



**Free Clinic of Simi Valley
Face Sheet**

DATE (FECHA): _____

Patient Demographics

Patient Name (Nombre Del Paciente): _____

DOB (Dia De Nacimiento): _____ Age (Edad): _____ Gender (Sexo): _____

Marital Status (Estatus Marital): _____

Home Address (Dirección): _____

City (Ciudad): _____ State (Estado): _____ Zip Code (Código Postal): _____

Telephone Number (Número De Teléfono): _____

Race

(Raza):

Caucasian

Black

Asian

Native American

Pacific Islander

Other (Otro): _____

Ethnicity

(Origen Étnico):

Hispanic/Latino

Not Hispanic

Language

(Lengua):

Referred By

(Referida Por):

Conejo Free Clinic

Dental Clinic

Drive By

Family (Familiar)

Friend (Amigo)

Medi-Cal

Other (Otro): _____

Have you been vaccinated for COVID-19? Yes No
¿Estas vacunado contra COVID-19? Si No

Email Address (Correo Electrónico): _____

Emergency Contact - Name, Phone Number, Relationship

(Contacto De Emergencia - Nombre, Número De Teléfono, Relación): _____

Employment/Household

Employer Name

(Nombre De

Empleador):

Employment Status

(Situación Laboral):

Unemployed (Desempleados)

Disabled (Desapacitados)

Full Time (Medio Tiempo)

Part Time (Tiempo Parcial)

Retired (Retirado)

Student (Estudiante)

Other (Otro): _____

Job Title

(Tipo De Trabajo):

Health Coverage

(Cobertura Médica):

Medi-Cal

Medi-Care

Private Insurance

(Aseguranza Privada)

None

Other (Otro): _____

Number of

Dependents in

Household

(Número De Personas

Dependientes En El

Hogar):

Household Yearly Income

(Ingresos Anuales De Los

Hogares):

Education

(Educación):

Grade School

(Escuela Secundaria)

Some High School

(Preparatoria Parcial)

High School

(Preparatoria)

Some College

(Universidad Parcial)

College Degree

(Universidad Completo)

Other (Otro): _____

Housing

(Tipo De Vivienda):

Apartment

(Apartamento)

Private Home

(Casa Propia)

Stay with a

Friend/Family (Con

Familia/Amigos)

Other (Otro): _____

Veteran

(Veterano/a):

Yes (Si)

No (No)

Please answer and circle all questions – Thanks!
¡Por Favor, responde y circule todas las preguntas – Gracias!

NOTIFICACIÓN DE LOS PROCEDIMIENTOS DE INFORMACIÓN CONFIDENCIAL HOJA INFORMATIVA

ESTA NOTIFICACIÓN DESCRIBE BREVEMENTE LA FORMA EN QUE SU ESTADO DE SALUD QUE ES CONFIDENCIAL PUEDE SER DIVULGADO POR EL DEPARTAMENTO DE SALUD PÚBLICA DEL CONDADO DE VENTURA Y COMO PUEDE USTED TENER ACCESO A ÉSTA INFORMACIÓN. (Su estado de salud que es confidencial, es su información personal, incluyendo datos demográficos que pueden identificarlo a usted y se relacionan con su estado de salud o condición física o mental, pasado, presente o futuro, así como los servicios de salud relacionados. FAVOR DE REVISAR ÉSTA NOTIFICACIÓN CUIDADOSAMENTE, ADJUNTO ENCONTRARÁ UNA DESCRIPCIÓN MÁS COMPLETA DE ESTA INFORMACIÓN.

Si tiene alguna duda acerca de ésta notificación, por favor comuníquese con el Coordinador de Cumplimiento al 805-677-5200.

Por ley tenemos que cumplir con lo siguiente: asegurarnos que la información de su estado de salud que lo identifique permanezca en forma confidencial; darle a usted esta notificación de nuestras obligaciones legales y procedimientos para proteger la información de su estado de salud; y observar los términos de la notificación que esté vigente en este momento.

