



P R I M E C A R E

Estimado paciente:

Queremos darle la bienvenida a la clínica Salinas Valley Medical Clinic PrimeCare y agradecerle por escogernos como su proveedor de atención primaria. La clínica sigue un modelo de atención de asistencia centralizada que prioriza al paciente (PCMH, por su sigla en inglés). Este modelo transforma la manera en que se brindan servicios, concentrando los esfuerzos en la prevención y el bienestar. También se acentúa la colaboración, con un equipo de atención altamente comprometido en mantener su salud

Ser parte de este sistema de asistencia centralizada incluye muchos beneficios, como una atención coordinada que prioriza al paciente, con su contribución en la toma de decisiones, el fácil acceso a servicios de atención y la constante mejora de la seguridad y la calidad de la atención. Como su centro de atención médica, le pedimos que nos brinde la lista de los medicamentos que esté tomando, actualizaciones frecuentes de su historia médica y notificaciones de todo cambio en su estado de salud, que nos informe de los resultados de análisis de laboratorio o pruebas recientes, y que nos mantenga al tanto de recientes internaciones (hospitalizaciones), consultas o tratamientos de especialistas, o visitas a una sala de emergencias.

Como su centro médico, brindarle servicios de fácil acceso es muy importante para nosotros. Nuestros consultorios mantienen una agenda abierta que reserva tiempo para consultas en el día. Si nos llama para una cita en el mismo día después de las 3 de la tarde, quizás ya no podamos incluirlo en la agenda del día, pero seguramente vamos a poder agendar una cita para el día siguiente o remitirlo a una de nuestras clínicas de atención de urgencia. Intentamos siempre darle cita para las consultas de rutina dentro de un periodo de un mes.

En cualquier momento, durante o después del horario de atención, puede comunicarse con nosotros para obtener consejos médicos. Si llama después del horario de atención, una persona de nuestro servicio de mensajería responderá el llamado y lo pondrá en comunicación con el proveedor de turno. Además, Salinas Valley Medical Clinic ha pactado un acuerdo de cooperación con el servicio de urgencias de Doctors on Duty Urgent Care para brindar atención a nuestros pacientes después del horario normal de atención en nuestros consultorios.

Adjuntamos a esta carta el paquete de formularios para [registro de pacientes](#) e [historia médica](#). Por favor, complete estos documentos y tráigalos con usted a su próxima consulta. Si usted se está transfiriendo desde otro consultorio, pídale a su proveedor que nos envíe por e-mail o por fax su historia médica antes de su próxima consulta. Asimismo, traiga con usted todas las medicaciones que esté tomando para poder registrarlas en su historia médica. Si cuenta con una declaración de voluntad anticipada o un poder notarial sobre atención médica, también traiga consigo copias de estos documentos la próxima que venga a la clínica.

Nos complace darle la bienvenida y brindarle la mejor atención médica.

Cordialmente,

Salinas Valley Medical Clinic PrimeCare

NOTIFICACIÓN A PACIENTES Y PADRES SOBRE EL REGISTRO DE INMUNIZACIONES (TB)

Las vacunas, o “inyecciones” de inmunización, previenen muchas enfermedades graves. Las pruebas para detectar la tuberculosis (TB) ayudan a determinar si alguien está infectado con TB y puede que le pidan un comprobante de la prueba en la escuela o en su lugar de trabajo. Llevar registro de vacunas y pruebas de TB no es siempre fácil. Y los registros se complican cuando más de un médico le ha dado vacunas o hecho pruebas. Hoy, se utiliza un sistema informático seguro llamado Registro de Inmunizaciones para llevar registro de vacunas y pruebas de TB. Si usted cambia de médico o consultorio, el nuevo proveedor puede usar este registro para ver sus vacunas y pruebas de TB. Usted tiene derecho a elegir si quiere que su información sobre vacunas y pruebas de TB se comparta en el Registro de Inmunizaciones de California.

¿Cómo le ayuda el registro de inmunizaciones?

- Lleva un registro de todas las vacunas y pruebas de TB (pruebas de piel/radiografías de tórax), para que no se pierda ninguna dosis o reciba una dosis de más.
- Le envía recordatorios cuando usted o sus hijos necesitan vacunas.
- Le da una copia de su registro de vacunas y pruebas de tuberculosis.
- Puede demostrar que usted o sus hijos han recibido las vacunas y pruebas de tuberculosis necesarias para comenzar la guardería, la escuela o un nuevo trabajo.

