



Our purpose is you.

## Asistencia Fuera de Horario

### Donde Llamar para Necesidades Médicas y Dentales

En caso de que tenga una pregunta médica o dental después del horario laboral normal, llame a nuestra línea de asesoramiento de enfermería. Las enfermeras registradas de Call 4 Health guían a nuestros pacientes hacia el nivel de atención adecuado, ya sea atención domiciliaria, derivación a la sala de emergencias o concertar una cita.



THE COMPASSIONATE CALL CENTER

**1-855-741-3400**

### Donde Llamar en Caso de Crisis de Salud Conductual

Si usted o alguien que le importa está experimentando algún tipo de crisis emocional, de salud mental o preocupación por el abuso de sustancias, puede encontrar ayuda las 24 horas del día, los siete días de la semana, llamando a su ubicación de PMS en la lista a continuación. Si no hay una ubicación de PMS adecuada en la lista, puede comunicarse con la Línea de Acceso New Mexico Crisis o la Línea de Ayuda Peer to Peer.

- **Alamogordo/Ruidoso:** 1-855-564-6253
- **Artesia:** 1-855-240-7774
- **Carlsbad:** 1-855-211-1196
- **Deming:** 1-855-282-3865
- **Farmington:** 1-855-785-1390
- **Grants/Gallup/Quemado/Thoreau:** 1-855-384-6884
- **Rio Rancho:** 1-855-517-0498
- **Santa Fe Community Guidance Center:** 1-855-223-7111
- **Santa Fe Family Wellness Center:** 1-855-416-4104
- **Socorro:** 1-855-207-1628
- **Torrance:** 1-855-817-5058
- **Totah:** 1-855-279-7507
- **Valley/Espanola Wellness Center:** 1-855-738-3680

**New Mexico Crisis:** 1-855-662-7474

**Peer to Peer:** 1-855-466-7100



# PMS

PRESBYTERIAN MEDICAL SERVICES

Our purpose is you.

BIENVENIDOS y gracias por escogiendo a Presbyterian Medical Services una familia de centros de salud. PMS es una organización de base comunitaria que esforzarse a proveer servicios humanos y de salud de calidad, accesibles, económicos, y asequible a le gente multicultural del Suroeste. Presbyterian Medical Services es un receptor del premio del Programa de Centro de Salud cubierto por 42 U.S.C. 254b y un empleado del Servicio de Salud Pública considerado cubierto por 42 U.S.C. 233 (g) - (n).

Aceptamos los planes Medicare, Medicaid y la mayorfa de planes de seguro. Tenemos opciones financieras, incluyendo el plan de escala de honorarios. Para informacion adicional, par favor hacer referencia a nuestro formulario de responsabilidades finanzas Incluido en su paquete, o hable con el representante de acceso de clientes en nuestra area de recepcion.

Para personas sin cobertura de seguro, seamos capaces de ofrecer la ayuda. Favor de pedir informacion respecto a recibir medicamentos; servicios de salud, comportamiento, y dentales de nuestro centro de salud. Pago por servicios es requerido en el tiempo de su cita.

Preferimos citas por adelantado, y, frecuentemente, nosotros le podemos conseguire una cita el miso dfa que Ud. nos llame. Solicitamos que nos notifique si por algiln motivo no puede mantener su cita. En vuelta, trataremos de llamarlo para recordarle un día antes de su cita. Cada esfuerzo sera hecho a acomodar personas que se presenta en nuestras oficinas sin cita.

El horario de oficina esta colocado en el area de recepcion en cada centro de salud o se puede hallar en nuestro sitio Web: [www.pmsnm.org](http://www.pmsnm.org).

Lo valoramos coma cliente y deseamos continuar en adelante con Ud. y su familia en sastificando sus necesidades de salud.

Otra vez le damos gracias por habernos elegido como su proveedor de cuidado de salud.

Steve Hansen  
CEO/President

## Presbyterian Medical Services: Su Hogar Médico Principal

Cuando usted escoge un centro de salud de PMS, usted recibe más que una clínica – usted recibe un Hogar Médico. Su Hogar Médico Principal es una asociación entre usted y su equipo médico. ¡Usted es el centro de esta clínica! A través del Hogar Médico, nuestra meta es de proporcionarle el cuidado a su salud, a lo largo de su vida, para que usted esté lo más saludable posible.



### Su Hogar Médico y equipo de salud:

- ☞ Proveera un cuidado a su salud basado en un equipo de profesionales de medicina, y es dirigido por su doctor primordial.
- ☞ Trabajara con usted para mejorar su salud.
- ☞ Hablara acerca de su medicamento y de cualquier problema que se pueda presentar.
- ☞ Colaborar con usted para desarrollar un plan personal y mantenerlo saludable, para que alcance y disfrute de su bienestar.
- ☞ Reservara lugar para poder hacer citas el mismo día.
- ☞ Le informara los resultados de sus exámenes lo más pronto posible.
- ☞ Quiere hablar con usted claramente y en un idioma que usted pueda entender.
- ☞ Quiere conectarlo con otros miembros de su equipo médico y referirlo a recursos en la comunidad, cuando sea necesario.
- ☞ Quiere colaborar con otros proveedores a su salud que usted visita, doctores especializados o para una segunda opinión.

### Confiamos que Usted también:

- ☞ De nuestra clínica, podrá seleccionar un doctor primordial para que lo atienda.
- ☞ Se asegurara que su doctor tenga conocimiento de todo su historial médico y de cualquier otra cosa que preocupe.
- ☞ Hablara con su doctor acerca de todos los medicamentos, suplementos y remedios que usted está tomando.
- ☞ Activamente participara en planear su salud y en actividades para cuidar de su salud.
- ☞ Mantendra sus citas o llamara por teléfono lo más pronto posible para cancelar o cambiar su cita.
- ☞ Va ha solicitar que cualquier otro doctor que lo vea, envíe un reporte y resultados a PMS.
- ☞ Haga preguntas si no entiende las instrucciones.
- ☞ Nos dejara saber cómo estamos hacienda nuestro trabajo y cómo podemos mejorar el cuidado a su salud.
- ☞ Le comentara al equipo de PMS acerca de otros doctores o especialistas que usted frecuenta.

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO Y RECONOCIMIENTO DEL CLIENTE

**Consentimiento para evaluación y tratamiento siguiente**

Por la presente doy mi consentimiento para una evaluación y tratamiento por parte del personal clínico de Presbyterian Medical Services (PMS) y entiendo que se proporcionará una explicación del tratamiento.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente o nombre impreso del menor

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente / tutor legal

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del personal

\_\_\_\_\_  
Fecha

**DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD FINANCIERA**

Al firmar donde se indica a continuación, acepto asumir la responsabilidad del pago de todos los costos, cargos y tarifas al PMS por los servicios, medicamentos, suministros y otros artículos proporcionados por el PMS, que no son pagados de ninguna otra manera por los programas de terceros pagadores en los que estoy inscrito, incluyendo, sin limitación, copagos y deducibles. También soy consciente de que las reclamaciones de seguros que no se paguen en 90 días serán mi responsabilidad. Autorizo a cualquier tercero a pagar directamente y únicamente a PMS cualquiera y todos los beneficios que se me deban por los servicios o artículos proporcionados por PMS. Reconozco que el hecho de no proporcionar a PMS la información necesaria para facturar a cualquier pagador de terceros aplicable resultará en mi designación como financieramente responsable y todos los cargos por los servicios prestados por PMS deberán pagarse en su totalidad al momento del servicio.

