



Apreciadas familias:

¡Bienvenidos al Centro de Servicios para Niños del Hospital y Centros de Salud Casa Colina! Estamos orgullosos de los extraordinarios servicios y recursos que tenemos disponibles para ustedes y su hijo. Tomamos muy en serio nuestro objetivo de proporcionar la mejor atención que puedan encontrar. Nuestro personal está comprometido con la meta de tratar a su hijo y a su familia como nuestros. Sepa que estamos aquí para ayudarle. Si en cualquier momento no cumplimos sus expectativas, por favor infórmenos.

Lo siguiente será útil para asegurar que las cosas funcionen fácilmente:

1. Espere afuera hasta que lo hayamos identificado y a su hijo. Hay un timbre a la izquierda de la puerta, que puede tocar cuando llegue para informarnos que está aquí.
2. Los copagos (cuando corresponda) deben pagarse en la admisión. No se prestarán servicios si no se pagan.
3. Cuando hay varias cancelaciones mensuales, se evaluará la posible colocación en una programación sin reservas, donde se le llama para presentarse. En la lista de remitidos hay muchos niños, y tomarán el lugar de su hijo si la asistencia se convierte en un problema. Las faltas repetidas a las citas sin llamar previamente a la hora programada conducirán a que su hijo sea retirado de la programación.
4. Comprendemos que hay ocasiones en que tiene que cancelar una cita sin previo aviso. Si su hijo está enfermo, manténgalo en casa y llámenos. Si su hijo ha tenido fiebre las últimas 24 horas, ha vomitado, o tiene exceso de mucosidad o tos, manténgalo en casa.
5. Si corresponde, asegúrese de que tengamos su número de teléfono celular. Si necesitamos comunicarnos con usted en el último minuto, puede que ya esté en camino. Igualmente, infórmenos cualquier cambio de dirección, número telefónico, cobertura de seguros o relaciones con los médicos a medida que ocurran.
6. Los niños no pueden participar en los servicios proporcionados en CSC si no tienen las vacunas al día. Si por un motivo personal no tiene vacunado al niño, entréguenos la documentación escrita de su médico.
7. Mantener las prescripciones y autorizaciones al día es una tarea permanente. Es su completa responsabilidad asegurarse de que las dos estén al día. Nuestro personal administrativo le ayudará si es necesario. Los fallos en estas áreas pueden resultar en suspensión de los servicios o en que se le facturen directamente los servicios prestados.
8. Aunque hacemos todos los esfuerzos para que el terapeuta de su hijo siempre sea el mismo, habrá momentos, debidos a reuniones escolares, vacaciones, enfermedad, etc. en que su hijo puede ser visto por otros terapeutas adecuadamente calificados. De antemano, gracias por su comprensión. Notifíquenos si prefiere no asistir a la sesión si en dichos casos otro terapeuta verá a su hijo.
9. Tenemos un centro de capacitación para muchos programas de escuelas profesionales. Como resultados, su hijo puede tener el privilegio de trabajar con un pasante con el fin de que aprenda



las habilidades profesionales para las cuales ha estudiado tanto. Los pasantes son supervisados de cerca por su clínico director. Si surgen inquietudes, siéntase libre de hablar sobre estas.

10. Durante épocas sin pandemia: Es necesario que todos los niños estén siempre supervisados por un adulto en el parque de juegos. Debido a la cantidad de niños que atendemos, pedimos que mantenga a los hermanos fuera de las salas o gimnasios de terapia. Los hermanos son bienvenidos, con supervisión cercana, en las clases de Inicio Temprano. Además, los equipos de las áreas de gimnasio, aulas de clase y salas de terapia son solo para uso terapéutico con el personal calificado.
11. Por favor llegue a tiempo para su terapia o clase. Es igual de importante que recoja al niño al momento programado de la terminación de su sesión. Seguimos las horas clínicas: Las sesiones de una hora tienen de 45 a 50 minutos de tratamiento directo, y las de 45 minutos, de 30 a 35. Los restantes 10 a 15 minutos de tiempo de terapia se utilizan para la preparación y documentación de la sesión. Es injusto que las sesiones de otros niños se retrasen porque un miembro del personal atiende un niño cuyo padre llega tarde. Además, puede perderse tiempo de comunicación fundamental con el terapeuta relacionada con el cuidado de su hijo.
12. Si su hijo usa pañales o necesita ayuda para ir al baño, haga todo lo posible para permanecer en las instalaciones de manera que esté disponible para las necesidades de ir al baño.
13. Tomamos la seguridad de su hijo muy en serio. Para mantener un entorno de tratamiento seguro, todos los clientes deben registrarse cuando llegan por servicios y reciben un pase de visitante. Cuando completamos la terapia con su hijo, le pedimos el pase de visitante como manera para asegurarnos de entregar el niño al mismo cuidador que lo dejó. Si una persona diferente recogerá al niño luego de la terapia, debe estar en la lista de personas autorizadas y deberá presentar una identificación.
14. Sepa que apreciamos y respetamos la dedicación desinteresada que ofrece a su hijo.

Si en cualquier momento tiene inquietudes sobre el programa de su hijo, no dude en hablar con nuestra directora, Michele Alaniz, OTR/L, o nuestra coordinadora de familia, Susan Stroebel, B.S.

Esperamos tener una buena experiencia juntos. Recuerde que nuestra meta es tratar a su hijo como si fuera nuestro. Los primeros años de Casa Colina estuvieron fundamentados en el deseo de atender las necesidades de niños que requieren atención extraordinaria. Esto es lo que nos sigue motivando hoy en día y nos impulsa hacia el futuro. Gracias por confiar en nosotros para este esfuerzo.

Cordialmente,

El personal del Centro para Niños

Firme a continuación para indicar que ha leído y comprendido la información que se le suministró en esta carta.

X \_\_\_\_\_

Fecha: X \_\_\_\_\_

Testigo: \_\_\_\_\_

Fecha: X \_\_\_\_\_



## FORMULARIO DE ADMISIÓN DE SERVICIOS PARA NIÑOS

Remitido para:    Terapia ocupacional    Terapia física    Terapia de habla    Inicio temprano    INICIO

Fecha de la remisión: \_\_\_\_\_ Nombre del contacto: \_\_\_\_\_

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

N.º de seguro social del paciente: \_\_\_\_\_ Idioma: Inglés, otro: \_\_\_\_\_

Nombre del guardián: \_\_\_\_\_ N.º de seguro social: \_\_\_\_\_

Teléfono celular: \_\_\_\_\_

Nombre del guardián: \_\_\_\_\_

Teléfono celular: \_\_\_\_\_

Dirección (si es diferente a la anterior): \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Teléfono del hogar: \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo: \_\_\_\_\_

Origen de la remisión: \_\_\_\_\_

Nombre del médico: \_\_\_\_\_

Teléfono del médico: \_\_\_\_\_

Diagnóstico: \_\_\_\_\_

Inquietud o motivo de la remisión: \_\_\_\_\_

\*\*\*Para remisión del médico:

¿El niño ha tenido recientemente cirugías, hospitalizaciones o enfermedades?    SÍ    NO

- Si es afirmativo, describa e indique la fecha y los detalles: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



OTROS COMENTARIOS, CONTACTOS, INFORMACIÓN ADICIONAL, INDIQUE A CONTINUACIÓN:

---

---

---

---

---

INFORMACIÓN DE SEGUROS

Compañía de seguros: \_\_\_\_\_ Buscapersonas: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre del asegurado: \_\_\_\_\_ N.º de seguro social: \_\_\_\_\_

Póliza n.º: \_\_\_\_\_

Nombre y número de grupo: \_\_\_\_\_

¿Qué tipo de plan es este?    HMO    PPO    Otro \_\_\_\_\_

Beneficios ambulatorios: \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---



**CENTRO DE SERVICIOS PARA NIÑOS CASA COLINA**  
**Cuestionario de admisión de padres**

**ESCRIBA CLARAMENTE**

**PERFIL DEL NIÑO Y LA FAMILIA:**

Nombre del Niño: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
 Persona que completa el cuestionario: \_\_\_\_\_ Relación al Niño: \_\_\_\_\_  
 Nombre del Padre o Guardían: \_\_\_\_\_  
 Teléfono de Casa: \_\_\_\_\_ Numero Celular: \_\_\_\_\_  
 Correo Electrónico: \_\_\_\_\_  
 Domicilio: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Son Padres: Casados No Casados Separados Divorciados

Otras personas que viven en el hogar: \_\_\_\_\_

¿Su hijo tiene hermanos? (Si es afirmativo, ¿cuántos tiene y cuáles son sus edades?) \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**SERVICIOS:**

Programa	Recibe actualmente y cuánto (ejemplo: 1 vez por semana)	Recibió anteriormente y cuánto (ejemplo: 1 vez por semana)	Nombre de la instalación	Nombre y número telefónico del especialista
Pediatra				
Neurólogo				
Intervención Temprana				
Terapia Ocupacional				
Terapia del Habla				
Terapia Física				
Guardería				
Otro:				

¿Quién remitió a su hijo a esta evaluación? \_\_\_\_\_

Motivo de la necesidad de terapia: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**Historia médica o de salud:**

Diagnósticos actuales: \_\_\_\_\_

Fecha del diagnóstico: \_\_\_\_\_ Edad al diagnóstico: \_\_\_\_\_

Quién diagnosticó a su hijo: \_\_\_\_\_

¿Complicaciones durante el embarazo? Sí No. Si es afirmativo, describa. \_\_\_\_\_

Nacido a término: Sí No. Si no, ¿a las cuántas semanas? \_\_\_\_\_ ¿Peso al nacer? \_\_\_\_\_

¿Complicaciones luego del parto?      Sí      No. Si es afirmativo, describa. \_\_\_\_\_

¿Dificultades de alimentación como recién nacido o infante?      Sí      No. Si es afirmativo, describa. \_\_\_\_\_

¿Alguna vez ha sido hospitalizado su hijo? Si es afirmativo, ¿cuándo y por qué? \_\_\_\_\_

¿Su hijo tienen infecciones crónicas en el oído o tiene tubos en los oídos? \_\_\_\_\_

¿Fecha del último examen de audición? \_\_\_\_\_ ¿Cuáles fueron los resultados? \_\_\_\_\_

¿Fecha del último examen de visión? \_\_\_\_\_ ¿Cuáles fueron los resultados? \_\_\_\_\_

¿Exámenes médicos) sangre, alergias, IRM, EEG, etc.) o de desarrollo (por ejemplo, psicológicos)?  
 ¿ Sí.      No. Si es afirmativo, ¿cuándo y cuáles fueron los resultados? \_\_\_\_\_

Medicamentos actuales (y describa el proposito y frecuencia) \_\_\_\_\_

Indique cualquier alergia: \_\_\_\_\_

¿Tiene su hijo restricciones dietéticas especiales?: \_\_\_\_\_

¿Su hijo duerme toda la noche?      Sí      No.

**¿Su hijo tiene un registro de vacunación actual?**

Sí (Por favor proporcione una copia a la oficina)

No (Pida al personal de la recepción un formulario para optar por exclusión)

### **Hitos del Desarrollo**

Indique la edad a la cual su hijo adquirió las siguientes habilidades. Si su hijo no tiene la habilidad, escriba NA.

\_\_\_\_\_ Se volteó      \_\_\_\_\_ Se sentó solo      \_\_\_\_\_ Se puso de pie solo  
 \_\_\_\_\_ Caminó      \_\_\_\_\_ Habló las primeras palabras

### **Historia Educativa**

¿Su hijo asiste, o ha asistido, a la escuela preescolar?      Sí      No

Si es afirmativo, lugar: \_\_\_\_\_ distrito escolar: \_\_\_\_\_ ¿Cuánto tiempo? \_\_\_\_\_

Indique el nombre de la escuela primaria, media o secundaria, y el distrito escolar, al que asiste su hijo actualmente. \_\_\_\_\_

Nombre del maestro: \_\_\_\_\_ Colocación de grado actual: \_\_\_\_\_

¿Ha expresado el maestro alguna dificultad específica que su hijo pueda tener en o por fuera del salón de clase?      Sí      No      Si es afirmativo, enumere: \_\_\_\_\_

¿Su hijo a recibido evaluaciones o servicios especiales en el sistema de escuelas públicas?

Sí      No      Si es afirmativo, explique: \_\_\_\_\_

¿Su hijo recibe actualmente apoyo para el aprendizaje en la escuela?      Sí      No      Si es afirmativo, ¿con qué frecuencia?: \_\_\_\_\_

¿Su hijo tiene un Plan de Educación Individualizada (IEP)?      Sí      No

¿Cuáles son sus preocupaciones acerca de la participación de su hijo en las actividades diarias?

