



www.graybill.org

# REGISTRO DEL PACIENTE

¿Como se enteró de nosotros?

- Periódico
- Redes sociales / Internet
- Directorio de su Seguro
- Amistad / Familia

## INFORMACIÓN DEL PACIENTE

NOMBRE (APELLIDO, NOMBRE, INICIAL MEDIA)		NÚMERO DE SEGURO SOCIAL		FECHA DE NACIMIENTO	
IDIOMA	PROVEEDOR DE ATENCIÓN PRIMARIA		SU GÉNERO HOY <input type="checkbox"/> MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMENINO <input type="checkbox"/> INDIFERENCIADO		
DIRECCIÓN PARA COBRANZAS (CALLE, DPTO O UNIDAD)		CIUDAD		ESTADO	CÓDIGO POSTAL O ZIP
DOMICILIO (SI ES DIFERENTE DE LA DIRECCIÓN PARA COBRANZAS)		CIUDAD		ESTADO	CÓDIGO POSTAL O ZIP
CELULAR XXX-XXX-XXXX	TEL DE CASA XXX-XXX-XXXX	TEL DE DÍA XXX-XXX-XXXX	CORREO ELECTRÓNICO (EJEMPLO@ABC.COM)		
MÉTODO DE CONTACTO PREFERIDO (NECESARIO) <input type="checkbox"/> CELULAR <input type="checkbox"/> TEL DE CASA <input type="checkbox"/> TEL DE DÍA <input type="checkbox"/> CORREO ELECTRÓNICO					
ESTADO CIVIL		APELLIDO DE SOLTERO DE LA MADRE		RAZA	IDENTIDAD ÉTNICA
CONTACTO DE EMERGENCIA				TELÉFONO	
EMPLEADOR PRINCIPAL		EMPLEADOR SECUNDARIO (SI CORRESPONDE)			
DIRECCIÓN		DIRECCIÓN			
CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL		CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL			
TEL DEL TRABAJO XXX-XXX-XXXX	PROFESIÓN	TEL DEL TRABAJO XXX-XXX-XXXX	PROFESIÓN		

## DATOS DEL ASEGURADO O DE QUIEN SE HACE RESPONSABLE ECONÓMICAMENTE (si no es el paciente)

NOMBRE (APELLIDO, NOMBRE, INICIAL MEDIA)		NÚMERO DE SEGURO SOCIAL		FECHA DE NACIMIENTO	
IDIOMA	PROVEEDOR DE ATENCIÓN PRIMARIA		SU GÉNERO HOY <input type="checkbox"/> MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMENINO <input type="checkbox"/> INDIFERENCIADO		
DIRECCIÓN PARA COBRANZAS (CALLE, DPTO O UNIDAD)		CIUDAD		ESTADO	CÓDIGO POSTAL O ZIP
DOMICILIO (SI ES DIFERENTE DE LA DIRECCIÓN PARA COBRANZAS)		CIUDAD		ESTADO	CÓDIGO POSTAL O ZIP
CELULAR XXX-XXX-XXXX	TEL DE CASA XXX-XXX-XXXX	TEL DE DÍA XXX-XXX-XXXX	CORREO ELECTRÓNICO (EJEMPLO@ABC.COM)		
MÉTODO DE CONTACTO PREFERIDO (NECESARIO) <input type="checkbox"/> CELULAR <input type="checkbox"/> TEL DE CASA <input type="checkbox"/> TEL DE DÍA <input type="checkbox"/> CORREO ELECTRÓNICO					
ESTADO CIVIL		APELLIDO DE SOLTERO DE LA MADRE		RAZA	IDENTIDAD ÉTNICA
CONTACTO DE EMERGENCIA				TELÉFONO	
RELACIÓN CON EL PACIENTE					

## SEGURO PRINCIPAL

NOMBRE DE LA COMPAÑÍA DE SEGURO			NÚMERO DE PÓLIZA		
NOMBRE DEL ASEGURADO	FECHA DE NACIMIENTO	RELACIÓN CON EL PACIENTE	NÚMERO DE GRUPO	CANTIDAD DE COPAGO \$	CANTIDAD DE DEDUCIBLE \$
DIRECCIÓN DE LA ASEGURADORA		TELÉFONO XXX-XXX-XXXX	FECHA DE VIGENCIA		FECHA DE VENCIMIENTO

## SEGURO SECUNDARIO

NOMBRE DE LA COMPAÑÍA DE SEGURO			NÚMERO DE PÓLIZA		
NOMBRE DEL ASEGURADO	FECHA DE NACIMIENTO	RELACIÓN CON EL PACIENTE	NÚMERO DE GRUPO	CANTIDAD DE COPAGO \$	CANTIDAD DE DEDUCIBLE \$
DIRECCIÓN DE LA ASEGURADORA		TELÉFONO XXX-XXX-XXXX	FECHA DE VIGENCIA		FECHA DE VENCIMIENTO

**POLÍTICA FINANCIERA:** Se espera que liquide por complete o cubra su copago al momento de recibir los servicios. Los servicios que reciba no amparados por la cobertura de su plan de salud serán su responsabilidad. **CONSENTIMIENTO AL TRATAMIENTO Y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN:** Autorizo a Graybill Medical Group, Inc., a administrar el tratamiento médico y realizar los procedimientos médicos determinados como necesarios. Autorizo que se comparta mi información médica a mi aseguradoras o agentes de la aseguradora para procesar el pago por los servicios. A mi buen saber y entender, toda la información anterior es verdadera y correcta. **ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS:** Asigno todos los pagos que hará mi aseguradora a Graybill Medical Group, Inc.

FIRMA DEL PACIENTE O TUTOR

FECHA

RELACIÓN CON EL PACIENTE

**Esta página ha sido dejada en blanco intencionalmente**



www.graybill.org

## ACUERDO FINANCIERO DEL PACIENTE

NOMBRE DEL PACIENTE (APELLIDO, NOMBRE, INICIAL MEDIA)	FECHA DE NACIMIENTO	FECHA
---	---------------------	-------

- **Copagos:** Su seguro médico nos requiere cobrar el copago al momento de su visita. La exoneración del copago puede constituir fraude bajo leyes estatales y federales. Por favor ayúdenos a respetar la ley pagando su copago en cada visita.
- **Pago de Deducibles:** Si su seguro médico le requiere satisfacer la cantidad de su deducible antes de cubrir los servicios, usted deberá hacer su pago al momento de su visita. La cantidad de \$100.00 será requerida al momento de su visita. Por favor tenga en cuenta que el pago de \$100.00 no constituye el pago en su totalidad y cualquier saldo pendiente se le notificará por medio de esta oficina.
- **Facturas por Servicios Prestados.** Nosotros solicitaremos a su seguro médico los pagos por servicios prestados y le asistemos de cualquier manera razonable para que se paguen sus facturas. Se espera que su seguro médico pague en un plazo de 45 días. Después de 45 días, esperaremos de usted el pago en su totalidad. Usted será responsable de liquidar cualquier servicio no cubierto por su seguro médico según las reglas y pólizas de Medicare. Debemos tener una copia de su tarjeta de seguro médico más reciente y también para algún otro seguro suplementario o secundario que pueda tener. Las cuentas vencidas por más de 90 días están sujetas a ser enviadas a una agencia de cobranzas o a un juzgado de reclamos menores por facturas no pagadas. Si recibimos notificación de que usted no tiene cobertura o nosotros no tenemos contrato con su seguro médico, usted será responsable por todos los cargos incurridos. Puede ser que su seguro médico le pida mandar cierta información directamente. Es su responsabilidad cumplir con esta petición.
- **Servicios de Cuidado Preventivo:** Los exámenes de rutina no siempre son cubiertos por su seguro médico. Tenga en cuenta que si un problema adicional es observado en su visita, podría incurrir un cobro adicional de un copago o deducible por esta visita médica. Si los servicios son negados por su seguro médico o no nos ha proporcionado la información correcta de su seguro médico, usted será responsable de pagar por estos servicios.
- **Pacientes que Pagan sus Propias Cuentas.** La cantidad que usted pague hoy por su consulta médica, podría no ser su pago final. Podría incurrir otros costos hoy, por ejemplo y por mencionar solo algunos, por análisis de laboratorio, radiografías, inyecciones, procedimientos especiales o cobros extra por la consulta.
- **Cobros de Laboratorio:** Cualquier procedimiento de laboratorio ordenado durante su visita de hoy será facturado por separado por el laboratorio. Favor de llamar directamente al laboratorio para cualquier pregunta que tenga sobre su cobro.
- **Citas Perdidas:** Por favor tenga en cuenta que un cobro de \$25 será aplicado por citas perdidas o no canceladas dentro de un día laboral. Este cobro será su responsabilidad y será facturado directamente a usted. Por favor ayúdenos a servirle mejor manteniendo su cita programada. Si en algún momento usted experimenta dificultades financieras y necesita hacer arreglos de pago, favor de ponerse en contacto con nuestra oficina de facturación.