Además, otorgo permiso a PMS para divulgar / divulgar todos y cada uno de los registros de salud, incluidos los registros de abuso de alcohol y sustancias cubiertos por 42 CFR, parte 2, necesarios para fines de registro, determinación de elegibilidad, coordinación de atención y facturación a mi compañía de seguros u otro tercero. programas de pago en los que estoy inscrito, y libero a PMS y a las entidades, empleados y directores relacionados de cualquier responsabilidad relacionada o derivada de dicha divulgación o divulgación. La información utilizada para los fines anteriores se mantendrá estrictamente confidencial de acuerdo con todas las leyes de confidencialidad federales y estatales. Comprendo que puedo revocar este consentimiento en cualquier momento: sin embargo, si revoco mi consentimiento firmado, es posible que ya no sea elegible para la cobertura de mi compañía de seguros u otros programas de pago de terceros.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente / tutor legal

\_\_\_\_\_  
Fecha

**ACKNOWLEDGEMENT OF RECEIPT**

Al firmar a continuación, reconozco que he recibido y tuve la oportunidad de discutir con mi proveedor los siguientes documentos:

1) Aviso de prácticas de privacidad de PM; 2) Política / procedimiento de PM sobre denuncia de abuso, negligencia y explotación; 3) Procedimiento de reclamo de MP; 4) Aviso de Directivas Avanzadas de PMS; y 5) Derechos y responsabilidades del consumidor.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente / tutor legal

\_\_\_\_\_  
Fecha

## Colección de tarifas por los servicios prestados

PMS cobra a los pacientes y clientes por todos los servicios que brindamos. PMS ofrece opciones financieras para usted y su familia.

### Opciones y responsabilidades financieras del cliente

PMS facturará a terceros por los servicios. Usted es responsable de su copago y otros cargos que su compañía de seguros le exige que pague. Esto incluiría coseguros y deducibles. Si no aceptamos su seguro o su visita no es un beneficio cubierto, usted será responsable del pago.

#### New Mexico Medicaid plans:

- Aceptamos todos los planes de Medicaid de Nuevo México.
- Usted será responsable del pago de los servicios que no estén cubiertos por su plan de Medicaid.

#### Medicare:

- Aceptamos la mayoría de los planes de Medicare, así como el estándar de Medicare.

Para más información, llame al 1-800-Medicare o visite su sitio web en [www.medicare.gov](http://www.medicare.gov)

### Pago privado

Si no tiene seguro u otra cobertura, puede ser elegible para un descuento. La elegibilidad para el descuento de escala de tarifa móvil se basa en el tamaño de la familia y el ingreso total del hogar.

Para acceder a este beneficio, debe proporcionar comprobante de ingresos. Cualquiera de los siguientes es aceptable como prueba de ingresos :

- Talón de cheque / talón de cheque de seguridad social
- Formulario de impuestos W-2 más reciente (ingresos brutos)
- Declaración de impuestos más reciente (ingreso bruto)
- Carta del empleador indicando el ingreso anual.
- Documento de la corte que indica la pensión alimenticia / ingresos por pensión alimenticia
- Carta de adjudicación del seguro social o carta de beneficios
- Declaración del ISD indicando los ingresos y el nivel de apoyo.
- Carta de la parte responsable que proporciona alojamiento y comida.

Su descuento de tarifa móvil se aplicará al recibir esta documentación y se ha determinado la elegibilidad.

Es su responsabilidad proporcionar documentación y actualizar la información al menos una vez al año. Una vez que se haya informado el tamaño de la familia y los ingresos familiares, se utilizará la escala móvil de tarifas para determinar el monto que debe.

Todos los clientes de pago privado son responsables de pagar su factura en el momento del servicio, incluidas las cantidades restantes después de un descuento. Si no puede pagar en el momento del servicio, pida hablar con alguien en la oficina de facturación para hacer otros arreglos de pago.

### Otras Opciones

Consulte acerca de otros programas disponibles para ayudar con el pago de servicios tales como: Fondos de salud del condado, Pago por pruebas de detección de cáncer de cuello uterino y cervical y planificación familiar. Estos variarán entre los programas.

- Asistencia con medicamentos a través de programas de asistencia al paciente.

Usted es responsable de pagar su factura, incluidos su deducible y copago, no cubiertos por el seguro, Medicare o Medicaid. Además, se espera el pago de todas las recetas en el momento en que se completen.

Si tiene alguna pregunta, pida hablar con el personal de facturación / registro o llame al administrador de su clínica.

Gracias por elegir PMS como su proveedor.

MRN:

MRN: \_\_\_\_\_

Patient # \_\_\_\_\_

### Sliding Fee Formulario de Descuento

# de	Ingresos 0-100%		Ingresos 101% - 133 %		Ingresos 134% - 150%		Ingresos 151% - 200%		Ingresos 201%	
	Tarifa Nominal \$25		25 % Pagar		50% Pagar		75% Pagar		100% Pagar	
Familiares	Pago	En o debajo	Pago	En o debajo	Pago	En o debajo	Pago	En o debajo	En o arriba	
1	\$0	- \$13,590	\$13,591	- \$18,075	\$18,076	- \$20,385	\$20,386	- \$27,180	\$27,181	- Encima
2	\$0	- \$18,310	\$18,311	- \$24,352	\$24,353	- \$27,465	\$27,466	- \$36,620	\$36,621	- Encima
3	\$0	- \$23,030	\$23,031	- \$30,630	\$30,631	- \$34,545	\$39,528	- \$46,060	\$46,061	- Encima
4	\$0	- \$27,750	\$27,751	- \$36,908	\$36,909	- \$41,625	\$41,626	- \$55,500	\$55,501	- Encima
5	\$0	- \$32,470	\$32,471	- \$43,185	\$43,186	- \$48,705	\$48,706	- \$64,940	\$64,941	- Encima
6	\$0	- \$37,190	\$37,191	- \$49,463	\$49,464	- \$55,785	\$55,786	- \$74,380	\$74,381	- Encima
7	\$0	- \$41,910	\$41,911	- \$55,740	\$55,741	- \$62,865	\$62,866	- \$83,820	\$83,821	- Encima
8	\$0	- \$46,630	\$46,631	- \$62,018	\$62,019	- \$69,945	\$69,946	- \$93,260	\$93,261	- Encima
9	\$0	- \$51,350	\$51,351	- \$68,296	\$68,297	- \$77,025	\$77,026	- \$102,700	\$102,701	- Encima
10	\$0	- \$56,070	\$56,071	- \$74,573	\$74,574	- \$84,105	\$84,106	- \$112,140	\$112,141	- Encima
11	\$0	- \$60,790	\$60,791	- \$80,851	\$80,852	- \$91,185	\$91,186	- \$121,580	\$121,581	- Encima
12	\$0	- \$65,510	\$65,511	- \$87,128	\$87,129	- \$98,265	\$98,266	- \$131,020	\$131,021	- Encima
<b>Cada Familiar Adicional</b>		\$4,720	adicional		adicional		adicional			

- "familia " se define como un grupo de dos o más personas relacionadas por nacimiento, matrimonio o adopción y que residen juntos en la misma casa (es decir , en la misma dirección física )
- " Ingresos " incluye los ingresos combinados de todos los miembros de la familia , incluidos los salarios , compensación por desempleo , compensación , Seguridad Social , Seguridad de Ingreso Suplementario , asistencia pública , veteranos de los trabajadores pagos , prestaciones de supervivencia , de pensiones o rentas de jubilación , intereses, dividendos, rentas , regalías, ingresos de propiedades , fideicomisos, asistencia educativa , pensión alimenticia, manutención de los hijos , la asistencia de fuera del hogar , y otras fuentes diversas . beneficios no monetarios (tales como cupones de alimentos y subsidios de vivienda ) no cuentan como ingresos .

