

Formulario de Registro del Paciente



¡Le damos la bienvenida a Share Ourselves!

Nos alegra que nos eligiera para su atención médica. Para registrarse, llene este formulario lo más detalladamente posible. Algunos de estos puntos nos ayudaran a asegurarnos de que estamos satisfaciendo las necesidades de las personas a las que les prestamos servicio. Díganos si tiene alguna pregunta o si necesita ayuda para llenar este formulario.

Nombre legal

Nombre: _____ Segundo nombre: _____ Apellido: _____

Nombre preferido

Nombre: _____ Segundo nombre: _____ Apellido: _____

Pronombres preferidos:

- Ella/la Ellos/los, Ellas/las Éllo/lo
 Usar solo el nombre preferido Rechaza contestar Otro: _____

Nacimiento

Fecha de nacimiento (MM/DD/AA): _____ Edad: _____

Número de Seguro social (si lo tiene): _____

Número de identificación de contribuyente individual (ITIN, si lo tiene): _____

- Sexo asignado al momento del nacimiento: Mujer Hombre Desconocido
 Intersexual Elige no decirlo No se menciona en el certificado de nacimiento

Dirección

Domicilio: _____ Número de unidad/ departamento: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Información de contacto

El mejor número de teléfono: _____ ¿Podemos dejarle mensajes?: Sí No

Este número de teléfono es: Trabajo Casa Móvil Otro _____

Otro número de teléfono: _____ ¿Podemos dejarle mensajes?: Sí No

Este número de teléfono es: Trabajo Casa Móvil Otro _____

Idioma preferido: Inglés Español Otro _____

¿Necesita ayuda de traducción? Sí No

¿De qué manera podemos comunicarnos con usted? Seleccione todas las que apliquen:

Teléfono Mensaje de texto Por escrito Portal del paciente Correo electrónico

Si elige **correo electrónico** o el **portal del paciente**, escriba su correo electrónico:

Estado civil

Estado civil: Soltero(a) Casado(a) Separado(a) Divorciado(a) Viudo(a)
 Unión libre En pareja

Contacto de emergencia

Para los pacientes menores de 18 años, esta información debe ser diferente a la de los padres o tutores legales.

Nombre: _____ Apellido: _____

Relación: _____ Número de teléfono: _____

Este número de teléfono es: Trabajo Casa Móvil Otro _____

Para los pacientes menores de 18 años: Padres o tutores legales

<input type="checkbox"/> Madre o <input type="checkbox"/> Tutor Legal 1 _____ Relación	_____ Nombre	_____ Apellido
	_____ Fecha de nacimiento (MM/DD/AA)	_____ Número do seguro social o Número de identificación de contribuyente individual (ITIN)
Domicilio: _____		Número de unidad/ departamento: _____
Ciudad: _____	Estado: _____	Código postal: _____
_____ ¿Podemos dejarle mensajes?: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
Número de teléfono principal		
Este número de teléfono es: <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Móvil <input type="checkbox"/> Otro: _____		
_____ ¿Podemos dejarle mensajes?: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
Otro número de teléfono		
Este número de teléfono es: <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Móvil <input type="checkbox"/> Otro: _____		

<input type="checkbox"/> Padre o <input type="checkbox"/> Tutor Legal 2 _____ Relación	_____ Nombre	_____ Apellido
	_____ Fecha de nacimiento (MM/DD/AA)	_____ Número do seguro social o Número de identificación de contribuyente individual (ITIN)
Domicilio: _____		Número de unidad/ departamento: _____
Ciudad: _____	Estado: _____	Código postal: _____
_____ ¿Podemos dejarle mensajes?: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
Número de teléfono principal		
Este número de teléfono es: <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Móvil <input type="checkbox"/> Otro: _____		
_____ ¿Podemos dejarle mensajes?: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
Otro número de teléfono		
Este número de teléfono es: <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Móvil <input type="checkbox"/> Otro: _____		

Debido a que Share Ourselves es un Centro de salud federalmente calificado (Federally Qualified Health Center [FQHC]), debemos reunir la siguiente información. Esto nos ayuda a brindar atención médica y descuentos por tarifa variable a los pacientes que cumplan con los requisitos. Mantendremos sus respuestas privadas.

Información del hogar

¿Cuántas personas viven en su casa? (Inclúyase únicamente a usted y a los miembros de su familia de los que sea financieramente responsable).

¿Cuál es el ingreso total combinado de los miembros de familia incluidos en la última pregunta?

_____ Mensual Anual

¿Le gustaría saber si es elegible para nuestro programa de descuento de tarifa variable?

Si No

Seguro médico

Háblenos sobre el seguro médico del paciente. Entregue la tarjeta de seguro del paciente al momento de registrarse.

¿El paciente ha solicitado alguna vez algún seguro médico o dental?

Si No

Si la respuesta es "sí," ¿qué seguro ha solicitado el paciente?

Medi-Cal MSN
 Medi-Cal de emergencia
 Medicare

Otro: _____

¿El paciente o el empleador de alguno de los padres ofrece seguro médico o dental?

Si No

¿Con qué aseguradora cuenta el paciente actualmente?

_____ Nombre del plan de salud

_____ Identificación de miembro

Información laboral

Estado laboral: Tiempo completo
 Desempleado

Medio tiempo
 Retirado

Estudiante de tiempo completo
 Discapacitado

Estudiante de medio tiempo
 Menor de 18 años

Empleo: _____

¿Alguien en el hogar realiza trabajo agrícola?
 Si No

Si la respuesta es "sí," marque todas las que apliquen:

Trabajador agrícola migrante (se viaja para buscar trabajo agrícola)
 Trabajador agrícola de temporada (el empleo principal es trabajo agrícola, pero no se viaja para buscarlo)

¿El paciente es veterano? Si No

Información adicional

Identidad de género

- Mujer Hombre Mujer transgénero (de hombre a mujer)
 Hombre transgénero (de mujer a hombre) Elige no decirlo
 Otro (especificar): _____

Orientación sexual

- Heterosexual Bisexual Gay Lesbiana Pansexual
 Elige no decirlo Otro (especificar): _____

Identidad étnica

- Otro Hispano(a)/Latino(a)/Origen español Cubano
 Mexicano(a)/Mejicano(a) Americano(a)/Chicano(a)
 Hispano(a) múltiple/Latino(a)/Origen español Desconocido
 Puertorriqueño(a) Elige no decirlo No hispano(a)/No latino(a)

Raza

- Nativo(a) de Alaska Indio(a) americano(a) Indio(a) asiático(a)
 Negro(a)/afroamericano(a) Chino(a) Filipino(a) Coreano(a)
 Guameño(a) o Chamorro Japonés(esa) Nativo(a) Hawaiano(a)
 Otro asiático(a) De otra isla del Pacífico Samoano(a)
 Desconocido Elige no decirlo Blanco(a) Vietnamita
 Otro (especificar): _____

Nivel de educación más alto terminado

- No aplica No terminó la preparatoria
 Preparatoria Algún título universitario o de asociado
 Licenciatura o superior

Condiciones de vivienda

- Refugio para personas sin hogar Calle Vivienda de transición
 Vivienda compartida Vivienda de apoyo permanente
 No estoy sin hogar/no estoy recibiendo asistencia Otro

¿Cómo se enteró de nosotros? Marque todos los opciones que apliquen

- El seguro lo asignó Evento o feria comunitaria Yelp
 Familiares or amigos Referencia de paciente de Share Ourselves
 Centro de recursos familiares HOAG
 Hospital o consultorio del médico Empleado de Share Ourselves
 El Sol Academy/estudiante/familiar Redes sociales
 Invitación telefónica automatizada Me llamaron de Share Ourselves
 Publicidad Evento comunitario de Share Ourselves
 Folleto Publicidad de Google 211 Sitio web de Share Ourselves
 Otro (especificar): _____

Consentimiento General para Recibir Tratamiento



Share Ourselves necesita su permiso para realizarle los exámenes y pruebas, y administrarle los tratamientos pertinentes y necesarios. Este consentimiento permanecerá vigente y se seguirá usando para los servicios futuros hasta que usted lo anule por escrito. Lea con atención las siguientes declaraciones.

Entiendo:

- El presente Consentimiento General para Recibir Tratamiento aplica para:
 - Todos los centros de atención, las divisiones, los programas, los departamentos y las unidades de Share Ourselves.
 - Los servicios generales cuando el objetivo sea diagnosticar problemas de salud.
 - Los procedimientos de rutina (con pruebas de laboratorio y electrocardiogramas [ECG]) cuando el objetivo sea tratar problemas de salud.
 - Otros procedimientos no invasivos que se consideren necesarios para mi atención o mi beneficio.
- Es posible que, en ocasiones, Share Ourselves me solicite firmar formularios de consentimiento adicionales (llamados "consentimientos informados") en caso de que, como parte de mi tratamiento, se indique realizar procedimientos que no sean de rutina o que sean más invasivos.
- Share Ourselves no puede recomendarme ningún tratamiento hasta que un proveedor de atención médica autorizado me evalúe.
- Tengo derecho a preguntar cualquier cosa que no entienda relacionada con mi atención médica. Tengo derecho a hablar con mi proveedor sobre el objetivo, los posibles riesgos y los beneficios de cualquier prueba o tratamiento.
- Con poca frecuencia, mi proveedor podría solicitar tomar fotografías como parte de mi atención (por ejemplo, cuando tenga sarpullido o alguna herida). Estas fotografías se toman de manera segura. Se almacenan de manera segura en mi historia clínica electrónica.
- La práctica de la medicina no es una ciencia exacta. Share Ourselves no puede garantizarme o prometerme nada en cuanto a los resultados de algún procedimiento o tratamiento.
- Es posible que reciba atención de varios tipos de proveedores. Entre estos se encuentran doctores en Medicina, doctores en Osteopatía y enfermeros profesionales.
- Share Ourselves es un lugar de aprendizaje. Es posible que, en ocasiones, los residentes, internos y otro tipo de estudiantes se involucren en mi atención. Todos ellos contarán con la educación, las licencias y los certificados pertinentes. Hay proveedores aptos de Share Ourselves que supervisan a los estudiantes. Si no deseo que los residentes, internos u otro tipo de estudiantes me traten, tengo el derecho de rechazar sus servicios en cualquier momento.
- Es posible que otro personal de Share Ourselves ayude con mi atención bajo la dirección de mi proveedor de atención médica. Estos incluyen, entre otros, enfermeros, asistentes y

secretarios medicos.

- Soy libre de rechazar tratamientos individuales en cualquier momento.

Al firmar a continuación, confirmo que he leído, que comprendo por completo y que acepto la información anterior. Share Ourselves ha respondido a todas mis preguntas sobre el contenido de este documento.

Marque con una ✓ para indicar la persona que firma este formulario.:

- Paciente Padre, madre o tutor legal (si el paciente es menor de 18 años) Representante autorizado

Nombre en letra de molde

Firma

Fecha

Únicamente para uso del personal administrativo

Consentimiento informado verbal

Para uso únicamente si el paciente y/o el representante autorizado del paciente necesitan ayuda para leer este formulario.

El contenido de este document fue leído el día _____ al paciente que se menciona previamente (o al representante auorizado del paciente) por:

Nombre en letra de molde

Firma

Fecha

el cuidado de su salud, usted tiene que firmar una declaración o decirle al doctor encargado de su cuidado.

¿QUÉ PASA CUANDO OTRA PERSONA TOMA DECISIONES SOBRE MI TRATAMIENTO?

Las mismas reglas aplican a cualquier persona que tome decisiones sobre el cuidado de la salud a nombre de usted - un agente del cuidado de la salud, un sustituto cuyo nombre usted haya dado a su doctor, o una persona nombrada por la corte para tomar decisiones por usted. A todos ellos se les requiere que sigan las **instrucciones para el cuidado de la salud** de usted, o si no las hay, sus deseos generales sobre el tratamiento, incluyendo el que se descontinúe el tratamiento. Si se desconocen sus deseos sobre el tratamiento, el sustituto tiene que tratar de determinar lo que es de óptimo beneficio para usted. Las personas que le estén proporcionando cuidado de la salud tienen que seguir las



decisiones de su agente o sustituto, a menos que un tratamiento que se solicite sería uso impropio de la profesión médica o sería ineficaz en ayudarlo. Si esto causa un desacuerdo que no se puede resolver, el proveedor del cuidado tiene que hacer un esfuerzo razonable para encontrar a otro proveedor de cuidado de la salud para que se encargue de su tratamiento.