\_\_\_\_\_

**ESTILO DE APRENDIZAJE**

¿Cuáles cree que son barreras para la educación o aprendizaje de su hijo? Marque **todos** las que apliquen:

- |                                               |                                       |
|-----------------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Idioma               | <input type="checkbox"/> Físico       |
| <input type="checkbox"/> Cognitivo            | <input type="checkbox"/> Comunicativo |
| <input type="checkbox"/> Atención/aprendizaje | <input type="checkbox"/> Motivacional |
| <input type="checkbox"/> Visión               | <input type="checkbox"/> Dolor        |
| <input type="checkbox"/> Audición             | <input type="checkbox"/> Cultura      |
| <input type="checkbox"/> Emocional            | <input type="checkbox"/> Religioso    |

Para interactuar mejor con el terapeuta de su hijo, ¿cuál es su estilo de aprendizaje preferido?

Marque **todos** los que correspondan:

- ☐ Demostración (es decir, el padre prefiere observar el trabajo del terapeuta con el niño y demostrar nuevamente imitando partes de la presentación que funcionan para el niño)
- ☐ Aprendizaje visual (es decir, el padre prefiere leer material escrito sobre teoría, técnicas o estrategias)
- ☐ Aprendizaje auditivo (es decir, el padre prefiere escuchar todo sobre teoría, técnicas o estrategias)
- ☐ Mediante experiencias (es decir, el padre prefiere que el terapeuta demuestre la técnica para que pueda aprender viviendo la experiencia, sentir la presión precisa, tiempo y sutilezas de la presentación)
- ☐ Una combinación de enfoques (es decir, debate, demostración, participación, experiencias, folletos, notas, imágenes, dibujos, grabación de videos y fotos de cámaras instantáneas)

¿Qué metas tiene para su hijo en terapia? (Relacionadas con las habilidades motrices gruesas y finas, habla, lenguaje, autocuidado e integración sensorial) \_\_\_\_\_

---



---



---

**PERFIL DEL NIÑO:**

¿Cuáles son las fortalezas de su hijo? \_\_\_\_\_

¿Cuáles son las actividades favoritas de su hijo? \_\_\_\_\_

¿Las menos favoritas? \_\_\_\_\_

¿Qué motiva más a su hijo? \_\_\_\_\_

## **HABILIDADES DE DESARROLLO**

Siempre independiente      Necesita ayuda      Completamente dependiente/  
No lo hace

### **Desarrollo de autoayuda**

Se quita los calcetines y zapatos (marque uno)  
Se pone los calcetines y zapatos (marque uno)  
Se quita la chaqueta  
Se baja los pantalones  
Se quita los pantalones  
Se sube los pantalones  
Se pone los pantalones  
Se quita la camisa (camiseta)  
Se pone la camisa (camiseta)  
Se puede desabotonar  
Se puede abotonar  
Maneja las cremalleras  
Se puede abrochar y desabrochar (marque uno)  
Se amarra los zapatos  
Se cepilla los dientes  
Se lava las manos  
Se peina  
Se baña solo

¿Su hijo está motivado a intentar tareas de vestirse (por ejemplo, ¿intenta sin éxito quitarse los calcetines)? \_\_\_\_\_

¿Su hijo sabe usar el baño? \_\_\_\_\_

¿Se puede limpiar solo? \_\_\_\_\_

Siempre independiente      Necesita ayuda      Completamente dependiente/  
No lo hace

### **Desarrollo de alimentación**

Consume alimentos sólidos  
Consume una diversidad de alimentos  
Se sienta en la mesa  
Se alimenta solo con los dedos  
Se alimenta solo con cuchara o tenedor (marque uno)  
Bebe de una taza normal  
Succiona de una pajilla  
Corta los alimentos con cuchillo y tenedor  
Puede beber agua solo del grifo  
Puede obtener solo un pasabocas simple  
Se prepara una comida sencilla



¿Tiene alguna preocupación sobre los hábitos de alimentación de su hijo (por ejemplo, es muy selectivo)?  
 Sí No Si es afirmativo, describa \_\_\_\_\_

¿Su hijo necesita que le recuerden que utilice una cuchara en vez de comer con las manos?  
 Sí No

**Participación en la comunidad**

¿Su hijo participa en alguna actividad de la comunidad, como equipos deportivos, niños exploradores, etc.? Enumere: \_\_\_\_\_

¿A su hijo le gusta salir a la comunidad (por ejemplo, ir a un parque, tienda o restaurante)?  
 Sí No Describa: \_\_\_\_\_

¿Su hijo está seguro al estar en la comunidad (toma su mano, camina cerca de usted)?

**Desarrollo social y lúdico**

¿Cuáles son los juguetes, actividades, programas de televisión, videos o música favoritos de su hijo?

¿Su hijo juega adecuadamente con los juguetes? \_\_\_\_\_

¿Qué actividades lúdicas puede hacer su hijo independientemente en casa? \_\_\_\_\_

¿Su hijo juega con estos juguetes o realiza estas actividades que prefiere con otros niños o padres, o lo hace solo?

☐ Otros niños ☐ Padres ☐ Solo

¿Su hijo hace buen contacto visual con adultos y otros niños? \_\_\_\_\_

¿Cómo se relaciona su hijo con sus hermanos (¿Juegan juntos, y a qué juegan?)?

¿Su hijo demuestra interés por otros niños? Sí No Si es afirmativo, ¿cómo demuestra ese interés? \_\_\_\_\_

¿Cómo maneja su hijo a las otras personas que visitan su hogar? \_\_\_\_\_

¿Su hijo puede montar una bicicleta de dos ruedas? Sí No Describa: \_\_\_\_\_

¿Su hijo puede nadar independientemente? Sí No Describa: \_\_\_\_\_

### **Desarrollo Emocional y Conductual**

Marque todas las siguientes que hayan sido o sean actualmente un problema de su hijo.

	Problema Diario	Problema Semanal	Problema Pasado	No es Problema
Dificultad de disciplina				
Se molesta fácilmente				
Rabietas				
No hace contacto con los ojos				
Prefiere estar solo				
Patrones de sueño deficientes				
Destruye los objetos o propiedad				
Se lesiona a sí mismo				
Agresivo con los demás				
Inusualmente activo				
Inusualmente inactivo				
Dificultades con los hermanos				
Dificultades con otros niños				
Dificultad para recibir o dar afecto				
Se frustra fácilmente				

### **Desarrollo del Lenguaje**

¿Tiene alguna preocupación sobre el habla o lenguaje de su hijo?    Sí    No    Si el afirmativo, describa. \_\_\_\_\_

¿Por qué razones se comunica su hijo?

Para expresar necesidades

Para expresar emociones

Para solicitar actividades u objetos

Para interactuar con otras personas

Para compartir información

¿Su hijo comprende las instrucciones verbales?    Casi siempre    Algunas    Muy pocas

Dé ejemplos de instrucciones o comentarios que su hijo obedece o comprende en casa (por ejemplo, hora del baño, quitarse los zapatos, entregar el balón) \_\_\_\_\_

¿Utiliza gestos o acciones para ayudar a su hijo a comprender las instrucciones verbales?    Sí    No

¿Su hijo comenzó alguna vez a usar palabras y luego dejó de balbucear o hablar?    Sí    No

Si es afirmativo, ¿a qué edad comenzó a hablar su hijo? \_\_\_\_\_ ¿A qué edad se detuvo? \_\_\_\_\_

¿En casa se hablan otros idiomas diferentes del inglés? \_\_\_\_\_

¿Su hijo habla claramente (articulación)?    Sí    No

¿Cómo expresa su hijo la frustración? \_\_\_\_\_

<i>Su hijo...</i>	Frecuentemente	Algunas veces	Casi nunca	Edad a la que ocurrió por primera vez
¿Usa palabras sueltas?				
¿Combina palabras (por ejemplo, “más jugo”)?				
¿Habla con frases?				
¿Utiliza dichos o frases conocidas?				
¿Repite palabras?				
Cuando se le pide, ¿intenta repetir palabras o sonidos?				
¿Imita gestos (aplaude, señales con los dedos)?				
¿Utiliza lengua de señas?				

### **HABILIDADES DE DESEMPEÑO:**

¿Su hijo sigue las rutinas diarias o cambios?

Con facilidad, constantemente

Necesita apoyo

Rabietas o se resiste a los cambios

¿Cómo responde su hijo a eventos desafiantes o fuera de la rutina? \_\_\_\_\_

Tolerancia a la frustración: Promedio Deficiente

Nivel de actividad de las actividades diarias: Adecuado Alto Bajo

¿Su hijo se apura durante las actividades trabajosas o difíciles? Sí No

### **HABILIDADES SOCIALES Y LÚDICAS:**

¿Inicia la interacción con los demás? Sí No Si es afirmativo, ¿su hijo tiene amigos por fuera de la familia? \_\_\_\_\_

¿Responde a las interacciones de los demás? Sí No

Sigue convenciones sociales (adecuadas para las expectativas del grupo social): Sí No

Cumple las instrucciones y normas de los adultos: Siempre En ocasiones Nunca

¿Qué áreas de sus habilidades sociales y lúdicas necesita mejorar? \_\_\_\_\_

### **ATENCIÓN A LAS ACTIVIDADES:**

Se concentra en la tarea hasta completarla sin asistencia individual

Necesita redirección repetidamente

Otro: \_\_\_\_\_

### **ORGANIZACIÓN DEL ESPACIO Y OBJETOS**

¿Su hijo puede encontrar rápidamente los objetos que utiliza rutinariamente en la habitación, aula, escritorio o mochila cuando los necesita?	Sí	No
¿Su hijo devuelve los materiales y objetos utilizados rutinariamente al lugar donde se guardan?	Sí	No
¿Su hijo puede mantener su participación en una habitación grande o espacio abierto?	Sí	No
¿Su hijo inicia actividades?	Sí	No
¿Su hijo puede participar en actividades de varios pasos (por ejemplo, manualidades)?	Sí	No
¿Su hijo puede secuenciar o temporizar una tarea?	Sí	No
¿Su hijo participa en actividades nuevas o desconocidas?	Sí	No
¿Su hijo puede subirse o bajarse de los equipos del parque, etc.?	Sí	No
¿Su hijo sigue acciones de canciones o de presentaciones de la clase (festividades o eventos)?	Sí	No

### **PERCEPCIÓN VISUAL:**

¿A su hijo se le dificulta diferenciar entre símbolos similares, como “b” y “p” o “+” y “x”?	Sí	No
¿A su hijo se le dificulta encontrar un objeto dentro de un grupo de otros objetos, como un cajón lleno o entre otros juguetes?	Sí	No
¿A su hijo se le dificulta discriminar entre cambios de nivel de la superficie, como bajarse de un andén o tapete?	Sí	No
¿A su hijo se le dificulta controlar los movimientos oculares, como seguir una pelota con los ojos?	Sí	No

### **OTROS:**

A continuación, o en otra hoja de papel, proporcione cualquier otra información que desee que conozcamos, o que crea que puede ser beneficiosa para nuestra evaluación integral de su hijo. También incluya copias de las libretas de calificaciones recientes, informes de evaluación o documentación académica.

**Toda la información se mantendrá en estricta confidencialidad.**

*Gracias por darnos la oportunidad de apoyar a su hijo y familia.*

Envíe este formulario a:

Casa Colina

Children's Services Center; Building #10

255 E. Bonita Ave.

Pomona, CA 91769-6001

Fax: 909-596-3548

Teléfono: 909-596-7733 Ext. 4200



## LISTA RESUMIDA DE PACIENTES

### Servicios De Paciente Externo

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Tiene **Diabetes**?    Si    No    Si la respuesta es Si, Ha sido hospitalizado o ingresado a la sala de emergencias en los últimos seis meses debido a la alta o baja azúcar en la sangre?    Si    No

**Diagnosticado e Condiciones:**


**Procedimientos Quirúrgicos e Invasivos Importantes:**


**Reacciones Alérgicas a Medicina:**


**Medicamentos:**

Nombre de Medicamento (s)	Dosis	Frecuencia	Corriente (✓)	Fecha Comenzo	Fecha Discontinuo

Historia de bacteria resistente:    Si    No    Si la respuesta es Si, notificar a la enfermera de control de la infección.  
 Historia de las inmunizaciones:    Si    Copia proporcionado    Si optar, vea el formulario.

