

# Hola,



Bienvenido a la familia de los centros de salud de Mountain Valleys: Mountain Valleys Health Centers (MVHC)

## Nuestra misión

La misión de Mountain Valleys Health Centers (MVHC) es brindar acceso a todos los servicios de atención médica para todas las personas, con énfasis en la atención preventiva y la educación, y el resultado final es el autocuidado y el mantenimiento de la salud. Esto se logrará mediante una gestión eficaz del programa, instalaciones médicas totalmente equipadas y mediante la contratación y el desarrollo de profesionales de la salud altamente calificados y dedicados dispuestos a servir a la población rural.

## Servicios

### Servicios médicos

- Atención primaria
- Salud preventiva
- Manejo de enfermedades crónicas
- Exámenes físicos: CHDP, deportes, DMV, etc.
- Cuidado geriátrico
- La salud de la mujer
- Cuidado prenatal y cuidado del bebé sano
- Planificación familiar
- Atención de urgencias
- Podología
- Cirugía menor
- Educación diabética
- Asesoramiento para dejar de fumar
- Servicios básicos de laboratorio y extracciones de sangre
- Pruebas de diagnóstico
- Examen de audición y vision
- Vacunas
- Pediatría

### Servicios dentales

- Atención dental primaria y preventiva
- Visitas de emergencia
- Exámenes y radiografías
- Examen de detección de cáncer oral
- limpieza de dientes estándar Fluoruro
- Tratamiento y selladores
- Limpieza de dientes profunda
- Empastes, Endodoncias, y Coronas
- Extracciones
- dentaduras postizas y parciales

### Servicios de salud conductual

- sesoramiento
- Terapia matrimonial y de pareja
- Duelo
- Terapia para niños y adolescentes
- Trastornos psicológicos derivados de problemas de salud
- Tratamiento y manejo del estrés, el estado de ánimo y la ansiedad
- Evaluación y valoración psicológica
- Adicciones y trastornos relacionados con la adicción
- Manejo de casos
- Tratamiento asistido por medicamentos

### Acceso fuera de horario

Incluso después de finalizar el horario habitual de la clínica, los pacientes todavía tienen la posibilidad de comunicarse con una enfermera si tienen preguntas relacionadas con la salud. MVHC ofrece este servicio a través de Partnership Health Plan y Team Health Medical Call Center. Un paciente puede hablar con una enfermera titulada simplemente llamando a cualquier número de teléfono de MVHC; indicaciones sencillas dirigirán su llamada al sistema apropiado.

### Tarifa móvil (Descuentos Variables)

MVHC ofrece descuentos de tarifas variables para pacientes elegibles con o sin seguro. La elegibilidad se basa en los ingresos anuales y el tamaño de la familia en comparación con las Pautas federales de pobreza. Cualquiera puede postularse. Pregunte en recepción, siempre estaremos encantados de atenderle.

## Trabajemos en equipo

Nos esforzamos por ser lo más eficientes y efectivos posible con su atención médica. ¡Necesitamos tu ayuda! En cada visita a la clínica, por favor:

- Lleve todos los frascos de medicamentos o una lista completa de todos los medicamentos que toma, incluida la dosis, la frecuencia con la que los toma, incluidos los medicamentos sin receta.
- Si necesita renovar sus medicamentos, avísenos en su cita.
- Háganos saber si ha recibido atención médica en otro lugar: proveedor especializado, visita al hospital, pruebas de diagnóstico en la sala de emergencias (laboratorio, radiografía)
- Asegúrese de mantenernos actualizados con su información más reciente: número de teléfono, dirección e información del seguro.

## Un mensaje de nuestra CEO (Directora Ejecutiva)

Mountain Valleys Health Centers, Inc., es una organización de centros de salud comunitarios sin fines de lucro que ofrece atención médica, de salud conductual y dental de calidad a comunidades rurales en el noreste de California durante más de 30 años. Nuestro objetivo es brindar atención médica integral de primera línea a nuestros pacientes. Nos esforzamos por contratar a los mejores proveedores médicos, dentistas y especialistas en salud conductual disponibles y brindarles personal de calidad. Creemos que la relación personal entre un paciente y un médico es la clave para una atención de calidad. Nuestro objetivo es tratar a todos los pacientes como familia.

Los ocho sitios de MVHC están designados como Centros de salud calificados a nivel federal (FQHC). Como FQHC, nuestro objetivo es promover el bienestar y la educación. Logramos esto a través de una atención médica integral y regular.

¿Qué es una organización sin fines de lucro? La definición muy simple es que los propietarios de la empresa no reciben compensación. Entonces, ¿quiénes son los dueños? Son un grupo de voluntarios muy dedicados que donan su tiempo para servir en la junta directiva. La junta de MVHC se reúne mensualmente para revisar las operaciones financieras y aprobar la política. Cada comunidad atendida por MVHC está representada por miembros en la junta; esencialmente, la comunidad es propietaria de los centros de salud. La junta contrata al CEO para supervisar las operaciones y proporcionar la gestión diaria.

Es un honor para mí servir a nuestras comunidades rurales en el hermoso noreste de California..

Shannon Gerig, CEO  
Mountain Valleys Health Centers



## Nuestras Ubicaciones

**Big Valley Health Center**  
Phone: (530)999-9010

**Fall River Valley Health Center**  
(530)999-9020

**Big Valley Dental Center**  
Phone: (530)999-9011

**Tulelake Health Center**  
(530)999-9060

**Burney Health Center**  
Phone: (530)999-9030

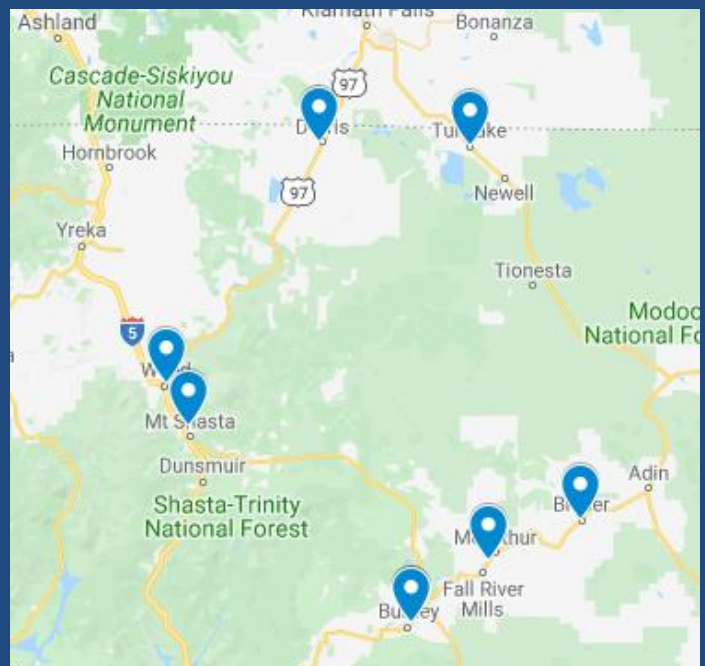
**Mt. Shasta Health Center**  
(530)999-9040

**Burney Dental Center**  
Phone: (530)999-9031

**Weed Health Center**  
(530)999-9050

**Butte Valley Health Center**  
(530)999-9070

**Butte Valley Dental Center**  
(530)999-9071



## Notice of Nondiscrimination

Mountain Valleys Health Centers (MVHC) complies with applicable Federal civil rights laws and does not discriminate, exclude, or treat people differently because of race, color, national origin, age, disability, or sex.