¿RECIBIRÉ TRATAMIENTO AÚN SI NO PREPARO UNA DIRECTIVA ANTICIPADA?

Absolutamente. Recibirá tratamiento médico de todas maneras. Solamente queremos que usted sepa que si se pone tan enfermo que no puede tomar decisiones, otra persona tendrá que tomarlas por usted. Recuerde que:

- Una **CARTA PODER SOBRE EL CUIDADO DE LA SALUD** le permite nombrar a un agente para que tome decisiones por usted. Su agente puede tomar la mayoría de las decisiones médicas - no solamente aquellas relacionadas al tratamiento para mantener la vida - cuando usted no puede hablar por sí mismo. Usted también le puede permitir a su agente que tome decisiones antes, si lo desea.

- **USTED PUEDE CREAR UNAS INSTRUCCIONES INDIVIDUALES PARA EL CUIDADO DE LA SALUD** escribiendo sus deseos sobre el cuidado de la salud o hablando con su doctor y pidiéndole que los anote en su expediente médico. Si usted sabe cuándo quisiera recibir ciertas clases de tratamiento y cuándo no, el proporcionar **instrucciones** es una buena manera de aclarar sus deseos a su doctor y a cualquier otra persona que pudiera estar involucrada en las decisiones sobre el tratamiento a nombre suyo.

- **ESTAS DOS CLASES DE DIRECTIVAS ANTICIPADAS PARA EL CUIDADO DE LA SALUD** se pueden usar juntas o por separado.

Para poner en práctica la Ley Pública 101-508, el Consorcio de California para la Autodeterminación de Pacientes preparó este folleto en 1991; el folleto fue revisado en el año 2000 por el Departamento de Servicios de Salud de California en consulta con miembros del Consorcio y otras partes interesadas para reflejar cambios en la ley estatal.

¿CÓMO PUEDO OBTENER MÁS INFORMACIÓN SOBRE LA PREPARACIÓN DE UNA DIRECTIVA ANTICIPADA?

Pídale a su doctor, enfermera, trabajador social, o proveedor del cuidado de la salud que le obtenga más información. Un abogado puede escribirle una directiva anticipada, o usted puede completar una llenando un formulario ya preparado para eso.

STATE OF CALIFORNIA



HEALTH AND HUMAN SERVICES AGENCY

DEPARTMENT OF SOCIAL SERVICES

PUB 325 (SP) (12/16)



© 2001 State of California

Su derecho a tomar decisiones sobre el tratamiento médico



Este folleto explica su derecho a tomar decisiones sobre el cuidado de la salud y cómo usted puede hacer planes ahora para su cuidado médico si en el futuro no puede hablar por sí mismo.

Una ley federal requiere que le demos esta información. Esperamos que esta información le ayude a tener más control sobre su tratamiento médico.





¿QUIÉN DECIDE SOBRE MI TRATAMIENTO MÉDICO?

Sus doctores le darán información y le aconsejarán sobre el tratamiento médico. Usted tiene derecho a hacer una selección. Puede decir "Sí" a los tratamientos que quiere. Puede decir "No" a cualquier tratamiento que no quiere – aun cuando el tratamiento pudiera mantenerlo vivo por más tiempo.

¿CÓMO PUEDO SABER QUÉ ES LO QUE QUIERO?

Su doctor tiene que informarle acerca de su condición médica y de cómo pueden ayudarle los diferentes tratamientos y alternativas para controlar el dolor. Muchos de los tratamientos tienen "efectos secundarios". Su doctor tiene que darle información sobre los problemas que el tratamiento médico le pudiera causar.

Muchas veces más de una clase de tratamiento le podría ayudar - y la gente tiene diferentes ideas sobre cuál tratamiento es mejor. Su doctor le puede decir cuáles tratamientos están disponibles para usted, pero él no puede escoger por usted. Usted es el que tiene que escoger y esto depende de lo que usted considera importante para usted.

¿ME PUEDEN AYUDAR OTRAS PERSONAS A DECIDIR?

Sí. Los pacientes frecuentemente acuden a sus parientes y amigos íntimos para que le ayuden a tomar decisiones médicas. Estas personas le pueden ayudar a considerar las opciones que tiene. Usted puede pedirles a los doctores y enfermeras que hablen con los parientes y amigos de usted. Ellos les podrán hacer preguntas a los doctores y enfermeras por parte de usted.

¿PUEDO ESCOGER A UN PARIENTE O AMIGO PARA QUE TOMÉ DECISIONES SOBRE EL CUIDADO DE LA SALUD POR MÍ?

Sí. Usted puede decirle a su doctor que quiere que otra persona tome decisiones sobre el cuidado de la salud por usted. Pídale al doctor que en su expediente médico anote a esa persona como el sustituto de usted para propósitos del cuidado de la salud. Su sustituto tendrá control sobre las decisiones médicas aplicables a usted solamente durante el tratamiento para la enfermedad o lesión que

tenga actualmente, o en caso de que usted esté en un centro médico, dicho control seguirá hasta que salga de ese establecimiento.

¿QUÉ PASA SI ME PONGO TAN ENFERMO QUE NO PUEDO TOMAR MIS PROPIAS DECISIONES SOBRE EL CUIDADO DE LA SALUD?

Si usted no ha nombrado a un sustituto, su doctor le pedirá al pariente o amigo más cercano a usted, que esté disponible, que ayude a decidir lo que es mejor para usted. Esto funciona en la mayoría de los casos. Sin embargo, a veces no todos están de acuerdo sobre lo que se debe hacer. Por eso es de gran ayuda si usted puede decir de antemano lo que quiere que suceda si no puede hablar por sí mismo.

¿TENGO QUE ESPERAR HASTA QUE ME ENFERME PARA EXPRESAR MIS DESEOS SOBRE EL CUIDADO DE LA SALUD?

No. De hecho, es mejor hacer su selección antes de que se ponga muy enfermo o tenga que ir al hospital, centro de cuidado médico continuo, u otro centro para el cuidado de la salud. Usted puede usar un documento para indicar *quién* es la persona que usted quiere que hable por usted y *qué* clase de tratamientos quiere usted (**Directiva Anticipada para el Cuidado de la Salud**). Este documento se llama "anticipado" porque usted lo prepara antes de que sea necesario tomar decisiones sobre el cuidado de la salud. Se llama "directiva" porque indica quién hablará a nombre de usted y lo que se debe hacer.

En California, la parte de una directiva anticipada que usted puede usar para nombrar a un agente para que tome decisiones sobre el cuidado de la salud se llama **carta poder sobre el cuidado de la salud**. La parte donde usted puede expresar lo que quiere que se haga se llama **instrucciones individuales para el cuidado de la salud**.

¿QUIÉN PUEDE PREPARAR UNA DIRECTIVA ANTICIPADA?

Usted puede prepararla si tiene 18 años de edad o más y tiene la capacidad de tomar sus propias decisiones médicas. No necesita un abogado.

¿A QUIÉN PUEDO NOMBRAR COMO MI AGENTE?
Usted puede escoger a un pariente adulto o a cualquier otra persona en quien confíe para que hable por usted cuando se tengan que tomar decisiones médicas.

¿CUÁNDO EMPIEZA MI AGENTE A TOMAR LAS DECISIONES MÉDICAS?

Generalmente, un agente del cuidado de la salud tomará decisiones solamente después de que usted pierda su habilidad para tomarlas usted mismo. Sin embargo, si lo desea, usted puede declarar en la **carta poder sobre el cuidado de la salud** que quiere que el agente empiece a tomar las decisiones inmediatamente.

¿CÓMO SABE MI AGENTE LO QUE YO QUISIERA?

Después de que usted escoja a su agente, hable con esa persona sobre lo que usted quiere. A veces es difícil tomar decisiones sobre el tratamiento, y es verdaderamente de gran ayuda si su agente sabe lo que usted quiere. También puede escribir sus deseos en su directiva anticipada.



¿QUÉ PASA SI NO QUIERO NOMBRAR A UN AGENTE?

Usted puede escribir sus deseos en su directiva anticipada aun sin nombrar a un agente. Puede decir que quiere que su vida sea prolongada lo más que se pueda. O puede decir que no quiere tratamiento para prolongar su vida. Además, puede expresar sus deseos sobre el uso de tratamientos para aliviar el dolor o el uso de cualquier otra clase de tratamiento médico.

Aun si usted no ha completado por escrito sus **instrucciones individuales para el cuidado de la salud**, puede hablar sobre sus deseos con su doctor, y puede pedirle que los anote en el expediente médico de usted. O puede hablar sobre ellos con los miembros de su familia o con sus amigos. Sin embargo, probablemente sea más fácil cumplir con sus deseos si usted mismo los anota.

¿QUÉ PASA SI CAMBIO DE OPINIÓN?

Usted puede cambiar o cancelar su directiva anticipada en cualquier momento, siempre y cuando tenga la capacidad de comunicar sus deseos. Para nombrar a otra persona que usted quiera que tomen las decisiones sobre

Instrucción anticipada de atención de salud de California

California Advance Health Care Directive

Este formulario le permite indicar cómo desea ser atendido si usted no puede hablar por sí mismo.

This form lets you have a say about how you want to be cared for if you cannot speak for yourself.

Este formulario consta de 3 partes: This form has 3 parts:

Parte 1 Escoger una persona decisora, página 3

Part 1: Choose a medical decision maker, page 3

Una persona decisora es una persona que puede tomar decisiones médicas por usted si usted no puede tomarlas por sí mismo.

A medical decision maker is a person who can make health care decisions for you if you are not able to make them yourself.

Esta persona será su representante. This person will be your advocate.

También se les llama un agente de salud, un representante, o un sustituto.

They are also called a health care agent, proxy, or surrogate.



Parte 2 Tomar sus propias decisiones de atención de salud, página 7

Part 2: Make your own health care choices, page 7

Este formulario le permite escoger el tipo de atención de salud que desea. De esta manera, las personas encargadas de su cuidado no tendrán que adivinar lo que desea si no puede decirlo por usted mismo.

This form lets you choose the kind of health care you want. This way, those who care for you will not have to guess what you want if you are not able to tell them yourself.

Parte 3 Firmar el formulario, página 13

Part 3: Sign the form, page 13

El formulario se debe firmar antes de que se pueda usar.

The form must be signed before it can be used.



Usted puede llenar la Parte 1, la Parte 2, o ambas. You can fill out Part 1, Part 2, or both.

Llene solamente las partes que desee. Siempre firme el formulario en la Parte 3.

Fill out only the parts you want. Always sign the form in Part 3.

Es necesario que 2 testigos firmen en la página 14, o que un notario firme en la página 15. 2 witnesses need to sign on page 14, or a notary on page 15.

Su Nombre Your Name



www.prepareforyourcare.org

Este es un formulario legal que le permite ser partícipe en su atención médica.

This is a legal form that lets you have a voice in your health care.

Le permitirá a su familia, amigos y proveedores médicos saber cómo desea ser atendido si usted no puede hablar por sí mismo.

It will let your family, friends, and medical providers know how you want to be cared for if you cannot speak for yourself.

¿Qué debo hacer con este formulario? What should I do with this form?

- Por favor, comparta este formulario con sus familiares, amigos y proveedores médicos.
Please share this form with your family, friends, and medical providers.
- Por favor, asegurese de que existan copias de este formulario en su expediente médico en todos los lugares donde recibe atención médica.
Please make sure copies of this form are placed in your medical record at all the places you get care.

¿Qué sucede si tengo preguntas sobre el formulario? What if I have questions about the form?

- Está bien omitir cualquier parte de este formulario si tiene preguntas o no desea responder. It is OK to skip any part of this form if you have questions or do not want to answer.
- Pídale a sus médicos, enfermeras, trabajadores sociales, familiares o amigos que respondan sus preguntas. Ask your doctors, nurses, social workers, family, or friends to help.
- También los abogados pueden ayudar. Este formulario no da consejos legales.
Lawyers can help too. This form does not give legal advice.

¿Qué sucede si tengo decisiones de atención de salud que no aparecen en este formulario?

What if I want to make health care choices that are not on this form?