Updated by:		Date:		Time:		Date:		Time:	
		Date:		Time:		Date:		Time:	
		Date:		Time:		Date:		Time:	
		Date:		Time:		Date:		Time:	

# Hospital y Centros de Salud Casa Colina

## Centro de Servicios para Niños

### Política de faltas y retrasos

Aquí en el Centro de Servicios para Niños de Casa Colina cada paciente es importante para nosotros y por esta razón *solicitamos que los pacientes hagan lo posible por asistir a todas las citas programadas*. Somos conscientes de que en ocasiones es necesario cancelar una cita y solicitamos que todas las cancelaciones se realicen con al menos 24 horas de antelación a la hora de la cita. Comuníquese con la recepción al teléfono 909-596- 7733 ext. 4200. Tenemos un operador disponible de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. También puede dejar un mensaje de voz.

**Citas canceladas o perdidas:** Si cancela o reprograma su cita en menos de 24 horas o no se presenta a una cita, se le cobrará una tarifa de 10 dólares. Un patrón de mala asistencia en el curso de su tratamiento dará lugar a la cancelación de sus futuras citas. Es posible que tenga que volver a su médico antes de que se programen otras citas. Puede ser necesaria una nueva prescripción de servicios. Si desea más información sobre nuestra política de cancelaciones, solicite una copia completa de la política y del procedimiento en la recepción.

---

Inicial

**Citas tardías:** Si llega tarde a una sesión de terapia, se hará todo lo posible por atenderlo. Sin embargo, la cita se puede volver a programar para la siguiente apertura disponible en la agenda de los terapeutas. Si llega con 20 minutos de retraso o más puede que ese día no se le atienda, se le puede dar la opción de asistir al resto del tratamiento, se le puede dar la opción de asistir al resto del tratamiento o volver a programar para otro momento (se aplicarán todos los copagos y tasas de cancelación aplicables, independientemente de la duración del tratamiento).

***Gracias por elegir el Centro de Servicios para Niños de Casa Colina. Agradecemos su comprensión y cooperación para lograr nuestro objetivo mutuo de maximizar los beneficios de su terapia ambulatoria.***

### Operaciones ambulatorias

---

Firma del paciente/tutor legal

---

Fecha

**OPORTUNIDAD PARA QUE EL PACIENTE SE OPONGA A QUE LA ENTIDAD DE CASA COLINA USE O DIVULGUE LA INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA PARA CIERTOS PROPÓSITOS**

Nombre Del Paciente: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

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

Número de teléfono: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Entiendo que la ENTIDAD de CASA COLINA tiene un Aviso de Privacidad de los Procedimientos (el "Aviso"). Por este medio reconozco que por mi revisión del aviso y esta forma, la ENTIDAD de CASA COLINA me ha informado que la información de mi salud puede ser utilizada o divulgada para uno o mas de los cuatro propósitos descritos que siguen.

También entiendo que la ENTIDAD de CASA COLINA no divulgará ninguna de mi información altamente confidencial sobre mi salud (según lo definido adjunto) conforme a esta forma de permiso. "mi información altamente confidencial sobre mi salud" incluye las notas de la sicoterapia y el subconjunto de información protegida sobre mi salud con el cual se relaciona a:

(1) tratamiento de la salud mental y de las inhabilidades de desarrollo; (2) prevención y tratamiento del abuso del alcohol y de la droga; (3) prueba, diagnóstico o tratamiento de VIH/EL SIDA; (4) enfermedad(es) comunicables; (5) prueba genética; (6) abuso y negligencia de niños; (7) abuso doméstico o de personas ancianas; o (8) asalto sexual.

**PROPÓSITOS:**

1. **Directorio De la Entidad de CASA COLINA.** Uso de las piezas siguientes de Información Protegida de la salud sobre mí para mantener un directorio de individuos hospitalizados o en Instalaciones Residenciales de Casa Colina y divulgación de tal información para el propósito del directorio para los miembros del clero y a las personas que pregunten por mí por nombre.
  - a. mi nombre;
  - b. mi localización en la ENTIDAD de CASA COLINA;
  - c. mi condición descrita en términos generales que no comunican la información médica específica; Y
  - d. mi afiliación religiosa (información que solamente puede ser divulgada a los miembros del clero).
2. **Para Incluir a Otros en mi Cuidado.** Divulgación de mi información protegida de salud a un miembro de la familia, a otro pariente, a un amigo íntimo, o alguna otra persona que sea identificada por mí, y que le sea directamente pertinente en el involucramiento con mi cuidado o el pago para mi cuidado.
3. **Para la Notificación de mi Localización. Condición General o de mi Fallecimiento.** Acceso a información de Salud Protegida sobre mí para notificar (o asistir en la notificación) a mis familiares (o a un representante personal o a otra persona responsable de mi cuidado) de mi localización, condición general o fallecimiento.
4. **Para Los Esfuerzos de Ayuda en Caso de un Desastre.** Divulgación de mi Información Protegida de Salud a una entidad pública o privada que ha sido autorizada para asistir en esfuerzos de ayuda en caso de un desastre para coordinar esfuerzos para notificar (o asistiendo en la notificación a) mis familiares (o un representante personal o a otra persona responsable de, mi cuidado) de mi localización, condición general o fallecimiento.

Shared  
Opportunity to Object to PHI Disclosures  
1008S



**OPORTUNIDAD PARA QUE EL PACIENTE SE OPONGA A QUE LA ENTIDAD DE CASA COLINA USE O DIVULGUE LA INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA PARA CIERTOS PROPÓSITOS**

5. Además, el programa de rehabilitación de pacientes hospitalizados utiliza tableros de horarios para proveer a los pacientes, a las familias, a los therapists, a las enfermeras, y a otro personal que participa en el cuidado de pacientes, con información para que pacientes estén enterados de su horario en las sesiones de terapia. El tablero esta fijado en la pared de los cuartos del día e incluye el nombre completo del paciente.
6. El Hospital Casa Colina ha colaborado con CommonWell para ofrecer accesibilidad al Intercambio de Información de Salud (HIE, por sus siglas en inglés). CommonWell es una asociación comercial sin fines de lucro; dedicado a la visión de que los datos de salud deben estar disponibles para las personas y los cuidadores, independientemente de dónde se realice la atención. El HIE conecta a la comunidad de atención médica y permite compartir información de manera electrónica y segura para mejorar la calidad de los servicios de atención médica.

Reconozco que la ENTIDAD de CASA COLINA me ha provisto la oportunidad a:

- 1) convenir con el uso a los accesos descritos arriba;
- 2) solicitar restricciones en algunos de estos usos o accesos; o
- 3) prohibir que se usen o que sean accesibles.

Por mi firma más abajo, convengo por este medio a lo siguiente (marque por favor una de las cajas abajo):

- ☐ el uso y el acceso a información sobre mi salud para todos los seis propósitos descritos arriba.
- ☐ el uso y el acceso a información sobre mi salud solamente para los propósitos siguientes: (circundar por favor el proposito(s) applicable(s)):
- ☐ 1 (Directorio de la Instalación)
- ☐ 2 (Participación de Otros en mi Cuidado)
- ☐ 3 (Notificación a mi Proveedor de Cuidado)
- ☐ 4 (Esfuerzos de Ayuda en Caso de un Desastre)
- ☐ 5 (Tableros del horario para los programas de los hospitalizados solamente)
- ☐ 6 (Inscríbase en CommonWell solo para el intercambio de información de salud)
- ☐ El uso y el acceso a información sobre mi salud para todos los seis propósitos descritos arriba, conforme a las restricciones siguientes:
- ☐ Por mi firma abajo, prohíbo por este medio el uso y el acceso a información sobre mi salud para todos los propósitos enumerados arriba.

\_\_\_\_\_  
Escribir el nombre del representante personal con letra de molde

\_\_\_\_\_  
Parentesco al paciente

Shared  
Opportunity to Object to PHI Disclosures  
1008S

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente (o del Representante Personal)

\_\_\_\_\_  
Fecha/Hora





## **ACUERDO SOBRE EL USO DE CORREO ELECTRÓNICO PARA COMUNICACIONES DEL PACIENTE**

Este Acuerdo sobre el uso de correo electrónico para comunicaciones del paciente (el "Acuerdo") se suscribe el \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 202\_ entre CASA COLINA HOSPITAL AND CENTERS FOR HEALTHCARE (la "Entidad") y \_\_\_\_\_, un paciente individual de la Entidad (el "Paciente").

### **CONSIDERANDOS**

CONSIDERANDO QUE, la Entidad y el Paciente creen que el uso del correo electrónico mejorará las comunicaciones entre el Paciente, la Entidad y los proveedores clínicos de la Entidad (los "Proveedores") respecto a la atención y tratamiento del Paciente, y que también puede servir para acelerar los asuntos administrativos relacionados con los servicios de atención en salud prestados al Paciente;

CONSIDERANDO QUE, el Paciente tienen una relación entidad-paciente confidencial con uno o más miembros del personal o Proveedores de la Entidad, y que ha sido examinado previamente en la Entidad; y

CONSIDERANDO QUE, la Entidad y el Paciente desean establecer por escrito su comprensión respecto a las comunicaciones por correo electrónico, para definir orientaciones claras sobre el uso de dichas comunicaciones.

POR LO TANTO, en consideración a los compromisos y convenios mutuos aquí establecidos, los servicios médicos en curso que la Entidad presta al Paciente, y otras consideraciones valiosas, cuyo recibo y suficiencia se reconocen en el presente, la partes acuerdan lo siguiente:

1. Uso de comunicaciones por correo electrónico. El Paciente acepta y comprende que el Paciente puede utilizar el correo electrónico para comunicarse con los Proveedores respecto a la atención y tratamiento del Paciente, y con la entidad respecto a ciertos asuntos administrativos que surgen en virtud de los servicios de atención en salud prestados al Paciente. El Paciente no utilizará el correo electrónico para comunicarse con los Proveedores y utilizará otros medios de comunicación (como teléfono o visita personal) para:

- (a) Emergencias y otros asuntos de urgencia;
- (b) Solicitudes relacionadas con información sensible; y
- (c) Situaciones en las que la respuesta del Proveedor o la Entidad se demora.

La Entidad y los Proveedores harán los intentos razonables por responder todos los mensajes recibidos por correo electrónico a más tardar en dos (2) días hábiles. No obstante lo anterior, si el Paciente no recibe una respuesta para el fin del horario laboral del segundo día laboral luego del mensaje de correo electrónico del Paciente, el Paciente acepta utilizar otros medios de comunicación para comunicarse con la Entidad o el Proveedor. De igual manera, el Paciente acepta que la Entidad y los Proveedores pueden utilizar su juicio profesional razonable para determinar si responder por correo electrónico es adecuado o práctico, y solicitar que el Paciente hable con la Entidad o Proveedor por teléfono o haga una cita para una visita presencial.

2. Redacción de mensajes de correo electrónico. Al redactar mensajes de correo electrónico para los Proveedores, el Paciente deberá:

- (a) Escribir de manera concisa.

(b) El mensaje debe incluir el nombre completo y número de identificación (si se conoce) del paciente en el asunto, y una breve descripción de la naturaleza de la solicitud (por ejemplo, “relleno de prescripción”, “consejo médico”, “pregunta de facturación”).

(c) Mantener copias de los mensajes de correo electrónico enviados y recibidos.

(d) A solicitud del Proveedor, enviar una respuesta al Proveedor para acusar recibo y revisar el mensaje de correo electrónico del Proveedor.

3. Acceso a las comunicaciones por correo electrónico del Paciente. Al suscribir este Acuerdo, el Paciente comprende y reconoce que puede ser necesario que otros Proveedores, diferentes de aquel a quien se dirigen los mensajes, acceda los mensajes de correo electrónico enviados por el Paciente al Proveedor, para ayudar al Proveedor a organizar y responder los mensajes de correo electrónico recibidos del Paciente, para cubrir al Proveedor si el Proveedor no está disponible, y en algunos casos, para ayudar a generar una respuesta. Por el presente, el Paciente autoriza a cualquier Proveedor de la Entidad a tener acceso a los mensajes de correo electrónico del Paciente. Además, la Entidad puede utilizar personal no médico para organizar y responder a mensajes de correo electrónico relacionados con facturación u otros asuntos administrativos. Por el presente, el Paciente autoriza al personal no médico del consultorio a tener acceso a los mensajes de correo electrónico enviados a los Proveedores o la Entidad, lo que incluye solicitudes relacionadas con asuntos administrativos.