Listar Todos los miembros de la familia que viven en su hogar:

---



---

Marque la casilla que mejor se ajuste a su situación actual:

- CERTIFICO que el nivel de ingreso especificado representa el total de ingresos para mi familia durante los últimos doce meses y estoy solicitando algún tipo de descuento móvil de tarifas aplicables para toda mi familia . Para la aprobación anual de un descuento adjunta es la prueba de ingresos . (Por ejemplo, corriente de retorno de impuestos, W - 2 , talones de cheques , o discapacidad premio, etc )
- CERTIFICO que el nivel de ingreso especificado representa el total de ingresos para mi familia durante los últimos doce meses y estoy solicitando algún tipo de descuento móvil de tarifas aplicables para toda mi familia . Yo no tengo mi prueba de ingreso en esta visita, pero traigo en mi prueba no más tarde de \_\_\_\_\_ de 2022/2023 para continuar recibiendo ningún tipo de descuento aplicable.
- Certifico que no he trabajado durante los últimos \_\_\_\_\_ meses y que mi único medio de apoyo es : \_\_\_\_\_ o estoy trabajando y recibir dinero en efectivo , pero no tengo ninguna prueba documentada de Ingresos
- He negado a solicitar y / o proporcionar la documentación de clasificación para la corredera Descuento Tarifa . Yo entiendo que soy responsable de pagar mi saldo total en el momento del servicio.

Declaro la información anterior es verdadera y he dado Presbyterian Medical Services permiso para investigar cualquier información dada en esta solicitud . Entiendo que esta información se mantendrá en estricta confidencialidad . También entiendo que si mi ingreso debe cambiar que estoy obligado a notificar Presbyterian en mi próxima visita a la clínica

\_\_\_\_\_  
IPatient / Firma del padre / tutor

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

\_\_\_\_\_  
**Testigo**

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



Por favor imprimir

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

**Nuevo Fomulario de Registro de Cliente**

<b>Paciente Apellido:</b>		<b>Nombre :</b>		<b>Inicial del segundo nombre:</b>	
<b>Seguro Social:</b>		<b>Fecha de Nacimiento:</b> ___/___/___		<b>Genero:</b> <input type="checkbox"/> Maculino <input type="checkbox"/> F Femenina	
<b>Direccion:</b>			<b>Cuidad, Estado, Codigo Postal</b>		
<b>Direccion postal si es diferent:</b>			<b>Cuidad, Estado, Codigo Postal</b>		
<b>Cheque Contacto Preferido:</b>		<input type="checkbox"/> Sin telefono:		<input type="checkbox"/> Telefono movil:	
<input type="checkbox"/> Telefono alternativo:		<input type="checkbox"/> Telefono de casa:			
<b>Direccion de correo electronico:</b>					
<b>Informacion de la Parte Responsable de Paciente</b>		<b>Relacion con el Pacient</b> <input type="checkbox"/> Yo <input type="checkbox"/> Esposa <input type="checkbox"/> Nino <input type="checkbox"/> Otro _____			
<b>Paciente Apellido:</b>		<b>Nombre :</b>		<b>Fecha de Nacimiento:</b> ___/___/___	
<b>Seguidad Social:</b>		<b>Direccion de correo electronico:</b>			
<b>Direccion:</b>			<b>Cuidad, Estado, Codigo Postal</b>		
<b>Direccion postal si es diferent:</b>			<b>Cuidad, Estado, Codigo Postal</b>		
<b>Contacto de Emergencia</b>				<b>Numero de telefono ( )</b>	
<b>Para los Pacientes Menores de 18 anos</b>					<b>Vive con</b>
<b>Nombre de la Madre</b>				<b>Telfono ( )</b>	
<b>Nombre del Padre</b>				<b>Telfono ( )</b>	
<b>Nombre del guardian</b>				<b>Telfono ( )</b>	
<b>¿Cuál es el idioma principal del paciente</b> <input type="checkbox"/> Ingles <input type="checkbox"/> Navajo <input type="checkbox"/> Espanol <input type="checkbox"/> Lenguaje de signos americano <input type="checkbox"/> Otro _____					
<b>¿Está persona tiene una discapacidad auditiva</b> <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			<b>¿Necesita un interprete</b> <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
<b>Estado Civil:</b> <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Socio de La Vida <input type="checkbox"/> Legalmente Separado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> viudo <input type="checkbox"/> Desconocido					
<b>Estado del estudiante:</b> <input type="checkbox"/> Tiempo Completo <input type="checkbox"/> Medio Tiempo <input type="checkbox"/> n/a					
<b>Situacion Militar:</b> <input type="checkbox"/> Veterano <input type="checkbox"/> Servicio Activo <input type="checkbox"/> Rama _____ <input type="checkbox"/> n/a					
<b>La condicion de:</b> <input type="checkbox"/> Migrante (trabajo en la agricultura estacional y tienen hogar temporal durante este tiempo trabajador migrante <input type="checkbox"/> Estacional (trabajo en la agricultura estacional y no tienen un hogar temporal durante este tiempo) <input type="checkbox"/> No es un trabajador agrícola migrante o estacional					
<b>Situacion actual de vivienda:</b> <input type="checkbox"/> Alquiler o propia <input type="checkbox"/> vivo con amigos o familiares/familia <input type="checkbox"/> Abrigo <input type="checkbox"/> Vivir en la calle (coche, parque, campamento) <input type="checkbox"/> La vivienda de apoyo, publico o de transicion <input type="checkbox"/> Otro ( incluye motel/hotel)					
<b>Etnicidad:</b> <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> Latino <input type="checkbox"/> No Hispano <input type="checkbox"/> Latino		<b>Tribu:</b>		<b>Censo # (IHS)</b>	
<b>Raza:</b> <input type="checkbox"/> Indio Americano/Nativos de Alaska <input type="checkbox"/> Hawaiano Nativo <input type="checkbox"/> Asian <input type="checkbox"/> Otras islas del Pacifico <input type="checkbox"/> Negro/Afroamericano <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Mas de una raza <input type="checkbox"/> Negarse a especificar					
<b>LA COBERTURA DEL SEGURO DEL PACIENTE</b> <span style="float: right;">* Tarjetas de seguro presente para Recepcion*</span>					
<b>Nombre de la Pension basica:</b> _____		<b>Nombre del asegurado:</b> _____			
<b>Grupo #:</b> _____		<b>Identificacion de miembro:</b> _____		<b>SSN Miembro:</b> _____	
<b>Fecha de Vigencia:</b> _____		<b>Fecha de Nacimiento</b> _____		<b>Asegurado el sexo:</b> <input type="checkbox"/> Maculino <input type="checkbox"/> Hembra	
<b>Nombre Secundarios Seguros:</b> _____		<b>Nombre del asegurado:</b> _____			
<b>Grupo #:</b> _____		<b>Identificacion de miembro:</b> _____		<b>SSN Miembro:</b> _____	
<b>Fecha de Vigencia:</b> _____		<b>Fecha de Nacimiento</b> _____		<b>Asegurado el sexo:</b> <input type="checkbox"/> Maculino <input type="checkbox"/> Hembra	
<b>SI ESTA INTERESADO EN LA VERIFICACION DE INGRESOS COMPLETO PRGRAMA DE DESCUENTO</b>		<b>Tamano de la Familia</b> <input type="checkbox"/> Yo <input type="checkbox"/> Esposa <input type="checkbox"/> Ninos <input type="checkbox"/> Otro _____			
		<b>(# de ninos _____) <input type="checkbox"/> Otros dependientes (# of Otros dependientes _____)</b>			
<b>¿Esta usted empleado</b> <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <b>Si no, ¿ Usted recibe beneficios indice de desempleo</b> <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No					
<b>Ingreso Familiar Anual \$</b> _____					