MVHC provides free aid and services to people with disabilities to communicate effectively with us such as:

- Written information in other formats (large print and electronic formats)

MVHC provides free language services to people whose primary language is not English such as:

- Interpreters
- Information written in other languages

Please request interpreter services when making your appointment.

MVHC staff, with prior notice, may translate forms and notices upon request using Google Translate <https://translate.google.com/>.

If you have any questions regarding the aforementioned services or if you believe that MVHC has failed to provide these service or discriminated against you on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex, you may file a grievance in person, by mail, or fax by contacting:

Michelle Salters CCO  
P.O. Box 277  
Bieber, CA 96009  
Phone: (530) 999-9010  
Fax: (530) 294-5392

You may also file a civil rights complaint with the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights, electronically through the Office for Civil Rights Complaint Portal, available at <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, or by mail or phone at:

U.S. Department of Health and Human Services  
200 Independence Avenue, SW  
Room 509F, HHH Building  
Washington, D.C. 20201  
1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

The complaint form is available at <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

# Aviso Sobre la Práctica de Privacidad

---

Fecha efectiva: Mayo 1, 2018

## **ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SU INFORMACIÓN MÉDICA PUEDE SER UTILIZADA Y DIVULGADA Y COMO USTED PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR REVISE ESTE AVISO CUIDADOSAMENTE; SE REQUIERE SU FIRMA E INICIALES!**

### **QUIENES SOMOS:**

Este Aviso describe las prácticas de privacidad de **Mountain Valleys Health Centers (MVHC)** y las prácticas de la privacidad de:

- Todos nuestros médicos, enfermeras y otros profesionales de salud autorizados para notar información sobre usted en su expediente médico;
- Todos nuestros departamentos, entre ellos, por ejemplo, departamentos de expedientes médicos y los servicios de cuentas;
- Todos nuestros sitios de Mountain Valleys Health Centers;
- Todos nuestros empleados, voluntarios y demás empleados que trabajan para nosotros o en nuestro nombre.

### **NUESTRA RESPONSABILIDADES**

Entendemos que la información sobre su salud y el cuidado que usted recibe es personal. Cuando usted recibe tratamiento y otros servicios de salud de nosotros, creamos un expediente de los servicios que usted recibió. Necesitamos este registro para brindarle atención de calidad y para cumplir con los requisitos legales. Esta notificación se aplica a todos los antecedentes relacionados con su atención médica almacenados por MVHC y le informa acerca de las maneras en que podemos utilizar y divulgar su información personal de salud. Este aviso también describe sus derechos con respecto a su información de salud que mantenemos y de las obligaciones que tenemos cuando usamos y divulgamos su información.

Estamos obligados por ley a:

- Asegurar que la información de salud que lo identifica a usted se mantenga privada, conforme con la ley;
- Darle este aviso de nuestros deberes legales y prácticas de privacidad con respecto a su información personal de salud;
- Le haremos saber de inmediato si ocurre un incumplimiento que pueda haber comprometido la privacidad o seguridad de su información;
- Cumplir con los términos del aviso que está en efecto sobre toda su información personal de salud.

### **COMO PODEMOS UTILIZAR Y REVELAR SU INFORMACION DE SALUD:**

La ley nos permite usar y divulgar cierta información de salud personal sin su permiso escrito. Los siguientes son algunos ejemplos de estos usos y divulgaciones.

#### **Para Tratamiento**

Podemos utilizar su información médica y compartirla con otros profesionales médicos que lo estén tratando. Por ejemplo, un médico que lo está tratando por una herida le consulta a otro proveedor de cuidado de la salud sobre su estado de salud general.

#### **Para Pago**

Podemos utilizar y compartir su información para facturar y obtener el pago de los planes de salud y otras entidades. Por ejemplo, nosotros entregamos información acerca de usted a su plan de seguro médico para que paguen por sus servicios.

#### **Para Procedimientos de Cuidado de Salud.**

Podemos utilizar y divulgar su información para llevar a cabo nuestra práctica, mejorar su atención y comunicarnos con usted cuando sea necesario. Por ejemplo, nosotros utilizamos información médica sobre usted para administrar su tratamiento y servicios.

### **OTRAS MANERAS EN LAS QUE USAMOS O DIVULGAMOS SU INFORMACIÓN DE SALUD**

Se nos permite o exige compartir su información de otras maneras (por lo general, de maneras que contribuyan al bien público, como la salud pública e investigaciones médicas). Los siguientes son algunos ejemplos de estos usos y divulgaciones.

#### **Servicios Relacionados a la Salud y Tratamientos Alternativos**

Podemos utilizar y divulgar información de salud para informarte acerca de servicios relacionados o recomendar opciones de tratamiento o alternativas que puedan ser de interés para ti. Por favor, haznos saber si no deseas que nos comuniquemos contigo esta información, o si deseas que usemos un contacto diferente para mandarte esta información.

#### **Recordatorios de Citas**

Podemos utilizar y revelar información sobre su salud para comunicarnos con usted para recordarle de sus citas en MVHC.

#### **Ayudar con Asuntos de Salud Pública y Seguridad**

Podemos compartir su información en determinadas situaciones, como:

- Prevención de enfermedades;

# Aviso Sobre la Práctica de Privacidad

---

- Ayuda con el retiro de productos del mercado;
- Informe de reacciones adversas a los medicamentos;
- Informe de sospecho de abuso, negligencia o violencia doméstica;
- Prevención o reducción de amenaza grave hacia la salud o seguridad de alguien.

## **Investigación**

Podemos utilizar o compartir su información para investigación de salud.

## **Como lo Requiere la Ley**

Podemos divulgar su información médica si las leyes federales o estatales lo requieren, incluyendo compartir la información con el Departamento de Salud y Servicios Humanos si éste quiere comprobar que cumplimos con la Ley de Privacidad Federal.

## **Donación de Órganos y Tejidos**

Podemos revelar información médica con las organizaciones de procuración de órganos.

## **Forenses, Examinadores de Salud y Directores de Funerarias**

Podemos divulgar información médica a un oficial de investigación forense, médico forense o director funerario cuando un individuo fallece.

## **Compensación de Trabajadores, el Cumplimiento de la Ley y Otras Solicitudes Gubernamentales**

Podemos utilizar o divulgar su información médica:

- En reclamos de compensación de trabajadores;
- A los fines de cumplir con la ley o con un oficial de la ley;
- Con agencias de supervisión sanitaria para las actividades autorizadas por ley;
- En el caso de funciones gubernamentales especiales, como los servicios de protección presidencial, seguridad nacional y servicios militares.