¿Cómo le ayuda el registro a su equipo de atención médica?

Los médicos y enfermeros, los planes de salud y las agencias de salud pública utilizan el registro para:

- Ver qué vacunas y pruebas de tuberculosis son necesarias.
- Recordarle qué vacunas necesita darse.
- Prevenir enfermedades en la comunidad.
- Ayudarle a llevar un registro personal.

¿Pueden ver el registro las escuelas u otros programas?

Sí, pero el acceso es limitado. En California, las escuelas, guarderías y otras agencias con permiso por ley pueden:

- Ver qué vacunas y pruebas de tuberculosis necesitan los niños en sus respectivos programas.
- Asegurarse de que los niños tengan vacunas y pruebas de TB necesarias para empezar la guardería o la escuela.

¿Qué información puede compartirse en el registro?

- El nombre, sexo y fecha de nacimiento del paciente.
- El nombre de padres o tutores.
- Cierta información para identificar a los pacientes.
- Detalles sobre vacunas y pruebas de TB de un paciente.

Lo que se ingresa al registro se trata como cualquier otra información médica privada. El mal uso del registro puede sancionarse por ley. Según las leyes de California, sólo su consultorio médico, su plan de salud o el departamento de salud pública pueden ver su dirección y número de teléfono.

Derechos del paciente y de los padres

Es su derecho legal pedir:

- Que no se comparta su registro de vacunas y pruebas de TB con nadie aparte de su médico*.
- Que no se le envíen recordatorios de citas para vacunas desde el consultorio médico.
- Que le dejen ver una copia de su registro de vacunas y pruebas de tuberculosis o del registro de su hijo.
- Que le informen quién ha visto los registros o que el médico corrija un error.

Si QUIERE que se comparta su registro o el de sus hijos en CAIR, no necesita hacer nada. Ya tiene todo en orden.

Si NO QUIERE que se comparta su registro o el de sus hijos con otros usuarios de CAIR, consúltelo a su proveedor si envía la preferencia de los pacientes a CAIR de forma electrónica. Si no lo hace, vaya a la página de Formularios de CAIR (<http://cairweb.org/cair-forms/>) y complete la “Solicitud para bloquear mi registro de CAIR”. Los registros bloqueados también pueden desbloquearse completando la “Solicitud para desbloquear mi registro de CAIR”. Envíe los formularios llenos por fax al 1-888-436-8320 o por correo electrónico a CAIRHelpDesk@cdph.ca.gov.

Para más información, comuníquese con el servicio de ayuda CAIR al 800-578-7889 o CAIRHelpDesk@cdph.ca.gov.

*Por ley, los funcionarios de salud pública también pueden tener acceso al registro en caso de una emergencia de salud pública.

Gracias por elegir a Salinas Valley Medical Clinic como su proveedor de atención médica. Su tratamiento y exitosa recuperación son nuestra primera prioridad. Con el fin de ofrecerle el mejor servicio posible, le brindamos información sobre nuestras políticas de facturación. Lea esta información y firme donde se indica más abajo antes de recibir servicios de atención médica.

Como gentileza, primero le enviaremos nuestra factura a su(s) compañía(s) de seguro. Usted debe presentar siempre su tarjeta de seguro antes de la atención o en el momento de la misma para verificar la cobertura. Esto incluye verificar, de ser necesario, autorizaciones por parte de su compañía de seguro. Si somos un proveedor participante de la compañía de seguro, o si aceptamos la asignación de beneficios, todo copago, coaseguro o deducible debe pagarse al momento de recibir el servicio. Esto incluye costos debidos a planes con "deducibles altos" o de "cobertura limitada". Tenga en cuenta que los proveedores participantes pueden cambiar y es responsabilidad del paciente verificar si el médico que está viendo figura o no como proveedor participante en su compañía de seguro específica.

La cobertura de seguro es un acuerdo entre usted y su compañía de seguro. Es su responsabilidad pagar los cargos que su seguro no cubra a menos que su aseguradora indique claramente por escrito que usted no es responsable. Si existe alguna duda sobre la cobertura de un servicio específico, podemos pedirle que firme un documento de responsabilidad financiera antes de que se le brinde ese servicio. Si su compañía de seguro no aprueba o no paga un reclamo dentro de los 45 días de la facturación, se le pedirá que usted remita el pago para cubrir todo saldo pendiente.