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente / tutor legal

\_\_\_\_\_  
Fecha



**POR FAVOR, IMPRIMA** Fecha: \_\_\_\_\_

**Historia del paciente (niño) (0-17 Years)**

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Completado por: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_/\_\_/\_\_

Género infantil:  Femenina  Masculino  Transgender  Femenina a Masculino  Masculino a Femenina  Otro \_\_\_\_\_

Orientación sexual del niño:  Bisexual  Gay  Heterosexual/Straight  Lesbiana  Afeminado  No es seguro  No lo sé  Otro \_\_\_\_\_

Su niño necesita cualquier información sobre técnicas de sexo más seguro?  No  Si con:  Hombre  Mujer  Ambos

**HOGAR**

Por favor enlista todos los que viven en el hogar del niño

Nombre	Relación con el niño	Fecha de nacimiento	Problemas de salud

Nombre de hermanos que no viven en casa del niño

Nombre	Relación con el niño	Fecha de nacimiento	Problemas de salud

Si madre o padre no viven juntos o si el niño no vive con sus padres, ¿Qué es el estado de custodia del niño?

Si uno o ambos padres no viven en el hogar, ¿con qué frecuencia el niño ve al/los padre/padres que no viven con el?

**HISTORIA DE NACIMIENTO**

Peso al nacer \_\_\_\_\_ Nacimiento  Vaginally  Cesarean

El niño nació a término?  Si  No Si fue Cesarean, porque? \_\_\_\_\_

Si nació antes de tiempo, ¿cuántas semanas de gestación? \_\_\_\_\_

El niño tuvo algún problemas después del nacimiento?  No  Si explique \_\_\_\_\_

La madre tuvo una enfermedad o problema con su embarazo?  No  Si explique \_\_\_\_\_

Alimentación inicial  Pecho  biberón  Ambos

Durante el embarazo madre fumo?  No  Si Cuántos paquetes por día? \_\_\_\_\_

Durante el embarazo madre bebió alcohol?  No  Si type: \_\_\_\_\_  Diario  Semanal  Social

Durante el embarazo madre uso drogas recreacionales/o de calle?  No  Si type: \_\_\_\_\_  Diario  Semanal  Social

Bebé se fue a casa con madre del hospital?  Si  No explique \_\_\_\_\_

**MEDICAMENTOS ACTUALES**

Por favor incluya medicamentos sobre el mostrador y herbales tomados regularmente por su hijo

<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____
<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____
<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____

VACUNAS			
*Por favor indicar Fecha de la última inyección			
<input type="checkbox"/> Gripe	<input type="checkbox"/> Difteria	<input type="checkbox"/> Tétanos	
<input type="checkbox"/> Neumonía	<input type="checkbox"/> Hepatitis B	<input type="checkbox"/> Varicela	
<input type="checkbox"/> MMR	<input type="checkbox"/> Hepatitis A		
<input type="checkbox"/> Prueba de la TB	<input type="checkbox"/> Tos ferina		
Otro DOCTORS			
*Por favor liste a todos los médicos que su hijo está viendo actualmente			
Nombre / especialidad	Razón		
<input type="checkbox"/>			
HOSPITALIZACIONES, CIRUGÍAS O PROCEDIMIENTOS			
Razón/Fecha			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
EVALUACIÓN FUNCIONAL			
¿Cuál es la forma más fácil para que su niño aprenda cosas nuevas? <input type="checkbox"/> Lectura <input type="checkbox"/> Escuchar <input type="checkbox"/> Fotos <input type="checkbox"/> Demostración <input type="checkbox"/> Video			
Tiene su hijo algún problema con: <input type="checkbox"/> visión <input type="checkbox"/> audición <input type="checkbox"/> discurso <input type="checkbox"/> caminar <input type="checkbox"/> elevación			
El niño esta viviendo situaciones de estrés/estrésantes? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si explique: _____			
Ha su hijo experimentado las situaciones traumáticas o abusivas? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si explique: _____			
VALORACIÓN NUTRICIONAL			
Sin proponérselo, su hijo ganó/perdió 10 libras o más en los últimos seis meses <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si			
Le preocupa un posible trastorno alimenticio? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si			
Tiene problemas con los dientes o las encías de su hijo? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si			
ADVERSE REACCIONES			
<input type="checkbox"/> Yodo / mariscos <input type="checkbox"/> Latex <input type="checkbox"/> Picadura de abeja, insectos, mordedura <input type="checkbox"/> Cinta adhesiva	Reacción: _____	Alimentos (por favor especifique)	Reacción: _____
		<input type="checkbox"/> Nueces	_____
		<input type="checkbox"/>	_____
		<input type="checkbox"/>	_____
Drogas (por favor especificar)	Reacción: _____	Otro (porfavor especifique)	Reacción: _____
<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	_____
<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	_____
<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	_____
<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	_____

**SALUD GENERAL**

Considera que su hijo esta en buena salud?  Si  No explique \_\_\_\_\_

Ha tenido su hijo lesión seria o accidentes?  No  Si explique \_\_\_\_\_

Fecha del último examen físico \_\_\_\_\_

Fecha del último examen dental \_\_\_\_\_

Fecha del último examen de la visión \_\_\_\_\_

**DESARROLLO**

Está usted preocupado con el desarrollo físico de su hijo ?  No  Si explique \_\_\_\_\_

Le preocupa el desarrollo mental o emocional de su niño/a?  No  Si explique \_\_\_\_\_

Está usted preocupado con capacidad de atención de su hijo?  No  Si explique \_\_\_\_\_