4. Sin responsabilidad. El Paciente acepta que la comunicación por correo electrónico con la Entidad y el Proveedor se ofrece para comodidad del Paciente, y el Paciente no responsabilizará a la Entidad o el Proveedor por ningún gasto, pérdida o perjuicio causado o consecuencia de: (i) retraso en la respuesta de la Entidad o el Proveedor al Paciente o cualquier perjuicio para el Paciente como resultado de dicha demora; fallas técnicas atribuibles al proveedor del servicio de Internet de la entidad; cortes de energía; fallas en el software de mensajería electrónica de la Entidad; omisión de la Entidad, los Proveedores o el Paciente de dirigir correctamente los mensajes de correo electrónico; falla en las computadoras o redes informáticas de la Entidad; falla de los teléfonos o transmisión de datos por cable; (iii) cualquier interceptación de las comunicaciones por correo electrónico del Paciente, los Proveedores o la Entidad por parte de un tercero; o (iii) la omisión del Paciente de cumplir con las orientaciones relacionadas con las comunicaciones por correo electrónico establecidas en el anterior Artículo 1.

5. Confidencialidad. La Entidad y los Proveedores deberán realizar esfuerzos razonables para garantizar la confidencialidad de las comunicaciones por correo electrónico del Paciente, sin embargo, el Paciente comprende que las comunicaciones por correo electrónico con la Entidad no son seguras, y por lo tanto, existe la posibilidad de que confidencialidad de dichas comunicaciones sea vulnerada por un tercero. **Por lo tanto, las comunicaciones relacionadas con asuntos médicos altamente confidenciales debe reservarse para otros medios de comunicación (como teléfono o visita personal).** Si el Paciente accede a la Entidad mediante el sistema de correo electrónico de un empleado, el Paciente debe estar consciente de que el empleador tiene derecho a revisar todas las comunicaciones por correo electrónico transmitidas por el sistema de correo electrónico del empleador.

6. Archivo. La Entidad puede conservar copias de los mensajes de correo electrónico que el Paciente envía a los Proveedores o la Entidad, y también puede incluir dichos mensajes en la historia clínica del paciente.

7. Terminación Este Acuerdo podrá ser terminado por la Entidad si la Entidad determina que el Paciente ha incumplido sus disposiciones. Al momento de la terminación del presente Acuerdo, la Entidad ya no responderá a las comunicaciones por correo electrónico del paciente durante el curso normal de la prestación de servicios al Paciente. Sin embargo, la Entidad se reserva el derecho a responder cualquier comunicación por correo electrónico del paciente, si la Entidad determina que dicha

respuesta es adecuada o práctica.

8. Varios. Este Acuerdo constituirá el entendimiento completo entre las partes respecto a las comunicaciones por correo electrónico y sustituirá todos los entendimientos o acuerdos previos entre las partes, verbales o escritos. Este Acuerdo será regido e interpretado de conformidad con las leyes del Estado de California. La Entidad puede ceder este Acuerdo a un sucesor de todas o sustancialmente todas las acciones o activos de la Entidad.

EN TESTIMONIO DE LO CUAL, la Entidad y el Paciente suscriben este Acuerdo en el día y año anteriormente indicados.

ENTIDAD:

PACIENTE:

Por: \_\_\_\_\_  
Nombre del firmante autorizado

\_\_\_\_\_  
**[Nombre del paciente en letra imprenta]**

\_\_\_\_\_  
Firma autorizada

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente



## CONSENTIMIENTO PARA TOMAR FOTOGRAFÍAS Y AUTORIZACIÓN PARA SU UTILIZACIÓN O DIVULGACIÓN

### CONSENTIMIENTO PARA TOMAR FOTOGRAFÍAS Y AUTORIZACIÓN PARA SU UTILIZACIÓN Y DIVULGACIÓN

Yo, \_\_\_\_\_ (nombre del paciente/persona), autorizo para que me tomen fotografía(s) durante mi tratamiento en Casa Colina Hospital and Centers for Healthcare. Por este medio autorizo para que me tomen fotografías mientras recibo tratamiento en el hospital. El término "fotografía" incluye fotografía estática o en video, en digital o cualquier otro formato, y cualquier otros medios de grabación o reproducción de imágenes, grabaciones en audio, o el uso narrativo de mi historial médico y personal. Este consentimiento incluye mi permiso para que esas fotografías o grabaciones sean transmitidas por medios físicos o electrónicos, por medio de correo electrónico, o por cualquier otro medio que será inventado, de acuerdo con los propósitos indicados.

Por este medio autorizo a el o los siguientes para utilizar o divulgar la(s) fotografía(s)/grabación(es):

- ☐ Casa Colina Hospital and Centers for Healthcare, 255 East Bonita Avenue, Pomona, CA 91767
- ☐ Otro:

(Personas u organizaciones autorizadas para *recibir* la información) (Dirección: calle, ciudad, estado, código postal)

### PROPÓSITO

Por este medio autorizo la utilización o divulgación de la(s) fotografía(s) para los siguientes usos o fines: (describa los usos permitidos; por ejemplo, distribución al personal de Casa Colina Hospital and Centers for Healthcare, médicos, profesionales de la salud y miembros del público, para fines educativos, terapéuticos, de investigación, científicos, de relaciones públicas, marketing, medios noticiosos, y caritativos):

---

---

---

Autorizo para que me tomen fotografías y autorizo la utilización y divulgación de las mismas con el fin de ayudar a alcanzar metas científicas, de tratamiento, educativas, de relaciones públicas y caritativas, y por este medio, desisto de cualquier derecho a compensación por dichos usos en virtud de la autorización que antecede. Por este medio, mis sucesores o cesionarios y yo eximimos al hospital, a sus empleados, a mi(s) médico(s) y a cualquier otra persona que participe en mi atención, así como a sus sucesores y cesionarios, de cualquier reclamo de perjuicio o compensación que pudiera resultar de las actividades autorizadas en este acuerdo.

### MIS DERECHOS

Esta autorización es para uso ilimitado sin restricción a menos que se revoque por escrito de otra manera.

Puedo inspeccionar u obtener una copia de la fotografía cuya utilización o divulgación estoy autorizando.

Tengo derecho de recibir una copia de esta autorización.

La información divulgada conforme a esta autorización podría ser divulgada nuevamente por el receptor. Esta divulgación posterior en algunos casos no está protegida por las leyes de California y podría ya no estar protegida por la ley federal de protección de la confidencialidad (HIPAA).

Si marcó esta casilla [ ], el Casa Colina Hospital and Centers for Healthcare recibirá compensación por la utilización o divulgación de mi(s) fotografía(s).

## **FIRMA**

Fecha: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_ am/pm

Firma: \_\_\_\_\_  
(paciente/representante/cónyuge/tercero con responsabilidad financiera)

Si firma un tercero y no el paciente, indique su relación legal con éste:

\_\_\_\_\_

Testigo: \_\_\_\_\_



## **HOSPITAL Y CENTROS DE SALUD CASA COLINA CONDICIONES DE ADMISIÓN PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS, OBSERVACIÓN Y PROCEDIMIENTOS AMBULATORIOS**

A los efectos de este documento, el término "paciente" o "yo" significa el paciente, el representante legal del paciente (ejemplo, padre, tutor, guardián, carta poder duradera para atención médica) o clientes residenciales del Hospital y Centros de Salud Casa Colina (en adelante, Casa Colina).

### **CONSENTIMIENTO PARA PROCEDIMIENTOS MÉDICOS, DE TERAPIA Y QUIRÚRGICOS**

Doy mi consentimiento a los procedimientos que pueden ser realizados durante esta hospitalización o mientras esté ambulatorio. Estos pueden incluir, pero no están limitados a tratamiento o servicios de emergencia, procedimientos de laboratorio, exámenes de rayos-x, médicos, de terapia, o tratamiento o procedimientos quirúrgicos, servicios de telemedicina, anestesia, o servicios que se me brinden bajo instrucciones generales y especiales de mi médico o cirujano. Entiendo que la práctica de medicina, terapias y cirugía no son una ciencia exacta y el diagnóstico, tratamiento y terapias pueden involucrar riesgos de lesiones o incluso la muerte. Reconozco que no se me han hecho garantías con respecto al resultado de un examen, tratamiento o terapia en este hospital.

### **SERVICIOS DE ENFERMERÍA**

Casa Colina sólo ofrece servicio de enfermería general y cuidado ordenado por el/los médico(s). Si quiero un servicio de enfermera privado, estoy de acuerdo en hacer tales arreglos. Casa Colina es no responsable por el incumplimiento de proporcionar una enfermera privada y por este medio se le exime de cualquier y toda responsabilidad que surja por el hecho de que Casa Colina no proporciona este cuidado adicional.

### **RELACIÓN LEGAL ENTRE EL HOSPITAL Y LOS MÉDICOS**

Todos los médicos y cirujanos que me proporcionan servicios, incluyendo el radiólogo, patólogo, anestesiólogo y otros, han sido otorgados el privilegio para usar Casa Colina para el cuidado y

Patient Label or  
Patient Name:  
MR#:

Account #:

tratamiento de pacientes, pero no son empleados, representantes o agentes de Casa Colina. Ellos son médicos independientes. Estos médicos facturarán sus servicios por separado.

Iniciales del Paciente: \_\_\_\_\_

Entiendo que estoy bajo el cuidado y la supervisión de mi médico tratante. Casa Colina y su personal de enfermería, de terapia y otro personal médico son responsables de llevar a cabo las instrucciones de mi médico. Mi médico o cirujano es responsable de obtener mi consentimiento informado, cuando sea necesario para tratamiento médico, de procedimiento, o quirúrgico, procedimientos especiales diagnóstico o terapéutico, o servicios provistos a mí por las instrucciones generales y especiales de mi médico.

### **PERTENENCIAS PERSONALES**

Como un paciente, se me exhorta a dejar artículos personales en casa. Casa Colina mantiene una caja fuerte a prueba de fuego para guardar dinero y objetos de valor y no es responsable por la pérdida o daño de cualquier dinero, joyas, documentos, anteojos, dentaduras, audífonos, teléfonos celulares, computadores portátiles, otros dispositivos electrónicos personales, u otros artículos que no estén en la caja fuerte. La responsabilidad de Casa Colina por la pérdida de cualquier propiedad personal depositada bajo la custodia de Casa Colina está limitada por ley a quinientos dólares (\$500) a menos que reciba de Casa Colina un recibo por escrito por una cantidad mayor cantidad.

### **PACIENTES LLAMANDO AL SISTEMA DE ASISTENCIA**

Para seguridad del paciente, algunas de las unidades para pacientes de Casa Colina tienen sistemas de circuito cerrado audiovisuales que permiten al paciente y a la persona en la estación de enfermería respondiendo a la llamada que se vean en una pantalla audiovisual durante su interacción. Se trata de un sistema interactivo en tiempo real que no almacena esas interacciones. El suscrito reconoce el derecho de Casa Colina para comunicarse entre la estación de enfermería y la habitación del paciente a través de estos sistemas.

### **ACUERDO FINANCIERO**

Estoy de acuerdo a pagar inmediatamente todas las cuentas de hospital de acuerdo con los precios mencionados en la lista de precios por servicios de Casa Colina y, si aplicable, al programa de asistencia caritativa y políticas de pago con descuento de Casa Colina y de la ley estatal y federal. Entiendo que puedo revisar la lista de precios por servicios de Casa Colina antes (o después) de recibir servicios de Casa Colina. Entiendo que todos médicos y cirujanos, incluyendo el radiólogo, patólogo, anestesiólogo, y otros, cobraran sus servicios por separado. Si cualquier cuenta es referida a un abogado o agencia de cobro para colección, pagaré los honorarios de abogados

Patient Label or  
Patient Name:  
MR#:

Account #:

correspondientes y los gastos por colección. Todas las cuentas morosas generan intereses a la tasa legal, a menos que sea prohibido por la ley.

Iniciales del Paciente: \_\_\_\_\_

### **ASIGNACIÓN DE TODOS LOS DERECHOS Y BENEFICIOS**

El suscrito autoriza, ya sea que él o ella firme como un agente o como el paciente, la asignación y transferencia a Casa Colina de todos derechos, beneficios, y cualesquiera otros intereses en relación con cualquier plan de seguro, plan de beneficio de salud, u otra fuente de pago para mí cuidado. Esta asignación incluirá asignar y autorizar el pago directo a Casa Colina de todos los beneficios del seguro y plan pagaderos para esta hospitalización o para estos servicios ambulatorios. El suscrito conviene que el pago del asegurador o plan a Casa Colina conforme a esta autorización cumplirán sus obligaciones al grado de tal pago. El suscrito entiende que es responsable financieramente por los cargos no pagados según esta asignación, en la medida en que lo permita la ley estatal y federal. El suscrito conviene a cooperar con, y tomar todos pasos razonablemente solicitados por, este hospital para perfeccionar, confirmar, o validar esta asignación.