Se le enviará por correo un estado de cuenta después de procesar los reclamos hechos a su compañía de seguro. Se le facturará por toda cantidad restante que la compañía de seguro indique como responsabilidad del paciente. Usted deberá pagar al recibir nuestro estado de cuenta. Si no recibimos el pago o noticias suyas sobre el pago de un saldo pendiente con prontitud, nos reservamos el derecho de enviar las cuentas vencidas a una agencia de cobros.

Si su compañía de seguro indica que no somos un proveedor participante, o si usted no tiene seguro, deberá pagar el monto total de la factura al momento de recibir el servicio. Sin embargo, Salinas Valley Medical Clinic facturará a su compañía de seguro, como gentileza hacia usted. En la mayoría de los casos, si la compañía aprueba un reembolso, se lo enviará directamente a usted. Si su cobertura de seguro cambia, envíenos una copia de la cara y el reverso de su nueva tarjeta de seguro para que podamos actualizar su información. Todos los pacientes deben actualizar su Hoja de Información del paciente al menos una vez al año.

Entiendo que Salinas Valley Medical Clinic debe comunicar sobre (o asignar códigos a) procedimientos y diagnósticos según los servicios que recibo. Por lo tanto, los códigos no pueden modificarse con posterioridad para hacer que la aseguradora pague por un servicio sin cobertura en un plan de salud, ya que esto se considera fraudulento.

Otros cargos:

Un cargo de \$25.00 por rellenar formularios médicos tales como los que se requieren en DMV, PG&E, California State Disability, FMLA, etc., que debe pagarse al momento de retirar los formularios completos. Debe esperar 7 días hábiles antes de poder retirar los formularios. Un cargo de \$25.00 por cada copia de solicitada de su historia clínica, que debe pagarse al momento de retirar las copias. Debe esperar 3 días hábiles antes de poder retirar la copia solicitada. Este cargo no se aplica en el caso de necesitar copias por citación judicial o por pedido de otros médicos con el propósito de coordinar su atención médica. Un cargo de \$25.00 por cheque rechazado debido a fondos insuficientes, que se agregará a su cuenta como paciente.

Pacientes menores:

Los padre(s)/tutor(es) que acompañen a un menor son responsables por el total del pago. A menores no acompañados, se les puede negar servicios que no sean de emergencia.

Aceptamos efectivo, cheques, tarjetas de débito de cuentas de ahorro de salud y la mayor parte de las principales tarjetas de crédito. Si tiene preguntas sobre nuestra política de facturación/pago o necesita ayuda, comuníquese con nuestra oficina de facturación (Cypress Healthcare Partners) al (831) 649-1000. Ellos pueden establecer un plan de pago para usted, de ser necesario.

Entiendo y estoy de acuerdo con la política anterior y soy la persona responsable del pago de los servicios prestados por Salinas Valley Medical Clinic.

Con mis iniciales en este espacio [_____], solicito a la clínica médica Salinas Valley Medical Clinic que no me deje mensajes detallados/confidenciales sobre mi salud o el pago de mi atención médica en el número de teléfono aquí indicado. _____

PRIME CARE
INFORMACIÓN DEL PACIENTE:

Apellido: _____ Primer nombre: _____ Segundo nombre: _____

Fecha de nacimiento: ____/____/____ Sexo: hombre mujer Seguro social: _____

Estado civil: soltero casado divorciado viudo otro: _____

Tel. de casa: (____) _____ Tel. del trabajo: (____) _____ Celular: (____) _____

Correo electrónico (email): _____

Domicilio: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Dirección de correo postal: _____

Raza: blanca afroamericana otra sin declarar Grupo étnico: hispano no hispano sin declarar

MÉTODO PREFERIDO DE CONTACTO:

Teléfono Correo postal de EE.UU. Correo electrónico (email) Al compartir mi número de celular, le doy permiso a la clínica PrimeCare de Salinas Valley Medical Clinic, y a sus socios comerciales, para que me llamen o envíen mensajes de texto sobre citas médicas y para que me llamen por cuestiones de atención médica o de pago. El telemarketing y el envío de mensajes comerciales por correo electrónico se rigen por otras reglas federales y estatales. Se encuentra disponible un resumen de las mismas en el sitio web de la oficina del Fiscal General oag.ca.gov/privacy/privacy-laws.