- En la página 12, puede anotar cualquier otra cosa que sea importante para usted. On page 12, you can write down anything else that is important to you.



¿Cuándo debiera de llenar este formulario de nuevo? When should I fill out this form again?

- Si cambia de opinión sobre sus opciones de atención médica
If you change your mind about your health care choices
- Si tiene cambios en su salud If your health changes
- Si cambia de opinión sobre su persona decisora If your medical decision maker changes

Si su cónyuge es su persona decisora, y se divorcian, esa persona ya no será su persona decisora. If your spouse is your decision maker, and you divorce, that person will no longer be your decision maker.

Entregue el nuevo formulario a su persona decisora y proveedores médicos.

Give the new form to your medical decision maker and medical providers.

Destruya los formularios anteriores. Destroy old forms.

Comparta este formulario y sus deseos médicos con sus familiares, amigos y proveedores médicos. Share this form and your choices with your family, friends, and medical providers.

Parte 1

Escoger su persona decisora

Part 1: Choose your medical decision maker

Su persona decisora puede tomar decisiones médicas por usted si usted no puede tomarlas por sí mismo.

Your medical decision maker can make health care decisions for you if you are not able to make them yourself.

Una buena persona decisora es un familiar o amigo que:

A good medical decision maker is a family member or friend who:

- tiene 18 años de edad o más is 18 years of age or older
- puede hablar con usted sobre sus deseos can talk to you about your wishes
- puede estar con usted cuando usted lo necesite can be there for you when you need them
- es de confianza para seguir sus deseos y hacer lo que es mejor para usted you trust to follow your wishes and do what is best for you
- es de confianza para tener conocimiento sobre su información médica you trust to know your medical information
- no tiene miedo de hacerles preguntas a los doctores y expresar los deseos de usted is not afraid to ask doctors questions and speak up about your wishes



Legalmente, su persona decisora **no puede** ser su médico o alguien que trabaje en su hospital o clínica, a menos que sea un familiar. Legally, your decision maker cannot be your doctor or someone who works at your hospital or clinic, unless they are a family member.

¿Qué sucede si no elijo una persona decisora? What will happen if I do not choose a medical decision maker?

Si usted no es capaz de tomar sus propias decisiones, los médicos le pedirán a sus familiares y amigos o a un juez que tomen decisiones por usted. Es posible que esta persona no sepa sobre sus deseos médicos. If you are not able to make your own decisions, your doctors will turn to family and friends or a judge to make decisions for you. This person may not know what you want.

Si usted no es capaz, su persona decisora podrá elegir lo siguiente por usted:

If you are not able, your medical decision maker can choose these things for you:

- médicos, enfermeras, trabajadores sociales, cuidadores doctors, nurses, social workers, caregivers
- hospitales, clínicas, o casa de reposo hospitals, clinics, nursing homes
- medicamentos, exámenes, o tratamientos medications, tests, or treatments
- quien puede ver su expediente médico who can look at your medical information
- lo que sucederá con su cuerpo y órganos después de su muerte what happens to your body and organs after you die



Decisiones adicionales que su persona decisora podrá tomar:

Here are more decisions your medical decision maker can make:

Iniciar o suspender tratamientos de soporte vital, tales como:

Start or stop life support or medical treatments, such as:



- **RCP o reanimación cardiopulmonar** CPR or cardiopulmonary resuscitation
 cardio = corazón • pulmonar = pulmones • reanimación = intento de resucitación cardio = heart • pulmonary = lungs • resuscitation = try to bring back

Estos tratamientos pueden implicar: This may involve:

- presionar con fuerza el pecho para intentar mantener la circulación de la sangre pressing hard on your chest to try to keep your blood pumping
- descargas eléctricas para intentar que el corazón vuelva a palpar electrical shocks to try to jump start your heart
- medicamentos a través de las venas medicines in your veins

- **Respirador artificial** Breathing machine or ventilator

El respirador bombea aire a los pulmones e intenta respirar por usted. Usted no puede hablar cuando se encuentra conectado al respirador.

The machine pumps air into your lungs and tries to breathe for you. You are not able to talk when you are on the machine.

- **Diálisis** Dialysis

Una máquina que intenta limpiar la sangre si los riñones dejan de funcionar.

A machine that tries to clean your blood if your kidneys stop working.

- **Sonda de alimentación** Feeding Tube

Un tubo que se usa para intentar alimentarle si no puede beber o comer. Este tubo se inserta por su nariz hacia su garganta y estómago.

También se puede colocar mediante una cirugía directamente al estómago.

A tube used to try to feed you if you cannot swallow. The tube can be placed through your nose down into your throat and stomach. It can also be placed by surgery into your stomach.

- **Transfusión intravenosa de sangre y agua** Blood and water transfusions (IV)

Poner sangre y agua dentro su cuerpo.

To put blood and water into your body.

- **Cirugía** Surgery

- **Medicamentos** Medicines



Decisiones sobre el final de la vida que su persona decisora puede tomar:

End of life decisions your medical decision maker can make:

- llamar a un guía espiritual call in a religious or spiritual leader
- decidir si muere en su casa o en el hospital decide if you die at home or in the hospital
- decidir acerca de una autopsia y donación de órganos decide about autopsy or organ donation
- decidir si será sepultado o cremado decide about burial or cremation

Al firmar este formulario, usted le da permiso a su persona decisora a:

By signing this form, you allow your medical decision maker to:

- aceptar, rechazar o retirar cualquier soporte vital o tratamiento médico si usted no puede hablar por sí mismo
• decidir qué le sucede a su cuerpo después de morir, como planes de su funeral o donación de sus órganos

Si hay decisiones que no desea que se hagan, escríbalas aquí:

If there are decisions you do not want them to make, write them here:

Blank lines for writing decisions you do not want to be made.

¿Cuándo puede mi persona decisora tomar decisiones por mí?

When can my medical decision maker make decisions for me?

- SOLAMENTE cuando no pueda tomar mis propias decisiones
AHORA MISMO, después de haber firmado este formulario



Si quiere, puede escribir por qué se siente de esta manera. If you want, you can write why you feel this way.

Blank lines for writing why you feel this way.

Escriba el nombre de su persona decisora. Write the name of your medical decision maker.

#1: Deseo que esta persona tome mis decisiones médicas en caso que yo no pueda tomarlas por mi cuenta: #1: I want this person to make my medical decisions if I am not able to make my own:

Form fields for #1: first name, last name, phone #1, phone #2, relationship, address, city, state, zip code.

#2: Si la primera persona no puede hacerlo, deseo que esta otra persona tome por mí las decisiones relacionadas con mi atención médica:

#2: If the first person cannot do it, then I want this person to make my medical decisions:

Form fields for #2: first name, last name, phone #1, phone #2, relationship, address, city, state, zip code.

¿Por qué eligió a su persona decisora? Why did you choose your medical decision maker?

Si quiere, puede escribir por qué eligió su persona decisora #1 y #2.

If you want, you can write why you chose your #1 and #2 decision makers.

Escriba el nombre de cualquier persona que NO quiere que ayude a tomar decisiones médicas por usted. Write down anyone you would NOT want to help make medical decisions for you.

¿Qué tan estrictamente quiere que su persona decisora siga sus deseos si usted no es capaz de hablar por sí mismo? How strictly do you want your medical decision maker to follow your wishes if you are not able to speak for yourself?

La flexibilidad le da a la persona decisora la libertad de trabajar con sus doctores y cambiar las decisiones médicas que usted tomó antes, si los doctores piensan que hay una mejor opción en el momento. Flexibility allows your decision maker to change your prior decisions if doctors think something else is better for you at that time.

Las decisiones previas pueden ser los deseos que usted escribió o discutió con su persona decisora. Puede escribir sus deseos en la Parte 2 del formulario. Prior decisions may be wishes you wrote down or talked about with your medical decision maker. You can write your wishes in Part 2 of the form.

Marque una opción con la cual esté más de acuerdo. Check the one choice you most agree with.

- Flexibilidad Total:** Está bien que mi persona decisora cambie cualquiera de mis decisiones médicas si los doctores piensan que es lo mejor para mí en ese momento. Total Flexibility: It is OK for my decision maker to change any of my medical decisions if my doctors think it is best for me at that time.
- Flexibilidad Limitada:** Está bien que mi persona decisora cambie algunas de mis decisiones médicas si los doctores piensan que es lo mejor. Pero, algunos de mis deseos jamás quiero que se cambien. Estos son: Some Flexibility: It is OK for my decision maker to change some of my decisions if the doctors think it is best. But, these wishes I NEVER want changed:

- Ninguna Flexibilidad:** Quiero que mi persona decisora siga mis deseos médicos exactos en todo momento. NO ESTÁ BIEN cambiar mis decisiones aunque los doctores lo recomienden. No Flexibility: I want my decision maker to follow my medical wishes exactly. It is NOT OK to change my decisions, even if the doctors recommend it.

Si quiere, puede escribir por qué se siente de esta manera. If you want, you can write why you feel this way.

Para tomar sus propias decisiones de atención de salud, vaya a la Parte 2 en la página 7. Si ha terminado, debe firmar este formulario en la página 13. Por favor comparta sus deseos con sus familiares, amigos y proveedores médicos.

To make your own health care choices, go to Part 2 on page 7. If you are done, you must sign this form on page 13. Please share your wishes with your family, friends, and medical providers.

Parte 2

Tomar sus propias decisiones de atención de salud

Sólo llene las preguntas que quiera.

Make your own health care choices
Fill out only the questions you want.

¿Cómo prefiere tomar decisiones médicas? How do you prefer to make medical decisions?

Algunas personas prefieren tomar sus propias decisiones médicas. Algunas personas prefieren las opiniones de otros (familiares, amigos y proveedores médicos) antes de tomar una decisión. Y, algunas personas prefieren que otras personas tomen decisiones por ellos.

Some people prefer to make their own medical decisions. Some people prefer input from others (family, friends, and medical providers) before they make a decision. And, some people prefer other people make decisions for them.

Tome nota: Los proveedores médicos no pueden tomar decisiones por usted. Ellos solo pueden dar información para ayudar en la toma de decisiones. Please note: Medical providers cannot make decisions for you. They can only give information to help with decision making.

¿Cómo prefiere tomar decisiones médicas? How do you prefer to make medical decisions?

- Prefiero tomar decisiones médicas sin las opiniones de otras personas. I prefer to make medical decisions on my own without input from others.
- Prefiero tomar decisiones médicas solo después de recibir las opiniones de otras personas. I prefer to make medical decisions only after input from others.
- Prefiero que otras personas tomen decisiones médicas por mí. I prefer to have other people make medical decisions for me.

Si quiere, puede escribir por qué se siente de esta manera, y quién desea que dé sus opiniones. If you want, you can write why you feel this way, and who you want input from.

¿Qué es lo que más importa en la vida? La calidad de vida es diferente para cada persona. What matters most in life? Quality of life differs for each person.

¿Qué es lo más importante en su vida? What is most important in your life?

Escoja todas las que quiera
Check as many as you want.

- Su familia o amigos Your family or friends _____
- Sus mascotas Your pets _____
- Pasatiempos, como la jardinería, caminatas, y cocinar Hobbies, such as gardening, hiking, and cooking
Sus pasatiempos Your hobbies _____
- Trabajo o trabajar como voluntario. Working or volunteering _____
- Cuidarse a sí mismo y ser independiente Caring for yourself and being independent
- No ser una carga para su familia Not being a burden on your family
- Religión y espiritualidad: Su religión Religion or spirituality: Your religion _____
- Alguna otra cosa Something else _____

¿Qué trae felicidad a su vida? ¿Qué es lo que más espera que ocurra en su vida?

What brings your life joy? What are you most looking forward to in life?

¿Qué es lo que más importa para su cuidado médico? Esto es diferente para cada persona. What matters most for your medical care? This differs for each person.

Para algunas personas, lo más importante es mantenerse con vida el mayor tiempo posible incluso si: For some people, the main goal is to be kept alive as long as possible even if:

- Tienen que estar conectados a máquinas y están sufriendo They have to be kept alive on machines and are suffering
- Están demasiado enfermos para hablar con sus familiares y amistades They are too sick to talk to their family and friends

Para otras personas, lo más importante es enfocarse en su calidad de vida y comodidad.