PODEMOS UTILIZAR Y DIVULGAR LA INFORMACIÓN SOBRE SU ESTADO DE SALUD:

- | | |
|--|---|
| • Para Tratamiento | Según se requiera por Ley o por las autoridades Militares y Veteranos |
| • Para el Pago | Para evitar una Amenaza Seria a la Salud o a la Seguridad |
| • A los individuos que participan en sus Cuidados de Salud o en el Pago de los Servicios | Para la Compensación Laboral |
| • Para Determinar Alternativas de Tratamiento | Para Resolver o Prevenir Riesgos a la Salud Pública |
| • Para los Servicios y Beneficios relacionados con su Salud | Si usted es un reo |
| • Para los Recordatorios de las Citas de Atención a su Salud | En Demandas y Disputas |
| • Al Médico Forense | Por las Actividades de Protección de la Salud |
| • Por la Seguridad Nacional y las Actividades de Inteligencia | |

- Usted tiene derecho a inspeccionar y copiar información médica que necesite utilizar para tomar decisiones con respecto a la atención de su salud.
- Si usted piensa que la información médica con la que contamos acerca de usted es incorrecta o está incompleta, usted puede pedir una enmienda a dicha información. Podemos denegar su solicitud de enmienda si ésta no se presenta por escrito o si no indica una razón que justifique su petición. Además, podemos denegar su solicitud si usted nos pide que enmendemos información que: no haya sido originada por nosotros, a menos que la persona o entidad que originó la información ya no se encuentre disponible para enmendarla; que ésta no sea parte de la información médica con la que cuenta el Departamento de Salud Pública del Condado de Ventura; que no sea parte de la información que a usted se le permitiría inspeccionar o copiar; o que ésta esté completa y correcta.
- Usted tiene el derecho a solicitar la lista del número de ocasiones en que se haya divulgado su información médica personal, aparte de aquellos usos propios para tratamiento, pagos y procedimientos clínicos según las funciones descritas anteriormente.
- Usted tiene derecho a solicitar una restricción o limitación en la información de su estado de salud que utilizamos o divulgamos acerca de usted para tratamiento, pagos y procedimientos clínicos. Usted también tiene derecho a solicitar que se limite la información de su salud personal que divulgamos acerca de usted a aquellos que participan en su tratamiento o en el pago de sus cuidados, como a algún familiar o amigo.
No estamos obligados a aceptar su solicitud. Si decidimos aceptar, cumpliremos con su solicitud a menos que la información sea necesaria para proporcionarle tratamiento de emergencia.
- Usted tiene derecho a solicitar que nos comuniquemos con usted con respecto a los asuntos de su salud de cierta forma o en un determinado lugar.
- Usted tiene derecho a tener una copia impresa de esta notificación.

Nos reservamos el derecho a modificar ésta notificación. Cada vez que usted utilice los servicios del Departamento de Salud Pública del Condado de Ventura le daremos una copia de la notificación vigente en ese momento. Si usted cree que sus derechos a mantener su información personal en forma confidencial han sido infringidos, usted puede presentar una queja ante el Departamento de Salud Pública del Condado de Ventura o ante la Secretaría del Departamento de Salubridad y Asistencia. Cualquier otro tipo de uso y divulgación de la información acerca de su salud que no se incluya en esta notificación o en las leyes que nos conciernen podrán llevarse a cabo únicamente si contamos con su permiso por escrito.

He leído esta notificación y acuso recibo de la copia completa de la "Notificación de los Procedimientos de Información Confidencial" del Departamento de Salud Pública del Condado de Ventura que explica más ampliamente estos procedimientos, da listas de ejemplos y proporciona los números telefónicos a donde puedo comunicarme.

Firma del Cliente

Fecha



Aviso a los pacientes

Debe proporcionarse al paciente individual antes de que se brinden los servicios de atención médica, excepto en casos de emergencia en los que se puede proporcionar un aviso tan pronto como la emergencia sea factible.

o

a un padre o tutor legal cuando el paciente no tiene la responsabilidad legal de su cuidado según la ley estatal.