SI EL PACIENTE ES MENOR DE EDAD, POR FAVOR COMPLETE:

Nombre de un padre o tutor: _____ Fecha de nacimiento del tutor: _____

Dirección: _____ Tel. de casa: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Seguro social: _____ Relación con el paciente: _____

INFORMACIÓN SOBRE EL SEGURO DE SALUD PRIMARIO:

Asegurado: _____ Fecha de nacimiento: _____ Seguro social: _____

Relación con el asegurado: _____ Dirección del seguro: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Aseguradora: _____ Nro. de póliza/grupo: _____

PERSONA A QUIEN NOTIFICAR EN CASO DE EMERGENCIA:

Nombre (no en el mismo hogar): _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Código postal: _____

Relación con el paciente: _____ Tel. de casa: _____

RESPONSABLE SUSTITUTO DE DECISIONES

Nombre: _____ el. de casa: _____ Relación con el paciente: _____

¿Tiene un poder legal duradero? Sí No

Si es así, nombre: _____ Teléfono: _____ Relación: _____

Proporcione una copia de la documentación legal para su expediente médico.

FARMACIA PREFERIDA
LABORATORIO PREFERIDO

Identifico a los siguientes individuos como personas involucradas en mi atención médica y/o en el pago de la misma. Autorizo a mi proveedor de atención médica, o a su representante, a discutir toda información de atención médica y/o financiera con las siguientes personas.

Nombre: _____ Relación: _____ Nombre: _____ Relación: _____

Fecha de nacimiento: _____ Restricciones: _____ Fecha de nacimiento: _____ Restricciones: _____

(es decir, solo información médica, solo información financiera) (es decir, solo información médica, solo información financiera)

A NUESTROS PACIENTES:

Esta autorización permanecerá vigente hasta que usted la revoque o la modifique por escrito. Toda persona que no figure en la lista anterior no tendrá acceso a su información personal a menos que usted nos llame y dé su consentimiento verbal. Al firmar a continuación, usted reconoce que entiende y está de acuerdo con la información precedente.

Firma de la paciente: _____ Fecha: _____

Por favor, describa su enfermedad/lesión/síntomas y la fecha de inicio: _____

Nombre del paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Razón por su visita de hoy: _____

ALERGIAS O REACCIONES A MEDICAMENTOS/COMIDAS/OTROS AGENTE:

ALÉRGICO A	REACCIÓN O EFECTO SECUNDARIO

 Sin alergias medicamentosas conocidas

MEDICAMENTOS: Medicamentos con receta y sin receta, vitaminas, y pastillas anticonceptivas:

Por favor proporcionele a su médico y/o al asistente del médico una lista de medicamentos si la tiene.

MEDICAMENTO	DOSIS (veces por día)	VECES POR DÍA (sig)

 No estoy tomando medicamentos

HISTORIAL MÉDICO PASADO: Por favor indique si ha tenido alguno de los siguientes problemas médicos:

Cardiovascular <input type="checkbox"/> insuficiencia cardiaca congestiva <input type="checkbox"/> cirugía de arteria carótida <input type="checkbox"/> hiperlipidemia <input type="checkbox"/> hipertensión <input type="checkbox"/> enfermedad vascular periférica <input type="checkbox"/> otro: _____	Renal <input type="checkbox"/> endometriosis <input type="checkbox"/> infertilidad <input type="checkbox"/> cálculos renales <input type="checkbox"/> incontinencia urinaria <input type="checkbox"/> infección del tracto urinario <input type="checkbox"/> otro: _____	Neurológico <input type="checkbox"/> enfermedad de Alzheimer <input type="checkbox"/> desorden de déficit de atención <input type="checkbox"/> TDAH <input type="checkbox"/> parálisis cerebral <input type="checkbox"/> dolores de cabeza, migrañas <input type="checkbox"/> esclerosis múltiple <input type="checkbox"/> desorden de convulsiones <input type="checkbox"/> otro: _____	Canceres <input type="checkbox"/> cáncer de mama <input type="checkbox"/> cáncer de colon <input type="checkbox"/> cáncer pulmonar <input type="checkbox"/> melanoma <input type="checkbox"/> cáncer de ovario <input type="checkbox"/> cáncer pancreático <input type="checkbox"/> cáncer de próstata <input type="checkbox"/> cáncer de piel <input type="checkbox"/> cáncer de tiroides <input type="checkbox"/> otro: _____
Pulmonar <input type="checkbox"/> asma <input type="checkbox"/> bronquitis crónico <input type="checkbox"/> EPOC <input type="checkbox"/> apnea del sueño <input type="checkbox"/> otro: _____	Musculoesquelético <input type="checkbox"/> dolor crónico <input type="checkbox"/> fibromialgia <input type="checkbox"/> fractura(s) <input type="checkbox"/> gota <input type="checkbox"/> osteoporosis <input type="checkbox"/> artritis reumatológico <input type="checkbox"/> otro: _____	Hematológico <input type="checkbox"/> anemia por deficiencia de hierro <input type="checkbox"/> mielofibrosis <input type="checkbox"/> otro: _____	Otro/ Misceláneo <input type="checkbox"/> cataratas <input type="checkbox"/> glaucoma <input type="checkbox"/> obesidad <input type="checkbox"/> otro: _____ <input type="checkbox"/> otro: _____
Gastrointestinal <input type="checkbox"/> cirrosis <input type="checkbox"/> enfermedad de crohn <input type="checkbox"/> hepatitis <input type="checkbox"/> síndrome del intestino irritable <input type="checkbox"/> pancreatitis <input type="checkbox"/> otro: _____	Endocrinológico <input type="checkbox"/> diabetes, tipo 1 <input type="checkbox"/> diabetes, tipo 2 <input type="checkbox"/> hipertiroidismo <input type="checkbox"/> hipotiroidismo <input type="checkbox"/> otro: _____	Alergia/dermatológico <input type="checkbox"/> alergias <input type="checkbox"/> eczema <input type="checkbox"/> soriasis <input type="checkbox"/> sinusitis <input type="checkbox"/> otro: _____	

P R I M E C A R E
HISTORIA GINECOLÓGICA:

Número de embarazos: _____	Número de partos: _____
Método anticonceptivo: _____	Último periodo menstrual: _____
Edad de inicio (menarquia): _____	Edad de menopausia: _____

MANTENIMIENTO DE SALUD PREVENTIVA

	FECHA	CIRCULE EL RESULTADO		FECHA
Colonoscopia	/ /	Normal / Anormal	Vacuna de la influenza	/ /
Mamografía	/ /	Normal / Anormal	Vacuna de neumonía	/ /
Papanicolaou	/ /	Normal / Anormal	Vacuna del tétano	/ /
Examen de densidad ósea	/ /	Normal / Anormal	Últimos laboratorios	/ /
Examen de la vista	/ /	Normal / Anormal	Otro:	/ /
Antígeno específico de la próstata	/ /	Normal / Anormal	Otro:	/ /

PROVEEDORES MÉDICOS ACTUALES

ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL MEDICO
Cardiólogo	
Gastroenterólogo	
Neurólogo	
Oftalmólogo	
Podólogo	
Siquiatra	
Urólogo	
Otro:	
Otro:	

HISTORIA DE CIRUGÍAS:

OPERACIÓN	FECHA

P R I M E C A R E

HISTORIA FAMILIAR: Marque cualquier miembro de su familia que haya tenido alguna de las enfermedades que sigue:

NOMBRE DE ENFERMEDAD	PADRE	MADRE	HERMANO	HERMANA	ABUELO PATERNO	ABUELA PATERNA	ABUELO MATERNO	ABUELA MATERNA
enfermedad arterial coronaria								
hiperlipidemia								
hipertensión								
cáncer de mama								
cáncer de cuello uterino								
cáncer de colon								
cáncer de pulmón								
cáncer de próstata								
cáncer de piel								
asma								
EPOC								
hepatitis c								
enfermedad de Alzheimer								
diabetes, tipo 1								
diabetes, tipo 2								
hipotiroidismo								
osteoporosis								
alcoholismo								
ansiedad								
depresión								
abuso de drogas								
obesidad								
otro:								
otro:								

PRIME CARE

HISTORIA SOCIAL

MIS METAS DE ESTILO DE VIDA PERSONAL SON: (marque todo lo que aplique)

<input type="checkbox"/> Desarrollar hábitos de comer más saludables	<input type="checkbox"/> Mantener una actitud alegre y esperanzadora de la vida
<input type="checkbox"/> Hacer ejercicio físico regularmente	<input type="checkbox"/> Descansar lo suficiente todos los días
<input type="checkbox"/> Lograr/mantener un peso saludable	<input type="checkbox"/> Ser libre de dependencia del tabaco/ alcohol
<input type="checkbox"/> Pasar más tiempo de calidad con familiares/amigos	<input type="checkbox"/> Otro: _____