**Asignación de Beneficios.** Por esta Acuerdo concede autorización para que se comparta la información necesaria para procesar y completar mi reclamo de prestaciones al seguro médico, y para que se haga el pago de beneficios directamente a Graybill Medical Group por todos los servicios prestados.

Sus iniciales: \_\_\_\_\_

He leído y entendido la información en esta Acuerdo, Me comprometo a cumplir con las políticas financieras de la oficina y soy financieramente responsable por me cuenta.

Firma del Paciente o Tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**Esta página ha sido dejada en blanco intencionalmente**



www.graybill.org

## ACUSE DE RECIBO DEL AVISO DE LAS PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD Representante de Privacidad (760) 273-8589

NOMBRE DEL PACIENTE (APELLIDO, NOMBRE INICIAL MEDIA)	FECHA DE NACIMIENTO	FECHA
--	---------------------	-------

Por este conducto reconozco que me han ofrecido una copia del Aviso de las Prácticas de Privacidad de Graybill Medical Group. Me han informado que una copia del aviso vigente de las Prácticas de Privacidad estará a la vista en el área de recepción y que toda enmienda hecha a las Prácticas de Privacidad estará disponible en cada cita.

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL PACIENTE O TUTOR

\_\_\_\_\_  
FECHA

\_\_\_\_\_  
TELÉFONO DEL PACIENTE XXX-XXX-XXXX

\_\_\_\_\_  
NOMBRE DEL MÉDICO

Si el paciente no firma, favor indicar su relación con el paciente:

- Padre, Madre o Tutor
- Tutor o Persona responsable de un paciente con incapacidad física o mental
- Beneficiario o Representante de un paciente fallecido
  
- Quisiera recibir una copia de cualquier aviso enmendado a las Prácticas de Privacidad or medio de mi correo electrónico (email)

\_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_



www.graybill.org

## AUTORIZACIÓN PARA DISCUTIR INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA CON OTRAS PERSONAS

NOMBRE DEL PACIENTE (APELLIDO, NOMBRE, INICIAL MEDIA)

FECHA DE NACIMIENTO

FECHA

Concedo autorización a Graybill Medical Group para hablar con las siguientes personas sobre mi salud y compartirles mi información de salud que incluye facturación y seguro. Entiendo que esta autorización no incluye información sobre VIH, psiquiátrica o notas sobre alcohol o drogas, y que ese tipo de autorización se otorga en in formulario distinto a este.

	NOMBRE	FECHA DE NACIMIENTO
Esposo/Esposa	_____	_____
Hijos/Hijas	_____	_____
	_____	_____
	_____	_____
Tutor	_____	_____
Cuidador	_____	_____
Hermana/Hermano	_____	_____
Amigo/Amiga	_____	_____
Contacto de Emergencia	_____	_____
Otro	_____	_____

Autorizo que se hable de lo siguiente (favor de marcar lo que corresponde):

- Anotaciones hechas durante consultas
- Resultados de laboratorio
- Rayos x
- Reportes
- Todos los servicios y tratamientos

Entiendo que puedo revocar esta autorización por escrito en cualquier momento.

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL PACIENTE O TUTOR

\_\_\_\_\_  
FECHA



[www.graybill.org](http://www.graybill.org)

## CUESTIONARIO DE LA TUBERCULOSIS

NOMBRE DEL PACIENTE (APELLIDO, NOMBRE, INICIAL MEDIA)	FECHA DE NACIMIENTO	FECHA
---	---------------------	-------

1. ¿Ha tenido usted Tuberculosis?  Sí  No
2. ¿Ha estado viviendo con alguien que ha sido diagnosticado con Tuberculosis en los últimos 2 años?  Sí  No
3. ¿Ha tenido tos persistente y fiebre por más de 2 semanas?  Sí  No
4. ¿Ha tenido tos persistente y sudores nocturnos por más de 2 semanas?  Sí  No
5. ¿Ha tenido tos persistente y falta de apetito por más de 2 semanas?  Sí  No
6. ¿Ha estado tosiendo o escupiendo flema (saliva) con sangre?  Sí  No



## HISTORIAL PARA ADULTOS Y CUESTIONARIO DE REPASO DE SÍNTOMAS

www.graybill.org

NOMBRE DEL PACIENTE (APELLIDO, NOMBRE, INICIAL MEDIA)	FECHA DE NACIMIENTO	FECHA
SU GÉNERO HOY <input type="checkbox"/> HOMBRE <input type="checkbox"/> MUJER <input type="checkbox"/> INDIFERENCIADO	NOMBRE DEL CÓNYUGE O PAREJA	

HISTORIAL SOCIAL		
LUGAR DE NACIMIENTO	OCUPACIÓN DEL PACIENTE	
NACIONALIDAD	ESCOLORIDAD	
RELIGIÓN	ESTADO CIVIL	# AÑOS?
¿USO DE DROGAS? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	TIPO:	HIJOS
¿USO DE TABACO? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	TIPO	_____
¿CUÁNTOS PAQUETES DIÁRIOS?   # AÑOS   ÚLTIMO CONSUMO	MASCOTAS	
¿CONSUMO DE ALCOHOL? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	¿CUÁNTAS BEBIDAS?   POR <input type="checkbox"/> DÍA <input type="checkbox"/> SEMANA <input type="checkbox"/> MES	¿HACE EJERCICIO?   TIPO   FRECUENCIA <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
¿SI ES ALTO CONSUMO, CUÁNTOS AÑOS?   ÚLTIMO CONSUMO	VIAJES RECIENTES O DESTINOS FRECUENTES	
¿CONSUMO DE CAFEINA?   TIPO   PORCIONES/DÍA <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	_____	

CONDICIONES MÉDICAS (Marque las casillas adecuadas)			
<input type="checkbox"/> Cáncer (tipo): _____ <input type="checkbox"/> Ataque cardíaco <input type="checkbox"/> Enfermedad de la arteria coronaria <input type="checkbox"/> Fiebre reumática <input type="checkbox"/> Insuficiencia cardíaca <input type="checkbox"/> Hipertensión (presión alta) <input type="checkbox"/> Colesterol alto <input type="checkbox"/> Accidente cerebrovascular <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Piedras en la vesícula <input type="checkbox"/> Enfermedad hepática <input type="checkbox"/> Hepatitis, Ictericia <input type="checkbox"/> Enfermedad ulcerosa péptica <input type="checkbox"/> Acidez o reflujo	<input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> Convulsiones <input type="checkbox"/> Enfisema <input type="checkbox"/> Neumonía <input type="checkbox"/> Tuberculosis <input type="checkbox"/> Prueba positiva de tuberculosis in piel <input type="checkbox"/> Osteoporosis <input type="checkbox"/> Artritis <input type="checkbox"/> Gota <input type="checkbox"/> Infecciones frecuentes de la vejiga <input type="checkbox"/> Piedras en los riñones <input type="checkbox"/> Enfermedad renal (riñón) <input type="checkbox"/> Polio <input type="checkbox"/> Varicela <input type="checkbox"/> Mononucleosis infecciosa	<input type="checkbox"/> Anemia <input type="checkbox"/> Infecciones frecuentes de los senos nasales <input type="checkbox"/> Glaucoma <input type="checkbox"/> Problemas de tiroides <input type="checkbox"/> Urticaria <input type="checkbox"/> Depresión <input type="checkbox"/> Lesión en el cráneo <input type="checkbox"/> Fracturas de huesos <input type="checkbox"/> Tranfusiones sanguíneas <input type="checkbox"/> Enfermedades de transmisión sexual: herpes, VIH, etc. <input type="checkbox"/> Gonorrea, clamidia <input type="checkbox"/> Sífilis <input type="checkbox"/> Consumo de drogas intravenosas <input type="checkbox"/> Lesión por agujero	<input type="checkbox"/> Paperas <input type="checkbox"/> Migrañas <input type="checkbox"/> Agrandamiento de la próstata <input type="checkbox"/> Fibrosis quística <input type="checkbox"/> Malaria <input type="checkbox"/> Otra: _____  <b>VACUNAS</b> <input type="checkbox"/> Sarampión, paperas y rubeola <input type="checkbox"/> Varicela <input type="checkbox"/> Hepatitis B <input type="checkbox"/> Influenza/gripa <input type="checkbox"/> Neumocócica <input type="checkbox"/> Refuerzo de antitetánica

HISTORIAL QUIRÚRGICO (Marque las casillas adecuadas y el año)		
<input type="checkbox"/> Ojos (laser o corrección de la vision)   AÑO _____ <input type="checkbox"/> Ojos (cataratas o glaucoma)   _____ <input type="checkbox"/> Oídos   _____ <input type="checkbox"/> Senos nasales o tabique   _____ <input type="checkbox"/> Amígdalas (anginas) o adenoides   _____ <input type="checkbox"/> Tiroides   _____ <input type="checkbox"/> Corazón   _____	<input type="checkbox"/> Estómago   AÑO _____ <input type="checkbox"/> Varices   _____ <input type="checkbox"/> Vesícula biliar   _____ <input type="checkbox"/> Intestino o colon   _____ <input type="checkbox"/> Hemorroides   _____ <input type="checkbox"/> Hernia   _____ <input type="checkbox"/> Mama, seno   _____ <input type="checkbox"/> Útero o histerectomía   _____ <input type="checkbox"/> Ovarios   _____ <input type="checkbox"/> Prostata   _____	<input type="checkbox"/> Cirugía de columna o cuello   AÑO _____ <input type="checkbox"/> Cirugía de columna o espalda   _____ <input type="checkbox"/> Ortopédico (caderas o rodillas)   _____ <input type="checkbox"/> Hombros, pies o manos   _____ <input type="checkbox"/> Cesaria   _____ <input type="checkbox"/> Vasectomía   _____ <input type="checkbox"/> Ligadura de trompas   _____ <input type="checkbox"/> Otra: _____





## HISTORIAL PARA ADULTOS Y CUESTIONARIO DE REPASO DE SÍNTOMAS (continuación)

www.graybill.org

NOMBRE DEL PACIENTE (APELLIDO, NOMBRE, INICIAL MEDIA)

FECHA DE NACIMIENTO

FECHA

### MEDICAMENTOS ACTUALES

NOMBRE	DOSIS	VECES POR DÍA
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		
8.		
9.		
10.		