**Si su hijo está en la escuela**

Cómo es su comportamiento en la escuela? \_\_\_\_\_

Su hijo ha fallado o repetido algún grado? \_\_\_\_\_

Cómo hace el niño en temas académicos? \_\_\_\_\_

Esta él o ella en educación especial o en clases de recursos? \_\_\_\_\_

**ANTECEDENTES MÉDICOS**

\* Por favor, marque todas las que aplican a su hijo

- |  |   |
|--|---|
| VIH/SIDA   | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Hijo/a <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Otro _____ |
| Alcoholismo  | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Hijo/a <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Otro _____ |
| Alergias   | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Hijo/a <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Otro _____ |
| Enfermedad de Alzheimer  | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Hijo/a <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Otro _____ |
| Ansiedad   | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Hijo/a <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Otro _____ |
| Artritis   | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Hijo/a <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Otro _____ |
| Asma   | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Hijo/a <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Otro _____ |
| Trastornos de la coagulación   | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Hijo/a <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Otro _____ |
| Bronquitis   | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Hijo/a <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Otro _____ |
| Cancer (Tipo _____)  | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Hijo/a <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Otro _____ |
| Cataratas  | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Hijo/a <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Otro _____ |
| Varicela   | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Hijo/a <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Otro _____ |
| Insuficiencia cardíaca congestiva  | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Hijo/a <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Otro _____ |
| Depresión  | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Hijo/a <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Otro _____ |
| Diabetes   | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Hijo/a <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Otro _____ |
| Adicción a las drogas  | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Hijo/a <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Otro _____ |
| Trastorno alimentario  | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Hijo/a <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Otro _____ |
| Epilepsia  | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Hijo/a <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Otro _____ |
| Glaucoma   | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Hijo/a <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Otro _____ |
| La gota  | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Hijo/a <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Otro _____ |
| Ataque al corazón  | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Hijo/a <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Otro _____ |
| Hepatitis <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Hijo/a <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Otro _____ |
| Hernia   | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Hijo/a <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Otro _____ |
| Herpes   | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Hijo/a <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Otro _____ |
| Presión arterial alta  | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Hijo/a <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Otro _____ |
| Colesterol alto  | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Hijo/a <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Otro _____ |
| Enfermedad del riñón   | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Hijo/a <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Otro _____ |
| Enfermedad del hígado  | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Hijo/a <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Otro _____ |
| Enfermedad pulmonar  | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Hijo/a <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Otro _____ |
| Sarampión  | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Hijo/a <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Otro _____ |
| Disfunción menstrual   | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Hijo/a <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Otro _____ |
| Enfermedad mental  | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Hijo/a <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Otro _____ |
| Paperas  | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Hijo/a <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Otro _____ |
| Trastorno neurológico  | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Hijo/a <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Otro _____ |
| Osteoporosis   | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Hijo/a <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Otro _____ |
| Marcapasos   | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Hijo/a <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Otro _____ |
| Enfermedad de la próstata  | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Hijo/a <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Otro _____ |
| Seizures   | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Hijo/a <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Otro _____ |
| Derrame cerebral   | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Hijo/a <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Otro _____ |
| Intento de suicidio  | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Hijo/a <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Otro _____ |
| Tuberculosis   | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Hijo/a <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Otro _____ |
| Enfermedad de la tiroides  | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Hijo/a <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Otro _____ |
| Úlceras  | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Hijo/a <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Otro _____ |
| Enfermedad venérea   | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Hijo/a <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Otro _____ |
| Otro: _____  | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Hijo/a <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Otro _____ |

\_\_\_\_\_  
 Firma del paciente / tutor legal

\_\_\_\_\_  
 Fecha



## **Derechos Y Responsabilidades del Consumidor**

**El Consumidor tiene derechos y responsabilidades para el cuidado de su salud.**

### **Derechos del Consumidor**

**Presbyterian Medical Services (PMS) considera que el consumidor o guardian legal tiene derecho a:**

1. Ser tratado justamente, con dignidad, y con respeto a su derecho de privacidad.
2. De recibir todos los servicios para el cuidado de su salud, bien atendido y sin ser juzgado.
3. Pacientes con discapacidades con el habla, que puedan recibir información en forma que ellos puedan entenderla.
4. Recibir servicios en una manera que demuestre respeto a su cultura, la cual incluye tener un interprete, si no habla Inglés.
5. Tomar parte en todas las desiciones del cuidado de su salud. Esto incluye tomar parte en el plan de tratamiento. Usted también tiene derecho de negarse a recibir tratamiento.
6. De decidir su tratamiento después de ser informado de sus opciones.
7. Escoger ha alguien que le ayude a tomar decisiones acerca de su bienestar.
8. Poner una queja acerca del cuidado de su salud ó de las decisiones acerca de su salud que está recibiendo, sin tener que preocuparse de represalias.
9. Hacer que sus deseos sean conocidos a través de una Declaración Anticipada de Tratamiento, un documento legal que le permite escoger la dirección o enfoque de su salud, en caso de que usted no pudiera tomar ó comunicar éstas decisiones. También puede escoger a personas que quiere o no quiere que tomen decisiones por usted, si usted se enfermara y no pudiera tomar esas decisiones.
10. Tener acceso a registros medicos basado en las leyes y reglas federales y de Nuevo Mexico. También puede restringir acceso a esos registros, basado en esas leyes y reglas.
11. Recibir información acerca de PMS:
  - o Sus servicios.
  - o Como recibir esos servicios.
  - o Otra información que le puede ayudar con los servicios que PMS ofrece para su bienestar.
12. No preocuparse de cohibición o encierro ilegal según la ley Federal y de Nuevo Mexico.

### **Responsabilidades del Consumidor**

**PMS pide que cada consumidor o su guardian legal tenga la responsabilidad de:**

1. Tratar a todo proveedor de servicios con dignidad y con respeto.
2. Proveer información claramente a los proveedores de PMS, que necesitan para poder servirle, cuando sea posible.
3. De entender la situación con su salud y de tomar parte en las metas para su tratamiento.
4. De seguir el plan de cuidado que usted a estado de acuerdo en recibir.
5. Avisarle a su proveedor si algún cambio en su cuidado es necesario.
6. Avisarle a su proveedor si su medicamento ha sido cambiado por algún otro doctor.
7. Para poder volver a llenar su medicamento, llame una semana antes de que su medicamento se termine y espere hasta 3 días de negocios, después de haberlo ordenado.
8. Asegurarse de que PMS tenga su información de contacto más reciente, por si es necesario hablar con usted.
9. De proveer un ambiente sin peligro, para que el cuidado que se ofrece en su casa pueda ser provisto.
10. Poder presentarse a su cita sobrio.
11. No se permite traer armas en la propiedad.
12. Mantenga, cambie o cancele sus citas en vez de solo no presentarse.

## Directivas Avanzadas

En Nuevo México, la Ley uniforme de decisiones de atención médica le permite a una persona preparar una Directiva anticipada de atención médica, que es un documento escrito que le permite dar instrucciones sobre su propia atención médica y / o nombrar a otra persona (un agente) para hacer decisiones de atención médica para usted si usted no puede tomar sus propias decisiones. Tienes que ser mayor de 18 años para crear una directiva anticipada.

La Ley de Decisiones de Tratamiento de Atención de Salud Mental es la ley de Nuevo México que permite instrucciones por escrito para el tratamiento psiquiátrico si no puede realizar o comunicar sus instrucciones. En Nuevo México, "una directiva anticipada para el tratamiento de salud mental" se denomina PAD o directiva anticipada psiquiátrica.

Estos documentos se llaman Directivas anticipadas porque son completados por usted y firmados con anticipación para que, en el futuro, su médico y otros proveedores de atención médica sepan cuáles son sus deseos con respecto al tratamiento médico o psiquiátrico. Las directivas anticipadas solo entran en vigencia cuando ya no puede tomar sus propias decisiones de atención médica. Siempre que pueda tomar sus propias decisiones y dar su consentimiento informado para su propio cuidado, sus proveedores de atención médica confiarán en USTED y NO en sus instrucciones anticipadas.

Antes de tomar esta decisión o de escribir sus instrucciones, debe hablar con las personas más cercanas a usted y que estén preocupadas por su atención y sus sentimientos. Discútalos con su familia, su médico, sus amigos y otras personas apropiadas, como alguien en su iglesia o su abogado.

**LA DIRECTIVA AVANZADA ES OPCIONAL** Depende completamente de usted si desea preparar una Directiva anticipada, pero si surgen preguntas sobre el tipo de tratamiento médico o psiquiátrico que desea o no desea, ellos lo ayudarán a resolver estos problemas importantes. Si no ha completado una Directiva Avanzada o le ha dicho a su médico a quién quiere que tome sus decisiones de atención médica, la ley de Nuevo México permite que estas personas, en el siguiente orden, tomen sus decisiones de atención médica (si estas personas están razonablemente disponibles):

1. cónyuge
2. otro significativo
3. hijo adulto
4. padre
5. hermano o hermana adulto
6. abuelo
7. amigo cercano

New Mexico no requiere que llene un formulario específico de instrucciones anticipadas, puede escribir sus deseos. Sin embargo, requiere tres cosas: 1) debe firmar la Directiva Avanzada, 2) un PAD debe ser atestiguado y, si lo desea, certificarlo ante notario, y 3) si designa a un agente, haga que el agente firme que él o ella es aceptando la cita. Esto puede hacerse en una hoja de papel separada, pero puede ser útil que la aceptación sea parte de su Directiva Avanzada.