## **Demandas y Acciones Legales**

Podemos divulgar su información médica en respuesta a una orden administrativa o de un tribunal o en respuesta a una citación.

## **Presidarios.**

Si usted es preso de una institución correccional o bajo la custodia de un agente de la ley, podemos divulgar información médica a la institución correccional o agente de la ley para fines específicos como a proteger su salud y seguridad o la salud y la seguridad de los demás, o para la protección y la seguridad de la institución correccional.

## **SUS OPCIONES**

Si tiene una preferencia clara de cómo divulgar su información en las situaciones descritas debajo, comuníquese con nosotros.

Díganos qué quiere que hagamos, y seguiremos sus instrucciones.

## **Revelaciones en el caso de las Operaciones de Socorro**

Podemos usar o divulgar su información médica con una entidad pública o privada autorizada por la ley para ayudar en los esfuerzos de socorro. Dicha divulgación se realizará de modo que su ubicación y condiciones pueden ser accesible para los amigos y familiares a menos que se oponga en ese tiempo.

## **Otros Envuelto en su Cuidado**

Su información médica puede ser revelada cuando un miembro de la familia u otra persona envuelto en su atención está presente, mientras que hablemos de su información de salud a menos de que usted se oponga.

Si usted no es capaz de decirnos su preferencia por ejemplo, si usted está inconsciente, podemos revelar su información médica si creemos que es en su mejor interés. También podemos revelar su información médica cuando sea necesario para disminuir amenaza grave e inminente para su salud o la seguridad.

## **Intercambio de Información Médica**

Participamos en uno o más sistemas de intercambio de información médica. Este sistema mueve electrónicamente e intercambia información de salud entre en grupo de los proveedores de atención de salud. Su información médica estará disponible para los proveedores autorizados para utilizar el sistema intercambio de información médica a menos que nos notifique por escrito que no desea participar.

## **Actividades de Recaudación de Fondos**

Podemos comunicarnos con usted por temas de recaudación, pero puede pedirnos que no lo volvamos a contactar.

# Aviso Sobre la Práctica de Privacidad

---

## **DIVULGACIONES QUE REQUIEREN UNA AUTORIZACIÓN POR ESCRITO**

Tenemos la obligación de recibir la autorización por escrito para usar o divulgar información de salud en ciertas situaciones. Algunos ejemplos de los cuales incluyen la divulgación al seguro de vida con fines de cobertura, una prueba física o laboratorio de pre-empleo, la divulgación a la firma farmacéutica para sus propios fines comerciales, la mayoría de los usos o revelaciones de las notas de psicoterapia, las comunicaciones de comercialización y venta de información de salud.

Otros usos y divulgaciones de información personal de salud no cubiertos por este aviso o las leyes aplicables se harán solo con su autorización por escrito. Si nos da su autorización por escrito para usar o divulgar su información de salud, usted puede revocar su autorización por escrito en cualquier momento. Si revoca su autorización ya no podremos usar o divulgar su información médica por las razones cubiertas en su autorización por escrito. Usted entiende que no somos capaces de revertir los usos y divulgaciones que ya hemos hecho con su autorización y que estamos obligados a retener nuestros registros del cuidado que le hemos proporcionado.

## **SUS DERECHOS**

Usted tiene ciertos derechos con respecto a su información personal de salud. Esta sección de nuestro aviso describe sus derechos y cómo ejercerlos.

### **Derecho a Inspeccionar y Copiar**

Usted tiene el derecho a inspeccionar y copiar sus registros médicos y de registros de facturación.

Usted tiene el derecho de solicitar una copia de su información de salud como una foto copia o en un formato electrónico según lo usted como están de acuerdo usted y MVHC. Usted puede solicitar que su información médica se enviara a un tercero designado por usted, siempre y cuando dicha elección es clara.

Por favor, tome en cuenta que su solicitud para ver o copiar su historial médico puede ser negada en ciertas circunstancias muy limitadas.

Tome en cuenta que el correo electrónico a través de redes abiertas no es segura y puede representar un riesgo para usted si solicita una copia de su información de salud de esta manera.

Para inspeccionar y/o recibir una copia de su información de salud debe presentar su solicitud por escrito. Se le puede cobrar una cuota razonable basada en el costo de los suministros, franqueo y la mano de obra necesaria en el cumplimiento de su solicitud.

### **Derecho De Corregir su Registro Médico**

Si usted siente que su información de salud que mantenemos es incorrecta o incompleta, puede pedirnos que corriamos la información. Usted tiene derecho a solicitar una enmienda de la información que mantenemos sobre usted. Esta solicitud debe hacerse por escrito en una sola página escrita a mano o a máquina en forma legible. Además, usted debe proveer una razón que apoye su petición para una enmienda. Podemos negar su petición para una enmienda si no es por escrito o no incluye una razón para apoyar la petición. Además, podemos negar su petición si usted nos pide enmendar información que:

- No fue creada por nosotros, a menos que la persona u organización que creó la información ya no está disponible para hacer la enmienda;
- No es parte de la información de salud mantenida por o para MVHC;
- No es parte de la información que a usted se le permitiría inspeccionar y copiar; o
- Es correcta y completa.

Cualquier enmienda que hagamos a su información médica será divulgada a los profesionales de salud envueltos en su atención a otras personas y para llevar a cabo el pago y operaciones de cuidado de salud, como se ha descrito anteriormente en este aviso.

Después de recibir su solicitud, la revisaremos y vamos a responder a usted por escrito. Si aprobado vamos a hacer la corrección o adición a su información médica. Si es rechazada se le dará la oportunidad de presentar una declaración escrita limitado a 250 palabras para cada artículo supuestamente incorrecta o incompleta. Su declaración debe indicar claramente su deseo de tener la declaración hecha una parte de su registro. Cuando así se indica, vamos a adjuntar la declaración como un adición a su registro y será incluido siempre que esa parte de su registro es revelada a terceros.

### **Derecho a Solicitar Comunicaciones Confidenciales**

Puede solicitarnos que nos comuniquemos con usted de una manera específica (por ejemplo, por teléfono de hogar o oficina) o que enviemos la correspondencia a una dirección diferente.

### **Derecho de Solicitar Restricciones**

Puede solicitarnos a no revelar su información médica para el tratamiento, pago o para nuestras operaciones. Puede solicitar un límite en la información médica que divulgamos a alguien que esté envuelto en su cuidado o para el pago de su cuidado, como un miembro de la familia o un amigo. En la mayoría de los casos no estamos obligados o acceder a su petición, y podemos decir "no" si afecta su cuidado.



# Aviso Sobre la Práctica de Privacidad

---

Si paga por un servicio o artículo de atención médica por cuenta propia en su totalidad, puede solicitarnos que no compartamos esa información con el propósito de pago o nuestras operaciones con su seguro médico. Diremos "sí" a menos que una ley requiera que compartamos dicha información.