ALERGIAS Y MALAS REACCIONES A MÉDICAMENTOS

### HISTORIAL MÉDICO FAMILIAR (Marque las casillas que correspondan y escribe el parentesco)

¿Alguien en su FAMILIA alguna vez tuvo algo de lo siguiente?

	RELACIÓN		RELACIÓN	RELACIÓN
<input type="checkbox"/> Cáncer (tipo): _____	_____	<input type="checkbox"/> Diálisis	_____	<input type="checkbox"/> Enfermedad de Crohn o colitis _____
	_____	<input type="checkbox"/> Enfermedad pulmonar crónica	_____	<input type="checkbox"/> Alzheimer _____
<input type="checkbox"/> Diabetes	_____	<input type="checkbox"/> Tuberculosis	_____	<input type="checkbox"/> Alcoholismo _____
<input type="checkbox"/> Insuficiencia cardíaca congestiva	_____	<input type="checkbox"/> Artritis reumático	_____	<input type="checkbox"/> Tendencia a sangrado _____
<input type="checkbox"/> Enfermedad de la arteria coronaria	_____	<input type="checkbox"/> Problemas de tiroides	_____	<input type="checkbox"/> Anemia _____
<input type="checkbox"/> Enfermedad valvular cardíaca	_____	<input type="checkbox"/> Osteoporosis	_____	<input type="checkbox"/> Gota _____
<input type="checkbox"/> Hipertensión (presión alta)	_____	<input type="checkbox"/> Fibrosis quística	_____	<input type="checkbox"/> Depresión _____
<input type="checkbox"/> Colesterol alto	_____	<input type="checkbox"/> Asma	_____	<input type="checkbox"/> Enfermedad mental _____
<input type="checkbox"/> Accidente cerebrovascular	_____	<input type="checkbox"/> Úlcera péptica	_____	<input type="checkbox"/> Convulsiones _____
<input type="checkbox"/> Piedras en los riñones	_____	<input type="checkbox"/> Piedras en la vesícula	_____	<input type="checkbox"/> Migraña _____
<input type="checkbox"/> Enfermedad renal (riñones)	_____	<input type="checkbox"/> Otra: _____	_____	_____

### HISTORIAL GINECOLÓGICO / OBSTÉTRICO

Nombre del Ginecólogo/Obstetra (imprima): _____	Número de embarazos: _____
Edad en su primera menstruación: _____	Número de partos: _____ <input type="checkbox"/> Vaginal <input type="checkbox"/> Cesarea
Fecha de su último Papanicolaou: ____/____/____	Su método de anticoncepción _____
¿Ha tenido un Papanicolaou anormal? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	_____
Fecha de su última mamografía: ____/____/____	_____
¿Ha tenido un mamografía anormal? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Tiene dolor durante la menstruación? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Ciclo menstrual: <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Irregular	Edad de entrar en la menopausia: _____



www.graybill.org

# HISTORIAL PARA ADULTOS Y CUESTIONARIO DE REPASO DE SÍNTOMAS (continuación)

NOMBRE DEL PACIENTE (APELLIDO, NOMBRE, INICIAL MEDIA)

FECHA DE NACIMIENTO

FECHA

¿Ha tenido alguno de estos síntomas recientemente?

### GENERALES

- Fiebre     Fatiga     Sudoraciones nocturnas
- Otro: \_\_\_\_\_

### CABEZA, OJOS, OÍDOS, NARIZ Y GARGANTA

- Cambios de visión     Dolores de cabeza

### RESPIRATORIOS

- Falta de aire     Tos

### CARDIOVASCULARES

- Dolor en el pecho     Palpitaciones

### VASCULARES

- Calambres en las piernas al hacer ejercicio

### GASTROINTESTINALES

- Vómito     Diarrea     Constipación

### GENITALES Y URINARIOS

- Ardor al orinar     Sangre en la orina

### METABÓLICOS O ENDÓCRINOS

- Intolerancia a lo frío     Intolerancia a lo caliente

### NEUROLÓGICOS O PSIQUIÁTRICOS

- Mareos     Ansiedad     Depresión

### DERMATOLÓGICAS

- Sarpullido     Comezón

### MUSCULOESQUELÉTICO

- Dolor en la espalda     Artritis

### HEMATOLÓGICOS

- Moretones fáciles     Sangrado fácil

### ALERGIAS

- Alergia a alimentos     Alergias al entomo

¿Algun otro síntoma no mencionado anteriormente?

---



---



---



---



---



---



---



www.graybill.org

## HISTORIAL PARA ADULTOS Y CUESTIONARIO DE REPASO DE SÍNTOMAS (continuación)

NOMBRE DEL PACIENTE (APELLIDO, NOMBRE, INICIAL MEDIA)

FECHA DE NACIMIENTO

FECHA

### FARMACIA

Su receta será enviada electrónicamente a la farmacia de su preferencia. Por favor indique a que farmacia podemos enviar su receta:

CVS     Wal-Mart     Rite Aid     Walgreens     Target     Sav-On     Costco     Von's

Otra: \_\_\_\_\_

Domicilio (calle(s), número, ciudad) \_\_\_\_\_

Mejor número de teléfono para comunicarnos usted en caso de tener alguna pregunta: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

### MANTENIMIENTO DE LA SALUD

Fecha de su ultimo examen físico \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Fecha de su ultimo análisis de colesterol \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Si es mayor de 45 años, fecha de su ultimo examen de colon \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_     Sigmoidoscopia     Colonoscopia

Si es mayor de 65 años, fecha de su ultimo examen de osteoporosis o densidad de los huesos (DEXA) \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Si es mujer, fecha de su último Papanicolaou \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Si es mujer de 40 años, fecha de su último mamografía (mastografía) \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

### VACUNAS

Por favor, indique la fecha en que le aplicaron las siguientes vacunas:

Tétanos: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Vacuna anti influenza o gripa (se aplica una vez al año entre el otoño y la primavera): \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Vacuna anti neumonia (si es mayor de 65 años y tiene ciertas afecciones): \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Vacuna anti herpes (si es mayor de 60 años): \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

¿Está interesado en recibir alguno de los anteriores?     Sí     No

### DIRECTIVA ANTICIPADA

¿Tiene un Directiva Anticipada?     Sí     No

¿Le gustaría obtener información sobre una Directiva Anticipada?     Sí     No

## AUTORIZACIÓN PARA LIBERAR REGISTROS MÉDICOS

Teléfono: (760) 291-6700  
Sitio web: [www.graybill.org](http://www.graybill.org)

**Nombre del Paciente:**

**Fecha de Nacimiento del Paciente:**

El tratamiento, el pago, la inscripción o la elegibilidad para beneficios no se condicionarán a que yo proporcione o me niegue a proporcionar esta autorización.

Por la presente, autorizo al médico o proveedor de atención médica que se menciona a continuación a divulgar información médica al médico o proveedor de atención médica receptor indicado:

**DE:** \_\_\_\_\_  
(Médico o proveedor que divulga)

**A:** \_\_\_\_\_  
(Médico o proveedor receptor)

**Dirección:** \_\_\_\_\_  
(Calle)

**Dirección:** \_\_\_\_\_  
(Calle)

**Ciudad, Estado, Código Postal:**

**Ciudad, Estado, Código Postal:**

**Fax:** \_\_\_\_\_

**Fax:** \_\_\_\_\_

### Liberación de registros e información sobre:

**Nombre del Paciente:**

**Fecha de Nacimiento:**

**Número de Seguro Social:**

**Número de Teléfono:**

**Dirección:**

(Calle, Ciudad, Estado, Código Postal)

### DURACIÓN:

Esta autorización entrará en vigor inmediatamente y permanecerá en efecto hasta el **(ingrese la fecha)** o por un año a partir de la fecha de la firma si no se ingresa una fecha.

