



## Solicitud de Información del Paciente (Letra de molde)

Fecha de Hoy \_\_\_\_\_ eCW Account # \_\_\_\_\_ PCP \_\_\_\_\_

### Información Demográfica del paciente:

Apellido: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ Seg. Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección postal: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Dirección física: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Tel. de Casa: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Tel. de Trabajo: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Ext. \_\_\_\_\_

Celular: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Contacto de Emergencia: \_\_\_\_\_ Telefono: \_\_\_\_\_

Relacion: \_\_\_\_\_

Estado Civil:  Casado  Divorciado  Pareja  Soltero  Viudo  Separados legalmente

Orientación Sexual:  Lesbiana o Gay  No Lesbiana o gay  Bisexual  Algo Más

No Se  Opto por no revelar

Sexo de nacimiento:  Masculino  Femenino  Desconocido

Identidad de Género:  Hombre  Mujer  Hombre Transexual/ Mujer-a-Hombre

Mujer Transexual/ Hombre-a-Mujer  Otro  Opto por no revelar

# De Seguro Social \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Situación Laboral: 1= Empleado tiempo completo 2= Empleado medio tiempo 3= Sin empleo

4=Auto Empleado

(Por favor circule uno) 5= Retirado 6= Activo en el servicio militar

Estatus de estudiante: F= Tiempo Completo P= Medio Tiempo N= No estudiante

### Información de Parte Responsable:

Si mismo  Fiador (Es paciente de ECFH el fiador?)  Si  No

(Por favor complete la información de la parte responsable)

Apellido: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nac: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Tel. de Casa: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Tel. de Trabajo: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Ext. \_\_\_\_\_

### Directivas Anticipadas: Es decir; Poder legal, Testamento, Testamento para sostener la vida

¿Tiene Directivas Anticipadas?  Si  No Directivas Anticipadas en su record  Si  No

¿Tiene Guardián Legal/Encargado Principal?  Si  No  Si Mismo

Nombre de Guardián Legal/Encargado \_\_\_\_\_

**Información de Seguro Medico:**

Nombre del Seguro: \_\_\_\_\_ Numero de Tel. \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Nombre del Asegurado: \_\_\_\_\_ # de Suscriptor: \_\_\_\_\_

Numero de Grupo: \_\_\_\_\_ Relación al Paciente: \_\_\_\_\_

**Información adicional:**

Por favor seleccione la caja apropiada de "Raza" abajo:

- Indio Americano/Nativo de Alaska       Blanco
- Asiático       más de una Raza
- Nativo Hawaiano       Nativo de Isla Pacifica
- Afroamericano/Americano       No declarado/Rehúso Informar

**Por favor seleccione la caja apropiada de "Etnicidad" abajo:**

- Hispano o Latino       No Hispano o Latino       Rehúso informar

Por favor seleccione la caja apropiada de "Lenguaje" abajo:

- Ingles    Español    Otro (Por favor Especifique) \_\_\_\_\_   Inglés limitado    Si    No

**Es usted:**

- Estudiante       Si       No
- Veterano       Si       No
- Trabajador Temporal       Si       No
- Trabajador Migrante       Si       No

***Si le recetan medicamento el día de hoy, a cual farmacia le mandamos la receta?***

Nombre de Farmacia: \_\_\_\_\_ Localidad: \_\_\_\_\_

**Información de Verificación de Ingreso:**

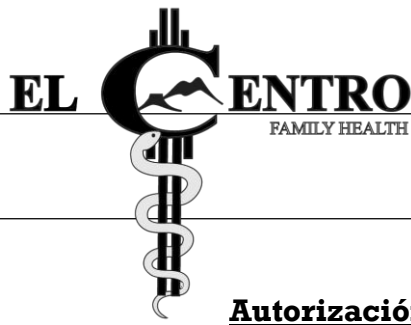
- Ingreso anual del Hogar:**  \$0.00-\$20,000    \$20,001- \$40,000    \$40,001-\$60,000    \$60,001-\$80,000  
 \$80,001 - \$100,000    Más de \$100,000

Numero de dependientes: \_\_\_\_\_ Certifico que la información anterior es correcta.