### **CONTRATOS DE PLANES DE SALUD**

Casa Colina mantiene una lista de planes de salud con quienes tienen contratos. Una lista de tales planes está disponible a solicitud en la Oficina de Admisiones para Hospitalización, en el área de registro de pacientes ambulatorios, o en el sitio web de Casa Colina en [casacolina.org](http://casacolina.org). Todos los médicos y cirujanos, incluyendo el radiólogo, patólogo, anestesiólogo, y otros, cobrarán sus servicios por separado. Es mi responsabilidad determinar si Casa Colina o los médicos proporcionándome servicios participan en mi plan de salud. El suscrito acepta que él o ella está obligado individualmente a pagar los cargos completos de todos los servicios prestados al paciente por Casa Colina si el paciente pertenece a un plan que no aparece en la lista antes mencionada.

### **ASISTENCIA FINANCIERA**

Si usted no tiene cobertura de seguro, usted PUEDE calificar para asistencia financiera. Casa Colina tiene un programa para ayudar a los pacientes sin seguro y de bajos ingresos con asistencia de descuento o caritativa para los servicios de Casa Colina. Casa Colina también podrá acordar ayudarle a establecer planes de pago a aquellas personas que necesitan este tipo de asistencia. Para obtener más información sobre su elegibilidad para ayuda financiera o para establecer un plan de pago, por favor pida ayuda al personal del Departamento de Admisiones o de Registro, o llame al Director de Contabilidad del Paciente en (909) 596-7733 Ext. 2166 o Ext. 3254 para asistencia.

Patient Label or  
Patient Name:  
MR#:

Account #:



**LISTA DE PRECIO POR SERVICIOS**

Para proporcionarle a usted información que necesita para tomar decisiones de atención médicas, Casa Colina pone a su disposición información de la Lista de Precios por Servicios. La Lista de Precio por Servicios es una lista completa de todos los servicios, suministros y procedimientos ofrecidos en Casa Colina junto con sus cargos correspondientes. Esta es la lista principal usada para crear la cuenta del paciente. Nuestra Lista de Precio por Servicios está disponible para su revisión en nuestro Departamento de Servicios Financieros del Paciente previa cita. Un estimado de sus cuentas está disponible a solicitud. Póngase en contacto con el Departamento de Servicios Financieros del Paciente en (909) 596-7733, ext. 2166 ó 3254 para asistencia.

**CONSENTIMIENTO PARA FOTOGRAFIAR**

Por la presente consiento a ser fotografiado mientras reciba tratamiento en Casa Colina. El término **"fotografía"** como se usa en este documento, incluye video o fotografía, en formato digital o cualquier otro, y de cualquier otro medio de grabación o reproducción de imágenes.

Entiendo que las imágenes de dicha fotografía pueden usarse para mi diagnóstico, tratamiento o terapia, o para operaciones de atención médica de Casa Colina tales como programas de capacitación y educación, evaluación de sus pares o educación médica, según mi médico tratante u otro personal clínico estime pertinente.

La fotografía para otros propósitos tales como investigación, publicación, fuera del sistema de educación, marketing, relaciones públicas, o noticias o documental requiere que se obtenga un formulario de consentimiento adicional.

**PARTICIPACIÓN EN PROGRAMAS DE EDUCACIÓN**

A menos que se le notifique por escrito a Casa Colina lo contrario, como parte del programa de educación de salud de esta institución, residentes y estudiantes asociados a programas afiliados aprobados pueden observar o participar en la atención al paciente o en actividades que apoyen la atención del paciente. Estas personas pueden estar presentes durante los tratamientos y procedimientos y pueden realizar servicios limitados bajo la supervisión de los médicos de Casa Colina u otras personas calificadas para la supervisión de sus actividades.

**SOLAMENTE PARA BENEFICIARIOS DE MEDICARE**

Se me ha proporcionado una copia del "Mensaje Importante de Medicare" y he completado o proporcionado información para la opción secundaria de Medicare.

Iniciales del paciente: \_\_\_\_\_

Patient Label or  
Patient Name:  
MR#:

Account #:

Solamente para Pacientes en Rehabilitación: Se me ha proporcionado una copia del "Resumen de Recolección de Datos e Información para Pacientes en Centros de Rehabilitación para Pacientes Hospitalizados" y la "Declaración de la Ley de Privacidad – Expedientes Médicos".

Iniciales del paciente: \_\_\_\_\_

### **MANUAL DEL PACIENTE Y LA FAMILIA**

Se me ha proporcionado una copia del Manual del Paciente y la Familia. Entiendo que este libro contiene información importante, incluyendo, pero no limitado a, los derechos y responsabilidades del paciente, declaraciones de voluntad anticipada y políticas importantes de Casa Colina. Entiendo que es mi responsabilidad revisar esta información.

### **DERECHOS DEL PACIENTE CON RESPECTO A VISITAS**

Se me ha proporcionado un folleto sobre los derechos del paciente para visitas.

### **AVISO SOBRE LA AUSENCIA DE COBERTURA DE UN MEDICO INTERNO LAS 24 HORAS**

De acuerdo con 42. C.F.R. Sección 489.20(w), esta notificación sirve para informarle a los pacientes ingresados a los servicios de hospitalización del Hospital Casa Colina, que no se proporciona la cobertura de médico interno las 24 horas. Casa Colina ha establecido un Equipo de Respuesta Rápida cuyo objetivo es mejorar los resultados de pacientes hospitalizados al proporcionar un medio para la intervención rápida y oportuna de un paciente con cambios de estado crítico. El Equipo de Respuesta Rápida es un grupo de médicos que aportarán conocimientos de cuidados críticos al paciente que está experimentando cambios de estado crítico. El equipo consiste en una Enfermera Titulada entrenada en ACLS, Terapeuta Respiratorio Registrado entrenado en ACLS y la enfermera de piso cuidando al paciente. Un médico, si hay un interno, responderá. Si no hay médico interno, nos comunicaremos por teléfono inmediatamente con el médico tratante del paciente después de la evaluación inicial del equipo. Si no nos podemos comunicar con el médico tratante y el paciente tiene otro médico en su caso, como el médico de rehabilitación o cirujano del paciente, nos comunicaremos con ese médico. El equipo permanecerá en contacto con el médico que va dirigir la atención.

El médico puede responder a las necesidades del paciente y venir al centro o determinar que el paciente deba ser transferido a otro nivel de cuidado dentro de Casa Colina, o si no se proporcionan los servicios necesarios en Casa Colina, el paciente puede ser transferido a otro centro de cuidado crítico donde se prestan los servicios. Si el paciente tiene o desarrolla una emergencia que pone en peligro su vida que no puede ser tratado en Casa Colina, el Sistema Médico de Emergencia (911) será comenzado y las medidas de apoyo se proporcionarán hasta que lleguen.

Patient Label or  
Patient Name:  
MR#:

Account #:

**DECLARACION DE VOLUNTAD ANTICIPADA**

Cuando se le pregunta al paciente si ha elaborado o no una Declaración de Voluntad Anticipada, el suscrito respondió: (marque las casillas que son aplicables)

- ☐ No, el paciente no tiene una Declaración de Voluntad Anticipada
- ☐ Información Proporcionada
- ☐ Rechaza la información
- ☐ Menor, menos de 18 años de edad
- ☐ Sí y una copia debe ser traída por la familia o pareja
- ☐ Sí, pero una copia no está disponible; se refiere al paciente a los servicios sociales
- ☐ Paciente no puede proporcionar la información debido a condición médica; referido a los servicios sociales
- ☐ Paciente solicitó asistencia para formular una Declaración de Voluntad Anticipada; se refiere al paciente a los servicios sociales
- ☐ Sí y copia está incluida en el expediente médico

**Información sobre la Calidad del Cuidado**

Recursos en línea están disponibles para usted con respecto a la calidad de la atención proporcionada por los hospitales y sistemas salud a nivel nacional.

Comisión Conjunta de Acreditación de Organizaciones de Salud

<http://www.QualityCheck.org/>

Hospital Compare

<http://www.hospitalcompare.hhs.gov>

HealthGrades

<http://www.HealthGrades.com>

**ACUSE DE RECIBO DEL AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD**

Al colocar mis iniciales en esta sección, acuso recibo del "Aviso de Prácticas de Privacidad" de Casa Colina. El "Aviso de Prácticas de Privacidad" explica cómo Casa Colina puede utilizar y revelar mi información de salud protegida. Casa Colina me alienta a leerlo en su totalidad.

Casa Colina puede cambiar el "Aviso de Prácticas de Privacidad". Si se cambia el aviso, puedo obtener una copia del aviso revisado al:

- Acceder al sitio web de Casa Colina en [www.casacolina.org](http://www.casacolina.org); o

Patient Label or  
Patient Name:  
MR#:

Account #:

- Ponerse en contacto con el Departamento de Admisiones en (909) 596-7733 o llame gratis (866) 724-4127 ext. 3900; o
- Ponerse en contacto con el Departamento de Servicios Ambulatorios en (909) 586-7733 o llame gratis (866) 724-4127 ext. 3500; o
- Ponerse en contacto con el Oficial de Privacidad de Casa Colina en (909) 596-7733, ext. 3410

Iniciales del Paciente: \_\_\_\_\_

*Si no es posible obtener el Acuse de Recibo del paciente o representante del paciente de la Notificación de Prácticas de Privacidad, describa los esfuerzos de buena fe hechos para obtener el Acuse Recibo de la persona y las razones por que no se obtuvo el Acuse Recibo:*

☐ *Paciente se negó a firmar este Acuse de Recibo aun cuando se le pidió al paciente hacerlo y el paciente fue dado el Aviso de Prácticas de Privacidad*

☐ *Otro:* \_\_\_\_\_

☐ *Aviso de Prácticas de Privacidad de la información fue dejado en la cabecera.*

*Fecha:*\_\_\_\_\_ *Hora:*\_\_\_\_\_ *AM/PM*

*Firma:* \_\_\_\_\_  
(Representante del Proveedor)

*Imprimir nombre:* \_\_\_\_\_

Patient Label or  
Patient Name:  
MR#:

Account #:

**CERTIFICACIÓN PARA SERVICIOS QUIRÚRGICOS DE HOSPITALIZACIÓN, OBSERVACIÓN Y AMBULATORIO**

Certifico que he leído lo anterior y recibí una copia del mismo. Soy el paciente, el representante legal del paciente, o estoy autorizado por el paciente a firmar lo anterior y aceptar sus términos en su nombre.

Fecha: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_ AM / PM

Firma: \_\_\_\_\_  
(paciente/representante legal)

Si el firmado por alguien otro que el paciente, indique su relación:

Imprimir nombre: \_\_\_\_\_  
(representante legal)

Firma: \_\_\_\_\_  
(testigo)

Imprimir nombre: \_\_\_\_\_  
(testigo)

Original: Expediente Médico

Copias: Paciente (o quien haya firmado el formulario)

Persona financieramente responsable (si no es el paciente o quien firma el formulario)

Patient Label or  
Patient Name:  
MR#:

Account #:



**CASA COLINA HOSPITAL AND CENTERS FOR HEALTHCARE  
NORMAS DE CONFIDENCIALIDAD: ACUSO DE RECIBO**

Al firmar este formulario, usted acusa el recibo del “Informe de Normas de Confidencialidad” de [name of covered entity]. Nuestro “Aviso de prácticas de privacidad” le informa cómo podemos utilizar y divulgar su información de salud protegida. Le recomendamos que lo lea por completo.

Podemos cambiar nuestro “Aviso de prácticas de privacidad.” Si hacemos modificaciones en el informe, usted puede obtener una copia del informe enmendado de este modo: [visite nuestra sede en la red/ comuníquese con nuestra organización llamando al número (909) 596-7733.<sup>1</sup>

Si tiene alguna pregunta acerca de nuestro “Informe de Normas de Confidencialidad,” puede comunicarse con: Debra Schultz, Privacy Officer at (909) 596-7733 ext. 3410.

---

Acuso el recibo del “Informe de Normas de Confidencialidad” de Casa Colina and Centers for Healthcare.