## **Derecho a Recibir un Informe de Divulgaciones**

Usted tiene derecho a recibir un informe de las divulgaciones de su PHI que se mantienen en nuestra historia clínica electrónica.

Para solicitar un informe de las divulgaciones usted debe presentar la solicitud por escrito a nuestra persona de contacto de privacidad identificado en la última página de este aviso y establecer el período de tiempo para el que solicita la contabilidad. Tal tiempo no será más de tres (3) años desde la fecha de solicitud.

MVHC proporcionará un informe de las revelaciones a un paciente en un periodo de 12 meses de forma gratuita. Solicitudes adicionales de un informe de divulgaciones dentro de un período de 12 meses se podrá aplicar evaluar una tarifa.

## **Derecho a una Copia de este Aviso**

Usted tiene derecho a recibir una copia impresa de este aviso en cualquier momento. Para recibir una copia, por favor solicítelo a nuestra persona de contacto de privacidad identificada en la última página de este aviso.

## **QUEJAS**

Si usted cree que sus derechos de privacidad han sido violados, puede presentar una queja con nosotros o con el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos: Departamento de Salud y Servicios Humanos, 200 Independence Avenue, S. W. Washington, D.C. 20201. Teléfono (202) 619-0257 Toll Free (877) 696-6775.

Puede presentar una queja con MVHC por correo, fax o correo electrónico una descripción por escrito de su queja o puede notificarnos de su queja en persona o por teléfono. Describa lo que sucedió y favor de darnos las fechas y los nombres de todos aquellos envueltos. Por favor, también nos deja saber cómo comunicarse con usted para que podamos responder a su queja. Usted no será penalizado por presentar una queja.

Persona de contacto de privacidad de MVHC es:

**Michelle Salters, CCO**  
**Mountain Valleys Health Centers**  
**P.O. Box 277**  
**554-850 Medical Center Drive**  
**Bieber, California 96009**  
**Teléfono: 530-999-9010 Fax: 530-294-5392**

## **CAMBIOS A ESTE AVISO**

Reservamos el derecho de cambiar este aviso y hacer efectivo el cambio de aviso para toda información de salud que mantenemos sobre usted, si se trata de información que se recibió previamente sobre usted o información que se puede recibir acerca de usted en el futuro. Pondremos una copia de nuestro aviso actual en nuestra oficina. Nuestro anuncio indicará la fecha efectiva en la primera página, en la esquina superior derecha. También le daremos una copia de nuestro aviso actual cuando se solicite.

**Por favor, firmar y fechar el Acuse de Recibo adjunto y devolverlo a la recepción. Por favor, conserve este Aviso de Practicas de Privacidad para sus archivos.**



Nombre de Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

### Aviso de Información sobre la Práctica de Privacidad

Para cumplir con la ley de privacidad, estamos comprometidos a proteger su información personal de salud. El aviso de prácticas de privacidad declara:

- Nuestra obligación ante la ley en respecto a su información personal de salud.
- Como podemos usar y publicar su información de salud que mantenemos.
- Sus derechos relacionados a su información personal de salud.
- Nuestros derechos para cambiar el aviso de práctica de privacidad.
- Como archivar una queja si usted cree que se comprometió su privacidad.
- Las condiciones que aplican sobre el uso y publicación y no declaradas en este aviso.
- La persona con quien comunicarse para más información de prácticas de privacidad.

Somos comprometidos por ley entregarle una copia de este aviso y obtener un reconocimiento escrito que usted recibió una copia.

### Recibo de reconocimiento de paciente

Yo, \_\_\_\_\_ declaro que recibí copia del aviso de las practicas de privacidad.

\_\_\_\_\_  
Firma de paciente Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma de padre o representante del paciente Fecha

\_\_\_\_\_  
Descripción de autoridad legal para representar al paciente Fecha





Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

## Cuestionario de Salud del Paciente Adolescente-9 (PHQ-9)

Durante las <b>últimas 2 semanas</b> , ¿qué tan seguido ha tenido molestias debido a los siguientes problemas? (Marque su respuesta)	Ningún día	Varios días	Mas de la mitad de los días	Casi todos los días
1. ¿Se ha sentido decaído(a), deprimido(a) o irritable o sin esperanzas?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
2. ¿Poco interés o placer en hacer cosas?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
3. ¿Ha tenido dificultad para quedarse o permanecer dormido(a), o ha dormido demasiado?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
4. ¿Sin apetito o ha comido en exceso?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
5. ¿Se ha sentido cansado(a) o con poca energía?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
6. ¿Se ha sentido mal con usted mismo(a) o que es un fracaso que ha quedado mal con usted mismo(a) o con su familia?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
7. ¿Ha tenido dificultad para concentrarse en ciertas actividades escolares, tales como leer o ver la televisión?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
8. ¿Se ha movido o hablado tan lento que otras personas podrían haberlo notado? O lo contrario – muy inquieto(a) o agitado(a) que ha estado moviéndose mucho más de lo normal?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
9. ¿Pensamientos de que estaría mejor muerto(a) o de lastimarse de alguna manera?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>

¿En el **año pasado** se ha sentido deprimido o triste la mayoría de los días, incluso si usted se sentía bien en ocasiones?  Sí  No

Si usted está experimentando cualquiera de los problemas en este formulario, ¿qué tanta **dificultad** le han dado estos problemas para hacer su trabajo, encargarse de las tareas del hogar, o llevarse bien con otras personas?

No ha sido difícil  Un poco difícil  Muy difícil  Extremadamente difícil

¿Ha habido un tiempo en el **mes pasado**, cuando usted ha tenido pensamientos serios sobre poner fin a su vida?  
 Si  No

¿Alguna vez, **en tu VIDA ENTERA**, trato de matar a sí mismo o hizo un intento de suicidio?  Si  No

**PHQ-9 Score:** \_\_\_\_\_

### Proyección de Adolescente, Intervención Breve y Tratamiento de Referencia a (SBIRT)

En el **último año**, ¿**Cuántos días** ha tenido más de unos sorbos de cerveza, vino, o cualquier bebida conteniendo alcohol \_\_\_\_\_ o consumido cánnabis u otras drogas ilegales? \_\_\_\_\_

Si tus amigos(a) beben, ¿**Cuántas bebidas** es lo que generalmente beben en una ocasión? \_\_\_\_\_

## Niño(a) 0 - 11 años

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Apodo: \_\_\_\_\_ Numero de Seguro Social: (SSN) \_\_\_\_\_

Genero: H M Prefiero no revelar Transgénero Hombre/Mujer-a-Hombre  
Transgénero Mujer/Hombre-a-Mujer Otro

Dirección de Domicilio: \_\_\_\_\_  
(P.O. Box) Cuidad Estado Código Postal

Dirección numero y calle: \_\_\_\_\_ Condado: \_\_\_\_\_

Teléfono (de casa): \_\_\_\_\_ celular: \_\_\_\_\_ de trabajo: \_\_\_\_\_

Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

Nombre del Padre o Tutor #1: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Tipo De Padre: Biológica Adoptivo Padre Adoptivo del niño Otro \_\_\_\_\_ SSN: \_\_\_\_\_