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Firma del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_



El Centro Family Health  
PO BOX 158 Espanola, NM 87532  
Web Site: [www.ecfh.org](http://www.ecfh.org)

**Autorización para registros y cuidado del paciente**

Todo individuo mencionado debe tener identificación/últimos 4 dígitos de SS para verificación.

**Información del paciente:**

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

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Últimos 4 dígitos de # de SS \_\_\_\_\_

Código de Seguridad para pacientes que no tienen # de SS \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Numero de Teléfono: \_\_\_\_\_

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

Contacto de emergencia, Poder Legal, Padre/Guardián Legal, Cuidador.

➤ Nombre (Primero, Segundo, Apellido): \_\_\_\_\_

Relación al paciente: \_\_\_\_\_

Dirección (Ciudad, Estado, Código Postal): \_\_\_\_\_

Número de Teléfono: \_\_\_\_\_

Número de Teléfono 2: \_\_\_\_\_

- Tener acceso a registros médicos.
- Habilidad para hacer/cancelar/re-programar citas.
- Otro (Especifique) \_\_\_\_\_

Contacto de emergencia, Poder Legal, Padre/Guardián Legal, Cuidador.

➤ Nombre (Primero, Segundo, Apellido): \_\_\_\_\_

Relación al paciente: \_\_\_\_\_

Dirección (Ciudad, Estado, Código Postal): \_\_\_\_\_

Número de Teléfono: \_\_\_\_\_

Número de Teléfono 2: \_\_\_\_\_

- Tener acceso a registros médicos.
- Habilidad para hacer/cancelar/re-programar citas.
- Otro (Especifique) \_\_\_\_\_

Contacto de emergencia, Poder Legal, Padre/Guardián Legal, Cuidador.

➤ Nombre (Primero, Segundo, Apellido): \_\_\_\_\_

Relación al paciente: \_\_\_\_\_

Dirección (Ciudad, Estado, Código Postal): \_\_\_\_\_

Número de Teléfono: \_\_\_\_\_

Número de Teléfono 2: \_\_\_\_\_

- Tener acceso a registros médicos.
- Habilidad para hacer/cancelar/re-programar citas.
- Otro (Especifique) \_\_\_\_\_

(Esta forma es valida por un año después de ser firmada.)



PO BOX 158  
ESPAÑOLA, NM 87532  
Web Site: [www.ecfh.org](http://www.ecfh.org)

**Por favor ayúdenos con esta forma proporcionando información tocante su situación de vivienda:**

Fecha de hoy: \_\_\_\_\_

Nombre del Paciente(a): \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Número de Teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Número de Cuenta (ECFH): \_\_\_\_\_

**Situación de Vivienda Corriente:**

Por favor seleccione la propia categoría:

\_\_\_\_\_ Vivo en mi propio hogar (Soy dueño o alquilo)

\_\_\_\_\_ Vivo en hogar transicional (hogar temporario)

\_\_\_\_\_ Vivo con amigos o parientes temporariamente; me estoy quedando con una serie de amigos o parientes

\_\_\_\_\_ Me estoy quedando en un refugio proporcionado por algún programa

\_\_\_\_\_ Vivo en la calle: afuera en los elementos, en my carro, en lugares abandonados, donde puedo tomar refugio

\_\_\_\_\_ Otro: cuarto singular en un hotel, motel, o cualquier otro tipo de vivienda que puedo Hallar, día tras día, cual no es estable

\_\_\_\_\_ No tengo vivienda estable y estoy para salir del hospital, de la cárcel, o de Desintoxicación. **(Por favor, también marque otra categoría arriba explicando donde se va a quedar esta noche.)**

**Durante los últimos doce meses, ¿vivió Ud. en cualquiera de estas situaciones?**

\_\_\_\_\_ Vivo en hogar transicional (hogar temporario)