For other people, the main goal is to focus on quality of the life and being comfortable.

- Estas personas prefieren una muerte natural, y no ser conectadas a máquinas para seguir con vida These people would prefer a natural death, and not be kept alive on machines

Otras personas están en un punto intermedio. **¿Qué es importante para usted?**

Other people are somewhere in between. What is important to you?

Sus objetivos pueden cambiar entre hoy con su salud actual, y al final de la vida.

Your goals may differ today in your current health than at the end of life.

HOY, EN SU ESTADO ACTUAL DE SALUD TODAY, IN YOUR CURRENT HEALTH

Marque una opción sobre la balanza para mostrar como se siente hoy en su estado actual de salud. Check one choice along this line to show how you feel today, in your current health.



Si quiere, puede escribir por qué se siente de esta manera. If you want, you can write why you feel this way.

AL FINAL DE LA VIDA AT THE END OF LIFE

Marque una opción sobre la balanza para mostrar como se sentiría si estuviera tan enfermo que pudiera morir pronto. Check one choice along this line to show how you would feel if you were so sick that you may die soon.



Si quiere, puede escribir por qué se siente de esta manera. If you want, you can write why you feel this way.

La calidad de vida es diferente para cada persona al final de la vida.

¿Qué sería lo más importante para usted?

Quality of life differs for each person at the end of life. What would be most important to you?

AL FINAL DE LA VIDA AT THE END OF LIFE

Algunas personas están dispuestas a pasar por mucho para tener la oportunidad de vivir más tiempo. Some people are willing to live through a lot for a chance of living longer.

Otras personas ya saben que ciertas cosas afectarían negativamente su calidad de vida. Other people know that certain things would be very hard on their quality of life.

- Estas cosas pudieran hacerles preferir enfocarse en su comodidad en lugar de intentar vivir el mayor tiempo posible. Those things may make them want to focus on comfort rather than trying to live as long as possible.

Al final de la vida, ¿cuáles de las siguientes cosas afectarían negativamente su calidad de vida?

Escoja todas las que quiera. At the end of life, which of these things would be very hard on your quality of life? Check as many as you want.

- No poder despertar nunca de un coma ni poder hablar con familiares y amigos
Being in a coma and not able to wake up or talk to my family and friends
- No poder vivir sin estar conectado a máquinas Not being able to live without being hooked up to machines
- No poder pensar por mí mismo, como en caso de demencia severa Not being able to think for myself, such as severe dementia
- No poder alimentarme, bañarme, o cuidarme a mí mismo Not being able to feed, bathe, or take care of myself
- No poder vivir por mi cuenta, como vivir en una casa de reposo Not being able to live on my own, such as in a nursing home
- Tener dolor o malestar constante y severo Having constant, severe pain or discomfort
- Alguna otra cosa _____
Something else
- O, estoy dispuesto a enfrentar todas estas cosas para tener la oportunidad de vivir más tiempo.** OR, I am willing to live through all of these things for a chance of living longer.

Si quiere, puede escribir por qué se siente de esta manera. If you want, you can write why you feel this way.

¿Qué experiencias ha tenido con enfermedades serias o con alguien cercano a usted que estaba muy enfermo o muriendo? What experiences have you had with serious illness or with someone close to you who was very sick or dying?

- Si quiere, puede escribir qué salió bien o qué no salió bien, y por qué.
If you want, you can write down what went well or did not go well, and why.

Si estuviera muriendo, ¿en donde quisiera estar? If you were dying, where would you want to be?

- en casa at home
- en el hospital in the hospital
- cualquiera de las dos opciones either
- No estoy seguro I am not sure

¿Qué otra cosa sería importante, como comida, música, mascotas, o gente que quisiera a su alrededor? What else would be important, such as food, music, pets, or people you want around you?

¿Cómo equilibra su calidad de vida y su atención médica?

A veces las enfermedades y los tratamientos que son utilizados para ayudar a las personas a vivir más tiempo pueden causar dolor, efectos secundarios e incapacidad para cuidarse a sí mismo. How do you balance quality of life with medical care? Sometimes illness and the treatments used to try to help people live longer can cause pain, side effects, and the inability to care for yourself.

Por favor, lea esta página completamente antes de tomar sus decisiones.

Please read this whole page before making a choice.

AL FINAL DE LA VIDA algunas personas están dispuestas a pasar por mucho para tener la oportunidad de vivir más tiempo. Otras personas ya saben que ciertas cosas afectarían negativamente su calidad de vida. AT THE END OF LIFE, some people are willing to live through a lot for a chance of living longer. Other people know that certain things would be very hard on their quality of life.

Los tratamientos de soporte vital pueden ser RCP, respirador artificial, sondas de alimentación, diálisis o transfusiones de sangre.

Life support treatment can be CPR, a breathing machine, feeding tubes, dialysis, or transfusions.



Marque una opción con la cual esté más de acuerdo.

Check the one choice you most agree with.

Si estuviera tan enfermo que pudiera morir pronto, ¿cuál sería su preferencia?

If you were so sick that you may die soon, what would you prefer?

- Deseo que se intenten todos los tratamientos de soporte vital** que mis médicos crean que pueden ayudar. **Quiero permanecer en tratamientos de soporte vital**, incluso si hay pocas esperanzas de mejorarme o vivir una vida que valoro. Try all life support treatments that my doctors think might help. I want to stay on life support treatments even if there is little hope of getting better or living a life I value.
- Deseo probar tratamientos de soporte vital** que mis médicos crean que pueden ayudar. Pero, **NO DESEO permanecer en tratamientos de soporte vital** si los tratamientos no funcionan y hay pocas esperanzas de mejorarme o vivir una vida que valoro. Do a trial of life support treatments that my doctors think might help. But, I DO NOT want to stay on life support treatments if the treatments do not work and there is little hope of getting better or living a life I value.
- No deseo tratamientos de soporte vital**, y quisiera enfocarme en sentirme cómodo. Prefiero tener **una muerte natural**. I do not want life support treatments, and I want to focus on being comfortable. I prefer to have a natural death.

¿Qué más debieran saber sus proveedores médicos y su persona decisora acerca de su decisión? O, ¿por qué eligió esta opción? What else should your medical providers and decision maker know about this choice? Or, why did you choose this option?

Se le puede preguntar a su persona decisora sobre la donación de sus órganos y autopsia después de morir. Por favor, infórmenos acerca de sus deseos.

Your decision maker may be asked about organ donation and autopsy after you die. Please tell us your wishes.

DONACIÓN DE ORGANOS ORGAN DONATION

Algunas personas deciden donar sus órganos o partes del cuerpo a otras personas. ¿Cuál sería su preferencia? Some people decide to donate their organs or body parts. What do you prefer?

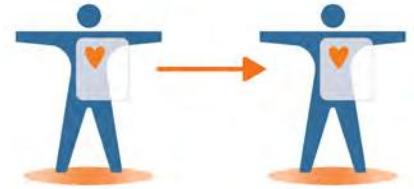
Deseo donar mis órganos o partes del cuerpo. I want to donate my organs or body parts.

¿Qué órgano o parte del cuerpo desea donar? Which organ or body part do you want to donate?

Cualquier órgano o parte del cuerpo Any organ or body part

Sólo Only _____

No deseo donar mis órganos o partes del cuerpo. I do not want to donate my organs or body parts.



¿Qué más debieran saber sus proveedores médicos y su persona decisora sobre la donación de sus órganos o partes del cuerpo?

What else should your medical providers and medical decision maker know about donating your organs or body parts?

AUTOPSIA AUTOPSY

Se puede realizar una autopsia después de la muerte para saber por qué murió una persona. Se realiza mediante una cirugía. Puede tomar algunos días.

An autopsy can be done after death to find out why someone died. It is done by surgery. It can take a few days.

Deseo una autopsia. I want an autopsy.

No deseo una autopsia. I do not want an autopsy.

Deseo una autopsia **sólo** si existe alguna duda sobre mi muerte. I only want an autopsy if there are questions about my death.



DESEOS FÚNEBRES O DE SEPULTURA FUNERAL OR BURIAL WISHES

¿Qué debieran saber sus proveedores médicos y su persona decisora sobre la forma en que desea que se trate su cuerpo después de morir, y sus deseos fúnebres o de sepultura?

What should your medical providers and decision maker know about how you want your body to be treated after you die, and your funeral or burial wishes?

- ¿Tiene usted deseos religiosos o espirituales? Do you have religious or spiritual wishes?
- ¿Tiene usted deseos fúnebres o de sepultura? Do you have funeral or burial wishes?

Parte 3

Firmar el formulario Part 3: Sign the form



Antes de que se pueda usar este formulario, usted debe: Before this form can be used, you must:

- firmar este formulario si tiene 18 años de edad o más sign this form if you are 18 years of age or older
- pedirle a dos testigos o a un notario que lo firmen have two witnesses or a notary sign the form

Firme su nombre y escriba la fecha. Sign your name and write the date.

firma <small>signature</small>	fecha de hoy <small>today's date</small>		
primer nombre en letra de molde <small>first name</small>	apellido en letra de molde <small>last name</small>	fecha de nacimiento <small>DOB</small>	
dirección <small>address</small>	ciudad <small>city</small>	estado <small>state</small>	código postal <small>zip code</small>

Testigos o un Notario Witnesses or Notary

Antes de que se pueda usar este formulario, usted debe pedirle a 2 testigos o a un notario que lo firmen. El trabajo de un notario es verificar que usted es quien está firmando el formulario. Before this form can be used, you must have 2 witnesses or a notary sign the form. The job of a notary is to make sure it is you signing the form.

Sus testigos deben: Your witnesses must:

- tener 18 años de edad o más be 18 years of age or older
- conocerle a usted know you
- confirmar que fue usted quien firmó este formulario agree that it was you that signed this form



Sus testigos no pueden: Your witnesses cannot:

- ser su persona decisoras be your medical decision maker
- ser su proveedor de atención de salud be your health care provider
- trabajar para su proveedor de atención de salud work for your health care provider
- trabajar en el lugar donde usted vive (si usted vive en una casa de reposo, vaya a la página 15) work at the place that you live (if you live in a nursing home go to page 15)

Además, uno de los testigos no puede: Also, one witness cannot:

- tener parentesco con usted be related to you in any way
- beneficiarse financieramente (recibir dinero o propiedades) después de su muerte benefit financially (get any money or property) after you die

Los testigos deben de firmar la página 14. Si no tiene testigos, un notario tiene que firmar la página 15.

Witnesses need to sign their names on page 14. If you do not have witnesses, a notary must sign on page 15.

Pídale a sus testigos que firmen con sus nombres y anoten la fecha.

Have your witnesses sign their names and write the date.

Por medio de mi firma, doy fe que _____ firmó este formulario. (la persona nombrada en la página 13)

By signing, I promise that (the person named on page 13) signed this form.



Esta persona tenía pleno uso de sus capacidades mentales y no fue forzada a firmar. They were thinking clearly and were not forced to sign it.

También doy fe de que: I also promise that:

- Conozco a esta persona o la persona puede demostrar quién es I know this person or they can prove who they are
• Tengo 18 años de edad o más I am 18 years of age or older
• No soy su persona decisora I am not their medical decision maker
• No soy su proveedor de atención de salud I am not their health care provider
• No trabajo para su proveedor de atención de salud I do not work for their health care provider
• No trabajo en el lugar donde vive esta persona I do not work where they live

Uno de los testigos también debe dar fe de lo siguiente: One witness must also promise that:

- No tengo un parentesco de sangre, por matrimonio ni adopción I am not related to them by blood, marriage, or adoption
• No voy a beneficiarme financieramente (obtener dinero o propiedad) después de que la persona muera I will not benefit financially (get any money or property) after they die

Testigo 1 Witness #1

Form fields for Witness 1: firma signature, fecha date, primer nombre en letra de molde print first name, apellido en letra de molde print last name, dirección address, ciudad city, estado state, código postal zip code

Testigo 2 Witness #2

Form fields for Witness 2: firma signature, fecha date, primer nombre en letra de molde print first name, apellido en letra de molde print last name, dirección address, ciudad city, estado state, código postal zip code

Ha terminado de llenar este formulario. You are now done with this form.