Nombre del Padre o Tutor #2: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Tipo De Padre: Biológica Adoptivo Padre Adoptivo del niño Otro \_\_\_\_\_ SSN: \_\_\_\_\_

Domicilio o teléfono si es diferente del niño(a): \_\_\_\_\_

Doctor Primario: \_\_\_\_\_ Farmacia: \_\_\_\_\_

Idioma Primario: Inglés Otro idioma que no sea inglés (especificar) \_\_\_\_\_

¿Usted trabaja en la agricultura? Si  / No  ¿Está usted sin hogar? Si  / No

Etnicidad Hispano o Latino No Hispano o Latino

Raza American Indian/Alaska Native Negro Other Pacific Islander Asiático Hawaian Blanco

Ingresos Anuales de la Familia: Menos de \$15,000 \$15,000 a \$24,999 \$25,000 a \$34,999  
\$35,000 a \$49,000 \$50,000 a \$74,999 \$75,000 a \$99,999  
Mas de \$100,000

Cuantos en la Familia: \_\_\_\_\_

### FORMA DE PAGO

Seguro Privado Medicare Medi-Cal Partnership HealthPlan of California  
Pago privado Descuento En Efectivo Otro

### INFORMATION DEL SEGURO

Compañía de Seguros: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

La Ley de Privacidad permite a MVHC dejar un mensaje telefónico para que usted nos regrese una llamada o dejar un recordatorio de cita. CON SU PERMISO, podemos dejarle un mensaje detallado sobre su atención médica o dental, como los resultados de las pruebas de laboratorio, el seguimiento, la administración de casos y los medicamentos. **Doy permiso a MVHC para dejar un mensaje detallado en mi: Teléfono de la casa: Sí  / No  Teléfono celular: Sí  / No**

Correo electrónico: Sí  / No . Por favor poner sus iniciales: \_\_\_\_\_

**En caso de que no me puedan localizar, las siguientes personas pueden autorizar tratamiento para mi niño(a). Yo puedo rechazar esta autorización a cualquier tiempo con notificación escrito.**

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación al paciente: \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_  
Casado(a) Soltero(a) Divorciado(a)  
Viudo(a) Legalmente Separado/a

Firma de Padre o Guardián

MVHC complies with applicable Federal civil rights laws and does not discriminate based on race, color, national origin, age, disability, or sex.

ATENCIÓN: Si usted habla español, servicios de asistencia lingüística, de forma gratuita, están disponibles para usted. Por favor, háganos saber cuando haga la cita que se necesita ayuda con el idioma.

注意: 如果您说中文, 您可以免费获得语言协助服务。请在预约时告知我们您需要



La fecha de hoy

Adolecente 12-17 años

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Apodo: \_\_\_\_\_ Numero de Seguro Social: (SSN) \_\_\_\_\_

Genero: H M Prefiero no revelar Transgénero Hombre/Mujer-a-Hombre
Transgénero Mujer/Hombre-a-Mujer Otro

La Orientación Sexual: Hetero Prefiero no revelar Lesbiana o homosexual Bisexual Otro
Desconocido

Dirección de Domicilio: \_\_\_\_\_
(P.O. Box) Ciudad Estado Código Postal

Dirección numero y calle: \_\_\_\_\_ Condado: \_\_\_\_\_

Teléfono (de casa): \_\_\_\_\_ celular: \_\_\_\_\_ de trabajo: \_\_\_\_\_

Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

Nombre del Padre o Tutor #1: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Tipo De Padre: Biológica Adoptivo Padre Adoptivo del niño Otro \_\_\_\_\_ SSN: \_\_\_\_\_

Nombre del Padre o Tutor #2: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Tipo De Padre: Biológica Adoptivo Padre Adoptivo del niño Otro \_\_\_\_\_ SSN: \_\_\_\_\_

Domicilio o teléfono si es diferente del niño(a): \_\_\_\_\_

Idioma Primario: Inglés Otro idioma que no sea inglés (especificar) \_\_\_\_\_

¿Usted trabaja en la agricultura? Si  / No  ¿Está usted sin hogar? Si  / No

Etnicidad Hispano o Latino No Hispano o Latino

Raza American Indian/Alaska Native Negro Other Pacific Islander Asiático Hawaian Blanco

Ingresos Anuales de la Familia: Menos de \$15,000 \$15,000 a \$24,999 \$25,000 a \$34,999
\$35,000 a \$49,000 \$50,000 a \$74,999 \$75,000 a \$99,999
Mas de \$100,000

Cuantos en la Familia: \_\_\_\_\_

FORMA DE PAGO

Seguro Privado Medicare Medi-Cal Partnership HealthPlan of California
Pago privado Descuento En Efectivo Otro

INFORMATION DEL SEGURO

Compañía de Seguros: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Doctor Primario: \_\_\_\_\_ Farmacia: \_\_\_\_\_

La Ley de Privacidad permite a MVHC dejar un mensaje telefónico para que usted nos regrese una llamada o dejar un recordatorio de cita. CON SU PERMISO, podemos dejarle un mensaje detallado sobre su atención médica o dental, como los resultados de las pruebas de laboratorio, el seguimiento, la administración de casos y los medicamentos. Doy permiso a MVHC para dejar un mensaje detallado en mi: Teléfono de la casa: Sí  / No  Teléfono celular: Sí  / No  Correo electrónico: Sí  / No . Por favor poner sus iniciales: \_\_\_\_\_

En caso de que no me puedan localizar, las siguientes personas pueden autorizar tratamiento para mi niño(a). Yo puedo rechazar esta autorización a cualquier tiempo con notificación escrito.

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación al paciente: \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

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

Firma de Padre o Guardián \_\_\_\_\_

MVHC complies with applicable Federal civil rights laws and does not discriminate based on race, color, national origin, age, disability, or sex.

ATENCIÓN: Si usted habla español, servicios de asistencia lingüística, de forma gratuita, están disponibles para usted. Por favor, háganos saber cuando haga la cita que se necesita ayuda con el idioma.

注意: 如果您说中文, 您可以免费获得语言协助服务。请在预约时告诉我们您需要



**Nombre:** \_\_\_\_\_

**Fecha de Nacimiento:** \_\_\_\_\_

Mountain Valleys Health Centers (MVHC) cree que la mejor atención se brinda cuando los proveedores de atención médica trabajan juntos. Con ese fin, MVHC proporciona servicios de atención primaria, salud del comportamiento, y servicios dentales. Los proveedores de atención médica dentro de estas disciplinas se refieren entre sí para tratar a todo el paciente. Esta relación de atención se ve reforzada por el registro de salud electrónico de MVHC que está integrado, lo que significa que la documentación clínica y de salud del comportamiento se guarda en el registro de un paciente. Todo el acceso a los registros de pacientes está sujeto a las leyes de HIPAA y los empleados de MVHC usan o divulgan la información del paciente solo cuando es necesario y / o está autorizado.