\_\_\_\_\_ Vivo con amigos o parientes temporariamente; me estoy quedando con una serie de amigos o parientes

\_\_\_\_\_ Refugio proporcionado por algún programa

\_\_\_\_\_ Vivo en la calle: afuera en los elementos, en my carro, en lugares abandonados, donde puedo hacer vivienda

\_\_\_\_\_ Otro: cuarto singular en un hotel, motel, o cualquier otro tipo de vivienda que puedo hallar día tras día cual no es estable

**Gracias por su ayuda y por dejarnos servirle.**

El Centro Family Health  
Salud Medica/Mental/Dental  
CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO

La siguiente información debe ser completada por el paciente/cliente o padre o representante legalmente autorizado del paciente/cliente.

Doy mi consentimiento a tratamiento médico/ de salud mental/dental de parte de los proveedores y personal de El Centro Family Health para mi o para el paciente de quien soy el padre o de quien soy representante legalmente autorizado. Autorizo que los proveedores médicos/proveedores de salud mental/proveedores dentales y otro personal de la clínica de El Centro Family Health administre tales medicamentos y llevar a cabo exámenes y procedimientos diagnósticos que pueden ser necesarios y/o aconsejables para mi cuidado de salud medica/salud mental/salud dental durante mi inscripción con El Centro Family Health. Estos servicios / procedimientos es posible que sean ejecutados por personal que esté en entrenamiento, bajo la supervisión de profesionales de la salud empleados por El Centro Family Health. Administración de anestesia local tiene posibles riesgos asociados con su uso que aunque infrecuente o rara, podría incluir dolor, hinchazón, moretones, infección, daño a los nervios, reacciones alérgicas, que podrían resultar en un ataque al corazón, derrame cerebral, daño cerebral y o muerte. Yo voluntariamente solicito y doy permiso para estos servicios. He leído y entiendo a lo que le estoy dando consentimiento y también entiendo que no hay garantías como resultado de estos servicios.

#### AUTORIZACIÓN PARA LIBERAR AL SEGURO

Yo autorizo El Centro Family Health a liberar información médica/de salud mental/dental o otra información a pagadores de tercer parte, el agente o representante de los pagadores de tercer parte, que pueda ser necesaria para completar reclamos de seguro, revisión de servicios, o recibos de beneficios.

#### AUTORIZACIÓN AL PROVEEDOR DE TENER ACCESO AL HISTORIAL EXTERNO DE RECETAS MÉDICAS

Yo autorizo El Centro Family Health a obtener el historial de recetas medicas de fuentes externas utilizando eClinical Works, un programa electrónico para médicos.

#### AUTORIZACIÓN PARA LIBERAR INFORMACIÓN A PROVEEDORES CONSULTANTES

Yo autorizo El Centro Family Health a liberar información medica, de salud mental, o dental cuando se considere necesario por mi proveedor medico, proveedor de salud mental, o proveedor dental de ECFH a proveedores consultantes para proveer la continuación de mi cuidado médico, de salud mental, o dental.

Doy mi consentimiento para que mi foto sea tomada para evitar fraude o robo de identidad. Firma

del paciente, cliente, padre o

Representante legalmente autorizado: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_



## Portal del Paciente-Formulario de Consentimiento

---

### Propósito de este Formulario:

El Centro Family Health ofrece acceso y comunicación segura como un servicio a los pacientes que desean ver partes de su archivo y comunicarse con nuestro personal y médicos. Mensajería segura puede ser una herramienta valiosa de comunicación, pero tiene ciertos riesgos. Para manejar estos riesgos necesitamos imponer unas condiciones de participación. Este formulario es para enseñar que ha sido informado de estos riesgos y las condiciones de participación, y que acepta los riesgos y está de acuerdo con las condiciones de participación.