Comparta este formulario con sus familiares, amigos y proveedores médicos. Hable con ellos sobre sus deseos médicos. Para obtener más información, vaya a www.prepareforyourcare.org



Notario Público: Lleve este formulario a un notario público SOLAMENTE si no lo han firmado dos testigos. Lleve una identificación con fotografía (licencia de conducir, pasaporte, etc.).

Notary Public: Take this form to a notary public ONLY if two witnesses have not signed this form. Bring photo I.D. (driver's license, passport, etc.).

CERTIFICATE OF ACKNOWLEDGEMENT OF NOTARY PUBLIC

A Notary Public or other officer completing this certificate verifies only the identity of the individual who signed the document to which this certificate is attached, and not the truthfulness, accuracy, or validity of that document.

State of California County of _____

On _____ before me, _____, personally appeared _____

Date

Here insert name and title of the officer

Names(s) of Signer(s)

who proved to me the basis of satisfactory evidence to be the person(s) whose name(s) is/are subscribed to the within instrument and acknowledged to me that he/she/they executed the same in his/her/their authorized capacity(ies), and that by his/her/their signature(s) on the instrument the person(s), or the entity upon behalf of which the person(s) acted, executed the instrument.

I certify under PENALTY OF PERJURY under the laws of the State of California that the foregoing paragraph is true and correct. WITNESS my hand and official seal.

Signature _____ Signature of Notary Public

Description of Attached Document

Title or type of document: _____

Date: _____ Number of pages: _____

Capacity(ies) Claimed by Signer(s)

Signer's Name: _____

- Individual
Guardian or conservator
Other

(Notary Seal)

SÓLO para residentes de casas de reposo en el estado de California

For California Nursing Home Residents ONLY

Entréguele este formulario al director de su casa de reposo, SÓLO si vive en una. La ley de California exige que los residentes de las casas de reposo tengan al mediador público (ombudsman) como testigo de las instrucciones anticipadas.

Declaración del defensor del paciente o del mediador público

“Declaro bajo pena de perjurio en conformidad con las leyes del estado de California que soy el defensor o mediador público (ombudsman) designado por el Departamento Estatal de la Tercera Edad y que actúo como testigo según lo estipulado en la Sección 4675 del Código de Sucesiones.”

firma signature fecha date

primer nombre en letra de molde print first name apellido en letra de molde print last name

dirección address ciudad city estado state código postal zip code

Derechos de autor © Los Regentes de la Universidad de California, 2016. Todos los derechos reservados. Revisado en 2021. Nadie puede reproducir este formulario por ningún medio con fines comerciales o agregar o modificar este formulario de ninguna manera sin un acuerdo de licencia y permiso por escrito de los Regentes.



Pago por los Servicios — Acuerdo



El presente documento explica la poliza de pago por los servicios de Share Ourselves. Léalo con atención. **Share Ourselves no negará a ningún paciente el acceso a nuestros servicios por no poder pagar.**

Pago por los servicios

Usted debe pagar todas las tarifas de los servicios de Share Ourselves que reciba. Estas tarifas incluyen copagos, deducibles y facturas vencidas. Estas tarifas se pagan al momento del servicio. Al firmar a continuación, acepta que:

- Usted y su proveedor deciden qué servicios de Share Ourselves necesita.
- Usted pagará por los servicios de Share Ourselves que reciba.

Preguntas sobre su cuenta

Si tiene alguna pregunta sobre las facturas, los pagos o cualquier otro problema con su cuenta, comuníquese con la empresa de facturación de Share Ourselves:

- Servicios de facturación de OCHIN: (833) 561-1986

Problemas para pagar los servicios

Si tiene alguna inquietud sobre su capacidad para pagar por los servicios, comuníquese de inmediato con el Departamento de Facturación de Share Ourselves. Share Ourselves ha establecido un programa de tarifas variables para el cual podría calificar.

- Departamento de Facturación de Share Ourselves: (949) 536-3979

Puede recibir una factura de Share Ourselves vía correo electrónico o impresa. La factura listará cualquier servicio de Share Ourselves que usted haya recibido.

Si recibe una factura de Share Ourselves, debe pagarla en un periodo de 30 días. Si no recibimos su pago en un periodo de 30 días, le enviaremos un recordatorio.

Para pagar una factura vencida, llame a:

- Servicios de facturación de OCHIN: (833) 561-1986
- O visite su clínica local de Share Ourselves

Si cuenta con seguro médico

Si cuenta con seguro médico, queremos ayudarle a sacarle el máximo provecho. Para ello, necesitamos su ayuda:

- **Su obligación.** Debe averiguar qué servicios paga su seguro médico. También debe averiguar los requisitos para contar con cobertura. Por ejemplo, es posible que deba obtener

la aprobación de la compañía de seguros con anticipación antes de poder recibir ciertos servicios.

- **Nuestra obligación.** Facturaremos a su compañía de seguros por los servicios que paga. Y le recordaremos a usted cumplir con los requisitos para contar con cobertura. Si su compañía de seguros nos dice que debe una tarifa, Share Ourselves le facturará a usted directamente.

Con gusto hablaremos sobre su tratamiento propuesto y responderemos preguntas sobre su seguro médico. Sin embargo, por ley, su seguro médico es un contrato entre usted y la compañía de seguros. La ley exige que le cobremos las tarifas a usted y le enviemos ciertos datos sobre usted a su compañía de seguros.

Al firmar a continuación, acepta que, a excepción de cualquier contrato que pueda tener con un tercero responsable de los pagos (como una compañía de seguros médicos), usted debe pagar por los servicios que reciba.

Beneficios del seguro médico

Al firmar a continuación, usted acepta que:

- Su compañía de seguros puede pagar a Share Ourselves directamente por los beneficios del seguro y, por la presente, transferir dichos beneficios.
- Se acuerda que el pago a Share Ourselves de conformidad con esta autorización y por parte de una compañía de seguros debería liberar a dicha compañía de seguros de todas y cada una de las obligaciones en virtud de nuestra póliza en la medida de dicho pago.
- Como paciente de Share Ourselves, usted debe pagar por los cargos que no cubra la presente asignación.
- El pago completo se debe realizar al momento del servicio, a menos que la ley disponga o exija lo contrario.

Divulgación de información para obtener el pago

Al firmar a continuación, usted acepta que:

- Share Ourselves puede divulgar toda la información o documentación a todas las partes relacionadas con la obtención de sus beneficios del seguro por los reclamos enviados por Share Ourselves para usted.
- Su firma en el presente documento permite que su proveedor y todas las partes requeridas envíen reclamos para obtener los beneficios por los servicios prestados sin obtener su firma en todos y cada uno de los reclamos. Usted estará sujeto a cada reclamo como si lo hubiera firmado.
- Si desea retirar esta divulgación de información para obtener un pago en el futuro, debe hacerlo por escrito.

Al firmar a continuación, confirmo que he leído, que comprendo por completo y que acepto la información anterior. Share Ourselves ha respondido a todas mis preguntas sobre el contenido de este documento.

Marque con una ✓ para indicar la persona que firma este formulario.:

- Paciente Padre, madre o tutor legal (si el paciente es menor de 18 años) Representante autorizado

Nombre en letra de molde

Firma

Fecha

Únicamente para uso del personal administrativo

Consentimiento informado verbal

Para uso únicamente si el paciente y/o el representante autorizado del paciente necesitan ayuda para leer este formulario.

El contenido de este document fue leído el día _____ al paciente que se menciona previamente (o al representante autorizado del paciente) por:

Nombre en letra de molde

Firma

Fecha

Solicitud de Descuento por Tarifa Variable

Es la póliza de Share Ourselves ofrecer servicios esenciales sin importar la habilidad de pago del paciente. Los descuentos se ofrecen basados en el número de integrantes de la familia y el ingreso anual del hogar, sin importar la cobertura de aseguranza medica. Complete la siguiente información y devuélvala a Share Ourselves para determinar si usted o los miembros de su familia son elegibles para recibir un descuento. El descuento se aplicará a los servicios de necesidad médica recibidos en Share Ourselves, pero no a los servicios ni al equipo que se adquieran fuera del centro de salud o que puedan ser considerados servicios médicos esenciales. **Para seguir recibiendo descuentos, esta solicitud debe completarse anualmente o en caso de que su situación financiera cambie.**

NOMBRE Y APELLIDO		N.º DE SEGURO SOCIAL o DE IDENTIFICACIÓN PERSONAL DEL CONTRIBUYENTE (INDIVIDUAL TAXPAYER IDENTIFICATION NUMBER, ITIN)		
DOMICILIO	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL	TELÉFONO
PERSONA RESPONSABLE (del pago):		ESTADO CIVIL (soltero, casado, pareja doméstica)		

Incluya a su cónyuge o pareja doméstica y a todos los miembros de su familia.
 (Vaya a la página 3 para ver la definición de familia. Adjunte páginas adicionales si es necesario.)

NOMBRE	FECHA DE NACIMIENTO	NOMBRE	FECHA DE NACIMIENTO
Solicitante		Miembro de la familia	
Cónyuge o pareja doméstica		Miembro de la familia	
Miembro de la familia		Miembro de la familia	
Miembro de la familia		Miembro de la familia	

Ingreso anual

(Vaya a la página 3 para ver la definición de ingreso.)

FUENTO	SOLICITANTE	CÓNYUGE O PAREJA DOMÉSTICA	OTROS	TOTAL
Salarios brutos, sueldos, propinas, bonos, etc.				
Ingreso neto proveniente del negocio, empleo por cuenta propia y dependientes.				
Compensación por desempleo, compensación laboral, pagos del Seguro Social, asistencia pública, pagos de veteranos, beneficios para sobrevivientes, pensión o ingreso por jubilación.				
Interés, dividendos, rentas, regalías, ingresos procedentes de bienes raíces, fideicomisos, asistencia educativa, pensión alimenticia, contribuciones de personas que no viven en el hogar y otras fuentes de ingreso.				
INGRESO TOTAL				

NOTA: Puede usar copias de declaraciones de impuestos, recibos de pago u otra información para demostrar sus ingresos, o bien, puede firmar un formulario de declaración personal. La declaración personal está adjunta

Certifico que la información sobre los integrantes de la familia y los ingresos mostrados arriba es verdadera y correcta.

Nombre (Impreso) _____

Firma _____

Fecha _____

Definiciones Importantes

Para fines del Programa de Descuento de Tarifa Variable (Sliding Fee Discount Program, SFDP), la familia se define como: Un grupo de dos o más personas que estén relacionados por nacimiento, matrimonio, unión doméstica, adopción o cuidado de crianza, que han vivido juntos al menos por medio año (o que lo estarían, en caso de no estar encarcelados, en cuidado de crianza, viviendo en un centro de atención a largo plazo, asistiendo a la escuela o en un despliegue militar). **Los individuos que no estén relacionados y ocupen la misma vivienda, como los compañeros de cuarto, no se consideran miembros de la familia**

Para fines del SFDP, el ingreso se define como: El ingreso bruto ajustado con modificaciones calculado con base en los lineamientos de Medi-Cal. Los ingresos contables incluyen el salario o sueldo bruto, propinas, inversiones de capital, pensión alimenticia, beneficios de desempleo, beneficios de compensación laboral, pensiones y ganancias monetarias activas o pasivas. Los beneficios de manutención infantil, Seguridad de Ingreso Suplementario (Supplemental Security Income, SSI) y asistencia social no están incluidos. Los ingresos netos de los negocios y los trabajadores por cuenta propia están incluidos.