Fecha: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_ AM / PM

Firma: \_\_\_\_\_  
(*paciente o representante legal*)

Si no lo firma el paciente, indique la relación con éste: \_\_\_\_\_

Nombre en letra de imprenta: \_\_\_\_\_  
(*representante legal*)

---

<sup>1</sup> This section applies only if the Covered Entity has reserved the right to change its privacy practices. It is recommended that providers reserve this right.



## **Política de No Discriminación**

El Hospital y Centros de Salud Casa Colina, como receptor de asistencia financiera federal, no excluye, niega beneficios a, o de otra forma discrimina a ninguna persona por su raza, color, origen nacional, discapacidad, sexo, orientación sexual, identidad de género, religión, credo o edad en la admisión a, participación en, o para recibir los servicios y beneficios bajo cualquiera de sus programas y actividades, y en las asignaciones de personal y empleado a los pacientes, ya sean realizados por el Hospital y Centros de Salud Casa Colina directamente o a través de un proveedor o cualquier otra entidad con la cual el Hospital y Centros de Salud Casa Colina delegue para que lleve a cabo sus programas y actividades.

Esta declaración es de acuerdo con las disposiciones del Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964 (la no discriminación por raza, color, origen nacional), la Sección 504 de la Ley de Rehabilitación de 1973 (la no discriminación por discapacidad), la Ley de Discriminación por Edad de 1975 (la no discriminación por razones de edad), los reglamentos del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE.UU. emitidos de conformidad a estas tres leyes en el Título 45, Artículos 80, 84 y 91 del Código de Reglamentos Federales.

Asimismo, el Hospital y Centros de Salud Casa Colina, de acuerdo con la Sección 1557 de la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Asequible de 2010, 42 U.S.C. § 18116, no excluye, niega beneficios a, o de otra forma discrimina a ninguna persona por su sexo (incluyendo la identidad de género) en la admisión a, participación en, o para recibir servicios y beneficios bajo cualquiera de sus programas de salud y actividades, y en las asignaciones de personal y empleado, ya sean realizados por el Hospital y Centros de Salud Casa Colina directamente o a través de un proveedor o cualquier otra entidad con la cual el Hospital y Centros de Salud Casa Colina delegue para que lleve a cabo sus programas y actividades.

En caso de preguntas, por favor llame al:

1-909-596-7733, Ext. 6014, (TTY: 1-909-596-3656)



Fecha de entrada en vigor:  
2/15/16

## **AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD**

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE USAR Y DIVULGAR LA INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED Y CÓMO PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR, REVÍSELO ATENTAMENTE.

Si tiene alguna pregunta sobre este aviso, llame al Funcionario de Privacidad al (909) 596-7733 EXT 3410.

Para el resto de este documento, Casa Colina Hospitals and Centers for Healthcare se llamará "Casa Colina".

### **QUIÉN CUMPLIRÁ CON ESTE AVISO**

Este aviso describe las prácticas de Casa Colina y de:

- Cualquier profesional sanitario autorizado a ingresar información en su registro médico de Casa Colina.
- Todos los departamentos y unidades de Casa Colina.
- Cualquier miembro de un grupo de voluntarios que esté autorizado a ayudarnos mientras usted está en Casa Colina.
- Todos los empleados, el personal y otros miembros del personal de Casa Colina.

Todas las entidades, centros y sitios de Casa Colina que cumplan con las mismas condiciones de este aviso. Además, estas entidades, centros y sitios pueden compartir información médica entre sí con los fines de tratamiento, pago u operaciones de atención médica descritos en este aviso.

### **NUESTRO COMPROMISO CON RESPECTO A LA INFORMACIÓN MÉDICA**

Comprendemos que la información médica sobre usted y su salud es personal. Nos comprometemos a proteger la información médica sobre usted. Hemos creado un registro de la atención y los servicios que recibe en Casa Colina. Necesitamos este registro para brindarle atención de calidad y cumplir con ciertos requisitos legales. Este aviso se aplica a todos sus registros de atención generados por Casa Colina, ya sea que sean hechos por el personal de Casa Colina o su médico personal. Su médico



personal puede tener normas o avisos distintos con respecto al uso y la divulgación que haga el médico de su información médica creada en el consultorio del médico o en la clínica.

Este aviso le informará las formas en las que podemos usar y divulgar su información médica. También describe sus derechos y ciertas obligaciones que tenemos con respecto al uso y la divulgación de la información médica.

Por ley, tenemos la obligación de:

- Asegurarnos de que la información médica que lo identifica se mantenga confidencial (con ciertas excepciones);
- Darle este aviso sobre nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad con respecto a la información médica sobre usted; y
- Seguir las condiciones del aviso que están actualmente en vigencia.

## **CÓMO PODEMOS USAR Y DIVULGAR LA INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED**

Las siguientes categorías describen distintas maneras en las que podemos usar y divulgar la información médica. Le explicaremos qué significa cada categoría de usos y divulgaciones y trataremos de darle algunos ejemplos. No se enumerará cada uso o divulgación en una categoría. Sin embargo, todas las formas en las que se nos permite usar y divulgar información corresponderán a una de las categorías.

### **DIVULGACIÓN SI LO SOLICITA**

Podemos divulgarle información si lo solicita. Se puede necesitar su autorización por escrito si solicita esta divulgación.

### **PARA TRATAMIENTO**

Podemos usar la información médica sobre usted para brindarle tratamiento o servicios médicos. Podemos divulgar información médica sobre usted a los médicos, enfermeras, terapeutas, técnicos, estudiantes sanitarios u otros miembros del personal de Casa Colina que estén involucrados en su cuidado en Casa Colina. Por ejemplo, un médico que lo atienda debido a una fractura en la pierna podría necesitar saber si tiene diabetes ya que la diabetes puede retrasar el proceso de cicatrización. Además, el médico puede necesitar decirle al nutricionista si tiene diabetes para que pueda coordinar los alimentos adecuados. Distintos departamentos de Casa Colina también pueden divulgar información médica sobre usted para coordinar las diferentes cosas que necesite, tales como recetas, análisis de laboratorio o radiografías. También podemos divulgar información médica sobre usted a personas fuera de Casa Colina que puedan estar involucradas en su atención médica después de que abandone Casa Colina, tales como centros especializados de enfermería, agencias de atención médica

en el hogar y médicos u otros médicos generales. Por ejemplo, podemos darle acceso a su médico a su información médica para ayudarlo a tratarlo.

## **PARA PAGOS**

Podemos usar y divulgar información médica sobre usted para que el tratamiento y los servicios que recibe en Casa Colina se le puedan facturar y el pago se le pueda cobrar a usted, a su compañía de seguros o a un tercero. Por ejemplo, podemos necesitar dar información sobre alguna cirugía que haya recibido en Casa Colina a su plan de atención médica para que nos pague o para reembolsarle por la cirugía. También podemos decirle a su plan médico sobre un tratamiento que vaya a recibir para obtener aprobación previa o para determinar si el plan va a cubrir el tratamiento. También podemos darle información sobre usted y su plan médico, compañía de seguros u otra fuente de pago a los médicos generales fuera de Casa Colina que están involucrados en su atención para ayudarlos a obtener el pago por los servicios que le brinden. Sin embargo, no podemos divulgar información a su plan médico con fines de pago si usted nos lo solicita y si usted mismo está pagando por estos servicios.

## **PARA OPERACIONES DE ATENCIÓN MÉDICA**

Podemos usar y divulgar información médica sobre usted para operaciones de atención médica. Estos usos y divulgaciones son necesarios para administrar Casa Colina y asegurarnos de que todos nuestros pacientes reciban atención de calidad. Por ejemplo, podemos usar la información médica para revisar nuestro tratamiento y servicios y para evaluar el desempeño de nuestro personal al cuidarlo. También podemos combinar información médica sobre muchos pacientes de Casa Colina para decidir qué servicios adicionales Casa Colina debe ofrecer, qué servicios no se necesitan y si algunos nuevos tratamientos son eficaces. También podemos divulgar información a los médicos, enfermeras, terapeutas, técnicos, estudiantes médicos y sanitarios y otros miembros del personal de Casa Colina con fines de evaluación y aprendizaje. También podemos combinar la información médica que tenemos con información médica de otros centros sanitarios para comparar cómo estamos y para ver dónde podemos hacer mejoras en la atención y los servicios que ofrecemos. Podemos eliminar información que lo identifique de este conjunto de información médica para que otros puedan usarla para analizar la atención médica y la prestación de atención médica sin saber quiénes son los pacientes específicos.

## **ACTIVIDADES DE RECAUDACIÓN DE FONDOS**

Podemos usar información sobre usted o divulgar dicha información a la Fundación Casa Colina para contactarlo en un esfuerzo para recaudar dinero para Casa Colina y sus operaciones. Tiene el derecho de negarse a recibir comunicados sobre

recaudaciones de fondos. Si recibe este tipo de comunicado, se le dirá cómo dejar de recibirlo.

## **GUÍA TELEFÓNICA DE CASA COLINA**

Podemos incluir cierta información limitada sobre usted en la guía telefónica de Casa Colina mientras es un paciente o residente de Casa Colina. Esta información puede incluir su nombre, ubicación en Casa Colina, su condición general (por ejemplo, buena, regular, etc.) y su afiliación religiosa. A menos que haya una solicitud específica escrita por usted para lo contrario, esta información de la guía telefónica, salvo su afiliación religiosa, también se puede divulgar a personas que pregunten por usted por su nombre. Su afiliación religiosa se podrá revelar a un miembro del clero, tal como un sacerdote o rabino, aunque no pregunten por usted por su nombre. Esta información se divulgará para que su familia, amigos y el clero puedan visitarlo en Casa Colina y sepan cómo está de forma habitual.

## **PUBLICIDAD Y VENTAS**

La mayoría de usos y divulgaciones de información médica con fines de publicidad y las divulgaciones que constituyan una venta de información médica requerirán su autorización.

## **PARA LAS PERSONAS INVOLUCRADAS EN SU ATENCIÓN O EL PAGO DE SU ATENCIÓN**

Podemos divulgar información médica sobre usted a un amigo o familiar que esté involucrado en su atención médica. También podemos darle información a alguien que ayude a pagar su atención. A menos que haya una solicitud específica escrita por usted para lo contrario, también podemos decirles a sus familiares o amigos sobre su condición y que está en Casa Colina.

Además, podemos divulgar información médica sobre usted a una organización que brinde socorro en caso de catástrofes para que su familia pueda ser notificada sobre su condición, estado y ubicación. Si hay alguna situación urgente en la cual usted esté inconsciente o no pueda comunicarse, tenemos la obligación de tratar de contactar a alguien que pueda tomar decisiones de atención médica sobre usted (por ejemplo, un familiar o un agente con un poder notarial de atención médica).

## **PARA INVESTIGACIÓN**

En algunas circunstancias, podemos usar y divulgar información médica sobre usted con fines de investigación. Por ejemplo, un proyecto de investigación puede consistir en la comparación de la salud y la recuperación de todos los pacientes que recibieron un medicamento con aquellos que recibieron otro para la misma afección. Todos los

proyectos de investigación, sin embargo, están sujetos a un proceso de aprobación especial. Este proceso evalúa un proyecto de investigación propuesto y su uso de información médica. Antes de que usemos o divulguemos información médica para investigación, el proyecto tendrá que haber sido aprobado a través de este proceso de aprobación de investigación, pero podemos, sin embargo, divulgar información médica sobre usted a personas que se estén preparando para realizar un proyecto de investigación, por ejemplo, para ayudarlos a buscar a pacientes con necesidades médicas específicas, siempre y cuando la información médica que revisen no salga de Casa Colina.

## **COMO LO EXIJA LA LEY**

Divulgaremos información médica sobre usted cuando la ley local, estatal o federal lo exija.

## **PARA EVITAR UNA AMENAZA GRAVE A LA SALUD O LA SEGURIDAD**

Podemos usar y divulgar información médica sobre usted cuando sea necesario para evitar una amenaza grave a su salud o seguridad o a la salud y la seguridad del público o de otra persona. Cualquier divulgación, sin embargo, solo será a alguien que pueda ayudar a evitar la amenaza.

## **SITUACIONES ESPECIALES**

### **DONACIÓN DE ÓRGANOS Y TEJIDOS**

Podemos divulgar información médica a organizaciones encargadas de obtener órganos o trasplantes de órganos, ojos o tejidos o para un banco de donación de órganos, como sea necesario para facilitar la donación o trasplante de órganos o tejidos.