Tenemos algunas muestras disponibles de formularios de Directivas Avanzadas. Si está interesado, pídale una copia a su médico o proveedor. Tiene derecho a revocar (cancelar) o reemplazar una directiva avanzada en cualquier momento. Si completa una Directiva avanzada, entregue copias del formulario firmado a sus proveedores e instituciones de atención médica, a los agentes de atención médica que nombre, ya sus familiares y amigos.

Cualquier queja relacionada con el incumplimiento de los requisitos de la Directiva Anticipada puede dirigirse al Departamento de Gestión de la Calidad de los Servicios Médicos Presbiterianos y / o a la agencia estatal de encuestas y certificación, el Departamento de Salud de Nuevo México.

## RESPONDIENDO A SUS NECESIDADES Y PREOCUPACIONES

Todas las personas que interactúan con Presbyterian Medical Services (PMS) son tratadas con dignidad, atención y respeto. PMS no discrimina por motivos de raza, color, origen nacional, sexo, edad o discapacidad. PMS reconoce y respeta los derechos de los clientes / pacientes, las familias / tutores y los residentes o visitantes para brindar cumplidos o reclamos sobre las condiciones, los tratamientos o las acciones con las que están satisfechos o insatisfechos. PMS también reconoce que los cumplidos y las quejas sirven como una fuente de información para validar y mejorar los procesos. Estamos enfocados en mejorar continuamente la seguridad del paciente y la calidad de la atención.

Si desea compartir un cumplido, queja, calidad o problema de seguridad relacionado con su atención, servicios o seguridad, siga estos pasos:

**Paso 1:** Si tiene alguna inquietud, no dude en hablar con el Administrador del sitio. Si cree que su inquietud no se ha abordado adecuadamente, comuníquese con el Departamento de Cumplimiento de PMS al:

**Correo:** PMS Compliance Department

Presbyterian Medical Services

1422 Paseo de Peralta

Santa Fe, NM 87501

**Telefono:** 1-800-477-7633, or (505) 982-5565

**Fax:** (505) 992-4990

**Paso 2:** si no se llega a una solución satisfactoria, puede utilizar el procedimiento de quejas de PMS de la siguiente manera:

1. Discuta su queja con el Administrador del sitio.
2. El Administrador documentará los detalles de la queja y se anotará a los testigos (si corresponde).
3. Dentro de los diez (10) días hábiles, el Administrador llevará a cabo una investigación sobre el reclamo que resulte en una decisión de resolución.
4. Dentro de los cinco (5) días hábiles posteriores a la finalización de la investigación, se le notificará la decisión de resolución.
5. Si la decisión de la resolución no es satisfactoria para usted, puede presentar una solicitud por escrito, que debe incluir su nombre y dirección, para que un Comité de Reclamaciones la revise dentro de los treinta (30) días hábiles.
6. El Comité de Quejas revisará el caso y le dará una decisión final por escrito a usted y al Administrador. La decisión es definitiva y vinculante.

### Opciones adicionales:

Como una organización acreditada por la Comisión Conjunta, PMS ha demostrado que cumple con los estándares más altos del país para la atención médica. Si tiene alguna inquietud sobre su atención, puede comunicarse con la Comisión Conjunta al 800-994-6610. Solo pueden evaluar la información de las quejas en relación con sus estándares de acreditación: no resuelven las quejas individuales ni los asuntos en disputa.

Este procedimiento no le impide presentar una queja de discriminación por motivos de raza, color, origen nacional, sexo, edad o discapacidad ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU., Oficina de Derechos Civiles. Una persona puede presentar una queja de discriminación electrónicamente a través del Portal de Quejas de la Oficina de Derechos Civiles, que está disponible en: [https://ocrportal.hhs.gov/ocr/cp/complaint\\_frontpage.jsf](https://ocrportal.hhs.gov/ocr/cp/complaint_frontpage.jsf) o por correo postal en: Departamento de Salud de EE. UU. Servicios Humanos, 200 Independence Avenue SW., Habitación 509F, HHH Building, Washington, DC 20201 o teléfono 1-877-696-6775.

## Aviso de políticas y procedimientos de PMS en Informe de abuso, negligencia y apropiación indebida de propiedad

**ESTE AVISO MANIFIESTA COMO PMS PRESENTA INFORMES RESPECTO A ABUSO, DESCUIDO O EXPLOTACIÓN DE SUS CLIENES Y COMO PUEDE PRESENTAR INFORME UD. RESPECTO A ABUSO, DESCUIDO Y EXPLOTACIÓN**

**Protección En Contra del Abuso, Descuido y Malversación de Bienes.** La norma de Presbyterian Medical Services con el fin de prohibir el uso de abuso físico, verbal, sexual o psicológico y explotación. Para proteger los derechos de los clientes, Presbyterian Medical Services cumple las leyes, reglamentos y directrices con el fin de asegurar la protección y la presentación de informes de abuso, descuido, explotación y malversación de bienes.

**Propósito del Aviso** El aviso manifiesta como PMS presenta informes de abuso, descuido, explotación, y malversación de bienes que se cometen en contra de sus clientes según exige la Ley del Estado de Nuevo México.

**Nuestras Obligaciones** Todas las Instituciones que tienen licencia para proveer Atención Médica y los Proveedores Fundamentados en la Comunidad que proveen Servicios les exige la ley que:

- Presente informe a Adult Protective Services o a Child Protective Services Statewide Central Intake (SCI) inmediatamente de todos los incidentes cuando Ud. sospecha que ocurrió abuso, descuido y malversación de bienes.
- Inmediatamente presente informe de incidentes cuando Ud. sospecha que hubo abuso, descuido, y explotación que involucran una de las Instituciones de PMS que tienen licencia para Proveer Atención a la Salud o sitio de Servicios Fundamentados en la Comunidad de PMS tienen que presentarse informe a la División de Mejoramiento de Salud del Departamento de Salud (DOH/DHI) dentro de 24 horas
  - Además de las prácticas indicadas más arriba, todos Los Proveedores de Servicios con Base en la Comunidad tienen que completar lo siguiente dentro de 24 horas o durante el próximo día hábil:
  - Avísele al administrador del caso del consumidor que ocurrió un incidente y que se presentó informe a DOH/DHI.
  - Avísele a al Padre/ a los Padres o al Protector/a Legal de consumidores menores respecto a cualquier incidente que pueda ser objeto de aviso salvo que los padres o protectores legales son sospechados del supuesto abuso, descuido o explotación.

Si PMS no es el Proveedor responsable del consumidor, el sitio tiene que avisarle al proveedor responsable que un incidente ha ocurrido y que se presentó informe.

**Sus Derechos** Si Ud. desea presentar informe respecto a abuso, descuido o explotación, Ud. puede comunicarse con DOH/DHI directamente o Ud. tiene acceso al procedimiento de PMS para presentar informes.

Informes presentados directamente a DOH/DHI se pueden presentar por teléfono, por escrito o mediante otro medio de comunicación utilizando el formulario de DOH/DHI. El acceso al Formulario de Informes de Incidentes de DOH/DHI e instrucciones para rellenarlos están a su disposición en el sitio web de la división, <http://dhi.health.state.nm.us/elibrary/ironline.php> o lo puede obtener por teléfono si Ud. llama al número (800)445-6242.

Para presentar informe a DOH/DHI mediante PMS favor de comunicarse con PMS Corporate Compliance Officer al número (505) 982-5565 o (800) 477-7633.

**¿Preguntas?** Si Ud. quiere hacer preguntas respecto al Aviso o necesita información adicional, favor de comunicar con *Corporate Compliance Officer* al número (505) 982-5565 o (800)477-7633.