Para fines del SFDP, los siguientes ejemplos son pruebas de ingresos aceptables:

- Los dos (2) recibos de pagos más recientes
- Carta del empleador con el membrete de la empresa en la que se indiquen las horas trabajadas por semana y el pago por hora
- Declaración de impuestos del año anterior (incluido el Formulario C, si corresponde)
- Declaraciones del Seguro Social
- Manutención infantil o pensión alimenticia por orden judicial
- Talones de cheques por desempleo
- Estados de cuenta
- Declaración personal de ingresos bajo pena de perjurio

Declaración Personal de Ingresos del Paciente

--

INFORMACIÓN DEL PACIENTE				
NOMBRE			FECHA DE NACIMIENTO	
CALLE	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL	TELÉFONO
Declaración de empleo:				
Yo, _____, declaro que actualmente me encuentro: [] empleado [] desempleado.				
En caso de estar empleado, el nombre de mi empleador es: _____				
Número de teléfono del empleador: _____				
Dirección del empleador: _____				
Declaro que mis ingresos familiares del [] mes o [] año pasado fueron de \$ _____.				
Entiendo que las fuentes de ingreso incluyen, entre otras : empleo por parte de terceros, fondos de retiro, compensación por desempleo, pensión alimenticia, ingreso del seguro social, bienes materiales, compensación laboral, pensiones, subvenciones educativas o de trabajo-estudio, discapacidad, ingreso por trabajo por cuenta propia, beneficios sindicales, ayuda familiar y cualquier otra fuente no mencionada anteriormente.				
Declaración del paciente				
Certifico, bajo pena de perjurio, que la información mencionada anteriormente está completa y es precisa de acuerdo a mi saber y entender leal. Entiendo que firmo esta declaración bajo pena de ser enjuiciado si proporciono información falsa intencionalmente y por ello recibo una ayuda a la que no tengo derecho.				
Firma del paciente: _____ Fecha: _____				
Para menores				
Si la persona que firma es menor de 18 años, debe haber consentimiento por parte del padre o tutor, como se indica a continuación:				
Certifico que soy el padre o tutor de _____, nombrado anteriormente, y por la presente doy mi consentimiento sin reservas a lo anterior, en nombre de esta persona.				
Firma del padre o tutor: _____ Fecha: _____				
Verificación del personal de Share Ourselves:				
Nombre (impreso) del personal de Share Ourselves: _____				
Firma de Share Ourselves: _____ Fecha: _____				

Declaración de Derechos y Obligaciones



¿Qué significa ser una agencia de atención integral a la salud?

Como una agencia de atención integral a la salud, Share Ourselves cree que la mejor manera de cuidar a las personas es brindarles más que solo atención médica. Sabemos que los servicios como el cuidado dental, el cuidado de la salud del comportamiento, y más, son importantes para la salud en general. Nuestro objetivo es brindar muchos de estos servicios importantes de una manera organizada y vinculada.

Tienes derecho a

- Ser tratado con dignidad y respeto.
 - No recibir un trato diferente debido a su sexo, género, identidad de género o expresión de género, orientación sexual, edad, raza, color, religión, identidad étnica o capacidad.
 - Una comunicación abierta y honesta en un idioma que entienda.
 - Una relación solidaria con su proveedor de atención médica que se base en la amabilidad.
- La atención y el bienestar integrales de la persona.
 - Recibir atención para su cuerpo, mente y espíritu.
 - Recibir una atención enfocada en la persona que se ajuste a la misión y los valores de Share Ourselves.
 - Recibir atención médica que se enfoque en la prevención y el bienestar.
 - Involucrar la espiritualidad, la religión o las creencias personales en su cuidado.
- Participar de manera activa en su atención.
 - Desempeñar un papel activo en su atención en la medida en que lo permita la ley. Por ejemplo, tiene derecho a rechazar cualquier prueba, tratamiento o atención que se le ofrezca.
 - Que su familia trabaje de cerca con su equipo de atención médica para garantizar que tenga una atención bien planificada.
 - Cuestionar cualquier elección con la que no esté de acuerdo presentando una queja o apelación.
 - Recibir una segunda opinión si así lo desea.
 - Háganos saber si la información en su historia clínica es incorrecta o está incompleta.
- Recibir información.
 - Recibir información oportuna sobre su salud y su estado de salud para que pueda tomar decisiones informadas sobre su atención. Excepto en casos de emergencia, le hablaremos sobre los procedimientos, los tratamientos y los riesgos médicos que implica. También le diremos quién estará a cargo de un procedimiento o tratamiento.
 - Saber los nombres y puestos de todos los miembros del equipo de Share Ourselves involucrados en su atención.
 - Saber por anticipado cuánto pagará por sus servicios.
 - Recibir una copia de su historia clínica. (Nota: nos llevará tiempo cumplir con su solicitud).
 - Entender cualquier formulario que se le pida que firme.
- Tener privacidad.
 - Que su información sea confidencial. A menos que la ley lo permita, Share Ourselves no puede divulgar su información a menos que usted acceda por escrito.

Usted tiene la obligación de

- Tratar a los miembros del equipo de Share Ourselves con dignidad y respeto.
 - Abstenerse de tratarlos de forma hostil, amenazadora o vulgar.
 - Estar libre de la influencia de cualquier bebida alcohólica o droga ilegal mientras se encuentra en las instalaciones de Share Ourselves
- Participar de manera activa en su atención.
 - Trabajar de cerca con su equipo de atención para planificar la atención que recibirá. Esto incluye establecer metas con las que todos estén de acuerdo.
 - Comprender los consejos que recibe y hacer preguntas cuando sea necesario.
- Proporcionarnos información.
 - Mostrarnos su identificación o tarjeta de seguro en cada consulta. Esto nos ayuda a asegurarnos de que tengamos la histórica clínica correcta.
 - Informarnos sobre cualquier cambio en el historial clínico correcto, número de teléfono, cobertura del seguro o ingresos.
 - Informarnos sobre su historial médico. Esto incluye datos sobre sus hospitalizaciones y cualquier medicamento que tome.
 - Informarnos sobre cualquier problema que causen sus tratamientos.
 - Informar a su equipo de atención cuando necesite resurtir medicamentos.
 - Informarnos cuál atención quiere recibir y cuál no. Podemos darle ejemplos de cómo dar una instrucción anticipada de atención médica, si así lo desea.
 - Hacernos saber si su historia clínica es incorrecta o está incompleta.
 - Llenar los documentos necesarios, como los formularios del seguro.
- Recibir la atención necesaria.
 - Llegar a tiempo a las consultas programadas. Llamarnos si va a llegar tarde o necesita cancelar. Podemos ayudarle a reprogramar su consulta.
 - Seguir el plan de atención que hicieron en conjunto usted y su equipo de atención. Esto incluye tomar sus medicinas según lo indicado.
 - Colaborar para tomar decisiones saludables.
 - Realizarse pruebas (como pruebas de laboratorio, radiografías y electrocardiogramas [ECG]) y consultar a especialistas de manera oportuna cuando sea necesario.

Share Ourselves tiene la obligación de

- Trabajar con usted para fomentar su salud y bienestar.
- Brindarle atención personalizada que se ajuste a sus necesidades.
- Comunicarnos con usted en un idioma que entienda.
- Ser abiertos y honestos sobre los planes de tratamiento para su atención.
- Informarle sobre cualquier proyecto de investigación o educativo que afecte su atención o tratamiento.
- Proteger su privacidad e información personal de salud.
- Tratarle con respeto, incluso cuando no haya cura para su problema de salud.
- Proporcionarle detalles sobre cualquier servicio por el que le cobremos.

Código de Conducta — Acuerdo

Share Ourselves tiene como objetivo brindar la máxima calidad de atención y ayuda para todos los pacientes. Nos esforzamos por mantener un espacio acogedor y seguro para brindar una excelente atención al paciente y al cliente. La asociación entre Share Ourselves y nuestros pacientes y clientes nos obliga a trabajar juntos y a tratarnos con respeto. El presente es un acuerdo entre (nombre en letra de molde) _____ y Share Ourselves.

No se permitirá lo siguiente dentro de las instalaciones de Share Ourselves:

- Violencia, amenazas, acoso y armas
- Acciones peligrosas que pongan en riesgo la seguridad de otros
- Una mala conducta sexual (como exponerse a usted mismo o usar lenguaje sexual ofensivo)
- Un lenguaje obsceno, abusivo o irrespetuoso
- Alterar la paz. Alcohol o drogas ilegales
- Estar bajo la influencia de alcohol o drogas ilegales
- Fumar o el uso de cigarrillos de vapor a menos de 25 pies de ventanas y puertas
- Usar incorrectamente o dañar la propiedad de Share Ourselves
- Vestir ropa inapropiada (como prendas con palabras o imágenes ofensivas)
- Tirar basura
- Vagar, merodear u holgazanear

Es mi deber:

- Tratar a los miembros del equipo de Share Ourselves con dignidad y respeto.
- Regirme por este Acuerdo de Código de Conducta.
- Participar de manera activa en mi atención y tratamiento médico.
- Seguir las normas para organizar y cancelar las consultas. Por ejemplo, debo llamar al menos con 24 horas de anticipación si necesito cancelar.

Al firmar a continuación, confirmo que he leído, que comprendo por completo y que acepto la información anterior. Share Ourselves ha respondido a todas mis preguntas sobre el contenido de este documento.

Marque con una ✓ para indicar la persona que firma este formulario.:

- Paciente Padre, madre o tutor legal (si el paciente es menor de 18 años) Representante autorizado

Nombre en letra de molde

Firma

Fecha

Únicamente para uso del personal administrativo

Consentimiento informado verbal

Para uso únicamente si el paciente y/o el representante autorizado del paciente necesitan ayuda para leer este formulario.

El contenido de este documento fue leído el día _____ al paciente que se menciona previamente (o al representante autorizado del paciente) por:

Nombre en letra de molde

Firma

Fecha

Aviso de prácticas de privacidad

Este aviso describe cómo se puede usar y divulgar la información médica de usted, y cómo obtener acceso a esta información. Favor de leerlo detalladamente.

Si tiene preguntas sobre este aviso, puede comunicarse con el o la Encargado(a) de Privacidad de Share Ourselves en una de las siguientes formas:

- Llamar al **949-536-3987**
- Enviar un correo electrónico a **compliance@shareourselves.org**

Puede también ver información adicional sobre Avisos de Prácticas de Privacidad en este sitio

Web: **<https://www.hhs.gov/hipaa/for-individuals/notice-privacy-practices/index.html>**

Nuestro Compromiso en cuanto a Información Médica Protegida

- Entendemos que la información sobre usted y su salud es personal. Nos comprometemos a mantener la privacidad de su información médica protegida.
- Nosotros creamos un expediente de la atención y los servicios que usted recibe en Share Ourselves, y podemos recibir expedientes similares de otros.
- Usamos esos expedientes para brindarle atención de calidad y cumplir con requisitos legales.
- Este aviso le notifica las maneras en las que podemos usar y divulgar información sobre usted. También describe los derechos y obligaciones que usted tiene en cuanto al uso y divulgación de su información.
- La ley nos exige
 - Asegurarnos de que la información que identifica a usted se mantenga privada (confidencial).
 - Entregar a usted este Aviso de nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad relacionadas con información sobre usted.
 - Cumplir con los términos del Aviso actualmente en vigor.

Quiénes seguirán las instrucciones de este Aviso

Este Aviso describe las prácticas de Share Ourselves y las prácticas de todas las siguientes entidades:

- Cualquier profesional de atención médica autorizado a ingresar información en el expediente médico electrónico de usted
- La Farmacia de Share Ourselves
- Todos los empleados, contratistas, voluntarios, personal y otros miembros del personal de Share Ourselves

También puede haber otras leyes estatales y federales que obedecerán Share Ourselves y otros proveedores de atención médica con el fin de brindar protección adicional en relación con:

- enfermedades transmisibles
- salud mental
- alcoholismo o drogadicción
- otras condiciones médicas

Maneras en las que Share Ourselves puede usar o divulgar la información médica protegida de usted

A continuación se describen las distintas maneras en las que podemos usar o divulgar su información médica protegida. Los ejemplos que damos en cada sección no representan todas las maneras en las que se puede usar su información médica protegida. Únicamente tienen el propósito de describir situaciones en general en las que puede haber usos o divulgaciones.

1. Para tratamiento

- a. Podemos usar su información médica protegida para brindarle servicios médicos, dentales, de farmacia y servicios sociales, todos integrales y completos. Por ejemplo:
 - i. Podemos divulgar información médica protegida de usted a los médicos, enfermeras, técnicos, trabajadoras sociales del caso y otros empleados de Share Ourselves involucrados en proporcionarle la atención que usted necesita.
 - ii. También podemos compartir su información médica protegida con un proveedor o entidad fuera de Share Ourselves con el fin de proporcionarle servicios coordinados, como órdenes a laboratorio o radiografías en otro sitio.

2. Para pagos

- a. Podemos usar y divulgar la información médica protegida de usted para obtener pagos por los servicios que proporcionamos. Por ejemplo:
 - i. Le damos a su plan de seguro médico la información que necesita antes de pagarnos.
- b. También podemos comunicarnos con un plan de seguro o un tercero encargado de pagarnos un tratamiento o servicio que usted recibirá más adelante. Lo haríamos para obtener aprobación previa o para determinar lo que el plan de seguro de usted puede cubrir.