### REVOCACIÓN:

Esta autorización está sujeta a revocación por escrito en cualquier momento antes de la divulgación de la información por la parte divulgadora. La revocación por escrito será efectiva al recibirla, pero no afectará la información que ya haya sido divulgada con base en esta autorización.

### REDIVULGACIÓN:

Entiendo que el solicitante no puede utilizar o divulgar legalmente la información médica a menos que se obtenga otra autorización de mi parte o que la divulgación esté específicamente permitida o requerida por ley.

## AUTORIZACIÓN PARA LIBERAR REGISTROS MÉDICOS (Página 2 de 2)

### ESPECIFICAR REGISTROS:

- Información Médica
- Radiografías/Otras Imágenes
- Psiquiátrico
- Drogas/Alcohol (*Firma requerida*)

**Firma:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

- Resultados de Pruebas de VIH (*Firma requerida*)

**Firma:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

- Pruebas Genéticas (*Firma requerida*)

**Firma:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

- Otros (especifique): \_\_\_\_\_

**Firma:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

### SOLICITUD DE REGISTROS A PROPORCIONAR VÍA:

- Copia en Papel
- CD u Otro Almacenamiento Portátil
- Electrónicamente a través de NextMD

Solicito que la información médica divulgada en virtud de esta autorización se utilice únicamente para los siguientes propósitos:

---

**Firma del Paciente/Tutor:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

Una copia de esta autorización es válida como el original. Tengo derecho a recibir una copia de esta autorización para mi propio uso.

**Firma del Paciente/Tutor:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

**Relación con el Paciente (si no es el Paciente quien firma):** \_\_\_\_\_

---

### INFORMACIÓN CONFIDENCIAL

Los empleados de BACTES Corporation pueden acceder a la información con el propósito de fotocopiar registros médicos en respuesta a solicitudes debidamente autorizadas.

Es política de esta práctica médica adoptar, mantener y cumplir con nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad, el cual será consistente con la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro de Salud (HIPAA) y la ley de California.

Solo se copiarán los registros de los últimos **dos años**, a menos que se solicite lo contrario. Puede aplicarse un cargo por registros anteriores a dos años

## **Introduction to the Spanish translation of the POLST form**

---

POLST is a medical order that gives patients more control over their care during serious illness. Printed on a bright pink form and signed by the patient and by a physician, nurse practitioner or physician assistant, POLST lists the types of medical treatment that a patient wishes to receive during serious illness.

This is a Spanish translation of the California POLST form. The translated form is for educational purposes only to be used when discussing a patient's wishes documented on the POLST form. The signed POLST form must be in English so that emergency personnel can read and follow the orders.

For questions in English, email [info@capolst.org](mailto:info@capolst.org) or call (916) 489-2222. To learn more about POLST, visit [www.caPOLST.org](http://www.caPOLST.org).

## **Introducción a la traducción al español del formulario POLST**

---

POLST es una orden médica que les da a los pacientes más control sobre su atención médica cuando tienen una enfermedad grave. Impresa en un formulario de color rosa brillante y firmada por el paciente y por un médico, una enfermera con práctica médica o un asistente médico profesional, POLST enumera los tipos de tratamiento médico que el paciente desea recibir cuando tiene una enfermedad grave.

Ésta es una traducción al español del formulario POLST de California. El formulario traducido solo se debe usar con fines educativos al conversar sobre los deseos del paciente, que se tienen que documentar en el formulario POLST. El formulario POLST firmado tiene que estar en inglés para que el personal de emergencia pueda leerlo y seguir las órdenes.

Para preguntas en inglés, envíe un mensaje por correo electrónico a [info@capolst.org](mailto:info@capolst.org) o llame al (916) 489-2222. Para obtener más información sobre la orden POLST, visite [www.caPOLST.org](http://www.caPOLST.org).

*This page is left intentionally blank.*

# What is a POLST?

## *Key Facts About POLST for Individuals and Family Members*

*Physician Orders for Life Sustaining Treatment (POLST) is a medical order that helps give people with serious illness more control over their care during a medical emergency. POLST can help make sure you get the care you want, and also protect you from getting medical treatments you DO NOT want.*

- **POLST is voluntary.** Nursing homes and assisted living facilities may include POLST in their admission papers, but can't require you to complete a POLST if you do not wish to.
- **POLST is for people who are seriously ill or have advanced frailty.** If you are healthy, an advance directive is for you.
- **A POLST does NOT replace an advance directive,** which is still the best way to appoint someone you trust to act as your medical decisionmaker. A POLST works together with your advance directive, providing more specific detail regarding medical wishes and goals of care during a serious illness or at the end of life.
- **The POLST form should be completed by your doctor or another trained medical provider** after you've had a good conversation about the form's medical terms and options. This conversation is very important and should cover your overall health, your personal values, goals for your care, and treatment wishes. It can be helpful to include your family in the talk so they know and understand your treatment wishes.
- **The POLST form is not valid until it is signed by both you (or your designated decisionmaker) AND your physician, nurse practitioner, or physician assistant.**
- **Once completed and signed, a copy goes in your medical record and you keep the original bright pink POLST.** Wherever you go for medical care, the signed pink form should go with you. At home, keep your POLST in an easy to find place, like on your refrigerator, in case of a medical emergency.
- **POLST does not expire, but it should be reviewed regularly to make sure your wishes haven't changed.** You do not need to fill out a new POLST if you move from one facility to another, or change doctors. You only have to complete a new POLST if your treatment wishes change.
- **POLST is a medical order, which means licensed medical providers are required to follow its instructions** regarding CPR and other emergency medical care. The POLST form is printed on bright pink paper so it is easy to recognize, but photocopies are also considered valid.
- **You can void your POLST form at any time, verbally or in writing.** If you have changes, it is best to complete a new POLST. To void a POLST form, draw a line through sections A through D, write "VOID" in large letters, then sign and date the line.

Please go to: <http://www.capolst.org/> or call (916) 489-2222 for more information.



La versión en español solo se debe usar con fines educativos (Spanish version is for educational purposes only).  
 La ley HIPAA permite la revelación de las POLST a otros profesionales de atención de la salud en la medida que sea necesario



EMSA #111 B  
 (En vigor a partir del 1/1/2016)\*

## Órdenes del médico de tratamiento para el mantenimiento de la vida (Physician Orders for Life-Sustaining Treatment, POLST)

**Primero siga estas órdenes, luego comuníquese con el médico/NP/PA.** Una copia firmada de las POLST es una orden médica legalmente válida. Cualquier sección que no esté llenada implica tratamiento completo para esa sección. **Las POLST son un complemento a una directiva anticipada y no tienen el objetivo de reemplazar ese documento.**

Apellido del paciente:	Fecha de preparación del formulario:
Nombre del paciente:	Fecha de nacimiento del paciente:
Segundo nombre del paciente:	Nº de registro médico: (opcional)

A Marque uno	<b>Resucitación cardiopulmonar (RCP):</b>	<i>Si el paciente no tiene pulso y no está respirando.</i>
	<i>Si el paciente NO está sufriendo un paro cardiopulmonar, seguir las órdenes en las secciones B y C.</i>	
	<input type="checkbox"/> <b>Intentar resucitación/RCP</b> (Si selecciona RCP en la sección A <b>tiene que</b> seleccionar Tratamiento completo en la sección B) <input type="checkbox"/> <b>No intentar resucitación/DNR</b> (permitir la muerte natural)	

B Marque uno	<b>Intervenciones médicas:</b>	<i>Si el paciente se encuentra con pulso y/o está respirando.</i>
	<input type="checkbox"/> <b>Tratamiento completo</b> – el objetivo primario es prolongar la vida por cualquier medida que sea eficaz desde el punto de vista médico. Además del tratamiento descrito en Tratamiento selectivo y Tratamiento enfocado en la comodidad, usar entubación, intervenciones avanzadas en las vías respiratorias, ventilación mecánica y cardioversión según sea indicado. <input type="checkbox"/> <i>Tratamiento completo durante un período de prueba.</i> <input type="checkbox"/> <b>Tratamiento selectivo</b> – el objetivo es tratar los problemas médicos y evitar las medidas onerosas. Además del tratamiento descrito en Tratamiento enfocado en la comodidad, usar tratamiento médico, antibióticos intravenosos y fluidos intravenosos según sea indicado. No entubar. Se puede usar presión positiva no invasora en las vías respiratorias. Evitar en general los cuidados intensivos. <input type="checkbox"/> <i>Solicitar el traslado al hospital solo si no se pueden suplir las necesidades de comodidad en la ubicación actual.</i> <input type="checkbox"/> <b>Tratamiento enfocado en la comodidad</b> – el objetivo primario es maximizar la comodidad. Aliviar el dolor y el sufrimiento con medicación por cualquier medio necesario; usar oxígeno, succión y tratamiento manual de la obstrucción de las vías respiratorias. No usar los tratamientos indicados en Tratamiento completo y Tratamiento selectivo a menos que sean consecuentes con el objetivo de comodidad. <b>Solicitar el traslado al hospital solo si no se pueden suplir las necesidades de comodidad en la ubicación actual.</b> Órdenes adicionales: _____	