### Cómo funciona el Portal del Paciente Seguro:

Un portal de web seguro es un tipo de página web que usa cifrado para evitar que personas no autorizadas lean comunicaciones, información, o archivos adjuntos. Mensajes seguros e información pueden ser accedidos por alguien que conoce la contraseña o frase de contraseña correcta para entrar al sitio. Porque, la conexión de canal entre su computadora y el sitio web usa tecnología de capa de conexión segura, usted puede leer o ver información en su computadora, pero sigue cifrado durante transmisión entre el sitio web y su computadora.

### Protegiendo su información de Salud Privada y Riesgos:

Este método de comunicación y acceso impide que personas no autorizadas tengan acceso o lean mensajes durante la transmisión. Ningún sistema de transmisión es perfecto y haremos lo mejor para mantener seguridad electrónica. Sin embargo manteniendo mensajes seguros depende de dos factores adicionales:

- 1) El mensaje seguro debe llegar al correo electrónico correcto y
- 2) Solo el individuo correcto ( o alguien autorizado por se individuo ) debe tener acceso al mensaje.

Solo usted puede asegurar que estos dos factores estén presentes. **Es imperativo que nuestra práctica tenga su correo electrónico correcto y que usted nos informe de algún cambio a su correo electrónico.** También tiene que saber quien tiene acceso a su cuenta de correo electrónico para que solo usted o alguien autorizado puedan ver los mensajes que recibe de nosotros.

Usted es responsable de proteger su contraseña contra individuos no autorizados. Si piensa que alguien ha aprendido su contraseña debe inmediatamente ir al sitio de web y cambiarla.

---



Portal del Paciente-Formulario de Consentimiento

---

Tipos de Comunicación/Mensajería en línea:

**Comunicación en línea nunca debe ser usada para comunicaciones de emergencias o solicitudes urgentes. Si tiene una emergencia por favor llame al 911 o vaya a su centro de emergencia más cercano. Para una solicitud urgente debe de contactar a su médico por teléfono. Para preguntas medicas o ayuda médica fuera de horario normal llame la línea telefónica de consejería de enfermera de Call 4 Health 1-505-715-4327 y identifíquese como paciente de El Centro Family Health.**

Reconocimiento y Contrato del Paciente:

Yo reconozco que he leído y entiendo completamente este formulario de consentimiento y el aviso legal y los términos de uso relacionados al Portal de Paciente que aparecen al iniciar la sesión. Yo entiendo los riesgos asociados con comunicaciones en línea entre mi médico y yo, y doy consentimiento a las condiciones indicadas en el presente documento. Adicionalmente, estoy de acuerdo en seguir las instrucciones indicadas en el presente documento incluyendo el aviso legal y términos de uso indicadas en la pantalla al inicial la sesión y cualquier otras instrucciones que mi medico imponga para comunicar con los pacientes por medio de comunicaciones en línea. Yo entiendo que al aceptar esto certifico que soy mayor de los 18 años edad. Yo entiendo y estoy de acuerdo con la información que se me ha proveído.

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

Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma

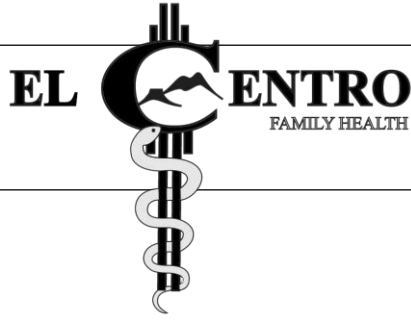
\_\_\_\_\_  
Fecha

Soy mayor de los 18 años de edad y tengo responsabilidad de mi cuidado médico.  
(No ofrecemos el Portal de Paciente a menores o al paciente que no hacen sus propias decisiones medicas en este momento. Disculpe por la inconveniencia.)

- Si  
 No

Elijo no participar en el Portal de Pacientes por el momento porque:

- No tengo correo electrónico.  
 No deseo compartir mi correo electrónico.  
 Otro
-



**El Centro Family Health**

P.O. Box 158 Española, NM 87532

Web Site: [www.ecfh.org](http://www.ecfh.org)

**Paciente:** \_\_\_\_\_

(Letra en molde por favor)

### **Declaración de la Responsabilidad Financiera del Paciente**

\_\_\_ Yo entiendo y estoy de acuerdo que mi tarifa nominal, copago, coaseguro y/o los deducibles se deben pagar en el mismo momento de recibir el servicio. También pueda que reciba una cuenta por pagos que no hayan sido recaudados al momento del servicio.