3. Para manejo de atención médica

- a. Podemos usar y divulgar su información médica protegida para operar esta clínica. Estos tipos de usos y divulgaciones son necesarios al manejo de Share Ourselves para garantizar que todos nuestros pacientes y clientes reciban atención de calidad. Por ejemplo:
 - i. Podemos usar información médica para revisar nuestro tratamiento y servicios, y evaluar al personal que le brinda atención a usted.
 - ii. También podemos combinar información sobre muchos pacientes de la clínica y, con toda la información junta, tomar decisiones operativas, por ejemplo, para determinar qué servicios adicionales deberíamos ofrecer, o si un cierto tratamiento es efectivo.
 - iii. También podemos divulgar información a nuestro personal para conocer y revisar objetivos.
 - iv. También podemos comparar la información que tenemos con otras clínicas u organizaciones para evaluar nuestro desempeño y mejorar los servicios y atención que ofrecemos.
 - v. Podemos eliminar información que identifique a usted en lo personal de este conjunto de información médica, para que otros la usen sin saber quién es el o la paciente específico(a).
- b. También podemos compartir su información médica protegida con un "asociado" nuestro que nos ayude con la operación de la clínica. Tenemos un contrato por escrito con cada uno de estos asociados que les exige mantener la confidencialidad de la información médica protegida de usted. Por ejemplo:
 - i. Podríamos compartir información médica protegida con un servicio de facturación que lleve a cabo servicios administrativos.

- ii. Podríamos compartir información médica protegida con una empresa de tecnología de la información que nos ayude con el mantenimiento de nuestros expedientes médicos electrónicos.

4. Para beneficios relacionados con la salud y servicios alternativos

- a. Podemos usar y divulgar información médica protegida para decirle qué servicios relacionados con la salud, beneficios o programas podrían ser buenos para usted.
- b. También podemos divulgar información médica protegida para decirle o recomendarle posibles opciones de tratamiento o alternativas.

5. Para personas involucradas en la atención de usted

- a. Podemos dar a conocer su información médica protegida a un(a) amigo(a) o familiar involucrado en su atención o que le ayuda a pagar su atención.
 - i. Nota: Si usted ya le ha dado a alguien una carta poder, o si alguien es su tutor o guardián legal, esa persona puede ejercer los derechos de usted, y tomar decisiones sobre su información médica protegida. Nos aseguraremos de que la persona tenga la autoridad y pueda actuar en nombre suyo antes de tomar acción alguna.
- b. Además, en caso de un desastre, podemos divulgar información de usted a una entidad de auxilio durante una catástrofe.
 - i. Nota: Las leyes de California exigen que únicamente se dé información básica, como su nombre, ciudad de residencia, edad, sexo y situación general en respuesta a preguntas de bienestar en caso de desastre.

6. Para cumplir con la ley

- a. Divulgaremos su información médica protegida cuando la ley federal, estatal o local lo exija. Por ejemplo:
 - i. En algunas circunstancias, la ley puede exigir que el médico de usted informe casos de maltrato, violencia, abandono o negligencia.

7. Para evitar una amenaza seria a la salud o la seguridad.

- a. Podemos usar o divulgar su información médica protegida, si fuera necesario, para prevenir una amenaza seria a su salud y seguridad o a la salud y seguridad del público o de otra persona. Sin embargo, cualquier divulgación únicamente sería a alguien que pueda ayudar, prevenir o aminorar la amenaza.

8. Para fines de investigación

- a. Share Ourselves puede participar en proyectos de investigación que lleven acabo diversas entidades. Todos los proyectos de investigación se revisan y aprueban a través de un proceso especial de revisión para proteger la seguridad, bienestar y confidencialidad del paciente.
- b. Su información médica protegida puede ser importante para el trabajo de investigación y la adquisición de nuevos conocimientos. Podemos usar y divulgar información médica protegida con ese propósito.
- c. Los estudios de investigación puede llevarse a cabo mediante el uso de información sobre su tratamiento sin solicitar autorización con conocimiento. Por ejemplo:
 - i. Un estudio de investigación puede incluir comparar la salud de pacientes que reciben un medicamento con pacientes que toman otro medicamento.

9. Actividades de salud pública

- a. Podemos divulgar información sobre usted a diversas entidades de salud pública con fines de salud pública. Estos son algunos propósitos que se incluyen en la lista:
 - i. Prevención o control de enfermedades (como cáncer y tuberculosis), lesiones o discapacidades.
 - ii. Informes de sucesos vitales, como nacimientos y fallecimientos.
 - iii. Supervisión, investigaciones, intervenciones de salud pública o de acuerdo con el criterio de una autoridad de salud pública.

- iv. Suministro de la información a un representante de un gobierno extranjero que actúe en colaboración con una autoridad de salud pública.
- v. Informe de maltrato o abandono a menores.
- vi. Informe de sucesos adversos o reacciones relacionadas con alimentos, drogas o medicamentos, y otros productos.
- vii. Notificación de retirada del mercado, reparaciones o sustituciones de productos a las personas que puedan estar usándolos.
- viii. Notificación a una persona que pueda haber estado expuesta a una enfermedad o que podría correr el riesgo de contraer o propagar una enfermedad o padecimiento.
- ix. Notificación a la autoridad gubernamental apropiada si creemos que el o la paciente ha sido víctima de maltrato, negligencia o abandono, o violencia doméstica / intrafamiliar, y divulgarlo en conformidad con la ley.

10. Supervisión de actividades para la salud

- a. Podemos divulgar información sobre usted en respuesta a una orden judicial o administrativa, o en respuesta a un citatorio, solicitud de obtención de pruebas, garantía, citación u otro proceso legítimo.

11. Demandas judiciales y otras medidas legales

- a. Podemos divulgar información sobre usted en respuesta a una orden judicial o administrativa, o en respuesta a un citatorio, solicitud de obtención de pruebas, garantía, citación u otro proceso legítimo.

12. Aplicación de la Ley

- a. Podemos divulgar su información médica protegida a encargados de hacer cumplir la ley si la solicitan, por cualquiera de las siguientes razones:
 - i. En respuesta a una orden judicial, a un citatorio, garantía, solicitud de obtención de pruebas u otro proceso similar.
 - ii. Para ayudar a identificar o localizar a un sospechoso, fugitivo, testigo material o persona desaparecida; sobre la víctima de un delito si, en ciertas circunstancias limitadas, no pudiéramos obtener el acuerdo de la víctima.
 - iii. Sobre una muerte que creamos que es resultado de conducta delictiva; sobre conducta delictiva que ocurra en nuestras instalaciones
 - iv. En circunstancias de emergencia, para informar de un delito, la ubicación del sitio delictivo o de las víctimas, o la identidad, descripción o ubicación de la persona delincuente.

13. Médicos forenses, examinadores médicos y directores de funerarias

- a. Podemos divulgar, y con frecuencia se nos pide ante la ley, que divulguemos su información médica protegida a médicos forenses, examinadores médicos y/o directores de funerarias, con el fin de ayudar a estos profesionales con su investigación de muertes o para ayudarles a llevar a cabo sus obligaciones profesionales.

14. Donación de Órganos y Tejidos

- a. Podemos divulgar su información médica protegida a organizaciones involucradas en obtener, almacenar o trasplantar órganos y tejidos.
- b. Usted puede solicitar, por escrito, una restricción en cuanto a la cantidad de información que compartimos al responder a solicitudes sobre qué tan apropiado es obtener, almacenar o trasplantar órganos y tejidos. Por ejemplo:
 - i. Y a que el VIH generalmente es una razón para no hacer estas actividades, usted puede solicitarnos, por escrito, que solo digamos que no es médicamente apropiado, sin proporcionar más información sobre las razones por las que no es apropiado.

15. Seguridad militar, nacional y actividades de Inteligencia

- a. Podemos divulgar su información médica protegida a funcionarios federales autorizados para información de inteligencia, contrainteligencia y otras actividades de seguridad nacional autorizadas por la ley.
- b. También podemos dar a conocer información médica protegida de usted a funcionarios federales para que puedan proporcionar protección al Presidente, otras personas autorizadas, o jefes de Estado de otros países.

16. Presos

- a. Si está usted preso en una institución correccional, o bajo custodia de encargados de hacer cumplir la ley, podemos dar a conocer su información médica protegida a la institución correccional o a un encargado de hacer cumplir la ley.
- b. Esta divulgación sería necesaria por cualquiera de las siguientes razones:
 - i. Para que la institución le proporcione a usted atención médica.
 - ii. Para proteger su salud y seguridad, o la seguridad de otros.
 - iii. Por seguridad de la institución correccional.

17. Compensación a los trabajadores

- a. Podemos divulgar su información médica protegida, según sea necesario, para cumplir con las leyes de Compensación a los trabajadores.
- b. Estos programas proporcionan beneficios debido a enfermedades o lesiones relacionadas con el trabajo. Por ejemplo:
 - i. Si tiene usted cobertura de Compensación a los trabajadores para su atención, daremos informes periódicos a su empleador sobre su estado.
 - ii. También se nos exige informar casos de lesiones ocupacionales o enfermedades ocupacionales al empleador o asegurador de Compensación a los trabajadores.

18. Outreach and Fundraising Activities

- a. No usaremos ni divulgaremos su información médica protegida en ninguna de nuestras actividades de extensión comunitaria ni de recaudación de fondos.
- b. Sin embargo, podemos usar información demográfica combinada sobre muchas personas para esas actividades. Por ejemplo:
 - i. Podríamos crear un folleto para entregar en eventos, que enumere el número de pacientes de Share Ourselves y proporcione información demográfica básica sobre nuestros pacientes en general.
 - ii. También podemos enviar información para recaudación de fondos a individuos que hayan hecho donativos en el pasado o que pueden hacer donativos en el futuro, y a pacientes anteriores.
- c. Si usted quiere excluir su información personal para que no se use de esta manera, comuníquese al Encargado de Privacidad al número de teléfono o dirección de correo electrónico que aparece en la parte superior de este Aviso.

19. Notas de psicoterapia

- a. No usaremos ni divulgaremos sus notas de psicoterapia sin su autorización explícita por escrito, excepto en circunstancias limitadas en relación con pagos, tratamiento y otro manejo de la atención médica, hasta donde lo permita la ley.

20. Mercadotecnia y ventas

- a. Nunca usaremos su información con fines de publicidad sin antes obtener su autorización explícita por escrito.

Sus derechos en relación con su Información Médica Protegida

1. Derecho a examinar y copiar

- a. Con algunas excepciones, usted tiene derecho a examinar y copiar su información médica protegida. Para tener acceso a su información médica protegida, debe usted entregar una solicitud por escrito a:

Health Information Management
Share Ourselves
20151 SW Birch St.
Suite 100
Newport Beach, CA 92660

- b. Si usted solicita una copia de esa información, se la proporcionaremos en los siguientes 15 días, y podríamos cobrarle una cuota razonable. Si hubiera alguna circunstancia que no nos permitiera cumplir su solicitud en 15 días, se avisaremos del retraso.
- c. Podemos rechazar su solicitud en circunstancias limitadas. Si le negamos la solicitud de acceso a su expediente, tiene usted derecho a apelar nuestra decisión. Si le negamos la solicitud de acceso a sus notas de psicoterapia, tiene usted derecho a pedir que se transfieran a otro profesional médico.
- d. Si su solicitud por escrito nos pide visible, clara y específicamente enviar una copia electrónica de su expediente médico a usted, o a otra persona o entidad, y no rechazamos la solicitud, enviaremos una copia del expediente electrónico, como usted lo solicitó, y no le cobraremos más de lo que nos cueste responder a su solicitud.