Yo creo que no logro alcanzar mis metas de estilo de vida porque: _____

Ocupación: _____

Estado civil: _____

Número de hijos en su casa? _____

¿Tiene creencias religiosas que previenen el uso de productos de sangre si llega a estar muy enfermo? Sí No

USO DE TABACO	USO DE ALCOHOL
Cigarrillos <input type="checkbox"/> Nunca he fumado <input type="checkbox"/> Fume en el pasado Año que pare _____ # de paquetes/ año? _____ <input type="checkbox"/> Fumador actual # de paquetes/día _____ Otro tabaco: <input type="checkbox"/> Cigarros <input type="checkbox"/> tabaco de mascar <input type="checkbox"/> Pipa <input type="checkbox"/> Rapé <input type="checkbox"/> Cigarrillo Electrónico ¿Está interesado en parar? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Humo de segunda mano: ¿Expuesto a humo en la casa? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Toma alcohol? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No # de bebidas/semana _____ ¿Le preocupa su uso de alcohol a usted u otras personas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	USO DE DROGAS
	¿Usa drogas recreacionales? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si es así, indique el tipo _____ ¿Ha usado agujas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

DISPOSITIVOS IMPLANTADOS

Nombre del dispositivo: _____ Número de serie: _____

PREGUNTAS PARA SU EQUIPO DE CUIDADO DE SALUD

FIRMA DE PACIENTE/GUARDIÁN: _____ FECHA: _____

Su Guía para entender la Central Coast Health Connect (Conexión de Salud de la Costa Central)

Un Centro de Información sobre Salud del Condado de Monterey

¿Qué es la Central Coast Health Connect (CCHC)?

La CCHC es un Centro de intercambio de información sobre Salud (HIE, por sus siglas en inglés) de una comunidad. Se estableció para ayudar a pacientes y proveedores de salud a compartir información sobre la salud, por vía electrónica. El HIE ayuda a garantizar que sólo usted y los proveedores de salud que usted autorice — incluyendo doctores, hospitales y laboratorios — cuenten con acceso instantáneo y seguro a la información médica necesaria para proporcionarle a usted la mejor atención posible.

¿Por qué es importante participar en una CCHC?

Muchas personas se atienden con numerosos proveedores de salud, a menudo en distintos lugares. La información acerca de su salud y cuidados, como visitas a consultorios, recetas, exámenes de laboratorio y de imágenes, suele mantenerse por separado. Esa fragmentación puede provocar duplicación innecesaria de servicios e incrementar riesgos en la seguridad. Para propiciar mayor seguridad, eficiencia y colaboración, las organizaciones que están a la vanguardia están implementando sistemas de intercambio de información de salud que permitan vincular a los pacientes con sus proveedores de salud. Cuando usted y sus proveedores de salud participan en CCHC, su equipo de proveedores de salud puede acceder y compartir de manera protegida la información médica pertinente, lo cual mejora la capacidad para tomar las mejores decisiones sobre su salud.

¿Cómo se protege mi información?

Proteger la privacidad es una prioridad importante en el sistema de CCHC. El acceso a los datos del paciente está estrictamente reglamentado y las leyes estatales y federales se cumplen y hacen valer con rigor. La CCHC sabe que la privacidad del paciente es esencial, y hacemos todo lo posible por asegurar que los datos de los pacientes se gestionan de manera segura.

¿Puedo obtener los resultados de exámenes por vía electrónica con CCHC?

Sí. Un beneficio importante para los pacientes es el portal para pacientes de CCHC. Si usted proporciona su correo electrónico al registrarse — dependiendo de los servicios que reciba — recibirá una invitación por correo electrónico para formar parte del portal de pacientes de CCHC. Si recibe la invitación, por favor, haga clic en el enlace 'register' (registrar) en el correo electrónico y siga las instrucciones para crear su cuenta. (Actualmente CCHC no permite tener cuentas en-línea para pacientes dependientes o menores de edad.) Cuatro días después de su visita, recibirá cualquier resultado (siempre y cuando no sea sensible) de exámenes o datos relacionados con la salud. (Consulte el reverso para más información).

¿Qué sucede si decido no participar en la CCHC?