C Marque uno	<b>Nutrición administrada artificialmente:</b>	<i>Ofrecer alimentos por boca, si es posible y deseado.</i>
	<input type="checkbox"/> Administrar nutrición artificial a <b>largo plazo</b> , incluyendo la alimentación por tubo. Órdenes adicionales: _____ <input type="checkbox"/> Período de prueba de nutrición <b>artificial</b> , incluyendo la alimentación por tubo. _____ <input type="checkbox"/> No administrar nutrición por <b>medios artificiales</b> , incluyendo la alimentación por tubo. _____	

D	<b>Información y firmas:</b>	
	<b>Hablado con:</b> <input type="checkbox"/> Paciente (paciente tiene capacidad de hacerlo) <input type="checkbox"/> Encargado de tomar decisiones reconocido legalmente <input type="checkbox"/> Directiva anticipada con fecha _____, disponible y revisada → Agente para la atención de la salud, si fue nombrado en la directiva anticipada: <input type="checkbox"/> Directiva anticipada no está disponible Nombre: _____ <input type="checkbox"/> No hay una directiva anticipada Teléfono: _____	
<b>Firma del médico / Enfermera con práctica médica (NP) / Asistente médico profesional (PA) (Médico/NP/PA)</b> Mi firma a continuación indica que a mi mejor saber y entender estas órdenes son consecuentes con el estado médico y las preferencias del paciente.		
Nombre del médico/NP/PA en letra de molde:		N.º de teléfono del médico/NP/PA:
		N.º de licencia del médico/PA, N.º de Certificado de la NP:
Firma del médico/NP/PA: (requerida) XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX		Fecha:
<b>Firma del paciente o encargado de tomar decisiones reconocido legalmente</b> Sé que este formulario es voluntario. Al firmar este formulario, el encargado de tomar decisiones reconocido legalmente reconoce que este pedido relativo a medidas de resucitación es consecuente con los deseos conocidos y el mejor interés del individuo que es objeto del formulario.		
Nombre en letra de molde: Firma: (requerida) XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX		Relación: (escribir Si mismo si es el paciente)
Firma: (requerida) XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX		Fecha:
Dirección postal (calle/ciudad/estado/código postal):		Número de teléfono:
<b>FOR REGISTRY USE ONLY / PARA USO EXCLUSIVO DEL REGISTRO</b>		

**Enviar el formulario con el paciente cuando sea trasladado o dado de alta**

\*Las versiones de los formularios con fechas de vigencia el 1/1/2009, 4/1/2011 o 10/1/2014 también son válidas.

## La ley HIPAA permite la revelación de las POLST a otros profesionales de atención de la salud en la medida que sea necesario

### Información del paciente

Nombre (apellido, nombre, segundo nombre): \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Sexo: **M** **F**

### Médico supervisor del NP/PA

Nombre de la persona que preparó el formulario (si no es el médico/NP/PA que firma)

Nombre: \_\_\_\_\_

Nombre/Cargo: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_

### Contacto adicional

Ninguno

Nombre: \_\_\_\_\_

Relación con el paciente: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_

## Instrucciones para el profesional de atención de la salud

### Cómo llenar las POLST

- **Llenar un formulario POLST es voluntario.** La ley de California requiere que los profesionales de atención de la salud cumplan con lo indicado en las POLST y otorga inmunidad a aquellos que las cumplan de buena fe. En el entorno hospitalario, un paciente será evaluado por un médico, o una enfermera con práctica médica (NP) o un asistente médico profesional (PA) actuando bajo la supervisión del médico, quien emitirá órdenes adecuadas congruentes con las preferencias del paciente.
- **Las POLST no reemplazan una directiva anticipada.** Cuando esté disponible, revise la directiva anticipada y el formulario POLST para verificar que sean consecuentes y actualizar los formularios de manera apropiada para resolver cualquier conflicto.
- Las POLST tienen que ser llenadas por un profesional de atención de la salud basándose en las **preferencias del paciente y las indicaciones médicas.**
- Un encargado de tomar decisiones reconocido legalmente podría incluir a un tutor administrativo o tutor nombrado por la corte, agente nombrado en una directiva anticipada, sustituto nombrado oralmente, cónyuge, pareja de hecho registrada, uno de los padres de un menor, pariente más cercano disponible o persona que el médico de la persona considere que conoce mejor lo que está en el mejor interés del paciente y que tomará decisiones de acuerdo a los deseos y valores expresados por el paciente en la medida que se conozcan.
- Un encargado de tomar decisiones reconocido legalmente puede ejecutar el formulario de las POLST solo si el paciente no tiene la capacidad o ha designado que la autoridad del encargado de tomar decisiones cobre vigencia inmediatamente.
- Para ser un formulario de POLST válido, tiene que ser firmado por (1) un médico, o enfermera con práctica médica o asistente médico profesional actuando bajo la supervisión de un médico, y ejerciendo funciones según lo autorizado por ley y (2) el paciente o la persona que toma decisiones en nombre del paciente. Las órdenes verbales son aceptables con una firma posterior del médico/NP/PA de conformidad con las normas de la instalación/comunidad.
- Si se usa un formulario traducido para un paciente o encargado de tomar decisiones, adjúntelo al formulario POLST en inglés firmado.
- Se recomienda enfáticamente el uso del formulario original. Las fotocopias y los facsimiles de los formularios POLST firmados son legales y válidos. Se debe archivar una copia en el registro médico del paciente, en papel Ultra Pink de ser posible.

### Cómo usar las POLST

- Toda sección incompleta de las POLST implica **tratamiento completo para esa sección.**

#### Sección A:

- Si se encuentra sin pulso y no está respirando, **no se deben usar desfibriladores** (incluyendo los desfibriladores automatizados externos) ni compresiones de pecho en un paciente que seleccionó "No intentar resucitación".

#### Sección B:

- Cuando no se puede lograr la **comodidad del paciente** en el lugar actual, se debe trasladar al paciente, incluso si desea "tratamiento enfocado en la comodidad", a un lugar **debe ser trasladada** a un lugar en el que se le puedan proporcionar comodidad (como por ejemplo, el tratamiento de una fractura de cadera).
- La presión positiva no invasora de las vías respiratorias incluye la presión positiva continua de las vías respiratorias (CPAP), presión positiva en dos niveles de las vías respiratorias (BiPAP) y respiraciones asistidas por bolsa válvula máscara (BVM).
- Los antibióticos por vía intravenosa y la hidratación en general no se consideran "Tratamiento enfocado en la comodidad".
- El tratamiento de la deshidratación **prolonga la vida.** Si un paciente desea fluidos intravenosos, indique "Tratamiento selectivo" o "Tratamiento completo".
- Dependiendo de las **normas de los servicios médicos de emergencia (EMS) locales,** es posible que el personal de EMS no implemente las "Órdenes adicionales" escritas en la sección B.

### Revisión de las POLST

Se recomienda una **revisión periódica** de las POLST. Una revisión se recomienda cuando:

- se **traslada al paciente** de un lugar de atención o nivel de atención a otro o
- hay un **cambio sustancial** en el estado de salud del paciente o
- cambian las **preferencias** de tratamiento del paciente.

### Cómo modificar y anular las POLST

- Un paciente con la capacidad para hacerlo puede solicitar que se anulen las POLST en cualquier momento, por cualquier medio que indique su intención de anularlas. Se recomienda que la anulación se registre tachando las secciones A a D con una línea, escribiendo "VOID" (nulo) en letra grande, firmando y escribiendo la fecha en esta línea.
- Una persona designada legalmente para tomar decisiones en nombre del paciente puede solicitar una modificación de las órdenes, en colaboración con el médico/NP/PA, según los deseos conocidos del paciente, o si no se conocen, el mejor interés del paciente.

Este formulario está aprobado por la Dirección de Servicios Médicos de Emergencia de California en colaboración con el grupo de trabajo POLST de todo el estado. Para obtener más información o una copia del formulario, visite [www.caPOLST.org](http://www.caPOLST.org).