Esto es para notificarle que bajo la ley Federal relacionada con la operación de clínicas gratuitas, la Ley Federal de Reclamos por Agravio (FTCA), (Ver 28 U.S.C. § 1346(b), 2401(b), 2671-80) proporciona el recurso exclusivo por daños de lesiones personales, incluida la muerte, que resulten del desempeño de funciones médicas, quirúrgicas, dentales o relacionadas por parte de cualquier profesional de la salud voluntario de una clínica gratuita que el Departamento de Salud y Servicios Humanos haya considerado empleado del Servicio de Salud Pública. Esta cobertura de negligencia médica de la FTCA se aplica a los profesionales de la salud voluntarios que se consideran clínicas gratuitas y que han brindado un servicio requerido o autorizado según el Título XIX de la Ley del Seguro Social (es decir, el Programa de Medicaid) en una clínica gratuita o a través de programas o eventos fuera del sitio llevados a cabo por la clínica gratuita (Ver 42 U.S.C. § 233(a), (0)).

Ciertos profesionales de atención médica de clínicas gratuitas que brindan servicios de atención médica a pacientes en esta clínica gratuita pueden estar cubiertos por la ley federal anterior.

Admitido/a: _____ (Nombre del paciente/cliente impreso claramente)

Firma: _____ (Paciente/Cliente o Representante)

Fecha de Nacimiento: _____ Fecha: _____

[1] Si la clínica gratuita impone cargos en función de la capacidad de pago del paciente, esto anulará la cobertura de la FTCA de los voluntarios para los servicios específicos por los que la clínica recibió el pago.

[2] Un profesional de la salud con licencia o certificado es una persona que debe tener licencia, registro o certificación del estado, el estado o el territorio en el que se encuentra una clínica gratuita. Estas personas incluyen, pero no se limitan a, médicos, dentistas, enfermeras registradas y otras personas que deben tener una licencia, un registro o una certificación (por ejemplo, técnicos de laboratorio, trabajadores sociales, asistentes médicos, enfermeras prácticas con licencia, higienistas dentales y nutricionistas). La definición variará dependiendo de la jurisdicción legal.

[3] Los ejemplos de casos en los que una clínica gratuita podría otorgar privilegios temporales a un LIP para satisfacer las necesidades importantes de atención del paciente durante un período de tiempo limitado incluyen:

1. Un LIP actual se enferma o se ausenta, y se necesita otro LIP para cubrir la atención del paciente hasta que regrese el LIP actual; o
2. Un LIP actual no tiene las habilidades necesarias para brindar la atención necesaria al paciente.

FREE CLINIC OF SIMI VALLEY & SIMI VALLEY HOSPITAL
ACUERDO DE ARBITRAJE

Este ACUERDO DE ARBITRAJE se celebra entre Simi Valley Hospital and Health Care Services ("Hospital") y el paciente cuyo nombre se proporciona al final de este acuerdo ("Paciente") con respecto a los servicios médicos proporcionados por el Hospital a través de Free Clínica de Simi Valley.

Artículo 1. Acuerdo de Arbitraje: Se entiende que cualquier disputa sobre negligencia médica, es decir, si los servicios médicos prestados por el Hospital a través de la Clínica Gratuita de Simi Valley fueron innecesarios o no autorizados o se prestaron de manera inapropiada, negligente o incompetente, serán determinados mediante la sumisión a la abitación según lo dispuesto por la ley de California, y no por una demanda o recurso a un proceso judicial, excepto que la ley de California disponga la revisión judicial de los procedimientos de abitación. Las partes de este contrato, al celebrarlo, renuncian a su derecho constitucional a que cualquier disputa de este tipo se decida en un tribunal de justicia ante un jurado y, en cambio, aceptan el uso de la abitación