Si no desea participar en la CCHC, puede elegir esa opción. Sin embargo, es importante saber que si *opta por no participar*, sus proveedores de salud no podrán compartir información a través de la CCHC. Sin embargo, si así lo deciden, su doctor y otros proveedores de la salud podrán aún usar el intercambio electrónico de información de salud para compartir entre ellos los resultados de las pruebas de laboratorio de usted, sus informes radiológicos y otros datos que se envían directamente a estos proveedores de salud. Es posible que antes hayan recibido esta información por fax, correo o bien por algún medio de comunicación electrónico. Si aún así desea no participar en CCHC, por favor, envíe un correo electrónico a: cchc-help@centralcoasthealthconnect.org o llame al (831) 644-7494

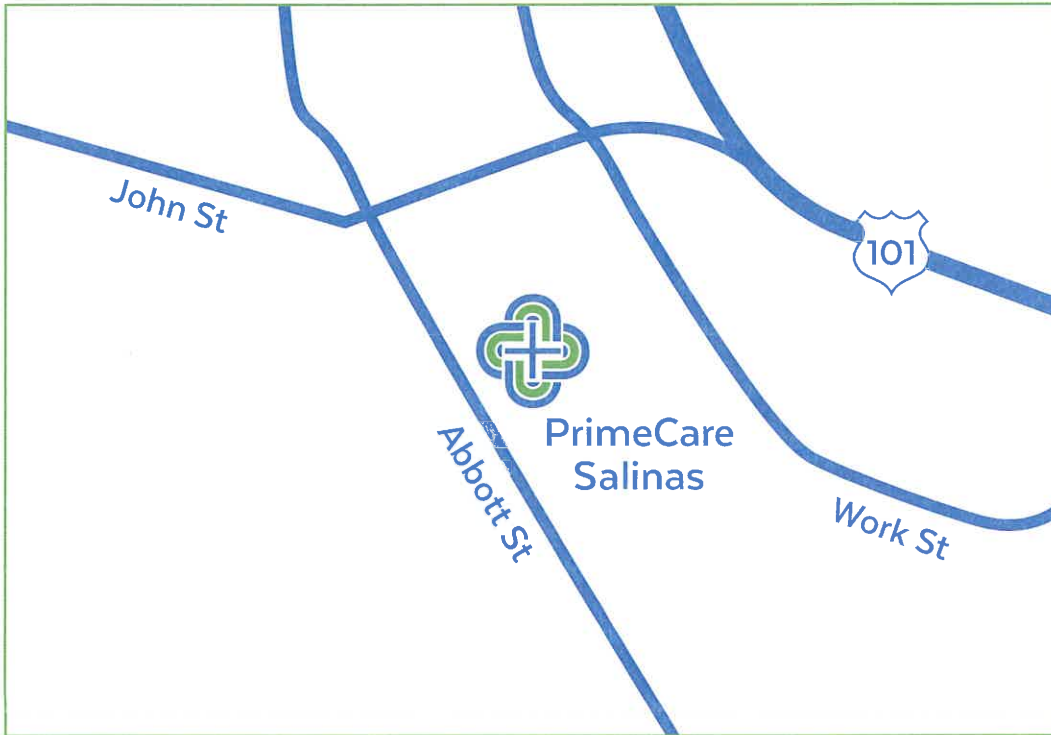
Para saber más acerca de la Central Coast Health Connect, por favor llame al **(831) 644-7494** o visite: centralcoasthealthconnect.org

Las leyes federales y estatales referentes a la distribución electrónica de resultados de exámenes *sensitivos* prohíben proporcionarle a usted todos sus resultados a través del portal de pacientes de CCHC. Para más información acerca de los resultados considerados como sensitivos, por favor, consulte el Código 123148 de Salud y Seguridad del Estado de California, sobre todo la sección siguiente:

"... ninguno de los siguientes resultados de exámenes clínicos de laboratorio y otros resultados relacionados serán divulgados al paciente a través de internet o de otros medios electrónicos:

- (1) Examen de anticuerpos VIH
- (2) Presencia de antígenos que indiquen infección de hepatitis
- (3) Abuso en el consumo de drogas
- (4) Resultados de exámenes relacionados con tejidos procesados de manera rutinaria, incluyendo biopsias de piel, pruebas de papanicolau, productos de concepción y aspiraciones de médula ósea para evaluación morfológica, si estos revelan malignidad."

PrimeCare - Salinas



PrimeCare - Monterey