Effective: 06-06  
Revised: 10-10

501.004REF1sp



# PMS

PRESBYTERIAN MEDICAL SERVICES

## Aviso de Prácticas Respeto a Privacidad

Fecha de Vigencia: 14 de abril 2003

**ESTE AVISO INDICA COMO SE PUEDE UTILIZAR Y DIVULGAR LA INFORMACIÓN CLÍNICA RESPECTO A UD. Y COMO UD. PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. FAVOR DE EXAMINAR ESTE AVISO CUIDADOSAMENTE.**

**¿Preguntas?** Si Ud. quiere hacer preguntas respecto a este aviso o si necesita información adicional, favor de comunicarse con nuestro Administrador que tiene a su cargo el Cumplimiento de Reglamentos y Normas. Favor de llamarlo al numero 982-5565 o (800) 477-7633.

**Protección de Información Médica** Entendemos que su información médica es un asunto personal y nos hemos comprometido proteger información clínica respecto a Ud. *Presbyterian Medical Services ("PMS")* prepara las historia clinicas de la atención médica y servicios que le facilitamos a Ud. Necesitamos esas historias clinicas con el fin de facilitarle a Ud. atención de alta calidad y servicios con el fin de cumplir con ciertos requisitos legales.

**El Propósito del Aviso** En este Aviso consta como podemos utilizar y divulgar la historia clinica respecto a Ud. con el fin de llevar a cabo el tratamiento, pago o actividades relacionadas con su atención médica y con otros fines que la ley permite o exige. Además en el Aviso constan sus derechos de acceso y del control de la información clinica respecto a Ud.

**¿Quién va a Cumplir lo que Dispone este Aviso?** En este aviso constan las practicas de Privacidad de *PMS*, sus clinicas y otros programas y así mismo los otros profesionales sanitarios afiliados con *PMS*. Intercambiaremos información unos con otros según sea necesario para llevar a cabo nuestras respectivas obligaciones de facilitar tratamiento, actividades de pago y de atención médica.

**Los Derechos que Ud. Tiene** Aunque las hojas clinicas en las que consta la información sanitaria respecto a Ud., físicamente le pertenecen a *PMS*, la información le pertenece a Ud. Conforme a la ley Ud. tiene el derecho de:

- Examinar y obtener copia de su información médica. Por lo general, responderemos su petición dentro de 30 días, sin embargo en ciertas circunstancias, es posible que denegaremos su petición.
- Solicitar que impongamos una restricción de ciertos usos y divulgaciones de la información médica respecto a Ud., sin embargo, no estamos obligados a imponer una restricción que Ud. solicite.
- Solicitar que nos comuniquemos con Ud. mediante medios alternativos o en un lugar alternativo.
- Solicitar que modifiquemos la información médica respecto a Ud., si Ud. cree que no es exacta, sin embargo es posible que nosotros no accedamos a lo que Ud. solicita si nosotros creemos que la información médica respecto a Ud. es exacta.
- Solicitar que demos cuenta de cierta información que hemos divulgado, si es que hayamos divulgado información médica respecto a Ud.
- Limitar revelación a planes de seguro de salud cuando usted haya pagado gastos efectivos y completos por servicios médicos.
- Optar de no recibir comunicaciones de *PMS* solicitando contribuciones monetarios
- Revocar cualquiera autorización que Ud. haya otorgado con el fin de usar o divulgar información médica respecto a Ud. salvo hasta el punto que ya se hayan tomado medidas confiando en dicha autorización.
- Obtener copia de este aviso en una hoja de papel al solicítarla.

Ud. puede valerse de cualquiera de estos derechos dirigiéndose al administrador del sitio de atención de *PMS* donde Ud. recibió atención o servicios o comunicándose con el Administrador de *PMS* que tiene a su cargo el Cumplimiento de reglamentos y normas llamando a (505) 982-5565 o al (800)477-7633.

**Nuestros Deberes** La ley exige que nosotros:

- Mantengamos la privacidad de la información médica respecto a Ud.
- No venderemos su información médica sin su consentimiento.
- Notificarle siguiendo una brecha de información médica sin seguridad
- Le entreguemos copia del Aviso de Nuestras Prácticas de Privacidad.
- Cumplamos los requisitos que nos impone nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad.

**Como Vamos a Usar y Divulgar la Información Médica respecto a Ud.** A continuación indicamos *ejemplos* del tipo de usos y divulgaciones respecto a la información médica respecto a Ud. que se permiten:

**Tratamiento:** Podemos utilizar y divulgar información médica respecto a Ud. con el fin de facilitar, coordinar o administrar la atención médica que le facilitamos a Ud. y todo servicio relacionado. Por ejemplo, podemos divulgar la información médica a los médicos o técnicos que lo atienden a Ud. aun a los médicos o técnicos que no están afiliados a *PMS*.

**Pago:** La información médica respecto a Ud. se puede divulgar, según sea necesario con el fin de que su compañía de seguro u otra persona /parte que tiene la obligación de pagar pague los servicios que le facilitamos a Ud. Por ejemplo, podemos divulgar la información médica respecto a Ud. al plan de salud que cubre a Ud. para determinar si Ud. reúne los requisitos o su cobertura de prestaciones del seguro.

**Funcionamiento de la Atención Médica:** Podemos utilizar o divulgar información médica respecto a Ud. en nuestro funcionamiento interno, lo cual engloba actividades necesarias con el fin de administrar el funcionamiento de los sitios o programas de *PMS* en los cuales Ud. recibe servicios. Por ejemplo, podemos utilizar la información respecto a Ud. para mejorar la calidad de los servicios con el fin de evaluar la atención médica u otros servicios que le facilitamos a Ud. Además, podemos utilizar la información médica respecto a Ud. con el fin de evaluar las capacidades y calificaciones de nuestro personal o de las entidades que facilitan atención médica de parte de *PMS* o con el fin de resolver agravios dentro de nuestra organización.

**Recordatorios de Citas y Alternativas al Tratamiento:** Podemos utilizar y divulgar la información médica respecto a Ud. con el fin de facilitarle un recordatorio a Ud. sobre una cita que Ud. tenga con nosotros para su tratamiento o atención médica. Además, podemos utilizar o divulgar la información médica respecto a Ud. para comunicarle o para recomendarle opciones de alternativas posibles de tratamiento o informarle a Ud. sobre otras prestaciones y servicios relacionados con su salud que le puedan interesar a Ud.

**Otros Usos y Divulgaciones que se Permiten** Podemos utilizar y/o divulgar información médica respecto a Ud. en varias circunstancias en las cuales no se nos exige que obtengamos su consentimiento o autorización ni facilitarle a Ud. la oportunidad de ponerse de acuerdo u oponerse. Estas circunstancias engloban:

- Salvo que Ud. se oponga, podemos divulgar la información médica respecto a Ud. a un familiar, pariente, íntimo amigo o íntima amiga u a otra persona que Ud. identifique.
- La ley nos podrá exigir que divulguemos la información médica respecto a Ud.