Artículo 2. Todos los reclamos deben someterse a arbitraje: Es la intención de las partes que este acuerdo vincule a todas las partes cuyos reclamos puedan surgir o estar relacionados con el tratamiento o servicio brindado por Hospital, incluidos los cónyuges o herederos del Paciente y los hijos, ya sean nacidos o no, o por nacer, en el momento del hecho que da lugar a cualquier reclamación. En el caso de una madre embarazada, el término "Paciente" en el presente documento se refiere tanto a la madre como al hijo o hijos esperados de la madre. Al firmar este acuerdo, dicha(s) otra(s) persona(s) también quedará(n) obligada(s), junto con cualquier otra persona que pueda tener un reclamo derivado del tratamiento o servicios prestados. Todos los reclamos por daños monetarios que excedan el límite jurisdiccional del tribunal de reclamos menores contra el Hospital, los socios, asociados, asociaciones, corporación o sociedad del Hospital, y los empleados, agentes y patrimonio de cualquiera de ellos, deben ser arbitrados, incluidos, entre otros, los reclamos por pérdida de consorcio, muerte por negligencia, daño emocional, angustia emocional o daños punitivos. La presentación de cualquier acción en cualquier tribunal por parte de Hospital para cobrar cualquier tarifa del Paciente no renunciará al derecho de obligar a la arbitación de cualquier reclamo por mala práctica.

Artículo 3. Procedimientos y Ley Aplicable: La demanda de arbitación debe ser comunicada por escrito a todas las partes. Cada parte seleccionará un árbitro ("Árbitro de partido") dentro de los treinta (30) días y un tercer árbitro ("Árbitro neutral") será seleccionado por los Árbitros de partido designados por las partes dentro de los treinta (30) días de una demanda de una Neutral Arbitrator por cualquiera de las partes. Cada parte de la arbitación pagará la parte prorrateada de los gastos y honorarios del Árbitro Neutral, junto con otros gastos incurridos por una parte para su propio beneficio. Las partes acuerdan que los árbitros gozarán de la inmunidad de responsabilidad civil de un funcionario judicial cuando actúen en calidad de árbitro en virtud del presente contrato. Esta inmunidad complementará, no suplantarán, cualquier otra ley estatutaria o común aplicable.

Las partes acuerdan que el arbitraje se llevará a cabo en Los Ángeles, California. Las partes acuerdan que las disposiciones de la ley de California aplicables a los proveedores de atención médica se aplicarán a las disputas dentro de este acuerdo de arbitraje, incluidas, entre otras, las Secciones 340.5 y 667.7 del Código de Procedimiento Civil y las Secciones 3333.1 y 3333.2 del Código Civil. Cualquiera de las partes puede presentar ante los árbitros una moción de juicio sumario o adjudicación sumaria de conformidad con el Código de Procedimiento Civil. El descubrimiento se llevará a cabo de conformidad con la Sección 1283.05 del Código de Procedimiento Civil.

Artículo 4. Disposiciones Generales: Todas las reclamaciones basadas en las mismas incidentes, transacciones o circunstancias relacionadas serán arbitradas en un solo procedimiento. Se renunciará a un reclamo y se prescribirá para siempre si (1) en la fecha en que se recibe la notificación del mismo, el reclamo, si se afirma en una acción civil, estaría prohibido por el estatuto de limitaciones aplicable de California, o (2) el reclamante no persigue el reclamo de arbitraje de acuerdo con los procedimientos prescritos en este documento con diligencia razonable. Con respecto a cualquier asunto no previsto expresamente en el presente, los árbitros se regirán por las disposiciones del Código de Procedimiento Civil de California relacionadas con el arbitraje.

Las partes consienten en la intervención y acumulación en este arbitraje de cualquier persona o entidad que de otro modo sería una parte adicional adecuada en una acción judicial, y tras dicha intervención y acumulación, cualquier acción judicial existente contra dicha persona o entidad adicional se suspenderá hasta el arbitraje.