\_\_\_ Yo entiendo que los servicios que no sean cubiertos a través de mis beneficios, así como los copagos y deducibles son mi responsabilidad.

\_\_\_ Yo entiendo que una tarjeta de seguro inactiva, no tener un seguro medico, no tener una tarjeta de seguro, o un seguro del que no somos proveedores participantes me hará responsable del pago de los servicios.

El asegurado / El tutor/ El paciente ha sido informado de que todas las pruebas de laboratorio, recetas medicas y/u otros servicios se deben pagar al momento del servicio.

El asegurado/ El tutor/ El paciente es informado de que una copia de su tarjeta de seguro es necesaria para enviar un reclamo.

El asegurado/ El tutor/ El paciente ha sido informado de que este documento será parte de su historial médico y se enviaran estados de cuenta si ocurriera algo de lo mencionado anteriormente.

El asegurado/ El tutor/ El paciente ha sido informado que la mayoría de los operadores tienen un límite de presentación de reclamaciones. La información correcta del seguro que sea recibida después de 60 días a partir de la fecha de este documento podría ser denegada por su proveedor como inoportuna y el asegurado/ el tutor/ el paciente será responsable de cualquier saldo.

**Tutor/Asegurado/ Paciente:** \_\_\_\_\_

(Firma)

**Fecha:** \_\_\_\_\_

**Iniciales del personal:** \_\_\_\_\_



## **El Centro Family Health Aviso de Prácticas de Privacidad**

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE UTILIZAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR REVISE CON CUIDADO.

Estimado Paciente:

Una ley federal ha creado nuevos derechos para los clientes de las organizaciones de atención médica. La ley se llama Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996. La ley requiere que le demos este Aviso de Prácticas de Privacidad, que le informa sobre sus derechos y explica cómo protegemos la privacidad de su información de salud.

Puede leer este Aviso ahora o en otro momento. Este Aviso explica las formas en que usamos y compartimos información de salud sobre usted, y cuándo su información de salud puede ser utilizada y compartida sin su permiso.

Además, este Aviso explica sus derechos de información de salud, que incluyen:

- Su derecho a recibir este Aviso.
- Su derecho a pedirnos limitar o restringir nuestro uso o compartir su información de salud.
- Su derecho a ver y obtener una copia de la mayoría de la información de salud en nuestros registros (si cree que la información no es correcta); y
- Su derecho a presentar una queja si cree que se han violado sus derechos de privacidad.

En El Centro Family Health, nos tomamos en serio la protección de su privacidad. Si tiene alguna pregunta sobre este Aviso o si desea obtener más información sobre nuestras prácticas de privacidad, llame o visite a nuestro Gerente de clínica local.

Certifico que he recibido una copia del Aviso de prácticas de privacidad de El Centro Family Health.

---

Firma del Paciente

---

Fecha

## TELEMEDICINA/TELESALUD

Yo, \_\_\_\_\_ (nombre del cliente/paciente), acepto participar en tele-salud/telemedicina con un proveedor (médico y / o proveedor de salud del comportamiento) de El Centro Family Health (ECFH). Esto significa que:

- Autorizo que la información sobre mi atención médica y de salud mental se transfiera electrónicamente a través de una conexión de video y / o audio interactivo (por ejemplo, Zoom, Doximity o líneas telefónicas estándar).
  - Mi proveedor me ha explicado cómo funciona el sistema de tele-salud/telemedicina y cómo se utilizará para mi tratamiento.
  - Mi proveedor me ha explicado en qué se diferenciará este servicio de las sesiones presenciales, incluidas las reacciones emocionales que pueden surgir debido al uso de la tecnología.
  - Entiendo que cualquier cambio en mis datos demográficos para incluir el número de teléfono o la dirección deberá de comunicarse con ECFH en mi clínica actual.
  - Entiendo que mi proveedor no estará físicamente presente durante mi cita de tele-salud/telemedicina. Sin embargo, nos comunicaremos a través de medios electrónicos.
  - Entiendo que la tele-salud/telemedicina es una forma en evolución para las citas médicas y de terapia. Como tal, puede haber posibles riesgos potenciales que aún no han sido reconocidos.
  - Entiendo que, si se pierde la conexión, mi proveedor intentara conectarse/comunicarse conmigo nuevamente.
  - Entiendo que en caso de que se pierda la conexión entre mi proveedor y yo durante una crisis o emergencia, debo buscar atención en la sala de emergencias de mi hospital local o llamar al 911.
  - Los riesgos potenciales para la tele-salud/telemedicina incluyen a) a veces la imagen de audio y / o video puede ser poco clara o inadecuada, b) puede ocurrir una interrupción en la conexión, o c) en raras circunstancias, la información puede ser interceptada por personas no autorizadas.
  - Entiendo que el proveedor puede estar limitado ya que no puede considerar/examinar las señales visuales o no verbales del paciente.
  - Entiendo que, en cualquier momento, puedo decidir interrumpir las citas o sesiones de tele salud/telemedicina con mi proveedor. Si es posible, mi proveedor me recomendará con un proveedor que pueda brindarme los servicios en persona.
  - Acepto tomar todas las precauciones para proteger la confidencialidad de mis sesiones, como también asegurar que las llamadas se tomen en un lugar seguro en la medida de lo posible. Entiendo que yo o mi proveedor podemos determinar cuando las condiciones son inapropiadas para continuar con la cita de tele-salud/telemedicina y se reprogramará otra cita.
  - Mi proveedor me ha explicado los riesgos y beneficios de recibir tele-salud/telemedicina y entiendo la posibilidad de que aún necesite ver a un especialista en persona.
  - Entiendo que la información de mis sesiones de tele salud/telemedicina estará protegida por las leyes de privacidad de HIPAA (Ley de Responsabilidad y Portabilidad del Seguro de Salud) y que puedo solicitar una copia de mi registro electrónico por escrito.
  - Entiendo que no se permiten grabaciones de audio y video durante las sesiones de tele-salud/telemedicina.
- Doy mi consentimiento voluntario para participar en servicios de tele-salud/telemedicina utilizando equipos de tele-salud para la atención, el tratamiento y los servicios que se consideren necesarios y aconsejables según los términos establecidos en este documento.

Fecha de nacimiento del cliente/paciente \_\_\_\_\_

Numero grafio del cliente/paciente # \_\_\_\_\_

Nombre Impreso del cliente/paciente \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del cliente/paciente \_\_\_\_\_

Firma del padre o tutor legal del cliente/paciente \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del testigo \_\_\_\_\_