MVHC observará las leyes federales y estatales con respecto a los usos y divulgaciones de información médica protegida (PHI) y proporcionará a sus pacientes un Aviso de Prácticas de Privacidad que explica los derechos del paciente y la obligación de MVHC con respecto al PHI.

Los empleados profesionales de MVHC dependerán de las declaraciones hechas por el paciente, el historial médico del paciente y otra información para evaluar la condición del paciente y decidir cuál es el mejor tratamiento. La evaluación y el tratamiento de niños y adolescentes a menudo requieren la participación de los padres y / u otros miembros de la familia o representantes de pacientes. Sin embargo, de acuerdo con las leyes estatales y federales, los menores de 12 años y mayores pueden dar su consentimiento para ciertos tratamientos sin la participación de los padres / guardianes. Cuando un menor puede dar su consentimiento legal a un tratamiento o servicio, los padres / guardianes legales / representantes no tienen derechos legales sobre esos registros de servicio y permanecen bajo el control del menor.

En el tratamiento de pacientes, se pueden justificar estudios que incluyan radiografías, pruebas de laboratorio, electrocardiogramas o pruebas psicológicas. El proveedor médico informará al paciente o al representante del paciente sobre la condición o enfermedad del paciente y el tratamiento propuesto. Los pacientes tendrán la oportunidad de rechazar el tratamiento para cada condición según lo estipula la ley. Las profesiones de la salud no son ciencias exactas y no se garantiza el curso o el efecto del tratamiento propuesto por el proveedor ni los resultados del tratamiento. Cualquier pregunta sobre los beneficios, riesgos, opciones disponibles o los límites de confidencialidad con respecto a un plan de tratamiento propuesto debe dirigirse a los empleados encargados de tratamiento.

Existen riesgos en tomar cualquier medicamento y cualquier pregunta sobre medicamentos será respondida por el profesional médico. El paciente acepta los riesgos de tomar medicamentos recetados y otros tratamientos.

Algunos servicios en MVHC pueden implicar el uso de equipo de telemedicina y la interacción con proveedores que no están físicamente en el sitio. Estas sesiones se transmiten a través de líneas seguras y dedicadas de alta velocidad, y no se graban en video, se enrutan a través de Internet ni se guardan de ninguna manera.



Para cumplir con las regulaciones estatales sobre el tratamiento de todos los pacientes, MVHC debe tener este consentimiento firmado para examinar y tratar a los pacientes. Este es un consentimiento permanente que puede ser retirado en cualquier momento.

Entiendo que si soy menor de edad, menos de 18 años, puedo dar mi consentimiento para ciertos servicios de planificación familiar / servicios sensitivos y dentro de las pautas legales de salud de comportamiento y servicios de consejo sobre drogas y alcohol; Si soy menor de 18 años y bajo la ley de California, puedo tomar todas las decisiones de atención médica o tengo 18 años o más, puedo dar mi consentimiento para todos los servicios de salud. Al firmar este formulario, (firma del padre o guardián legal, si es necesario) acepto que he leído o me han explicado este formulario, que lo entiendo y que todas las preguntas que hice fueron respondidas. Entiendo que estoy de acuerdo en ser sincero al proporcionar información.

Autorizo a los empleados de MVHC a examinarme y tratarme o a mi hijo/a, y también a realizar las pruebas necesarias para el tratamiento. Personalmente, acepto la responsabilidad financiera por el pago de estos servicios y acepto pagarlos en el momento del servicio, a menos que haga arreglos previos con el departamento financiero.

Autorizo a MVHC y sus agentes a divulgar cualquier información médica a mi compañía de seguros y autorizo que el pago de los beneficios del seguro o Medicare se paguen directamente a MVHC. Reconozco y acepto que puedo ser atendido por un aprendiz de medicina o dental, que trabaja bajo la supervisión de un profesional de la salud.

Si firmo como padre / guardián o representante de pacientes, por la presente declaro y garantizo que estoy legalmente autorizado y tengo derecho a tomar decisiones de atención médica.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente o guardián / representante

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Escriba o imprima el nombre

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Testigo

\_\_\_\_\_  
Fecha



Mountain Valleys  
HEALTH CENTER

# HISTORIA de la SALUD PEDIÁTRICA

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

## Historial de Nacimiento

Parto Vaginal                       Parto por Cesárea                       Nacimiento Prematuro-Edad al Nacer \_\_\_\_\_ Semanas  
Peso al Nacer \_\_\_\_\_ libras/onzas    Longitud al Nacer \_\_\_\_\_ pulgadas     Otro \_\_\_\_\_  
Complicaciones/Comentarios \_\_\_\_\_

## Historial médica pasada (verifique y comente cualquier/todos los que apliquen)

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Abuso/Negligencia             | <input type="checkbox"/> Hiperlipidemia (colesterol alto)            |
| <input type="checkbox"/> TDA/TDAH                      | <input type="checkbox"/> Hipertensión (Alta presión sanguínea)       |
| <input type="checkbox"/> Alergias                      | <input type="checkbox"/> Trastorno Inmunitario                       |
| <input type="checkbox"/> Anemia                        | <input type="checkbox"/> Influenza (gripe)                           |
| <input type="checkbox"/> Asma                          | <input type="checkbox"/> Ictericia (Jaundice)                        |
| <input type="checkbox"/> Autismo                       | <input type="checkbox"/> Enfermedad del riñón                        |
| <input type="checkbox"/> Trastornos de la sangre       | <input type="checkbox"/> Enfermedad del hígado, estómago, intestinos |
| <input type="checkbox"/> Cáncer                        | <input type="checkbox"/> Enfermedad Pulmonar                         |
| <input type="checkbox"/> Parálisis Cerebral            | <input type="checkbox"/> Sarampión                                   |
| <input type="checkbox"/> Varicela                      | <input type="checkbox"/> Enfermedad Mental                           |
| <input type="checkbox"/> Concusión                     | <input type="checkbox"/> Distrofia Muscular                          |
| <input type="checkbox"/> Cardiopatía Congénita         | <input type="checkbox"/> Otitis Media (infección del oído)           |
| <input type="checkbox"/> Malformaciones Congénitas     | <input type="checkbox"/> Neumonía                                    |
| <input type="checkbox"/> Estreñimiento                 | <input type="checkbox"/> Embolia Pulmonar                            |
| <input type="checkbox"/> Crup                          | <input type="checkbox"/> Escoliosis                                  |
| <input type="checkbox"/> Fibrosis Quística             | <input type="checkbox"/> Trastorno Convulsivo                        |
| <input type="checkbox"/> Retraso en el Desarrollo      | <input type="checkbox"/> Célula falciforme                           |
| <input type="checkbox"/> Diabetes                      | <input type="checkbox"/> Problemas de la piel                        |
| <input type="checkbox"/> Eczema                        | <input type="checkbox"/> Apnea del sueño                             |
| <input type="checkbox"/> Enuresis (Bed Wetting)        | <input type="checkbox"/> Discapacidad del habla                      |
| <input type="checkbox"/> Reflujo esofágico (Heartburn) | <input type="checkbox"/> Espina Bífida                               |
| <input type="checkbox"/> Problemas de la visión        | <input type="checkbox"/> Enfermedad de tiroides                      |
| <input type="checkbox"/> Fracturas                     | <input type="checkbox"/> Amigdalitis (Tonsillitis)                   |
| <input type="checkbox"/> Dolor de cabeza               | <input type="checkbox"/> Tuberculosis                                |
| <input type="checkbox"/> Pérdida de la Audición        | <input type="checkbox"/> Infección del tracto urinario (UTI)         |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad del corazón        | <input type="checkbox"/> Urticaria (Hives)                           |
| <input type="checkbox"/> Otro                          |  |