Artículo 5. Revocación: Este acuerdo podrá ser revocado mediante notificación escrita entregada al Hospital dentro de los treinta (30) días siguientes a la firma. Es la intención de este acuerdo aplicarse a todos los servicios médicos prestados en cualquier momento por cualquier condición

Artículo 6. Efecto retroactivo: si el paciente tiene la intención de que este acuerdo cubra los servicios prestados antes de la fecha de su firma (incluido, entre otros, el tratamiento de emergencia), el paciente debe poner sus iniciales a continuación:

Efectivo a partir de la fecha de los primeros servicios médicos

Iniciales del paciente o del representante del paciente

Si alguna disposición de este acuerdo de arbitraje se considera inválida o inaplicable, las disposiciones restantes permanecerán en pleno vigor y no se verán afectadas por la invalidez de cualquier otra disposición.

Entiendo que no necesito firmar este acuerdo para recibir servicios médicos. Entiendo que tengo derecho a recibir una copia de este acuerdo de arbitraje. Mediante mi firma a continuación, reconozco que he recibido una copia.

AVISO: AL FIRMAR ESTE CONTRATO USTED ACEPTA QUE CUALQUIER PROBLEMA DE NEGLIGENCIA MÉDICA SE DECIDA MEDIANTE ARBITRAJE NEUTRAL Y RENUNCIA A SU DERECHO A UN JURADO O JUICIO. VER ARTÍCULO 1 DE ESTE CONTRATO.

Por: _____
Firma del paciente o representante del paciente Fecha

Por: _____
Firma del hospital o representante autorizado Fecha

Por: _____
Escriba el nombre del paciente

Imprima o selle el nombre del representante autorizado del hospital

(Si es representante, escriba el nombre en letra de imprenta y la relación con el paciente)

Una copia firmada de este documento debe ser entregada al Paciente. El original debe archiversse en la historia clínica del paciente.



Free Clinic of Simi Valley

Acuerdo de recursos externos

Su atención medica es muy importante para nosotros e incluye una de las siguientes referencias escritas abajo. Esta forma es para informales de las limitaciones y pagos que su tratamiento puede incluir.

La Clínica Gratuita de Simi Valley provee varios servicios a nuestros pacientes. Desafortunadamente, hay unas especialidades o servicios que no proveemos en la clínica. La Clínica Gratuita de Simi Valley solo provee referencias dadas por un/a doctor/a. Las referencias pueden incluir Cardiología, Endocrinología, Gastroenterología, Imágenes, Ortopédicos, Ultrasonidos, o más.

CT, Escaneos Dexa, PET/CT, Mamografía, Rayos X y Ultrasonidos: es responsabilidad del paciente llamar para hacer una cita del formulario que le proveemos. Los servicios **NO SON GRATUITOS**. El **paciente es responsable de pagar el servicio** que soliciten los centros de diagnóstico. **No somos responsables** de ningún cobro que establezcan las instalaciones de imágenes. La Clínica Gratuita **no puede** asistir con ninguna forma de pago a los pacientes.

Para la Agencia de Atención Médica del Condado de Ventura: cuando el/la doctor/a solicita enviar una referencia al condado de Ventura, ya sea para cardiología, clínica gastrointestinal, ortopedia, o a otros servicios, **la agencia llamará al paciente para programar una cita. El paciente debe pagar** los honorarios por los servicios. **La Clínica Gratuita NO ES RESPONSABLE** de ningún cobro o factura que la agencia del servicio médico envíe al paciente. La agencia de atención médica siempre le informa al paciente de antemano cuánto costarán los honorarios. Si la agencia de atención médica no le informa del cobro, pregúnteles cuándo llamen para programar la cita.

Al firmar este documento, el paciente acepta y se le notifican las tarifas que los recursos externos pueden facturarle al paciente. El paciente acepta que la Clínica Gratuita no es responsable de las tarifas que los recursos externos puedan facturar al paciente.

Nombre del paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Firma del paciente: _____ Fecha: _____