## **TUS DERECHOS COMO PACIENTE MEDICO DE NUESTRA CLINICA**

**El Centro Family Health se compromete a proteger y garantizar sus derechos como paciente.**

### **Usted tiene el derecho de:**

1. Recibir servicios eficientes e invariables, independientemente de su raza, sexo, religión, origen étnico, educación, clase social, discapacidad física/mental o situación económica.
2. Recibir un trato cordial y respetuoso por parte de todo el personal en nuestras instalaciones.
3. Concluir la información compartida de una manera que usted pueda entender.
4. Obtener una conversación acerca de los riesgos, beneficios o alternativas antes de cualquier procedimiento invasivo o no invasivo, **excepto en una emergencia.**
5. Obtener servicios de interpretación si usted no habla Inglés.
6. Saber los nombres, títulos y profesión de cualquier miembro de nuestras instalaciones que lo atienden durante su consulta.
7. Rechazar el examen, la discusión o procedimiento en la medida permitida por la ley y de ser informado de las consecuencias sanitarias y legales de este rechazo.
8. Tener acceso a su récord médico personal.
9. Obtener un cuidado de buena calidad y de altos estándares profesionales que son continuamente sostenidos e inspeccionados
10. Tener privacidad acerca de su condición medica.
11. La confidencialidad de sus registros de salud personales según lo dispuesto por la ley.
12. Esperar una continuidad razonable de la atención dentro del alcance de los servicios y la dotación de personal de esta instalación
13. Que se le respeten sus derechos civiles y opiniones religiosas.
14. Presentar quejas a la administración de nuestras instalaciones sin temor a represalias.
15. Recibir una explicación completa de cualquier costo ejecutado por esta instalación sin importar la fuente de pago.
16. Hacer instrucciones anticipadas y de nombrar a alguien para realizar decisiones acerca de su salud si usted no está capacitado para hacerlo. Si usted no tiene instrucciones anticipadas nosotros le podemos proveer con la información y ayudarle a realizar una.
17. Expresar su queja / reclamo expresando su insatisfacción con cualquier aspecto de las operaciones, actividades o comportamiento de un plan de salud de Medicare / Medicaid o seguro privado, o sus proveedores, independientemente de si se solicita una acción correctiva.

Si tiene inquietudes, quejas o reclamos, puede hablar con su médico, gerente de enfermería, gerente de la clínica o administrador regional en su clínica. También puede comunicarse con el Jefe de Operaciones al 505-753-7218.

Si su queja / reclamo no se resuelve a su entera satisfacción, también puede comunicarse con:

**Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) - 1-877-787-8999**

**Medicare Ombudsman [www.medicare.gov](http://www.medicare.gov) or call 1-800 633-4227**

**New Mexico Department of Health - 1-800-445-6242 (Toll Free)**

**RESPONSABILIDADES COMO PACIENTE DE NUESTRA CLINICA:**

1. Participar lo mejor que pueda en la toma de decisiones sobre su tratamiento médico y cumplir con el plan de atención acordado.
2. Hacer preguntas a su médico u otros proveedores de atención cuando no comprenda ninguna información o instrucciones.
3. Informar a su médico y otros proveedores de atención si anticipa problemas para seguir el tratamiento recetado.
4. Informar a su médico u otro proveedor de atención si desea transferir su atención de salud con otro médico.
5. No compartir los medicamentos recetados que son solamente para mi uso.
6. Los pacientes tienen la responsabilidad de proporcionar lo mejor posible, información precisa y completa e informar cualquier cambio en su estado médico a su proveedor de salud.
7. Respetar los derechos de otros pacientes, familias, visitantes y personal. Abstenerse del uso de lenguaje inapropiado o acciones relacionadas con raza, credo, color, nacionalidad, ascendencia, religión, género, identificación o expresión de género, orientación sexual, estado civil, edad, discapacidad o afiliación política.
8. Los pacientes no pueden interrumpir o interferir con su proveedor de atención, otros pacientes, o las operaciones en la atención al paciente y las áreas de oficina.
9. Los pacientes tienen la responsabilidad de programar y de cumplir con sus citas, ser puntual a ellas, quedarse durante todo el tiempo programado y proporcionar un aviso mínimo de 24 horas para cambiar o cancelar citas.
10. Vigile a sus hijos para evitar problemas de seguridad y evitar molestar a otros pacientes y familias.
11. Los pacientes tienen la responsabilidad de seguir el plan de tratamiento que acordaron, incluidas las instrucciones de seguimiento recomendadas. Los pacientes son responsables de los resultados si no siguen el plan de atención y tratamiento.
12. Los pacientes tienen la responsabilidad de proporcionar información actualizada y precisa sobre el seguro y la facturación (incluido el nombre, la dirección postal, el número de teléfono y cualquier otra información solicitada para fines de facturación) y cumplir con la obligación financiera acordada.
13. Los pacientes no pueden realizar actividades ilegales en ninguna propiedad de ECFH.

Al firmar, usted acepta que se le ha dado la oportunidad de leer sus derechos y responsabilidades como paciente.

---

Firma del Paciente

---

Fecha