**Enviar el formulario con el paciente cuando sea trasladado o dado de alta**



EMSA #111 B  
(Effective 4/1/2017)\*

# Physician Orders for Life-Sustaining Treatment (POLST)

**First follow these orders, then contact Physician/NP/PA.** A copy of the signed POLST form is a legally valid physician order. Any section not completed implies full treatment for that section. **POLST complements an Advance Directive and is not intended to replace that document.**

Patient Last Name:	Date Form Prepared:
Patient First Name:	Patient Date of Birth:
Patient Middle Name:	Medical Record #: (optional)

**A CARDIOPULMONARY RESUSCITATION (CPR):** *If patient has no pulse and is not breathing. If patient is NOT in cardiopulmonary arrest, follow orders in Sections B and C.*

**A**  
Check One

- Attempt Resuscitation/CPR** (Selecting CPR in Section A **requires** selecting Full Treatment in Section B)
- Do Not Attempt Resuscitation/DNR** (Allow Natural Death)

**B MEDICAL INTERVENTIONS:** *If patient is found with a pulse and/or is breathing.*

**B**  
Check One

- Full Treatment** – primary goal of prolonging life by all medically effective means.  
In addition to treatment described in Selective Treatment and Comfort-Focused Treatment, use intubation, advanced airway interventions, mechanical ventilation, and cardioversion as indicated.
- Trial Period of Full Treatment.**
- Selective Treatment** – goal of treating medical conditions while avoiding burdensome measures.  
In addition to treatment described in Comfort-Focused Treatment, use medical treatment, IV antibiotics, and IV fluids as indicated. Do not intubate. May use non-invasive positive airway pressure. Generally avoid intensive care.
- Request transfer to hospital only if comfort needs cannot be met in current location.**
- Comfort-Focused Treatment** – primary goal of maximizing comfort.  
Relieve pain and suffering with medication by any route as needed; use oxygen, suctioning, and manual treatment of airway obstruction. Do not use treatments listed in Full and Selective Treatment unless consistent with comfort goal. **Request transfer to hospital only if comfort needs cannot be met in current location.**

**Additional Orders:** \_\_\_\_\_

**C ARTIFICIALLY ADMINISTERED NUTRITION:** *Offer food by mouth if feasible and desired.*

**C**  
Check One

- Long-term artificial nutrition, including feeding tubes. Additional Orders: \_\_\_\_\_
- Trial period of artificial nutrition, including feeding tubes. \_\_\_\_\_
- No artificial means of nutrition, including feeding tubes. \_\_\_\_\_

**D INFORMATION AND SIGNATURES:**

**Discussed with:**  Patient (Patient Has Capacity)  Legally Recognized Decisionmaker

Advance Directive dated \_\_\_\_\_, available and reviewed → Health Care Agent if named in Advance Directive:  
Name: \_\_\_\_\_  
Phone: \_\_\_\_\_

Advance Directive not available

No Advance Directive

**Signature of Physician / Nurse Practitioner / Physician Assistant (Physician/NP/PA)**  
My signature below indicates to the best of my knowledge that these orders are consistent with the patient's medical condition and preferences.

Print Physician/NP/PA Name:	Physician/NP/PA Phone #:	Physician/PA License #, NP Cert. #:
Physician/NP/PA Signature: (required)		Date:

**Signature of Patient or Legally Recognized Decisionmaker**

I am aware that this form is voluntary. By signing this form, the legally recognized decisionmaker acknowledges that this request regarding resuscitative measures is consistent with the known desires of, and with the best interest of, the individual who is the subject of the form.

Print Name:	Relationship: (write self if patient)	
Signature: (required)	Date:	Your POLST may be added to a secure electronic registry to be accessible by health providers, as permitted by HIPAA.
Mailing Address (street/city/state/zip):	Phone Number:	

**SEND FORM WITH PATIENT WHENEVER TRANSFERRED OR DISCHARGED**

\*Form versions with effective dates of 1/1/2009, 4/1/2011, 10/1/2014 or 01/01/2016 are also valid

# HIPAA PERMITS DISCLOSURE OF POLST TO OTHER HEALTH CARE PROVIDERS AS NECESSARY

## Patient Information

Name (last, first, middle):	Date of Birth:	Gender: <b>M</b> <b>F</b>
-----------------------------	----------------	------------------------------

<b>NP/PA's Supervising Physician</b>	<b>Preparer Name</b> (if other than signing Physician/NP/PA)	
Name:	Name/Title:	Phone #:

<b>Additional Contact</b> <input type="checkbox"/> None		
Name:	Relationship to Patient:	Phone #:

## Directions for Health Care Provider

### Completing POLST

- **Completing a POLST form is voluntary.** California law requires that a POLST form be followed by healthcare providers, and provides immunity to those who comply in good faith. In the hospital setting, a patient will be assessed by a physician, or a nurse practitioner (NP) or a physician assistant (PA) acting under the supervision of the physician, who will issue appropriate orders that are consistent with the patient's preferences.
- **POLST does not replace the Advance Directive.** When available, review the Advance Directive and POLST form to ensure consistency, and update forms appropriately to resolve any conflicts.
- POLST must be completed by a health care provider based on patient preferences and medical indications.
- A legally recognized decisionmaker may include a court-appointed conservator or guardian, agent designated in an Advance Directive, orally designated surrogate, spouse, registered domestic partner, parent of a minor, closest available relative, or person whom the patient's physician/NP/PA believes best knows what is in the patient's best interest and will make decisions in accordance with the patient's expressed wishes and values to the extent known.
- A legally recognized decisionmaker may execute the POLST form only if the patient lacks capacity or has designated that the decisionmaker's authority is effective immediately.
- To be valid a POLST form must be signed by (1) a physician, or by a nurse practitioner or a physician assistant acting under the supervision of a physician and within the scope of practice authorized by law and (2) the patient or decisionmaker. Verbal orders are acceptable with follow-up signature by physician/NP/PA in accordance with facility/community policy.
- If a translated form is used with patient or decisionmaker, attach it to the signed English POLST form.
- Use of original form is strongly encouraged. Photocopies and FAXes of signed POLST forms are legal and valid. A copy should be retained in patient's medical record, on Ultra Pink paper when possible.

### Using POLST

- Any incomplete section of POLST implies full treatment for that section.

#### Section A:

- If found pulseless and not breathing, no defibrillator (including automated external defibrillators) or chest compressions should be used on a patient who has chosen "Do Not Attempt Resuscitation."

#### Section B:

- When comfort cannot be achieved in the current setting, the patient, including someone with "Comfort-Focused Treatment," should be transferred to a setting able to provide comfort (e.g., treatment of a hip fracture).
- Non-invasive positive airway pressure includes continuous positive airway pressure (CPAP), bi-level positive airway pressure (BiPAP), and bag valve mask (BVM) assisted respirations.
- IV antibiotics and hydration generally are not "Comfort-Focused Treatment."
- Treatment of dehydration prolongs life. If a patient desires IV fluids, indicate "Selective Treatment" or "Full Treatment."
- Depending on local EMS protocol, "Additional Orders" written in Section B may not be implemented by EMS personnel.

### Reviewing POLST

It is recommended that POLST be reviewed periodically. Review is recommended when:

- The patient is transferred from one care setting or care level to another, or
- There is a substantial change in the patient's health status, or
- The patient's treatment preferences change.

### Modifying and Voiding POLST

- A patient with capacity can, at any time, request alternative treatment or revoke a POLST by any means that indicates intent to revoke. It is recommended that revocation be documented by drawing a line through Sections A through D, writing "VOID" in large letters, and signing and dating this line.
- A legally recognized decisionmaker may request to modify the orders, in collaboration with the physician/NP/PA, based on the known desires of the patient or, if unknown, the patient's best interests.

This form is approved by the California Emergency Medical Services Authority in cooperation with the statewide POLST Task Force.  
For more information or a copy of the form, visit [www.caPOLST.org](http://www.caPOLST.org).

**SEND FORM WITH PATIENT WHENEVER TRANSFERRED OR DISCHARGED**

*This page is left intentionally blank.*



www.graybill.org

# AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Oficial de Privacidad 760-273-8589

Fecha de entrada en vigor: 11 de noviembre de 2024

**Este Aviso describe cómo se puede usar y divulgar la información médica sobre usted y cómo usted puede tener acceso a esta información. Por favor, léalo con atención.**

Entendemos la importancia de la privacidad y estamos comprometidos a mantener la confidencialidad de su información médica. Llevamos un registro de la atención médica que brindamos y podemos recibir registros similares de otras fuentes. Utilizamos estos registros para brindar o permitir que otros proveedores del cuidado de la salud brinden atención médica de calidad, para obtener el pago por los servicios que se le prestan a usted según lo permitido por su plan de salud y para poder cumplir con nuestras obligaciones profesionales y legales a fin de operar esta práctica médica adecuadamente. Estamos obligados por ley a mantener la privacidad de la información médica protegida, a proporcionar a las personas el aviso de nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad con respecto a la información médica y a notificar a las personas afectadas después de una violación a la información médica protegida. Este Aviso describe cómo podemos utilizar y divulgar su información médica. También describe sus derechos y nuestras obligaciones legales con respecto a su información médica. Si tiene alguna pregunta acerca de este Aviso, póngase en contacto con nuestro Oficial de Privacidad que se menciona arriba.