### **MILITARES Y VETERANOS DE GUERRA**

Si usted es miembro de las fuerzas armadas, podemos divulgar información médica sobre usted tal como lo exijan las autoridades del comando militar. También podemos divulgar información médica sobre personal militar extranjero a la autoridad militar extranjera apropiada.

### **INDEMNIZACIÓN POR ACCIDENTES LABORALES**

Podemos divulgar información médica sobre usted para programas de indemnización por accidentes laborales o programas similares. Estos programas brindan beneficios debido a enfermedad o lesiones relacionadas con el trabajo.

## **ACTIVIDADES DE SALUD PÚBLICA**

Podemos divulgar información médica sobre usted para actividades de salud pública. Estas actividades por lo general consisten en lo siguiente:

- Evitar o tratar la enfermedad, la lesión o la discapacidad;
- Reportar nacimientos y muertes;
- Reportar abusos o negligencias de niños, ancianos o adultos o adultos dependientes;
- Reportar reacciones a medicamentos o problemas con productos;
- Notificar a las personas sobre la retirada de productos que puedan estar usando;
- Notificar a una persona que haya estado expuesta a una enfermedad o que pueda estar en riesgo de contraer o transmitir una enfermedad o afección;
- Notificar a la autoridad gubernamental apropiada si creemos que usted ha sido víctima de abuso, negligencia o violencia doméstica. Solo haremos esta divulgación si usted está de acuerdo o cuando la ley lo exija o autorice;
- Notificar a los empleados de respuesta a emergencias con respecto a una posible exposición al VIH/sida en la medida que sea necesario cumplir con las leyes federales y estatales.

## **ACTIVIDADES DE SUPERVISIÓN SANITARIA**

Podemos divulgar información médica a una agencia de supervisión sanitaria para actividades autorizadas por la ley. Estas actividades de supervisión constan de, por ejemplo, auditorías, investigaciones, inspecciones y acreditación. Estas actividades son necesarias para que el gobierno supervise el sistema de atención médica, los programas gubernamentales y el cumplimiento de las leyes de derechos civiles.

## **DEMANDAS Y LITIGIOS**

Si está involucrado en una demanda o en un litigio, podemos divulgar información médica sobre usted en respuesta a una citación, solicitud de descubrimiento u otros procesos legales hechos por alguien más involucrado en el litigio, pero solo si se han tomado medidas para avisarle sobre la solicitud (que pueden incluir un aviso escrito a usted) o para obtener una orden de protección de la información solicitada.

## **APLICACIÓN DE LA LEY**

Podemos divulgar información médica si un agente de la ley lo solicita:

- En respuesta a una orden judicial, citación, mandato, convocatoria o proceso similar;

- Para identificar o ubicar a un sospechoso, fugitivo, testigo esencial o persona ausente;
- Sobre la víctima de un delito si, en ciertas circunstancias limitadas, no podemos obtener la autorización de la persona;
- Sobre la muerte de una persona;
- Sobre alguna conducta delictiva en Casa Colina; y
- En circunstancias de emergencia para reportar un delito; la ubicación del delito o las víctimas; o la identidad, la descripción o la ubicación de la persona que cometió el delito.

## **FUNCIONARIO FORENSE, MÉDICO FORENSE Y RESPONSABLES DE UNA FUNERARIA**

Podemos divulgar información médica a un funcionario forense o a un médico forense. Esto puede ser necesario, por ejemplo, para identificar a una persona fallecida o para determinar la causa del fallecimiento. También podemos divulgar información médica a los responsables de una funeraria para que se encarguen de sus labores.

## **ACTIVIDADES DE INTELIGENCIA Y SEGURIDAD NACIONAL**

Podemos divulgar información médica sobre usted a los funcionarios federales autorizados para actividades de inteligencia, contrainteligencia u otras actividades de seguridad nacional autorizadas por la ley.

## **SERVICIOS DE PROTECCIÓN PARA EL PRESIDENTE Y PARA OTRAS PERSONAS**

Podemos divulgar información médica sobre usted a los funcionarios federales autorizados para que puedan brindar protección al Presidente, a otras personas autorizadas o a jefes de estado de otros países o para realizar investigaciones especiales.

## **PRESOS**

Si usted está preso en una institución penitenciaria o bajo la custodia de un agente de la ley, podemos divulgar información médica sobre usted a la institución penitenciaria o al agente de la ley. Esta divulgación sería necesaria 1) para que la institución le brinde atención médica; 2) para proteger su salud y seguridad o la salud y la seguridad de otras personas; o 3) para la protección y la seguridad de la institución penitenciaria.

## **EQUIPOS DE PERSONAL MULTIDISCIPLINARIO**

Podemos divulgar información médica a un equipo de personal multidisciplinario con respecto a la prevención, identificación, abordaje o tratamiento de un niño maltratado y sus padres o del abuso y negligencia a un anciano.

## **CATEGORÍAS ESPECIALES DE INFORMACIÓN**

En algunas circunstancias, su información médica puede estar sujeta a restricciones que pueden limitar o evitar algunos usos o divulgaciones descritos en este aviso. Por ejemplo, hay restricciones especiales sobre el uso y la divulgación de ciertas categorías de información, por ejemplo, pruebas para detectar el VIH o tratamiento principal para trastornos mentales o abuso de drogas y alcohol. Los programas de beneficios sanitarios gubernamentales, como Medi-Cal, también pueden limitar la divulgación de la información del beneficiario con fines no relacionados con el programa.

## **SUS DERECHOS CON RESPECTO A LA INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED**

Tiene los siguientes derechos con respecto a la información médica que conservemos sobre usted.

### **DERECHO A INSPECCIONAR Y COPIAR**

Tiene el derecho de inspeccionar y de obtener una copia de la información médica que se pueda usar para tomar decisiones sobre su atención. Por lo general, esto consta de registros de facturación médica, pero puede que no incluya alguna información de salud mental.

Para inspeccionar y obtener una copia de la información médica que se pueda usar para tomar decisiones sobre usted, usted debe enviar su solicitud por escrito al:

Funcionario de privacidad  
Casa Colina Hospital and Centers for Healthcare  
255 E. Bonita Ave.  
Pomona, CA 91767

Si solicita una copia de la información, podemos cobrarle una tarifa por los costos por copiar, enviar por correo o por otros materiales relacionados con su solicitud. Podemos rechazar su solicitud para inspeccionar y obtener una copia en ciertas circunstancias muy limitadas. Si se le niega el acceso a información médica, puede solicitar que se revise dicha negativa. Otro profesional sanitario autorizado seleccionado por Casa Colina revisará su solicitud y la denegación. La persona encargada de la revisión no será la misma que rechazó su solicitud. Cumpliremos con el resultado de la revisión.

## **DERECHOS DE ENMIENDA**

Si cree que la información médica que tenemos sobre usted está incorrecta o incompleta, puede solicitarnos que la corrijamos. Tiene el derecho de solicitar una enmienda siempre y cuando la información sea mantenida por o para Casa Colina.

Para solicitar una enmienda, debe hacer su solicitud por escrito y debe enviarla al:

Funcionario de privacidad  
Casa Colina Hospital and Centers for Healthcare  
255 E. Bonita Ave.  
Pomona, CA 91767

Además, debe dar una razón que explique su solicitud.

Podemos rechazar su solicitud para una enmienda si no está por escrito o no incluye la razón que explica la solicitud. Además, podemos rechazar su solicitud si nos pide que corrijamos información que:

- No fue creada por nosotros, a menos que la persona o la entidad que creó la información ya no esté disponible para hacer la enmienda;
- No forme parte de la información mantenida por o para Casa Colina;
- No forme parte de la información que usted estaría permitido inspeccionar y copiar; o
- Es exacta y completa.

Aunque rechazemos su solicitud para enmienda, usted tiene el derecho de enviar un anexo escrito, que no contenga más de 250 palabras, con respecto a cualquier detalle o declaración en su registro que usted considere incompleto o incorrecto. Si indica claramente por escrito que desea que el anexo forme parte de su registro médico, lo añadiremos a sus registros y lo incluiremos cada vez que hagamos una divulgación del detalle o la declaración que usted considera incompleto o incorrecto.

## **DERECHO A UNA EXPLICACIÓN DE LAS DIVULGACIONES**

Usted tiene el derecho de solicitar una “explicación de las divulgaciones”. Esto consiste en una lista de divulgaciones que hacemos sobre información médica sobre usted aparte de nuestros propios usos para operaciones de tratamiento, pago y atención médica (como aquellas funciones que se describen anteriormente) y con otras excepciones de acuerdo con ley.

Para solicitar esta lista de explicación de las divulgaciones, debe enviar su solicitud por escrito al:



Funcionario de privacidad  
Casa Colina Hospital and Centers for Healthcare  
255 E. Bonita Ave.  
Pomona, CA 91767

Su solicitud debe especificar un período de tiempo que no debe ser más de seis años desde la fecha de su solicitud. Su solicitud debe indicar en qué forma desea la lista (por ejemplo, en papel o de forma electrónica). La primera lista que solicite en un período de 12 meses será gratuita. Para recibir listas adicionales, podemos decidir revocar o modificar su solicitud en ese momento antes de que se incurra en algún costo.

Además, le notificaremos, según lo exige la ley, si ocurre una violación de su información médica protegida no asegurada.

Tiene el derecho de solicitar una restricción o limitación de la información médica que usemos o divulguemos sobre usted para las opciones de tratamiento, pago o atención médica. También tiene el derecho de solicitar un límite en la información médica que divulguemos sobre usted a alguien que esté involucrado en su atención o en el pago de su atención, tal como un familiar o amigo. Por ejemplo, puede pedir que no usemos o divulguemos información sobre una cirugía que haya tenido.

No estamos obligados a aceptar su solicitud, salvo que usted nos solicite restringir la divulgación a un plan de seguro o aseguradora con fines de operaciones de pago o atención médica si usted o alguien en su nombre (aparte del plan médico o la aseguradora) ha pagado por el servicio o el artículo por completo con su propio dinero. Aunque usted solicite esta restricción especial, podemos divulgar la información a un plan médico o aseguradora con fines de tratamiento para usted.

Si aceptamos otra restricción especial, cumpliremos con su solicitud a menos que se necesite la información para brindarle tratamiento de emergencia.

Para solicitar restricciones, debe enviar su solicitud por escrito al:

Funcionario de privacidad  
Casa Colina Hospital and Centers for Healthcare  
255 E. Bonita Ave.  
Pomona, CA 91767

En su solicitud, debe decirnos 1) qué información desea limitar; 2) si desea limitar nuestro uso, divulgación o ambos; y 3) a quién quiere aplicar los límites; por ejemplo, divulgación a su cónyuge.

## **DERECHO A SOLICITAR COMUNICADOS CONFIDENCIALES**

Tiene el derecho de solicitar que nos comuniquemos con usted sobre asunto médicos de cierta manera o en cierto lugar. Por ejemplo, puede pedirnos que solo lo contactemos al trabajo o por correo.

Para solicitar comunicados confidenciales, debe enviar su solicitud por escrito al:

Funcionario de privacidad  
Casa Colina Hospital and Centers for Healthcare  
255 E. Bonita Ave.  
Pomona, CA 91767

No le vamos a preguntar sobre las razones de su solicitud. Nos encargaremos de todas las solicitudes razonables. Su solicitud debe especificar cómo o dónde desea ser contactado.

## **DERECHO A TENER UNA COPIA DE PAPEL DE ESTE AVISO**

Tiene derecho a tener una copia de papel de este aviso. Puede pedirnos que le demos una copia de este aviso en cualquier momento. Aunque haya aceptado recibir este aviso de forma electrónica, aún tiene derecho a recibir una copia de papel de este aviso.

Puede obtener una copia de este aviso en nuestro sitio web: [www.casacolina.org](http://www.casacolina.org)

Las copias de papel de este aviso están disponibles en los Departamentos de Hospitalización o las áreas de Inscripción de Pacientes Ambulatorios.

## **CAMBIOS A ESTE AVISO**

Nos reservamos el derecho de cambiar este aviso. Nos reservamos el derecho de hacer efectivo el aviso revisado o cambiado con respecto a la información médica que ya tenemos sobre usted así como cualquier información que recibamos en el futuro. Publicaremos una copia del aviso actual en varios lugares de Casa Latina. El aviso contendrá la fecha de entrada en vigor en la primera página, en la esquina superior derecha. Además, cada vez que se registre o ingrese en Casa Colina para tratamiento o servicios de atención médica como paciente ambulatorio u hospitalizado, le daremos una copia del aviso actual en vigencia.