Nombre: \_\_\_\_\_

## Historia Quirúrgica (verifique y comente cualquier/todos los que apliquen)

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Cirugía del Oído           | <input type="checkbox"/> Apendicectomía (Apéndice)          |
| <input type="checkbox"/> Cirugía de la Nariz        | <input type="checkbox"/> Colescistectomía (Vesícula Biliar) |
| <input type="checkbox"/> Cirugía de la Garganta     | <input type="checkbox"/> Hernia                             |
| <input type="checkbox"/> Adenoidectomía (Adenoides) | <input type="checkbox"/> Cirugía Cutánea                    |
| <input type="checkbox"/> Amigdalectomía             | <input type="checkbox"/> Cirugía Ortopédica                 |
| <input type="checkbox"/> Cirugía de la Tiroides     | <input type="checkbox"/> Cirugía de la Vejiga               |
| <input type="checkbox"/> Cirugía Cardíaco (corazón) | <input type="checkbox"/> Cirugía del Riñón                  |
| <input type="checkbox"/> Cirugía Pulmonar           | <input type="checkbox"/> Cirugía del Intestino              |
| <input type="checkbox"/> Cirugía Pulmonar           | <input type="checkbox"/> Otra Cirugía                       |
| <input type="checkbox"/> Otro                       |   |
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

## Historia Social

### Situación de la Vivienda

- Viviendo con Padres                       Viviendo con parientes (aparte de los padres)  Viviendo con Abuelos
- Otras modalidades de alojamiento \_\_\_\_\_

### Hermanos (a)

- Hermano(s)- ¿Cuántos? \_\_\_\_\_                       Hermana(s)- ¿Cuántas? \_\_\_\_\_

### Sustancia Uso/Exposición

- ¿Exposición al humo de cigarrillos y/o marihuana en el hogar? \_\_\_\_\_
- Alcohol     Cigarrillos     Cocaína/Metanfetamina     Marihuana
- Otro \_\_\_\_\_

## Actividades/Ejercicio

- |   |  |   |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Béisbol              | <input type="checkbox"/> Montar en Bicicleta | <input type="checkbox"/> Baloncesto               |
| <input type="checkbox"/> Pescar               | <input type="checkbox"/> Porrista            | <input type="checkbox"/> Excursionismo            |
| <input type="checkbox"/> Fútbol               | <input type="checkbox"/> Cazar               | <input type="checkbox"/> Golf                     |
| <input type="checkbox"/> Correr               | <input type="checkbox"/> Gimnasia            | <input type="checkbox"/> Skateboarding (Patineta) |
| <input type="checkbox"/> Fútbol Mexicano      | <input type="checkbox"/> Esquiar             | <input type="checkbox"/> Sofbol                   |
| <input type="checkbox"/> Caminar              | <input type="checkbox"/> Nadar               | <input type="checkbox"/> Luchar                   |
| <input type="checkbox"/> Pista y Campo        | <input type="checkbox"/> Voleibol            |   |
| <input type="checkbox"/> Otra Actividad _____ |  |   |



Nombre: \_\_\_\_\_

**Historial de Familia (marque todo lo que corresponda)**

	MADRE	PADRE	HERMANO	HERMANA	ABUELO(A)
Alcoholismo					
Anemia					
Asma					
Enfermedad Autoinmune					
Defectos de Nacimiento					
Desorden Sanguíneo					
Cáncer					
Enfermedad de Crohn					
Fibrosis Quística					
Diabetes Mellitus					
Pérdida de la Audición					
Enfermedad del Corazón					
Colesterol Alto					
Alta Presion Sanguinea					
Enfermedad Infecciosa					
Enfermedad del Riñon					
Lupus					
Problemas de la Salud Mental					
Migraña					
Otro					
Anormalidad de la Célula Falciforme					
Accidente Cerebrovascular (Stroke)					
Trastornos de la Tiroides					
Tuberculosis					
Colitis Ulcerosa					

**Comentarios Adicionales**

---



---



---



---



---



## Autorización Para Hablar Acerca de Información del Paciente

**Nombre:** \_\_\_\_\_

**Fecha de Nacimiento:** \_\_\_\_\_

**Yo autorizo a los empleados de Mountain Valleys Health Centers a hablar acerca de mi:**

- Información Médica**
- Información Financiera**
- Información de Salud Mental**
- Información Dental**