## **A. Como puede Graybill Medical Group usar o divulgar su información médica**

El expediente médico es propiedad de esta práctica médica, pero la información en el expediente médico le pertenece a usted. La ley nos permite usar o divulgar su información médica para los siguientes propósitos:

1. **Tratamiento.** Usamos su información médica para proporcionarle atención médica. Divulgamos información médica a nuestros empleados y otras personas que participan en la prestación de la atención médica que usted necesita. Por ejemplo, podemos compartir su información médica con otros médicos u otros proveedores del cuidado de la salud que proporcionen servicios que nosotros no proporcionamos, o podemos compartir esta información con un farmacéutico que la necesite para surtirle una receta o con un laboratorio para realizar una prueba. También podemos divulgar información médica a miembros de su familia u otras personas que puedan ayudarle a usted cuando esté enfermo o lesionado, o después de su muerte.
2. **Pago.** Usamos y divulgamos su información médica para obtener el pago por los servicios que brindamos. Por ejemplo, le damos a su plan de salud la información necesaria para el pago. También podemos divulgar información a otros proveedores del cuidado de la salud para ayudarles a obtener el pago por los servicios que le han brindado.
3. **Operaciones de atención médica.** Podemos usar y divulgar su información médica para operar esta práctica médica. Por ejemplo, podemos usar y divulgar esta información para revisar y mejorar la calidad de la atención que brindamos, o la competencia y la cualificación de nuestro personal profesional. O podemos usar y divulgar esta información para hacer que su plan de salud autorice servicios o remisiones. También podemos usar y divulgar esta información conforme sea necesario para revisiones médicas, servicios legales y auditorías, lo cual incluye la detección de fraudes y abusos, programas de cumplimiento, y planificación y gestión empresarial. También podemos compartir su información médica con nuestros "socios comerciales", como nuestro servicio de facturación, que nos prestan servicios administrativos. Tenemos un contrato escrito con cada uno de nuestros socios comerciales que con tiene los términos que los obligan a ellos y a sus subcontratistas a proteger la confidencialidad y seguridad de su información médica. Aunque la ley federal no protege la información médica que se divulga a una persona que no sea un profesional de la salud, plan de salud, centro de información de salud o a uno de sus socios comerciales, la ley de California prohíbe a todos los destinatarios de la información médica divulgarla, excepto cuando sea específicamente requerido o permitido por la ley. También

podemos compartir su información con otros proveedores del cuidado de la salud, centros de información de salud o planes de salud que tengan una relación con usted, cuando ellos soliciten dicha información para que les sirva en sus actividades de evaluación y mejora de la calidad; actividades de seguridad del paciente; sus esfuerzos para mejorar la salud de la población o reducir los costos de la atención médica; para el desarrollo de protocolos; las actividades de manejo de casos o de coordinación de la atención; su revisión de la competencia, las cualificaciones y el desempeño de los profesionales de la salud; sus programas de capacitación; sus actividades de certificación, acreditación u otorgamiento de licencias; sus actividades relacionadas con contratos de seguros de salud o beneficios para la salud; o sus esfuerzos para detectar fraudes y abusos de atención médica y para el cumplimiento de la ley.

4. Recordatorios de citas. Podemos usar y divulgar información médica para comunicarnos con usted y recordarle sus citas. [Si usted no está en casa, podemos dejar esta información en su contestadora automática o darle el mensaje a la persona que conteste el teléfono.]
5. Hoja de asistencia. Podemos usar y divulgar su información médica cuando se registre al llegar a nuestro consultorio. También podemos llamarlo por su nombre cuando estemos listos para atenderlo.
6. Notificación y comunicación con familiares. Podemos divulgar su información médica para notificar o ayudar a notificar a un familiar, su representante personal u otra persona responsable de su cuidado sobre su ubicación, su condición general o, a menos que usted nos haya indicado otra cosa, en el caso de que fallezca. En caso de un desastre, podemos divulgar información a una organización de ayuda para que pueda coordinar estos esfuerzos de notificación. También podemos divulgar información a alguien que participe en su atención o ayude a pagar su atención. Si usted puede o está disponible para aceptar u oponerse, le daremos la oportunidad de oponerse antes de hacer estas divulgaciones, aunque podemos revelar esta información en un desastre incluso a pesar de su objeción, si creemos que es necesario hacerlo para responder a las situaciones de emergencia. Si usted no puede o no está disponible para aceptar u oponerse, nuestros profesionales de la salud aplicarán su mejor criterio de comunicación con sus familiares y otros.
7. Mercadotecnia. Siempre que no recibamos pago alguno por hacer estas comunicaciones, podemos comunicarnos con usted para alentarle a comprar o utilizar productos o servicios relacionados con su tratamiento, administración de casos o coordinación de atención, o para dirigir o recomendar otros tratamientos, terapias, proveedores del cuidado de la salud o lugares para recibir atención médica que puedan interesarle. También podemos describir los productos o servicios que ofrece esta práctica y decirle de cuáles planes de salud formamos parte. Podemos recibir una compensación financiera por hablar con usted frente a frente, para proporcionarle pequeños regalos promocionales, o para cubrir el costo de recordarle que debe tomar y volver a surtir su medicamento o cualquier otra forma de comunicación sobre un medicamento o elemento biológico que actualmente usted tenga prescrito, pero sólo si: (1) usted tiene una afección crónica y debilitante grave o potencialmente mortal y la comunicación se efectúa para instruirlo o informarle acerca de las opciones de tratamiento y para que no deje de seguir un tratamiento prescrito, o (2) usted está actualmente afiliado a un plan de salud y la comunicación está limitada a la disponibilidad de aquellos productos farmacéuticos más económicos. Si hacemos estas comunicaciones mientras usted tiene una afección crónica y debilitante grave o potencialmente mortal, se le informará lo siguiente, con un tamaño de letra mínimo de 14: (1) la existencia y el origen de la remuneración y (2) su derecho a darse de baja de las comunicaciones futuras remuneradas llamando al número de teléfono gratuito del comunicador. No utilizaremos o divulgaremos de otro modo su información médica para fines de mercadotecnia, ni aceptaremos pago alguno por otras comunicaciones de mercadotecnia sin su autorización previa por escrito. La autorización revelará si recibimos alguna compensación económica por cualquier actividad de mercadotecnia que usted autorice y detendremos cualquier actividad de mercadotecnia futura en la medida en que usted revoque dicha autorización.
8. Venta de información médica. No venderemos su información médica sin su autorización previa por escrito. La autorización revelará que recibiremos una compensación por su información médica si usted nos autoriza venderla y detendremos cualquier venta futura de su información en la medida en que usted revoque dicha autorización.
9. Requisitos legales. Usaremos y divulgaremos su información médica según lo requiera la ley, pero limitaremos nuestro uso o divulgación a los requisitos pertinentes de la ley. Cuando la ley nos obligue a reportar un abuso, negligencia o violencia doméstica, o a responder a procesos judiciales o administrativos, o ante funcionarios

encargados de hacer cumplir la ley, cumpliremos además con los requisitos establecidos a continuación sobre dichas actividades.

10. Salud pública. Podemos, y a veces la ley nos exige, divulgar su información médica a las autoridades de salud pública para fines relacionados con: prevenir o controlar enfermedades, lesiones o discapacidades; denunciar casos de maltrato o abandono de niños, ancianos o adultos dependientes; denunciar casos de violencia doméstica; informar a la Administración de Alimentos y Medicamentos sobre problemas con productos y reacciones a medicamentos; y reportar alguna exposición a enfermedades o infecciones. Al notificar sospechas de maltrato de ancianos o adultos dependientes o violencia doméstica, le informaremos a usted o a su representante personal sin demora, a menos que, según nuestro mejor criterio profesional, creamos que la notificación lo pondría en riesgo de daño grave o que sería necesario informar a un representante personal que creemos que es el responsable del abuso o maltrato.
11. Actividades de supervisión de la salud. Podemos, y a veces la ley nos exige, divulgar su información médica a agencias de supervisión de la salud durante el curso de auditorías, investigaciones, inspecciones, licencias u otros procesos, sujetos a las limitaciones impuestas por las leyes federales y de California.
12. Procesos judiciales y administrativos. Podemos, y a veces la ley nos exige, divulgar su información médica durante el curso de cualquier proceso administrativo o judicial en la medida expresamente autorizada por una orden judicial o administrativa. También podemos divulgar información sobre usted en respuesta a una citación, solicitud de presentación de evidencia u otro proceso legal si se han hecho esfuerzos razonables para notificarle esa solicitud y usted no se ha opuesto, o si sus objeciones han sido resueltas por un tribunal o una orden administrativa.
13. Cumplimiento de la ley. Podemos, y a veces la ley nos exige, divulgar su información médica a un agente encargado de hacer cumplir la ley para efectos de identificar o localizar a un sospechoso, fugitivo, testigo o persona desaparecida; obedecer una orden de la corte, orden judicial, citación del gran jurado; y otros fines relacionados con el cumplimiento de la ley.
14. Médicos forenses. Podemos, y a veces la ley nos exige, divulgar su información médica a los médicos forenses en relación con las investigaciones de muertes.
15. Donación de órganos o tejidos. Podemos divulgar su información médica a organizaciones relacionadas con la obtención, el almacenamiento o el trasplante de órganos y tejidos.
16. Seguridad pública. Podemos, y a veces la ley nos exige, divulgar su información médica a las personas indicadas para prevenir o disminuir una amenaza grave e inminente a la salud o seguridad de una persona en particular o al público en general.
17. Comprobante de vacunación. Divulgaremos comprobantes de vacunación a las escuelas a las cuales la ley solicite tal información antes de admitir a un estudiante si está de acuerdo con la divulgación en su propio nombre o en nombre de su dependiente.
18. Funciones gubernamentales especializadas. Podemos divulgar su información médica para efectos de seguridad nacional o militar o para instituciones correccionales o agentes encargados del cumplimiento de la ley que lo tengan en custodia legal.
19. Indemnización de trabajadores. Podemos divulgar su información médica si es necesario para cumplir con las leyes de indemnización de trabajadores. Por ejemplo, hasta donde su atención de salud esté cubierta por la indemnización de trabajadores, elaboraremos informes periódicamente para su empleador sobre su enfermedad. La ley también nos obliga a reportar casos de lesiones o enfermedades ocupacionales al empleador o al asegurador de la indemnización de trabajadores.
20. Cambio de propiedad. En caso de que esta práctica médica se venda o se una con otra organización, su información médica o expediente médico pertenecerá al nuevo propietario, aunque usted puede mantener el derecho de solicitar que las copias de su información médica se transfieran a otro médico o grupo médico.
21. Notificación de violación. En caso de que ocurra una violación a la información médica protegida sin garantía, le notificaremos de la forma en la que la ley lo exija. Si nos proporcionó una dirección de correo electrónico actual, podemos usar el correo electrónico para comunicarle la información relacionada con la violación. En algunas circunstancias, nuestros socios comerciales pueden proporcionar la notificación. También podemos proporcionar la notificación por otros medios según corresponda.
22. Investigación. Podemos divulgar su información médica a investigadores que realicen investigaciones con