2. Derecho a enmendar o suplementar

- a. Si cree usted que la información que tenemos sobre usted es incorrecta o está incompleta, puede pedirnos que enmendemos la información o agreguemos un anexo.
- b. Usted tiene derecho a solicitar una enmienda o un anexo durante el tiempo que Share Ourselves tenga esa información.
- c. Para solicitar una enmienda o un anexo, se debe enviar una solicitud por escrito a:

Health Information Management
Share Ourselves
20151 SW Birch St.
Suite 100
Newport Beach, CA 92660

- d. Adicionalmente, debe dar un motivo que apoye su solicitud.
- e. Un anexo no puede tener más de 250 palabras por cada punto que se considere incompleto o incorrecto en su expediente.
- f. Podemos rechazar su solicitud de enmienda o anexo en cuanto a su información médica protegida o su expediente, por cualquiera de las siguientes razones:
 - i. La solicitud no se presenta por escrito.
 - ii. Share Ourselves no generó la información médica, por lo que no es parte del conjunto designado de expedientes.
 - iii. La información médica ya está completa y es precisa.
 - iv. La información médica no es información que a usted se le permita revisar (como se estipula en la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguro Médico [Health Insurance Portability and Accountability Act, o HIPAA], sección §164.524).
- g. Si rechazamos su solicitud, explicaremos la razón, por escrito, dentro de los siguientes 60 días.

3. Derecho a contabilizar divulgaciones

- a. Usted tiene derecho a recibir una "contabilización de divulgaciones".
- b. La contabilización es una lista de las divulgaciones que hemos hecho en los últimos seis (6) años de su información médica protegida, por razones distintas al tratamiento, pago o manejo de atención médica, y algunos otros fines.

- c. Para solicitar una contabilización de divulgaciones, debe enviar su solicitud por escrito a:

Health Information Management
Share Ourselves
20151 SW Birch St.
Suite 100
Newport Beach, CA 92660

- d. Su solicitud también debe indicar en qué formato quiere la lista (por ejemplo, impresa o electrónicamente).
- e. La primera solicitud en un periodo de 12 meses no tendrá costo alguno. Por listas adicionales, podemos cobrarle el costo de proporcionar la lista. Le notificaremos el costo y usted puede elegir cancelar o modificar su solicitud.

4. Derecho a solicitar restricciones

- a. Usted tiene derecho a solicitar una restricción o limitación de la información médica protegida que usamos o divulgamos sobre su tratamiento, pago o manejo de su atención médica.
- b. También tiene derecho a solicitar un límite a la información médica protegida que divulgamos sobre usted a personas involucradas en su atención o en el pago de su atención, como algún o alguna amigo(a) o familiar. Por ejemplo:
 - i. Usted podría pedir que no usemos ni divulguemos información sobre un medicamento específico que esté tomando.
- c. Para solicitar restricciones, debe enviar su solicitud por escrito a:

Health Information Management
Share Ourselves
20151 SW Birch St.
Suite 100
Newport Beach, CA 92660

- d. En su solicitud debe indicarnos:
 - i. qué información quisiera limitar;
 - ii. si desea usted limitar nuestro uso, divulgación o ambos; y
 - iii. a quien quiere usted que se apliquen esos límites, por ejemplo, a su cónyuge.
- e. Por lo general, no se nos exige que estemos de acuerdo con su solicitud.
- f. Si estamos de acuerdo, cumpliremos con su solicitud a menos que se necesite la información para proporcionar tratamiento de emergencia, o si estamos obligados a divulgar la información en conformidad con la ley.
- g. Sin embargo, si nos pide no divulgar información médica a su plan comercial de seguro médico, y usted paga los servicios de su bolsillo y en su totalidad en el momento del servicio, la ley nos exige cumplir con su solicitud.

5. Derecho a solicitar comunicación confidencial

- a. Usted tiene derecho a solicitar que le entreguemos su información médica protegida de una manera específica o en un lugar específico. Por ejemplo:
 - i. Usted puede pedir que enviemos la información a la dirección de su trabajo.
- b. Cumpliremos todas las solicitudes razonables que se envíen por escrito a:

Health Information Management
Share Ourselves
20151 SW Birch St.
Suite 100
Newport Beach, CA 92660

- c. La solicitud debe especificar cómo y dónde desea usted recibir esas notificaciones. Debemos cumplir con su solicitud si usted nos informa que no hacerlo pone a usted en peligro.

6. Derecho a una pedir una copia impresa de este Aviso

- a. Usted puede recibir una copia impresa de este Aviso aunque antes haya recibido este Aviso de forma electrónica.
- b. Si usted quisiera tener una explicación más detallada de estos derechos, o si le gustaría ejercer uno o más de estos derechos, comuníquese con nuestro Encargado de Privacidad al número de teléfono o dirección de correo electrónico que aparece en la parte superior de este Aviso.

Aviso de Incumplimiento

Si, a pesar de los esfuerzos de Share Ourselves por mantener confidencial su información médica protegida, ocurre algún incumplimiento con la garantía de información médica protegida, se lo notificaremos, en conformidad con la ley. En algunos casos, uno de nuestros asociados puede enviarle la notificación. La ley también exige que informemos de cualquier incumplimiento respecto a la información médica protegida, tanto a las autoridades estatales como federales.

Colaboración OCHIN

Share Ourselves es parte de una colaboración organizada de atención médica que incluye a otros participantes en OCHIN. Una lista actual de participantes en OCHIN está disponible en: www.ochin.org En su función de organización asociada con Share Ourselves, OCHIN suministra tecnología de la información y servicios relacionados, a Share Ourselves y a otros participantes en OCHIN. OCHIN también se ocupa de evaluaciones de calidad y actividades de mejoras en nombre de sus participantes. Por ejemplo: O CHIN coordina actividades de revisión clínica en nombre de las organizaciones participantes para establecer normas de mejores prácticas y acceso a beneficios clínicos que pueden derivarse del uso de sistemas de expedientes médicos electrónicos. OCHIN también ayuda a que sus participantes trabajen en colaboración para mejorar el manejo de remisiones internas y externas de pacientes.

Uso de OCHIN o de HIE (Health Information Exchange [Intercambio de información médica, o HIE]) de la información protegida de usted Share Ourselves puede compartir su información médica protegida con otros participantes de OCHIN o de HIE únicamente cuando sea necesario para tratamiento médico o con fines de manejo de atención médica de la colaboración organizada de atención médica. OCHIN también se ocupa de evaluaciones de calidad y actividades de mejoras en nombre de sus participantes. Por ejemplo, el manejo de atención médica puede incluir, entre otras cosas, hacer un código geográfico de la ubicación donde usted reside para mejorar los beneficios clínicos que recibe usted. La información médica protegida puede incluir información médica pasada, presente y futura, así como la información descrita en las Reglas de Privacidad.

La información, en el grado en que se divulga, se divulgará de manera consecuente con las reglas de Privacidad o cualquier otra ley vigente que contenga enmiendas periódicas. Usted tiene derecho a cambiar de opinión y anular esta autorización; sin embargo, la información ya puede haberse compartido como usted lo permitió. Esta autorización seguirá en vigor hasta que usted la cancele

por escrito. Si así lo solicita usted, se le proporcionará una lista de entidades a las que se haya divulgado su información. Participamos en uno o más intercambios de información médica (HIE) y podemos compartir electrónicamente la información médica de usted con fines de tratamiento, pago y manejo de atención médica, con otros participantes de HIE.

HIE permite a los proveedores de atención médica a acceder eficazmente y usar la información médica necesaria para su tratamiento y otros fines legítimos. Incluir la información médica de usted es voluntario y, sujeto al derecho que tiene usted a no autorizar este intercambio de información, podemos proporcionar su información médica en conformidad con la ley vigente para el HIE en el que participamos. Para mayor información de cualquier HIE en la que participemos, y para saber cómo ejercer su derecho a decidir no dar su autorización, comuníquese con el Encargado de Privacidad al número de teléfono o dirección de correo electrónico que aparece en la parte superior de este Aviso.

Modificaciones a este Aviso de Prácticas de Privacidad

Nos reservamos el derecho a modificar las prácticas de privacidad de Share Ourselves y este Aviso en cualquier momento. Mientras eso no suceda, la ley nos exige que cumplamos con este Aviso. Después de hacerle modificaciones, el Aviso de Prácticas de Privacidad actualizado se aplicará a toda la información médica protegida que tengamos, independientemente de cuándo se haya generado o recibido. Tendremos una copia visible del Aviso actual en nuestras áreas de recepción y le ofreceremos una copia en su próxima cita después de que se modifique. También publicaremos el Aviso actual en nuestro sitio Web.

Quejas

Las quejas en cuanto a nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad, o la manera en la que Share Ourselves maneja su información médica protegida, deben dirigirse a nuestro Encargado de Privacidad al número de teléfono o dirección de correo electrónico que aparece en la parte superior de este Aviso. No habrá penalizaciones ni represalias contra usted por presentar una queja. Si usted no está satisfecho(a) con la manera en la que Share Ourselves maneja una queja, puede tomar una de las siguientes medidas:

- Puede enviar una queja formal por escrito a la Oficina de Derechos Civiles a:

Centralized Case Management Operations
U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, S.W.
Room 509F HHH Bldg.
Washington, D.C. 20201

- O puede enviar su queja por correo electrónico a: **OCRComplaint@hhs.gov**
- Para presentar una queja en línea, vaya a:
https://ocrportal.hhs.gov/ocr/cp/wizard_cp.jsf
- Para mayor información sobre la presentación de una queja con la Oficina de Derechos Civiles, vaya a: **<https://www.hhs.gov/hipaa/filing-a-complaint/complaint-process/index.html>**

Acuse de Recibo

Share Ourselves debe hablarle sobre algunos datos importantes y entregarle ciertos documentos. El documento de autorizaciones y confirmaciones le permite confirmar que lo hemos hecho.

Lea con atención cada sección a continuación. **Escriba sus iniciales en la línea a lado de su respuesta.**

Notificación de Prácticas de Privacidad

_____ Recibí una copia de la Notificación de Prácticas de Privacidad.

_____ Share Ourselves me ofreció una copia de la Notificación de Prácticas de Privacidad. Pero no la acepté.

Declaración de Derechos y Obligaciones del Paciente

_____ Recibí una copia de la Declaración de Derechos y Obligaciones del Paciente.

_____ Share Ourselves me ofreció una copia de la Declaración de Derechos y Obligaciones del Paciente. Pero no la acepté.

Artículos personales

Share Ourselves no se hace responsable si alguno de mis artículos personales se dañan, se pierde o es robado mientras estoy dentro bajo de la propiedad de Share Ourselves.

_____ Entiendo.

Ley Federal de Reclamaciones por Agravios

La Administración de Recursos y Servicios de Salud (Health Resources and Services Administration, HRSA) considera que Share Ourselves y sus funcionarios, miembros de la junta directiva, empleados de tiempo completo y de medio tiempo, proveedores y contratistas son empleados del Servicio Federal de Salud Pública. Como tal, a las personas cubiertas bajo este programa se les otorga protección de responsabilidad en virtud de la Ley Federal de Reclamaciones por Agravios (Federal Tort Claims Act, FTCA) con respecto a ciertos reclamos de salud o relacionados con la salud, incluidos los reclamos por mala práctica. Con esta cobertura se cumplen las restricciones que puedan ser exigidas por otras entidades.

_____ Entiendo.

Advance Health Care Directive

¿Share Ourselves le brindó información relacionada con la instrucción anticipada sobre la atención médica?

_____ Sí, Share Ourselves me brindó información relacionada con la instrucción anticipada sobre la atención médica.

_____ Share Ourselves me ofreció información relacionada con la instrucción anticipada sobre la atención médica. Pero no la acepté.

¿Le entregó a Share Ourselves su instrucción anticipada, testamento en vida o poder notarial duradero para que podamos agregarlo a su historial clínico?

_____ Sí, le entregué una copia a Share Ourselves.

_____ No, no le entregué una copia a Share Ourselves.

Al firmar a continuación, confirmo que he leído, que comprendo por completo y que acepto la información anterior. Share Ourselves ha respondido a todas mis preguntas sobre el contenido de este documento.

Marque con una ✓ para indicar la persona que firma este formulario.:

Paciente Padre, madre o tutor legal (si el paciente es menor de 18 años) Representante autorizado

Nombre en letra de molde

Firma

Fecha

Únicamente para uso del personal administrativo

Consentimiento informado verbal

Para uso únicamente si el paciente y/o el representante autorizado del paciente necesitan ayuda para leer este formulario.

El contenido de este document fue leído el día _____ al paciente que se menciona previamente (o al representante autorizado del paciente) por:

Nombre en letra de molde

Firma

Fecha