## **QUEJAS**

Si cree que sus derechos de privacidad se han violado, puede enviar una queja a Casa Colina o al Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos. Para presentar una queja a Casa Colina, contacte al:

Funcionario de privacidad  
Casa Colina Hospital and Centers for Healthcare  
255 E. Bonita Ave.  
Pomona, CA 91767

Todas las quejas se deben enviar por escrito. No se le sancionará por enviar una queja.

## **OTROS USOS DE INFORMACIÓN MÉDICA**

Otros usos y divulgaciones de información médica que no estén incluidos en este aviso o las leyes que se aplican a nosotros se harán solamente con su permiso por escrito. Si usted nos da su permiso para usar o divulgar información médica sobre usted, podrá revocar dicho permiso por escrito en cualquier momento. Si revoca su permiso, esto detendrá cualquier uso o divulgación adicional de su información médica para los fines incluidos en su autorización escrita, salvo que ya hayamos actuado en relación con su permiso. Usted comprende que no podemos revocar ninguna divulgación que ya hayamos hecho con su permiso y que tenemos la obligación de conservar nuestros registros acerca de la atención que le brindamos.



## **Derechos de los Pacientes**

### **Usted tiene el derecho a:**

1. Recibir una atención considerada y respetuosa, y a sentirse cómodo. Usted tiene derecho a ser respetado por sus valores, creencias y preferencias culturales, psicosociales, espirituales y personales.
2. Que le avisen de inmediato a un familiar (u otro representante de su elección) y a su propio médico que ha sido admitido en el hospital.
3. Saber el nombre del profesional de atención médica certificado que actúa en el marco de su certificación profesional y que tiene la responsabilidad principal de coordinar su atención, y los nombres y las relaciones profesionales de los médicos y empleados no médicos que lo verán.
4. Recibir información acerca de su estado de salud, diagnóstico, pronóstico, tratamiento, posibilidades de recuperación y resultados de la atención (incluidos los resultados no esperados) con términos que usted pueda comprender. Usted tiene el derecho al acceso de su historial médico. Recibirá una "Notificación de Prácticas Privadas" separada en la que se explica sus derechos de acceso a su historial. Tiene derecho a tener una comunicación efectiva y participar en el desarrollo e implementación de su plan de atención. También puede participar en cuestiones éticas que surjan durante su atención, incluidos temas sobre resolución de conflictos, negación a recibir servicios de resucitación, y continuación o retiro del tratamiento para mantener la vida. Para solicitar una consulta ética llamando 3018.
5. Tomar decisiones sobre su atención y recibir toda la información sobre cualquier tratamiento o procedimiento propuesto que pueda necesitar para dar su consentimiento informado o negarse al tratamiento. Excepto en casos de emergencia, esta información incluirá una descripción del procedimiento o tratamiento, los riesgos médicamente significativos que implican, los tratamientos alternativos o no tratamientos, y los riesgos que cada uno incluye, y el nombre de la persona que realizará el procedimiento o tratamiento.
6. Solicitar o negarse a recibir tratamiento, en la medida que lo permita la ley. Sin embargo, usted no tiene derecho a exigir tratamientos o servicios inadecuados o que no sean médicamente necesarios. Tiene derecho a abandonar el hospital incluso en contra de la recomendación de los miembros del personal médico, en la medida que lo permita la ley.
7. Ser notificado si el hospital o el profesional de atención médica certificado que actúa en el marco de su certificación profesional proponen participar o realizar experimentos en humanos que afecten su atención o tratamiento. Tiene derecho a negarse a participar en tales proyectos de investigación.

8. Recibir respuestas razonables a toda solicitud razonable que realice sobre los servicios.
9. Recibir una evaluación y un control adecuados de su dolor, información sobre el dolor y medidas para el alivio del dolor, y a participar en decisiones acerca del control del dolor. También puede solicitar o rechazar el uso de cualquiera o de todas las modalidades para aliviar el dolor, incluidos los medicamentos opiáceos si sufre de dolor crónico grave persistente. El médico puede negarse a recetar medicamentos opiáceos, pero si es así, debe informarle a usted que existen médicos que se especializan en el tratamiento del dolor con métodos que incluyen el uso de opiáceos.
10. Formular instrucciones anticipadas. Esto incluye designar a una persona que tome las decisiones si usted no puede comprender un tratamiento propuesto o si no puede comunicar sus deseos con respecto a la atención. El personal y los profesionales de la salud que proporcionan atención en el hospital cumplirán dichas instrucciones. Todos los derechos del paciente se aplican a la persona que tiene la responsabilidad legal de tomar las decisiones relacionadas con la atención médica en su nombre.
11. Que su privacidad sea respetada. La discusión del caso, las consultas, los exámenes y el tratamiento son confidenciales y se deben realizar con discreción. Tiene derecho a que le indiquen la razón de la presencia de cualquier persona. También tiene derecho a que las visitas se retiren antes de un examen y cuando se habla de temas relacionados con el tratamiento. Se usarán cortinas para privacidad en habitaciones semiprivadas.
12. Recibir tratamiento confidencial de todas las comunicaciones y registros relacionados con su atención y permanencia en el hospital. Usted recibirá un “Aviso sobre prácticas de privacidad” (Notice of Privacy Practices) por separado que explica en detalle sus derechos a la privacidad y cómo podemos utilizar y divulgar la información protegida sobre su salud.
13. Recibir atención en un entorno seguro, donde no haya abuso mental, físico, sexual ni verbal, ni tampoco abandono, explotación o acoso. Usted tiene derecho a acceder a servicios de protección y defensa, lo que incluye notificarles a las agencias del gobierno sobre abandono o abuso.
14. No tener restricciones ni estar aislado de ninguna forma por decisión del personal como medio de coerción, disciplina, conveniencia o represalia.
15. Recibir una atención razonablemente continua y saber por adelantado la hora y el lugar de las citas, así como también la identidad de las personas que proporcionan la atención médica.
16. Ser informado por el médico, o un representante del médico, de los requisitos y opciones de atención médica continua luego de ser dado de alta del hospital. También tiene derecho a participar en el desarrollo e implementación de su plan para ser dado de alta. Si lo solicita, un amigo o un familiar también pueden recibir esta información.
17. Conocer las reglas y políticas del hospital que se aplican a su conducta mientras sea paciente del hospital.
18. Designar un acompañante así como también visitas que usted elija, si tiene la capacidad de tomar decisiones, independientemente de que la visita sea un familiar de sangre, por matrimonio o una pareja de hecho registrada, a menos que:

- No se permitan visitas.
- El establecimiento determine de manera razonable que la presencia de una visita en particular podría poner en peligro la salud o la seguridad de un paciente, de un miembro del personal del establecimiento de salud o de otras visitas en el establecimiento, o podría interrumpir de manera significativa las funciones de dicho establecimiento.
- Usted le haya notificado al personal del establecimiento de salud que ya no desea que una persona determinada lo visite.

Sin embargo, un establecimiento de salud puede establecer restricciones razonables para las visitas, incluidas restricciones sobre los horarios de visita y la cantidad de personas. El establecimiento de salud debe informarle a usted (o a su acompañante, cuando corresponda) sobre sus derechos de visita, incluidas las restricciones o limitaciones clínicas. El establecimiento de salud no puede restringir, limitar o, de otro modo, negar los privilegios de visita por razones de raza, color, nacionalidad, religión, sexo, identidad de género, orientación sexual o discapacidad.

19. Que sus deseos sean tenidos en cuenta si no tiene la capacidad de tomar decisiones para determinar quién lo puede visitar. El método de dicha consideración cumplirá con la ley federal y se divulgará en las políticas del hospital sobre las visitas. Como mínimo, el hospital incluirá toda persona que viva en su hogar y acompañante de conformidad con la ley federal.

20. Evaluar y recibir una explicación de la cuenta del hospital, independientemente de la fuente de pago.

21. Ejercer estos derechos sin importar su, y estar libre de discriminación basada en, sexo, situación económica, nivel de educación, raza, color, religión, ascendencia, nacionalidad de origen, orientación sexual, identidad/expresión de género, discapacidad, condición médica, estado civil, edad, concubinato registrado, información genética, ciudadanía, idioma primario, estatus migratorio (excepto según lo requerido por ley federal) o la fuente de pago para su atención médica.

22. Presentar una queja. Si desea presentar una queja en este hospital, puede hacerlo por escrito o por teléfono dirigiéndose a Hospital Administration, Casa Colina Hospital and Centers for Healthcare, 255 East Bonita Avenue, PO Box 6001, Pomona, CA 91769-6001; 909/596-7733, ext. 3000.

El comité de quejas analizará cada queja y le dará una respuesta por escrito dentro de 7 (siete) días siguientes. La respuesta por escrito incluirá el nombre de una persona con la que debe comunicarse en el hospital, las medidas tomadas para investigar la queja, los resultados del proceso conciliatorio, y la fecha de finalización del proceso conciliatorio.

Las inquietudes relacionadas con la calidad de la atención o el haber sido dado de alta prematuramente también se derivarán a la organización Mejora de la Calidad Organización Livanta, 9090 Junction Drive, Suite 10 Annapolis Junction, MD 20701, Attn: Beneficiary Complaints; 877/588-1123; [www.BFCCQIOAREA5.com](http://www.BFCCQIOAREA5.com). Los pacientes del no cuidado médico (Non-Medicare) necesitarían contactar su departamento de atención al cliente privado del seguro.

23. Presentar una queja en el Departamento de Salud Pública de California (Department of Public Health Services), independientemente de si utiliza el proceso de presentación de quejas del hospital. El número de teléfono y domicilio del Departamento de Salud Pública de California es: (domicilio local y número de teléfono de DPHS) California Department of Public Health Services, Health Facilities Inspection/LA

County Acute & Ancillary Unit, 3400 Aerojet Avenue, Suite 323, El Monte, CA 91731; 800/228-1019 or 213/351-1131.

24. Las quejas escritas relacionaron a la competencia profesional o el conducto profesional de un médico, el Médico de la Osteopatía, o del médico de la podología, debe ser adelantado a la única autoridad en el Estado de California que puede tomar la acción disciplinarian contra la licencia de proveedor. Las Tablas aplicables del Estado son así:

Con respecto a Médicos o Podólogos:

Medical Board of California, Central Complaint Unit  
2005 Evergreen Street, Suite 1200  
Sacramento, CA 95815  
800/633-2322  
Online: [www.mbc.ca.gov/consumers/complaints](http://www.mbc.ca.gov/consumers/complaints)

Con respecto a un Psicólogo, Asistente Psicológico, o Psicólogo Registrado:

Board of Psychology  
1625 North Market Street, Suite N-215  
Sacramento, CA 95834  
866/503-3221  
Online: [https://www.psychology.ca.gov/forms\\_pubs/form.pdf](https://www.psychology.ca.gov/forms_pubs/form.pdf)

Con respecto a Médicos de la Osteopatía:

Osteopathic Medical Board of California  
1300 National Drive, Suite 150  
Sacramento, CA 95834-1991  
916/928-8390  
Online: [www.ombc.ca.gov/forms\\_pubs/complaints.shtml](http://www.ombc.ca.gov/forms_pubs/complaints.shtml)

Departamento de Empleo y Vivienda Justa  
[www.dfeh.ca.gov](http://www.dfeh.ca.gov), 800/884-1684 o 800/700-2320 (TTY)  
2218 Kausen Dr., #100, Elk Grove, CA 95758

25. Si usted tiene preocupaciones sobre el cuidado del paciente y la seguridad que no pueden resolver a través del hospital, se anima por el hospital en contacto con La Comisión Conjunta (The Joint Commission) Oficina de la Calidad y Seguridad del Paciente o bien por fax al 630/792-5636 o enviando <https://www.jointcommission.org/resources/patient-safety-topics/report-a-patient-safety-event>. También puede escribir a: La Comisión Conjunta (The Joint Commission) Oficina de la Calidad y Seguridad del Paciente, One Renaissance Boulevard, Oakbrook Terrace, IL 60181.

*Este documento sobre los Derechos del paciente incorpora los requisitos de la Comisión Conjunta (The Joint Commission), Título 22 del Código de Regulaciones de California, artículo 70707; artículos 1262.6, 1288.4, y 124960 del Código de Salud y Seguridad y Título 42 del Código de Reglamentaciones Federales (C.F.R.), artículo 482.13 (Condiciones de participación de Medicare).*