/o tutor

Fecha

Solo para uso interno:

() Consentimiento recibido por _____ el. _____

Waterfall Community Health Center
Acuerdo de hogar médico centrado en pacientes de atención primaria

La buena comunicación entre los pacientes, profesionales de salud y equipos de atención es clave para lograr mejores resultados. El personal de Waterfall está comprometido a brindarle una alta calidad de atención. Esto puede llevarse a cabo mediante la comprensión de nuestras responsabilidades para con usted y su responsabilidad como paciente en nuestro hogar médico centrado en pacientes.

Como paciente de Waterfall Community Health Center, tiene derecho a lo siguiente:

- Ser tratado con respeto y cuidado sin ser juzgado;
- Participar activamente en su atención médica, que incluye la toma de decisiones, las opciones de tratamiento y las decisiones éticas;
- Recibir atención de calidad que respete sus valores y creencias;
- Recibir un trato cortés y profesional;
- Contar con el respeto de su privacidad, confidencialidad y dignidad;
- Recibir servicios en un entorno seguro, cómodo y limpio;
- Recibir materiales e información acerca de su salud en una manera que usted comprenda;
- Conocer el nombre y el cargo de los profesionales de salud y el personal que le brindan atención; Elegir un profesional de salud de atención primaria;
- Compartir preocupaciones acerca de su atención y recibir una respuesta de manera oportuna;
- Que sus registros médicos e información acerca de su atención médica se trate con confidencialidad y se comparta con otros solo según lo exija la ley o cuando tenga un permiso por escrito;
- Comprender cómo cobramos los servicios y qué ayuda financiera tenemos para servicios médicos, mentales o de salud bucal.
- **Como paciente de Waterfall Community Health Center, es responsable de lo siguiente:**
- Proporcionar información completa y correcta acerca de su historia clínica, estado de salud actual y cambios en sus síntomas y afección médica;
- Participar en la toma de decisiones de su atención médica y tomar decisiones informadas acerca de los tratamientos y procedimientos antes de que se realicen;
- Seguir el plan de tratamiento que acuerden su profesional de salud y usted;
- Informar a su profesional de salud si no comprende su plan de tratamiento. Si cree que no puede seguir con el plan de tratamiento, comuníquese a su profesional de salud;
- Tratar a los profesionales de salud, al personal, a otros pacientes y a la propiedad de Waterfall de manera respetuosa;
- Concretar y mantener las citas. Notifíquenos con 24 horas de antelación a la cita si necesita cancelarla o reprogramarla;
- Llegar puntual a sus citas programadas;
- Proporcionarnos su número de teléfono, ingresos y dirección actuales;
- Mostrarnos su tarjeta del seguro cuando se presenta para recibir servicios;
- Pagar sus facturas;
- Comunicarnos si tiene ideas para mejoras. Indíquenos cuando esté conforme con nuestra atención.

El centro de Powers está abierto: lunes y martes de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. y viernes de 9:00 a. m. a 4:00 p. m.

El centro de Marshfield está abierto: de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.

El centro de North Bend está abierto:

Lunes y martes de 8:00 a. m. a 7:00 p. m.

De miércoles a viernes de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.

Cuando la oficina está cerrada, contamos con una línea de enfermería después de horario que se encuentra disponible para cuestiones urgentes que no pueden esperar hasta el horario de atención regular. Llame al 541-756-6232.

Al firmar a continuación, usted indica que ha leído este documento y que desea formar parte de nuestro hogar médico. Este no es un contrato legalmente vinculante, pero es nuestro compromiso mutuo en cuanto a cómo trabajaremos juntos como un hogar médico centrado en pacientes.

Nombre del paciente en letra de imprenta

Firma del paciente o representante

Fecha

Representante de Waterfall Community Health Center

Firma

Fecha

Waterfall Community Health Center

CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE PARA VIDEOS Y FOTOGRAFÍAS MÉDICAS

Acepto ser fotografiado para recibir tratamiento en la clínica Waterfall.

Comprendo que mi profesional de salud de atención primaria podría utilizar las imágenes de las fotografías o los videos para mi tratamiento o para fines de capacitación y educativos, según el profesional de salud de atención primaria lo considere adecuado. Las imágenes no se utilizarán para otros fines que no sean para mi atención o para fines de capacitación y educativos para la clínica.

Se me ha ofrecido una copia de este formulario de consentimiento.