- Pondremos la información médica respecto a Ud. a disposición de Ud. y de la Secretaría del Departamento de Salud y Servicios Humanos.
- Divulgaremos la información médica respecto a Ud. a una agencia de salud pública con el fin de evitar o controlar enfermedad, lastimadura, o discapacidad. Lo dicho podrá englobar que divulguemos información médica respecto a Ud. con el fin de reportar determinadas enfermedades, muerte, abuso, descuido o violencia doméstica o informar a la Oficina de Alimentos y Farmacéuticos si Ud. siente una reacción adversa producida por cualquiera de los fármacos, materiales o equipo que nosotros usamos.
- Divulgaremos la información médica respecto a Ud. a las agencias del gobierno para que puedan monitorizar, investigar, inspeccionar, disciplinar u otorgar licencias a las personas que trabajan en el sistema de atención médica en los programas de prestaciones del gobierno.
- Divulgaremos la información médica respecto a Ud. según autorice la ley con el fin de cumplir lo que dispone la leyes de indemnización de trabajadores.
- Divulgaremos la información médica respecto a Ud. en el transcurso de procedimientos judiciales o administrativos al responder a una orden de la corte de justicia o de tribunal administrativo (hasta donde dicha divulgación esté expresamente autorizada) y al responder a orden de la corte, petición para divulgar pruebas u otro tipo de procedimiento legal.
- Divulgaremos información médica respecto a Ud. a los agentes del orden público con el fin de reportar o evitar un delito, localizar o identificar un sospechoso, prófugo o testigo esencial o con el fin de asistir a la víctima de un delito.
- Utilizaremos o divulgaremos información médica con el fin de hacer investigaciones cuando la investigación tenga la aprobación de un la junta directiva de la institución que he examinado la propuesta de la investigación y haya establecido los protocolos con el fin de asegurar la privacidad de la información médica respecto a Ud.
- Si Ud. es miembro de las fuerzas armadas, divulgaremos la información médica respecto a Ud. según lo exijan las autoridades del comando militar o con el fin de evaluar si Ud. reúne los requisitos para recibir prestaciones otorgadas a los veteranos, para llevar a cabo actividades respecto a la seguridad nacional y de inteligencia incluso para facilitar servicios con el fin de proteger al Presidente o a otras personas a quienes les facilitan protección conforme dispone la Ley Federal.
- Divulgaremos información médica respecto a Ud. a médicos forenses, directores funerarios con el fin de que puedan cumplir sus deberes o para fines de identificación o para determinar la causa de muerte.
- Divulgaremos información médica respecto a Ud. a las personas involucradas en obtener, almacenar, o en transplantar órganos, ojos o tejido de cadáveres con el fin de donarlos.
- Utilizaremos o divulgaremos la información médica respecto a Ud. con el fin de evitar o impedir amenaza grave a su salud o seguridad o a la salud o la seguridad de otras personas.
- Divulgaremos información médica respecto a Ud. a una agencia que vigila la salud que tiene la autorización por ley de vigilar el funcionamiento de nuestra organización.
- Si Ud. es recluso de una institución reformatoria o que esté bajo la custodia de un agente del orden público divulgaremos la información médica respecto a Ud. al agente del orden público o a la institución reformatoria. Esta divulgación es necesaria para que la agencia reformatoria le facilite a Ud. atención a su salud, para proteger la salud y seguridad de otras personas o para proteger la salud y seguridad del personal del orden público o el personal de la institución reformatoria.
- Compartiremos la información médica respecto a Ud. con terceros que son "socios comerciales" que desempeñan varios servicios para nosotros. Por ejemplo, divulgaremos la información médica respecto a Ud. a terceros con el fin de que proporcionen servicios de facturación o que hacen copias. Para proteger la información médica respecto a Ud. exigimos que nuestros socios comerciales resguarden la información médica respecto a Ud.

**Otros Usos y Divulgaciones de Información Médica.** Otros usos y divulgaciones de la información médica respecto a Ud. que no esté cubierta en este Aviso o la ley que aplica se harán con la autorización que Ud. nos otorgue por escrito. Si Ud. nos otorga autorización por escrito para que usemos o divulguemos la información médica respecto a Ud. Ud. en cualquier momento puede revocar dicha autorización por escrito. Si Ud. revoca la autorización que Ud. nos ha otorgado ya no usaremos ni divulgaremos la información médica respecto a Ud. Ud., por los motivos que constan en la autorización escrita que nos otorgó a nosotros entiende que no podemos retractar cualesquiera de los usos y divulgaciones que ya hayamos hecho con la autorización que Ud. nos había otorgado y que estamos obligados de

quedarnos con nuestros expedientes de la atención o servicios que le hemos facilitado a Ud.

**Ley de Nuevo México** En el caso de que Nuevo México nos exija que demos mas protección a la información médica respecto a Ud. que lo que se expresa en este Aviso o que la ley Federal exige, nosotros facilitaremos esa protección adicional. Por ejemplo, nosotros cumpliremos las disposiciones de confianza que la ley de Nuevo México impone en relación con enfermedades contagiosas tales como el VIH y el SIDA. Además cumpliremos con disposiciones adicionales de la Ley del Estado respecto a la protección de la confianza relacionada con tratamiento de salud psicológica y abuso de sustancias ilícitas. Dichas leyes, por lo general exigen que obtengamos el consentimiento suyo antes de que divulguemos la información relacionada con salud psicológica o abuso de sustancia ilícita, sujeto a ciertas excepciones que la ley permite.

#### **Información acerca del Trastorno por Uso de Sustancias**

Si usted pone una solicitud y recibe servicios para el trastorno por uso de sustancias de nosotros, la ley Federal (42 CFR Segunda Parte) requiere que nosotros obtengamos por escrito un consentimiento antes de proveer información que lo pueda identificar como que usted tiene un desorden del uso de sustancia o que es un paciente para los servicios por el trastorno de sustancias. Hay excepciones a este requisito general. Podemos divulgar tal información necesaria a nuestros trabajadores para coordinar sus servicios, a agencias o personas que nos ayudan a llevar a cabo nuestros servicios a usted; cuando se permite la divulgación por una orden judicial; o la divulgación se da a personal médico en una emergencia médica o a personal calificado para la investigación, auditoría, o evaluación de programas. La ley Federal no protege cualquier información sobre un delito cometido por un paciente en el programa o contra cualquier persona que trabaja en un programa o cualquier amenaza de cometer un crimen. La ley Federal no protege ninguna información sobre sospechas de abuso o descuido de niños que se ha declarado bajo la ley estatal a designados autoridades estatales o locales.

**Cambios en este Aviso** Reservamos el derecho de cambiar nuestras prácticas respecto a su privacidad y /o este aviso. Si modificamos este Aviso, el Aviso modificado produce efectos en toda la información médica que nosotros mantenemos. Todo Aviso modificado estará a su disposición mediante acceso a nuestro sitio web. <http://www.pmsnm.org/> o Ud. puede obtener copia del Aviso modificado mediante solicitud dirigida a nosotros al efecto que le enviemos una copia por correo o Ud. solicite copia cuando Ud. vaya a uno de nuestros sitios.

**Quejas** Si Ud. cree que sus derechos de privacidad han sido violados, Ud. tiene el derecho de presentar una queja por escrito a **uestra** Oficial que tiene a su cargo que se cumplan las leyes, reglamentos y normas o a la Secretaría del Departamento de Sanidad y Servicios Humanos. Reportes que indican una violación confidencial del diagnóstico o información acerca del tratamiento por el trastorno con el uso de sustancias puede ser dirigido al Fiscal de Los Estados Unidos de este distrito donde la violación a ocurrido. Reportes acerca de la violación del programa del tratamiento de opioides puede ser dirigido por igual al Fiscal de los Estados Unidos como también al SAMHSA que es la oficina que vigila el tratamiento de opioides.

Ud. puede entregar sus quejas por escrito a PMS P.O. Box 2267, Santa Fe, NM 87504-2267 o favor de llamarnos a los numeros de teléfono indicados en la parte superior de este Aviso. No plantearemos represalias en contra de Ud. si Ud. presenta queja.

#### **Revisión:**

Mayo 2011  
Julio 2013  
Septiembre 2018