respecto a las cuales no sea necesario solicitar su autorización por escrito según lo aprobado por un consejo de revisión institucional o un consejo de privacidad conforme a la ley vigente.

## **B. Casos en que Graybill Medical Group no puede usar o divulgar su información médica**

Excepto como se describe en este Aviso de Prácticas de Privacidad, esta práctica médica, de acuerdo con sus obligaciones legales, no usará o divulgará información médica que lo identifique sin su autorización por escrito. Si autoriza que esta práctica médica use o divulgue su información médica para otro propósito, usted puede revocar su autorización por escrito en cualquier momento.

## **C. Sus derechos sobre la información médica**

1. *Derecho a solicitar protección especial de privacidad.* Usted tiene derecho a solicitar restricciones sobre ciertos usos y divulgaciones de su información médica por medio de una solicitud por escrito que especifique qué información quiere limitar y que limitaciones desea imponer en nuestro uso o divulgación de esa información. Si nos pide no divulgar información a su plan de salud comercial sobre los productos o servicios de atención de la salud que usted pagó por completo de su bolsillo, cumpliremos con su solicitud, a menos que debamos divulgar la información por razones legales o de tratamiento. Nos reservamos el derecho de aceptar o rechazar cualquier otra solicitud, y le notificaremos nuestra decisión.
2. *Derecho a solicitar comunicación confidencial.* Tiene derecho a solicitar que le enviemos su información médica por un medio o a un lugar específico. Por ejemplo, puede pedirnos que enviemos la información a una cuenta de correo electrónico en particular o a la dirección de su lugar de trabajo. Cumpliremos con todas las solicitudes razonables que se envíen por escrito y que especifiquen cómo y dónde desea recibir estas comunicaciones.
3. *Derecho a examinar y copiar.* Tiene derecho a examinar y copiar su información médica, con excepciones limitadas. Para tener acceso a su información médica, debe enviar una solicitud por escrito que detalle a qué información desea tener acceso, si desea examinarla o sacarle una copia, y si desea una copia, una forma y un formato en especial. Proporcionaremos copias en la forma y el formato solicitados si pueden producirse fácilmente, o le proporcionaremos el formato alternativo que le parezca aceptable, o si no podemos aceptar y mantenemos el expediente en formato electrónico, puede elegir un formato electrónico legible o un formato en papel. También enviaremos una copia a cualquier otra persona que asigne por escrito. Le cobraremos una cuota razonable que cubra los costos de mano de obra, suministros, gastos de envío, y si así lo solicita y acepta por anticipado, el costo de la elaboración de una explicación o resumen, según lo permitido por las leyes federales y de California. Podemos rechazar su solicitud bajo circunstancias limitadas. Si rechazamos su solicitud de acceso al expediente médico de su hijo o a los expedientes médicos de un adulto discapacitado que esté representando porque creemos que permitir el acceso podría causar razonablemente un daño significativo al paciente, tendrá el derecho de apelar nuestra decisión. Si rechazamos su solicitud de acceso a sus notas de psicoterapia, tendrá el derecho de transferirlas a otro profesional de la salud mental.
4. *Derecho a modificar o complementar.* Usted tiene el derecho de solicitar que modifiquemos su información médica que crea que es incorrecta o que esta incompleta. Debe hacer una solicitud por escrito para alguna modificación e incluir las razones por las que cree que la información es errónea o esta incompleta. No estamos obligados a cambiar su información médica, pero le proporcionaremos la información sobre el rechazo de esta práctica médica y cómo puede estar en desacuerdo con este rechazo. Podemos rechazar su solicitud si no tenemos la información, si no creamos la información (a menos que la persona o entidad que la creó ya no se encuentre disponible para hacer la corrección), si no se le permite examinar o copiar la información en cuestión o si la información es precisa y completa así como esta. Si rechazamos su solicitud, puede enviar una declaración por escrito de su desacuerdo con tal decisión, y nosotros podemos, a su vez, preparar una refutación por escrito. También tiene el derecho de solicitar que agreguemos a su expediente una declaración de máximo 250 palabras sobre cualquier cosa que crea que está incompleta o incorrecta en el expediente. Toda la información relacionada con cualquier solicitud para modificar o complementar información se guardará y divulgará junto con cualquier divulgación subsecuente de la información discutida.

5. Derecho a una explicación sobre las divulgaciones. Usted tiene el derecho de recibir una explicación sobre las divulgaciones de su información médica hechas por esta práctica médica, excepto que esta práctica médica no tiene que dar una explicación sobre las divulgaciones que se le hayan proporcionado a usted o de conformidad con su autorización por escrito, o como se describe en párrafos 1 (tratamiento), 2 (pago), 3 (operaciones de la atención salud), 6 (notificación y comunicación con la familia) y 18 (funciones gubernamentales especializadas) de la Sección A de este Aviso de Prácticas de Privacidad, o las divulgaciones para efectos de investigación o salud pública que excluyan identificadores directos de pacientes, o que sean incidentales al uso o la divulgación que de otra manera sea permitido o autorizado por la ley, o las divulgaciones a una agencia de supervisión de la salud o agente encargado del cumplimiento de la ley hasta el punto en que esta práctica médica haya recibido una notificación por parte de esa agencia o agente que indique que proporcionar esta explicación podría razonablemente impedir la realización de sus actividades.
6. Usted tiene el derecho de ver nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad con respecto a su información médica, que incluye el derecho a obtener una copia en papel de este Aviso de Prácticas de Privacidad, incluso si ha solicitado recibirlo por correo electrónico previamente. Si le gustaría tener una explicación más detallada de estos derechos o si le gustaría ejercer uno o más de estos derechos, póngase en contacto con nuestro oficial de privacidad que se menciona al principio de este Aviso de Prácticas de Privacidad.

#### **D. Cambios a este Aviso de Prácticas de Privacidad**

Nos reservamos el derecho de modificar nuestras prácticas de privacidad y los términos de este Aviso de Prácticas de Privacidad en cualquier momento en el futuro. Hasta que se realice tal corrección, la ley nos obliga a cumplir con este aviso. Después de hacer una corrección, el Aviso de protección a la privacidad corregido se aplicará a toda la información médica protegida que guardemos, sin importar cuándo fue creada o recibida. Guardaremos una copia del aviso actual y la colocaremos en nuestra área de recepción y habrá una copia disponible en cada cita. También publicamos el aviso actual en nuestro sitio web.

#### **E. Reclamaciones**

Las reclamaciones sobre este Aviso de Prácticas de Privacidad o sobre cómo esta práctica médica maneja su información médica deben ser dirigidas a nuestro oficial de privacidad que se menciona al principio de este Aviso de prácticas de privacidad.

Si no está satisfecho con la manera en que este consultorio maneja una reclamación, puede enviar una reclamación formal a la siguiente dirección:

Region IX - Office of Civil Rights  
U.S. Department of Health & Human Services  
90 7th Street, Suite 4-100  
San Francisco, CA 94103  
(415) 437-8310; (415) 437-8311 (TDD)  
(415) 437-8329 (fax)  
OCRMail@hhs.gov

Puede encontrar el formulario para las reclamaciones en [www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/hipcomplaint.pdf](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/hipcomplaint.pdf). No será penalizado de ninguna forma por presentar una reclamación.