**Con:**

**Nombre:** \_\_\_\_\_

**Relación al Paciente:** \_\_\_\_\_

**Número de Teléfono:** \_\_\_\_\_

**Nombre:** \_\_\_\_\_

**Relación al Paciente:** \_\_\_\_\_

**Número de Teléfono:** \_\_\_\_\_

**Nombre:** \_\_\_\_\_

**Relación al Paciente:** \_\_\_\_\_

**Número de Teléfono:** \_\_\_\_\_

**Esta autorización permanecerá en efecto hasta que sea revocada por mí por escrito.**

---

**Firma de Paciente o Padre/Guardián del Paciente**

**Fecha**



## Mountain Valleys Health Centers

### Declaración de Póliza del Programa de Descuento

- Los pacientes deberán recibir y reconocer el recibo de la Póliza del Programa de Descuento de MVHC.
- El programa de descuento se ofrecerá a todos los pacientes de MVHC con o sin seguro.
- MVHC debe reunir información personal para dar un descuento en los servicios médicos / dentales. Esta información se mantendrá en estricta confidencialidad.
- Todos los ingresos deben ser informados y utilizados para determinar la elegibilidad para el Programa. Los cambios en los ingresos o el tamaño de la familia deben ser informados a MVHC.
- Todos los ingresos deben ser informados y utilizados para determinar la elegibilidad para el Programa. Los cambios en los ingresos o el tamaño de la familia deben ser informados a MVHC.
- Los pacientes deben verificar los ingresos y el tamaño de la familia cada año.
- Los siguientes son algunos ejemplos de documentos que muestran prueba de ingresos:
  - \* Formulario W-2
  - \* Talón de Cheque (2)
  - \* 1099G (Beneficios de desempleo)
  - \* Carta de un empleador
  - \* Carta de la declaración de beneficios del Seguro Social / SSI
  - \* Talón de Desempleo
  - \* Estado de cuenta bancaria (que muestra el depósito directo por su nombre)
  - \* Declaración de impuestos (requerida para las ganancias por cuenta propia)
- **Los pacientes que deciden no ser evaluados para su elegibilidad en el Programa de descuento al negarse a proporcionar la información requerida no son elegibles para el Programa de descuento.**
- Los pacientes que no puedan proporcionar comprobantes de ingresos porque no existe una opción razonable para proporcionarlos, deben completar una declaración de ingresos para ser aprobados por el administrador del sitio o el director de operaciones.
- Los pacientes tienen 30 días a partir de la fecha del servicio para presentar una solicitud completa con prueba de ingresos. Hasta que se hayan presentado los documentos requeridos y se haya determinado su elegibilidad, el paciente es responsable de los honorarios completos. Si el paciente presenta la solicitud más adelante, **la elegibilidad no es retroactiva.**
- El pago se espera al tiempo del servicio. Tome en cuenta que el pago total al tiempo del servicio tendrá derecho a un descuento adicional: 10% para servicios dentales / médicos, 15% para los de edad 65 y más **solo para servicios dentales.**

**Por favor, firme la póliza en la aplicación el recibo de esta póliza por medio de la firma designada en la Aplicación del Programa de Descuento. Por favor guarde esta Póliza para sus registros.**

#### Aviso de No Discriminación

Los Centros de Salud de Mountain Valleys (MVHC) cumplen con las leyes federales y derechos civiles aplicables y no discriminan, excluyen o tratan a las personas de manera diferente debido a raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo.

#### Servicios de Traducción

ATENCIÓN: Si usted habla español, servicios de asistencia lingüística, de forma gratuita, están disponibles para usted. Por favor, háganos saber cuando haga la cita que se necesita ayuda con el idioma.

注意：如果您说中文，您可以免费获得语言协助服务。请在预约时告知我们您需要语言协助



### Aplicación del Programa de Descuento

<b>Nombre:</b>	<b>Fecha de Nacimiento:</b>
----------------	-----------------------------

¿Tiene algún tipo de aseguranza que cubra la totalidad o una parte de sus gastos médicos?  Sí  No

En caso afirmativo, por favor escriba a continuación.

--	--	--

**Definición de tamaño de la familia:** “Tamaño de la familia” se determinará teniendo en cuenta, como grupo, los individuos relacionados o no relacionados que con viven cuya producción de ingresos y consumo de bienes sean mezclados. Además, una persona que viva solo se contará como una persona para el de “tamaño familiar” para los propósitos para la Escala de Descuentos. Por favor, conteste lo siguiente sobre la base de esta definición del tamaño de la familia. **Tamaño de la familia** \_\_\_\_\_.

**Además de usted mismo, nombre y fecha de nacimiento para todos los individuos incluidos en el tamaño de la familia. Por Favor indique si es un paciente actual marcando sí o no.**

Nombre:	Fecha de Nacimiento	Paciente Actual
		Sí <input type="checkbox"/> o No <input type="checkbox"/>
		Sí <input type="checkbox"/> o No <input type="checkbox"/>
		Sí <input type="checkbox"/> o No <input type="checkbox"/>
		Sí <input type="checkbox"/> o No <input type="checkbox"/>
		Sí <input type="checkbox"/> o No <input type="checkbox"/>
		Sí <input type="checkbox"/> o No <input type="checkbox"/>

**Definición de Ingreso:** Ingreso es la cantidad total de dinero cada persona recibió antes de pagos de impuestos personales de ingresos, seguro, cuotas de Unión, deducciones de Medicare, etc. Por favor, conteste las siguientes preguntas basadas en esta definición de ingreso.

¿Con qué frecuencia se la paga <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Cada dos semanas (bimensual) <input type="checkbox"/> Anualmente
---

Para todos en su hogar, por favor indique el ingreso bruto (antes de impuestos) basado en la definición de ingreso antes mencionada. (Mostrar frecuencia, por ejemplo: /semana, /mes, /año).

Salario	Ayuda Pública
Seguro Social/SSI	Ingreso de renta
Desempleo	Ingreso de interés
Compensación por discapacidad/ Compensación a trabajadores	Sustento de menores/pensión alimenticia
Pensión/Jubilación	Asistencia Educativa
Trabajo por Cuenta Propia (Formas de Impuestos requerido)	Otro/ especifique

- Reconozco que recibí y entiendo la Póliza del Programa de Descuentos de Tarifa Deslizante de MVHC.
- Yo declaro que la información anterior es verdadera y correcta. Entiendo que esta información se mantendrá en estricta confidencialidad. También entiendo que si mi ingreso debe cambiar, tengo la obligación de notificar a MVHC en mi próxima cita al centro de salud. Entiendo que dar información falsa resultará en la denegación de los beneficios de descuento, que seré responsable de la tarifa completa y que ya no seré elegible para el Programa de Escala de Descuento.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**For Office Use Only**

Application received by: _____	Date: _____	Reviewed by: _____	Date: _____
Supervisor Approval (for Self-Declaration) _____			

**Aviso de No Discriminación**

Mountain Valleys Health Centers (MVHC) cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

**Servicios de Traducción**

ATENCIÓN: Si usted habla español, servicios de asistencia lingüística, de forma gratuita, están disponibles para usted. Por favor, háganos saber cuándo haga la cita que se necesita ayuda con el idioma.

注意：如果您说中文，您可以免费获得语言协助服务。请在预约时告知我们您需要语言协助



Declaración de Cuenta de Ingresos

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

No puedo proporcionar prueba de ingresos y debo declarar mis ingresos al llenar este formulario. Entiendo que debo reportar los ingresos que recibí durante los doce meses anteriores a la fecha de esta declaración.

Fuentes e de ingresos enumerados en la solicitud para los que no tengo prueba:

Fuente: \_\_\_\_\_ Cantidades de los últimos 12 meses: \_\_\_\_\_

Razón por la que no puedo proporcionar pruebas: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Fuente: \_\_\_\_\_ Cantidades de los últimos 12 meses: \_\_\_\_\_

Razón por la que no puedo proporcionar pruebas: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Fuente: \_\_\_\_\_ Cantidades de los últimos 12 meses: \_\_\_\_\_

Razón por la que no puedo proporcionar pruebas: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Fuente: \_\_\_\_\_ Cantidades de los últimos 12 meses: \_\_\_\_\_

Razón por la que no puedo proporcionar pruebas: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Si usted declara cero ingresos, explique su situación de vivienda y cómo se cumplen sus gastos mensuales.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Declaro bajo pena de perjurio que la información anterior es verdadera y correcta y le doy permiso a Mountain Valleys Health Centers para investigar cualquier información contenida en esta declaración de ingresos.

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**For Office Use Only**

Total income from declared sources \_\_\_\_\_ Total Income from Proof \_\_\_\_\_

Total combined Income for the previous 12 months \_\_\_\_\_ (document this on the application)

Reviewed by: \_\_\_\_\_